

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Praha 5**

**AKTIVIZAČNÍ METODY A JEJICH UPLATNĚNÍ PŘI
PRÁCI S KLIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE SEKYROVÁ, DiS.

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**AKTIVIZAČNÍ METODY A JEJICH UPLATNĚNÍ PŘI
PRÁCI S KLIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

LUCIE SEKYROVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Marie Vacková

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Sekyrová Lucie
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 8. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Aktivizační metody a jejich uplatnění při práci s klienty
s Alzheimerovou chorobou

Activation Methods and Their Use for Patients with Alzheimer Disease

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Vacková

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 31. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Marii Vackové za to, že se ujala vedení mé bakalářské práce, za konzultace a poskytnutí cenných připomínek, které daly mé práci směr. Poděkování také patří panu Ing. Mgr. Karlu Vackovi, MBE řediteli Domova důchodců v Albrechticích nad Orlicí za možnost sběru informací pro můj průzkum. Dále poděkování patří Andree Fabiánové vrchní sestře z Domova důchodců v Albrechticích nad Orlicí za pomoc při výběru respondentů a potřebných informací k průzkumu.

V neposlední řadě děkuji své rodině a příteli za morální podporu a pomoc po dobu mého studia.

ABSTRAKT

SEKYROVÁ, Lucie. *Aktivizační metody a jejich uplatnění při práci s klienty s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Marie Vacková. Praha 2013. 74 s.

Tématem bakalářské práce jsme zvolili Aktivizační metody a jejich uplatnění při práci s klienty s Alzheimerovou chorobou. Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy stáří a stárnutí. Dále se zabývá problematikou Alzheimerovy choroby, jejími příznaky, stádii, diagnostikou a léčbou. Je zde také definován pojem demence, její příznaky, stadia a klasifikace. Především se zaměřuje na seznámení s řadou aktivizačních metod vhodných pro klienty s Alzheimerovou chorobou. Praktická část se zabývá přípravou a realizací empirického průzkumu, kdy byla zvolena metoda pozorování, metoda rozhovoru a následná analýza zjištěných výsledků pomocí tabulek a grafů. Praktickou část práce jsme zakončili Diskusí, ve které shrnujeme celou problematiku Alzheimerovy choroby a demencí a porovnáváme výsledky průzkumu s průzkumnými otázkami, které jsme si stanovili na začátku praktické části práce.

Klíčová slova:

Aktivizační metody. Alzheimerova choroba. Demence. Průzkum. Stáří.

ABSTRACT

SEKYROVÁ, Lucie. *Activation methods and Their Use for Patients with Alzheimer Disease*. The College of Nursing, o.p.s. Bachelors study (Bc.). The supervisor of the thesis: Mgr. Marie Vacková. Prague 2013. 74 s.

The theme of this bachelor's thesis is Activation methods and their use at working with clients with Alzheimer disease. The thesis is divided into two parts, the theoretical part and practical part. The theoretical part deals with the problem of old age, the problem of Alzheimer's disease, its symptoms, stages, information about the diagnosis and treatment of this disease. It also defines the term dementia, its symptoms, stages and classification of dementia. First focuses describes a series of activation methods suitable for patients with Alzheimer's disease. The practical part deals preparation empirical exploration, where was elected method of observation and interview and deals the results of research evaluated using tables and graphs. The practical part I finished the Discussion, which summarize entire problem of Alzheimer disease and dementia, compare the results of research evaluated with research questions, which I define on inception practical part this bachelor's thesis.

Key words:

Activation methods. Alzheimer disease. Dementia. Research. Old age.

Obsah:

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
1 Problematika stárnutí a stáří.....	16
1.1 Dělení stáří.....	16
2 Demence.....	18
2.1 Definice pojmu Demence	18
2.2 Příznaky demencí.....	19
2.3 Klasifikace demencí	22
2.4 Stádia demencí.....	24
2.5 Rozdělení demencí.....	24
2.6 Diagnostika demencí.....	25
3 Alzheimerova choroba a její charakteristika	30
3.1 Alois Alzheimer a případ Auguste D.....	31
3.2 Příčiny Alzheimerovy choroby	32
3.3 Příznaky Alzheimerovy choroby	32
3.4 Stádia Alzheimerovy choroby	33
3.4.1 První stádium - mírná forma.....	34
3.4.2 Druhé stádium - středně těžká forma	34
3.4.3 Třetí stádium - těžká forma	35
3.5 Diagnostika Alzheimerovy choroby	35
3.6 Léčba Alzheimerovy choroby.....	36
3.7 Práva pacientů s Alzheimerovou chorobou.....	36
4 Aktivizační metody u klientů s Alzheimerovou chorobou	37
4.1 Definice pojmu aktivizace	37
4.2 Aktivizační metody vhodné u klientů s Alzheimerovou chorobou	37
4.2.1 Reminiscenční terapie	38
4.2.2 Ergoterapie.....	39
4.2.3 Arteterapie	41
4.2.4 Muzikoterapie	42
4.2.5 Validační terapie	43
4.2.6 Canisterapie	43
4.2.7 Kognitivní trénink	44

4.2.8	Terapie vařením nebo pečením.....	45
4.2.9	Společenské akce pro klienty s ACH	45
5	Cíl práce.....	47
5.1	Cíl průzkumného šetření.....	47
5.2	Průzkumné otázky.....	47
5.3	Průzkumná metoda.....	48
5.4	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	49
5.5	Výsledky průzkumu a jejich analýza	57
6	Diskuze.....	67
	ZÁVĚR.....	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	72
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 - znak České alzheimerovské společnosti

Obrázek 2 - Alois Alzheimer

Obrázek 3 - pacientka Auguste D.

Obrázek 4 - Naomi Feil

Tabulka 1 - Výsledky oblíbenosti Muzikoterapie

Tabulka 2 - Výsledky oblíbenosti Arteterapie

Tabulka 3 - Výsledky oblíbenosti Reminiscenční terapie

Tabulka 4 - Výsledky oblíbenosti Ergoterapie

Tabulka 5 - Výsledky oblíbenosti Kognitivního tréninku

Tabulka 6 - Výsledky oblíbenosti Společenských akcí

Tabulka 7 - Výsledky oblíbenosti Terapie vařením pečením

Tabulka 8 - Žebříček aktivizačních metod dle oblíbenosti

Tabulka 9 - Názory pečovatелů starajících se o klienty ve II. stádiu ACH

Graf 1 - Výsledky oblíbenosti Muzikoterapie

Graf 2 - Výsledky oblíbenosti Arteterapie

Graf 3 - Výsledky oblíbenosti Reminiscenční terapie

Graf 4 - Výsledky oblíbenosti Ergoterapie

Graf 5 - Výsledky oblíbenosti Kognitivního tréninku

Graf 6 - Výsledky oblíbenosti Společenských akcí

Graf 7 - Výsledky oblíbenosti Terapie vařením pečením

Graf 8 - Procentuální porovnání oblíbenosti jednotlivých aktivizačních metod

Graf 9 - Názory pečovatелů starajících se o klienty ve II. stádiu ACH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL	Barthelův test základních všedních činností
ACH	Alzheimerova choroba
a.j.	a jiné
apod.	a podobně
CT	Výpočetní tomografie
ČASL	Česká alzheimerovská společnost
EEG	Elektroencefalografie
EUROCODE	projekt European collaboration on dementia
mg	milligram
MKN 10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
mmHg	mililitry rtuťového sloupce
MMSE	Mini-Mental State Examination – Mini-Mental test
MR	Magnetická rezonance
Např.	například
PET	Pozitronová emisní tomografie
PNC	penicilin, antibiotika
RT	Reminiscenční terapie
TK	krevní tlak
Tzv.	tak zvaně
UZ	ultrazvukové vyšetření
WHO	World health organization – Světová zdravotnická organizace
WC	toaleta

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Agresivita	útočnost
Antidepresiva	léky užívané ke zmírnění symptomů klinické deprese
Antidiabetika	léky užívané k terapii Diabetu mellitu (cukrovce)
Antihypertenziva	léky užívané ke snížení zvýšeného krevního tlaku
Antiepileptika	léky užívané k terapii epilepsie
Antiparkinsonika	léky užívané k léčbě Parkinsonovy nemoci
Antipsychotika	léky určené k léčbě psychotických příznaků
Antirevmatika	léčiva používaná v ortopedické a traumatologické praxi
Antiulcerotika	léky tlumící sekreci kyseliny chlorovodíkové v žaludku
Apatie	netečnost, lhostejnost
Atrofie	úbytek tkání
Bagatelizace	zlehčování, podceňování
Behaviorální porucha	porucha chování
Dementia pugilistica	boxerská demence
Diabetes mellitus	cukrovka, metabolické onemocnění slinivky břišní
Diuretikum	léky určené k odvodnění organismu
Exekutivní	výkonné funkce
Flexibilita	přizpůsobivost
Halucinace	bludy
Hypothyreóza	snížená funkce štítné žlázy
Hypnotika	léky určené k léčbě nespavosti, neklidu, úzkosti
Hypoxie	nedostatečné okysličení mozku
Ischemická choroba srdce	porucha prokrvení srdce v důsledku zužování srdečních tepen
Kognitivní funkce	poznávací funkce
Kreativita	tvořivost
Neurofibrilární degenerace	změna ve stavbě nervových buněk
Nozognozie	neuvědomění si poruchy

Preklinické stadium	vývoj chorob od prvních klinických příznaků
Racionalizace	rozumové zdůvodnění
Stimulovat	povzbuzovat
Sympatolitika	léky tlumící činnost sympatického nervového systému
Terapie	léčba
Vitalita	životní způsobilost
Vizuospaciální funkce	schopnost orientovat se v prostoru
Wilsonova choroba	dědičné onemocnění projevující se kumulací mědi v játrech

ÚVOD

Aktivizační metody a jejich uplatnění při práci s klienty s Alzheimerovou chorobou jsme zvolili jako téma bakalářské práce záměrně, jelikož jsme během studia na Vyšší a střední zdravotnické škole v Hradci Králové měli možnost v rámci individuální praxe pracovat s klienty s Alzheimerovou chorobou. Velice nás tato práce zaujala a nadchla. Díky této zkušenosti jsme se tímto onemocněním začali více zabývat a krátce po ukončení vyššího studia jsme nastoupili do zařízení, které se specializuje na klienty s Alzheimerovou chorobou.

Alzheimerova choroba jako taková, už v dnešní době neodmyslitelně patří k procesu stáří a stárnutí. Stáří může být vnímáno jako období klidu, zmírnění životního tempa, zaslouženého odpočinku nebo zúročení životních zkušeností. Na druhé straně může být doprovázeno obavami ze ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolím či strachu z ponížení a ztráty lidské důstojnosti. Alzheimerova choroba je onemocnění, které řadíme mezi demence a ta z počátku nezaútočí na fyzickou stránku člověka, ale na psychickou oblast a to na jeho mozek.

„Zkuste zavřít oči a představit si, jak stojíte uprostřed místnosti. Nevíte, jak jste se zde ocitli, kolik je hodin a ani jaké je roční období. Obrazy na zdech, koberec na zemi, nábytek, lampa, ... to všechno je Vám cizí. Nikdy předtím jste tu nebyli. Sedáte na židli a prohlížíte si všechno kolem, jako byste tu byli poprvé. Zaujmu Vás dveře v rohu. Asi jste jimi před chvílí vstoupili, ale teď už nevíte, kam vlastně vedou. Přichází nějakí lidé a oslovují Vás. Cítíte, že byste je měli znát. Ale prostě si nevzpomenete, jak se jmenují a ani kdo to je. Hlavou se Vám honí nepříjemné myšlenky: Co tu vlastně chtějí? Nejsou nebezpeční? Ještě aby tak něco vzali. Nebo mi chtějí ublížit? S napětím čekáte, co bude. Vy o tom nevíte, ale jste v bytě, ve kterém žijete více než čtyřicet let. Dveře vedou do kuchyně, denně jimi projdete snad stokrát. Tito lidé jsou Vaše děti...“ (ZGOLA, 2003)

Výše zmíněný citát vystihuje každodenní stav klienta s Alzheimerovou chorobou. Řekne-li se Alzheimerova choroba, někteří lidé vtipkují o jakémsi „Němci“, který schovává jejich věci. Při onemocnění touto chorobou nepochybně však jde o lidi, kteří

ztrácí a nepoznají své osobní věci, nemůžou najít cestu domů, trpí inkontinencí, nepoznávají své blízké a známé.

V poslední době se stále více hovoří o tom, že se rodí málo dětí a tím dochází k nárůstu starší populace, hovoří se o problematice prodlužování života a v neposlední řadě o demencích obecně a hlavně o Alzheimerově chorobě, která postihuje čím dál více starých lidí. Dle mého názoru je tento zájem správný a opodstatněný nad vzniklou situací. Dochází k mnoha studiím, které se zabývají touto chorobou, snaží se o co nejnovější poznatky a zjištění neúčinnějších prostředků jak se s Alzheimerovou chorobou vypořádat. Česká alzheimerovská společnost (ČASL – viz příloha A) v roce 2009 v projektu EuroCoDe (European Collaboration on Dementia) odhadovala, že v celé Evropě žije téměř o milion lidí s demencí více, než se dosud předpokládalo - tedy 7,3 miliónu. Počet lidí s demencí v České republice odhadovala na 123 194 lidí a předpokládala, že v roce 2012 se počet lidí s demencí ještě více zvýší, což se potvrdilo.

Podle Zgoly (2003) je nejcennějším prostředkem při práci se seniory smysluplná aktivita, neboť „něco dělat“ je pro většinu starších lidí synonymem slov „být naživu“, smysluplná aktivita dokáže pozvednout člověka na duchu, rozptýlit depresi a chmury, zklidnit nervozitu. Smysluplná aktivita musí splňovat různá kritéria. Její podstatou je, že má jasný a přijatelný účel, který může být nacházen třeba jen v dobrém pocitu z vykonané činnosti, v samostatné účasti na činnosti. Všechny činnosti musí být dobrovolné.

Staří lidé a především klienti s Alzheimerovou chorobou potřebují aktivity, které přicházejí za nimi, kterých se mohou zúčastnit sami přímo, které nevycházejí jen z rozpisu činností, ale z jejich potřeb, nápadů a podnětů.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy stáří a stárnutí. Dále se zabývá problematikou Alzheimerovy choroby, jejími příznaky, stádii, diagnostikou a léčbou. Je zde také definován pojem demence, její příznaky, stádia a klasifikace. Především se zaměřuje na seznámení s řadou aktivizačních metod vhodných pro klienty s Alzheimerovou chorobou.

Praktická část se zabývá přípravou a realizací empirického průzkumu. Pracujeme zde s údaji získanými pozorováním a z rozhovorů s klienty ve II. Stadiu Alzheimerovi choroby. Výsledky průzkumu jsou zpracovány do tabulek a grafů. Celkový obraz zvolené problematiky nám doplňuje následná analýza získaných dat tj. potvrzení či zamítnutí stanovených průzkumných otázek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Problematika stárnutí a stáří

Stáří je jednou z vývojových etap našeho života a je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora. Jakýkoliv organismus i ten lidský s postupem věku stárne a na každém tak zanechává různé změny. U člověka trpícího Alzheimerovou chorobou jsou tyto změny daleko výraznější.

Stáří je vnímáno jako období klidu, zmírnění životního tempa, zaslouženého odpočinku nebo zúročení životních zkušeností. Ne vždy je stáří vnímáno takto, u většiny mladých lidí je stáří chápáno jako něco negativního. Je doprovázeno obavami, očekávají se problémy, omezení z důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolím. Dochází k obavám a negativnímu očekávání vedoucímu ke strachu z ponížení a ztráty lidské důstojnosti. Tyto obavy nejsou zcela opodstatněné, protože při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nedochází vždy k těmto problémům. Bohužel každý z nás nebude mít štěstí na klidné a bezproblémové stáří. Stáří nebo-li senium je pozdní fázi ontogenetického vývoje. Je projevem funkčních a morfologických změn v organismu (GREGOR, 1999).

„Stáří může být nešťastné a neradostné právě tak jako mládí. Srovnávám-li, nezdá se mi stáří i se všemi slabostmi, které přináší, bez radosti, jen zabarvení a zdroje těchto radostí jsou jiné.“ (Wilhelm Von Humboldt)

1.1 Dělení stáří

Vývoj člověka rozdělujeme dle věku na kalendářní a funkční. **Kalendářní stáří** je dáno podle data narození. Dělení věkových skupin dle WHO (World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace):

65 – 74 let	mladší senioři (young old)	rané stáří
75 – 84 let	starší senioři (old – old)	pravé stáří, senium
85 a více let	velmi staří (very old)	dlohověkost

Funkční stáří odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka, je dán souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních.

Biologické stárnutí (biologický věk) je ovlivněn několika faktory. Genetickou predispozicí, u každého člověka je jiná. Nemůžeme ji sami ovlivnit. Vlivy zevního prostředí, které na nás celý život působí, můžeme je do jisté míry ovlivnit my sami. Určitým způsobem životního stylu působíme na náš organismus (skladba stravy, naše chování, aj...). Projevy tohoto stárnutí mohou být u každého trochu jiné a nemusí se objevit všechny na jednou, objevují se časem a u každého v jiné míře.

Mezi projevy řadíme úbytek svalové síly, snížení rezerv organismu, zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí - vlivy hormonů (u žen často po menopauze riziko osteoporózy vlivem hormonů) a zevních smyslů. Dochází ke snížení průtoku krve životně důležitými orgány, ubývá kostní hmoty. Dále se biologické stárnutí projevuje změnou metabolických dějů v organismu, jejich snížením; zpomalení a porucha tvorby vedení vzruchu a mnohé jiné projevy (AGE PROTECTORS, 2004).

Psychické stárnutí (psychologický věk) je dán několika faktory. Nejdůležitější je osobnost člověka, to jaký člověk sám je, jaké má rysy. Tyto rysy u staršího člověka získávají na své intenzitě nebo naopak se snižují. Mění se jeho hodnoty, potřeby, cíle i citové prožívání. Dochází ke změnám kognitivních funkcí, hlavně v oblasti paměti a učení. Nedokáží reagovat tak jako dříve, často se to projeví v zátěžových situacích. Bývá narušeno abstraktní myšlení, ochuzena fantazie, ne však u všech lidí. Tyto psychické změny vedou horšímu nebo k lepšímu směru u člověka (AGE PROTECTORS, 2004).

Sociální stárnutí (sociální věk) je stárnutí, na kterém se podílí sám člověk, to jak on sám se cítí, jak se přizpůsobuje novým věcem a také je dáno jeho okolím, jak se ostatní nebo mladí lidé dívají na stáří. Pokud člověk udržuje trochu chod se společností, s novými věcmi dobře se adaptuje. Na stáří je důležité postupně se připravovat a až přijde správná doba odejít z tzv. aktivního života třeba do penze. Proto je velmi důležité, aby i starší lidé byli součástí společnosti a nebyli z ní vyčleňováni. Každý věk má totiž svoje pozitiva i negativa (AGE PROTECTORS, 2004).

2 Demence

„Na demenci je hezká jediná věc: stále potkáváte nové lidi.“

(Ronald Wilson Reagan - bývalý americký prezident)

2.1 Definice pojmu Demence

Pojem „demence“ má svůj původ v latinském jazyce od slova „*demens*“, doslova to znamená „*bez mysli*“. Předpona „*de*“ znamená „*odstranit*“ a „*mens*“ je latinské slovo znamenající „*mysl*“.

Demence jsou charakterizovány celkovým zhoršováním korových funkcí mozku, tedy paměti, schopnosti vypořádat se s požadavky každodenního života, funkcí smyslových a pohybových, schopnosti sociálních kontaktů odpovídajících okolnostem a vyžadujících kontrolu emočních reakcí a to vše, bez jakéhokoli zhoršení či narušení vědomí. Ve většině případů jde o onemocnění nevratné a postupně se zhoršující (PIDRMAN, 2007).

Člověk, který je postižen demencí, postupně upadá a ke konci nemoci se již nepodobá člověku, jímž byl na začátku. Projevy demence v první fázi jsou nepatrné. Pacient se chová zcela normálně. Ve vrcholné fázi je však zcela závislý na druhých, ve svých potřebách je nesamostatný a ze své paměti pomalu ztrácí vše, co se kdy naučil (PIDRMAN, 2007).

Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti a dalších kognitivních (poznávacích) funkcí. Jsou to funkce, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování. Mezi tyto funkce patří kromě paměti také pozornost, vnímání, řečové funkce (schopnost tvorby řeči i schopnost porozumění řeči), exekutivní (výkonné) funkce - schopnost být motivován k nějaké činnosti, schopnost naplánovat tu určitou činnost, provést a zpětně zhodnotit. Kromě postižení kognitivních funkcí dochází k poruchám emocí (nálad a afektů),

chování, spánku a cyklu spánku - bdění. Tyto poruchy se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demencí (JIRÁK, 2009).

Demence sama o sobě představuje syndrom - určitý soubor příznaků, který může mít různé příčiny. Řekne-li se demence, vybavíme si člověka postiženého poruchami paměti, jednání, poznávání apod., ale nejsme schopni říci, která choroba jeho demenci vyvolala.

Postupným vývojem nemoci se pacientův stav zhoršuje, člověk se stává nesoběstačným, závislým na rodině, nemocnici nebo ústavu sociální péče. Ke vzniku demence nevede pouze Alzheimerova choroba, ale více jak 60 dalších chorob (JIRÁK, 2009).

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems = Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (viz Příloha B) definuje demenci jako syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kdy dochází k porušení mnoha vyšších nervových funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí přitom není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.

2.2 Příznaky demencí

U demencí se vyskytují tři základní druhy postižení, které se navzájem prolínají. Do příznaků řadíme postižení kognitivních funkcí, postižení aktivit denního života a behaviorální a psychologické příznaky demencí (JIRÁK, 2009).

- **Postižení kognitivních funkcí**

Většina demencí začíná **poruchami paměti**. Nejprve dochází k porušení krátkodobé paměti a postupem času dojde k poškození paměti dlouhodobé. Jsou však i výjimky a některé demence mohou začínat zpravidla poruchami chování, zatímco poruchy paměti

v některých složkách (např. orientace) mohou být poměrně dlouho zachovány. Kromě porušení paměti dále dochází k poruše úsudku, časoprostorové orientace, pozornosti, schopnosti komunikace, abstraktního myšlení a rozpoznávacích funkcí (JIRÁK, 2009).

- **Postižení aktivit denního života**

Pod pojmem *aktivit denního života* si lze představit běžné každodenní dovednosti, profesionální dovednosti, péči o sebe sama apod., u demencí jsou tyto dovednosti porušeny úměrné tíži demence. Na počátku vypadají složitější profesní aktivity, postupně se porucha rozšiřuje na tzv. instrumentální aktivity denního života např. schopnost nakládat s penězi.

V pokročilých fázích demencí jsou postiženy bazální aktivity denního života, čímž je schopnost samostatně se najíst, oblékat a svlékat se a udržovat základní osobní hygienu. Ve velmi těžkých stádiích demencí se vyskytuje inkontinence moči a stolice (nemocný neudrží moč a stolicí). Nemocný je plně odkázán na péči okolí - fungující rodiny nebo profesionální pečovatele, ústavy. Ke zjištění stupně závislosti nemocného v základních denních činnostech se používá Barthelův test základních všedních činností (ADL - Activity daily living - viz Příloha C).

- **Behaviorální a psychologické příznaky demencí**

Behaviorální příznaky (behaviour = chování) jsou pro okolí, ale někdy i pro nemocného samotného nejobtížnější projevy. Mohou se objevit od prvopočátků demence, ale zpravidla se rozvíjejí ve středních stádiích demence a vrcholí v těžkých stádiích.

Poruchy chování mohou mít různý charakter. Velmi časté bývají stavy neklidu. Někdy se vyskytuje neustálý neklid, ten může být jen drobný, ale i výraznější. Tento neklid se nazývá agitovanost. Někdy mohou nastat stavy silného neklidu, ten může a nemusí být vždy spojen s agresivitou. Jsou to např. útoky z domova, napadání členů rodiny, pečovatelů, zdravotního personálu, vykřikování, nadávání, ničení věcí, neustále

upoutávání pozornosti apod. Jindy je to pouze neúčelné, ale klidné jednání, např. přenášení věcí, svlékání se (JIRÁK, 2009).

U demencí se mohou zpravidla přechodně vyskytnout přidružené **psychotické příznaky**, u kterých je porušen kontakt s realitou, např. produkcí bludů (přesvědčení o okrádání, bizarní představa, že jim kradou peří z peřin). Při prosazování svých bludných představ mohou být nemocní velmi úporní. Poruchy vnímání - halucinace bývají nejčastěji zrakové např. v noci vidí někoho přicházet do místnosti (ZGOLA, 2003).

Poruchy spánku (nespavost, méně často nadměrná spavost) se u demencí vyskytují ve velmi hojné míře, ale častější je posun cyklu spánků - bdění. Nemocný později usíná a později se probouzí. Někdy může docházet až k plné inverzi spánku - v noci je nemocný bdělý a ve dne spí (KOUKOLÍK, 1998).

Poruchy emocí (afektů a nálad) jsou u demencí velmi časté a jsou zpravidla přechodného a kolísavého charakteru. V rámci poruch chování se vyskytují nekontrolovatelné afekty, hlavně afekty vzteku. Také se mohou vyskytovat afekty smutku s pláčem. Z chorobných nálad se nejčastěji vyskytuje deprese, které se u Alzheimerovy choroby vyskytují ve 20 - 50% (ZGOLA, 2003).

Deliria nejsou součástí demence, ale velmi často se u nemocných s demencí vyskytují. Při zvýšeném výskytu delirií u demencí je důležité pátrat po příčině, např. po tělesné poruše (např. infekce, metabolické poruchy), nevhodné medikaci, psychosociálním stresu a dalších příčinách (KOUKOLÍK, 1998).

Mezi příznaky demence lze tedy zařadit poruchy kognitivních (poznávacích) funkcí, chování, emocí, vnímání, spánku a narušení fungování jedince ve společnosti.

2.3 Klasifikace demencí

Příčiny demencí můžou být přibližně až šedesát různých onemocnění a stavů. Proto je nezbytná jejich klasifikace. V odborné literatuře lze nalézt různé klasifikace demencí.

Česká alzheimerovská společnost rozděluje a procentuálně popisuje příčiny demencí takto:

- 56% Alzheimerova choroba
- 14% vaskulární demence
- 12% smíšené demence
- 8% Parkinsonova nemoc
- 4% jiné degenerativní onemocnění mozku
- ostatní vzácnější příčiny (HOLMEROVÁ, 2010)

Choroby vedoucí k demencím:

- **Creutzfeld - Jacobova nemoc (CJN)**

Tato nemoc postihuje mozek a je způsobena infekcí. Příznaky jsou zhoršující se paměť, změny v chování a neschopnost koordinace pohybů. Toto onemocnění se rychle zhoršuje, většinou během jednoho roku končí smrtí. Zatím není známa žádná léčba (HOLMEROVÁ, 2010).

- **Multiinfarktová demence (MID)**

Je způsobena většími nebo častějšími infarkty v oblastech mozku. U nemocného se objevuje dezorientace, zmatenost, změny chování. Bohužel neexistuje žádná léčba, ale lze této nemoci předcházet. Důležitá je léčba vysokého krevního tlaku a zdravá životospráva (HOLMEROVÁ, 2010).

- **Normotenzní hydrocefalus**

Je to málokdy se vyskytující nemoc, kdy je po prodělané meningitidě, meningoencefalitidě nebo vzácně při nádoru mozku porušena cirkulace a absorpce

mozkomíšního moku. Nemocní mají nejistou pomalou chůzi, ztrácí paměť a někdy dochází k inkontinenci. Často lze toto onemocnění vyléčit chirurgickým zákrokem (HOLMEROVÁ, 2010).

- **Parkinsonova nemoc**

Způsobuje ztrátu kontroly nad činností svalů, třesení, problémy s řečí a v pozdních stádiích až tzv. zamrznutí hybnosti (nemožnost začít pohyb). Později se může objevit společně s Alzheimerovou chorobou. Existují léky, které stav nemocného mohou stabilizovat, ale nemají vliv na zhoršující se mentální činnost (HOLMEROVÁ, 2010).

- **Pickova nemoc**

Diagnostika tohoto onemocnění je velice obtížná. Je to nemoc podobná Alzheimerově chorobě, ale má výraznější změny chování až společensky nepřiměřené. Mění se osobnost člověka, dezorientace předchází úbytek paměti.

- **Demence s Lewyho tělísky**

Příznaky této nemoci jsou kombinací příznaků Parkinsonovy nemoci a Alzheimerovy choroby. Většinou je syndrom demence doprovázen abnormálními pohyby, ty jsou součástí Parkinsonovy choroby. Zatím není známá žádná účinná léčba.

- **Huntingtonova nemoc**

Je dědičná porucha, která se projevuje změnami osobnosti, apatií, podrážděností a poruchami emotivity (citlivosti). Dochází k nepravidelným pohybům končetin a motorický neklid. Dá se dobře diagnostikovat. Lze léčit pohybové a psychiatrické problémy, ale nelze zastavit postupnému zhoršování (HOLMEROVÁ, 2010).

- **Deprese**

Je nejčastější psychiatrické onemocnění ve stáří. Způsobuje problémy s koncentrací, myšlením, smutek, pocity beznaděje a někdy až sebevražedné sklony. Někdy dochází k

poruchám paměti a to krátkodobé i dlouhodobé. Depresi lze léčit (HOLMEROVÁ, 2010).

2.4 Stádia demencí

K určení stádia demence bylo vypracováno několik testovacích stupnic. V roce 1982 Hughes a kolektiv sestavil stupnici o pěti stupních, která je založena na vyšetření orientace, paměti, úsudku, zvládnání společenské zátěže, řešení problémů, ale také zjišťuje úroveň osobní péče, osobní zájmy a koníčky. Ve stejném roce vznikla Reisbergova stupnice k určení stádia demence, která je sedmistupňová (viz příloha D).

Nejpoužívanějším testem k diagnostice demencí je tzv. *Mini-Mental State Examination* (MMSE) z roku 1975 (viz příloha E) (KOUKOLÍK, 1998).

Pro účely této práce postačí rozdělení, které rozlišuje tři stádia demence:

1. **stádium - Počínající a mírná demence** - dominují zejména poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí.
2. **stádium - Středně pokročilá demence** - projevuje se poruchou soběstačnosti a nemocný vyžaduje častý či převážný dohled.
3. **stádium - Pokročilá forma demence** - nemocný je odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit (JIRÁK, 2009)

2.5 Rozdělení demencí

Demence rozdělujeme dle příčin na:

- A) Primární
- B) Sekundární - symptomatické

A) Primární:

- Atroficko-degenerativní (Alzheimerova choroba)

- Ischemicko-vaskulární (mozek není dostatečně okysličován = hypoxie, Multiinfarktová demence)

B) Sekundární - symptomatická:

- Infekce (v posledních stádiích AIDS a Syfilis, Herpetická encefalitida)
- Toxické (Alkoholová demence, po dlouhodobém užívání Toluenu)
- Metabolické a jiné poruchy (Wilsonova choroba, Hypotyreóza)
- Expanzivní nitrolební děje (mozkový nádor)
- Traumatické (Dementia pugilistica - „boxerská demence“)

(PIDRMAN, 2007)

2.6 Diagnostika demencí

V dnešní době se diagnostika demencí stále ještě podceňuje. Rodina i lékaři hodnotí některé příznaky demencí jako příznaky stárnutí bez klinického významu a nevěnují jim zaslouženou pozornost.

Diagnostika demencí je proces, na kterém se významně podílí několik rovnocenných složek. Demenci nelze diagnostikovat nebo vyloučit „ode dveří“. Do diagnostiky demencí patří anamnestický rozhovor, orientační vyšetření kognitivních (poznávacích) funkcí a zobrazovací metody (JIRÁK, 2009).

▪ *Anamnéza*

Pacient trpící demencí si svůj problém často neuvědomuje, nepřipouští, různě intenzivně ho bagatelizuje (zlehčování, podceňování) a racionalizuje (rozumové zdůvodnění). Objektivnost příznaků další osobou je velice důležitá. Další osobou se rozumí rodinný příslušník nebo pečující osoba - objektivně popisuje příznaky, době a délce vzniku, průběh onemocnění, ale i anamnestické údaje (údaje před onemocněním).

Z anamnestických dat pátráme po:

- prodělaných úrazech hlavy
 - mozkových příhodách
 - onemocnění srdce, Diabetu mellitu (cukrovce), poruchách metabolismu tuků a všech rizikových faktorech vzniku cévní demence (vaskulární demence)
 - léčených depresích a jiných psychických změnách (některým typům demence předchází deprese či jiné psychické změny)
 - přítomnosti demence nebo jiné neurologické či psychické poruchy u přímých příbuzných (rodiče, prarodiče, sourozenci)
 - užívaných lécích - některé mohou paměť zhoršovat (JIRÁK, 2009)
-
- ***Orientační vyšetření kognitivních (poznávacích) funkcí***

V rámci demence testujeme neurologicko-psychiatrické funkce, které jsou v těchto procesech narušené:

- paměť ve všech svých formách
- komunikační schopnost - řeč
- tzv. vizuospeciální funkce a praxi - schopnost orientovat se v prostoru, obsluhovat televizi, mobilní telefon, auto, naplánovat smysluplnou aktivitu
- poznávací funkce
- tzv. frontální exekutivní (výkonné) funkce - plánování a dokončení úkolu, zaměstnání, změny chování a osobnosti - agresivita útočnost) nebo apatie (netečnost, lhostejnost)

Důležitým poznatkem je informace o tom, zda si pacient své postižení uvědomuje, nebo ne - u lidí trpících demencí je častá nozognozie (neuvědomění si poruchy). K testování jednotlivých složek poznávacích funkcí se používají testy, které s nemocným provádí psycholog, neurolog nebo psychiatr. Bez nich nelze určit diagnózu postižení, ale test sám diagnózu neurčuje. Klinicky nejužívanějším testem je MMSE (Mini-Mental State Examination), ten je velice orientační a není vhodný k diagnostice každého typu (JIRÁK, 2009).

MMSE (Mini-Mental State Examination) testuje:

- orientaci osobou, místem, časem
- zapamatování tří slov - hned a po jisté době
- počítání - odečítat od stovky sedmičku
- poznávání - pojmenování předmětu
- splnění úkolu
- překreslení obrázku
- opakování věty (JIRÁK, 2009)

▪ **Zobrazovací metody**

Mezi zobrazovací techniky patří výpočetní tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR), elektroencefalografie (EEG), pozitronová emisní tomografie (PET).

Výpočetní tomografie (CT) je radiologická vyšetřovací metoda, která pomocí rentgenového záření umožňuje zobrazení jednotlivých anatomických struktur těla. Využívá se k diagnostice širokého spektra poranění a onemocnění. Přístroj, který umožňuje toto zobrazení se nazývá výpočetní tomograf. Ten se skládá z pohyblivého vyšetřovacího stolu a pevně uchyceného velkého prstence, který se nazývá gantry. Záření je zachyceno na detektory a převedeno na číselné hodnoty, které se dále zpracovávají počítačem. Pomocí matematických operací pak vznikne konečný obraz - příčný řez tělem klienta, který se zobrazí na monitoru počítače a uloží se do paměti počítače (JIRÁK, 2009).

Magnetická rezonance (MR) je zobrazovací vyšetřovací metoda, která umožňuje zobrazení vnitřních orgánů v různých rovinách, bez ionizačního záření s dobrým kontrastem, zejména měkkých tkání. Zpracování měření a konstrukční provedení MR je podobné jako u přístrojů výpočetní tomografie.

CT a MR upozorňují na morfologické odchylky - úbytek mozkové tkáně, změny prokrvení, přítomnost patologických útvarů (nádory, metastázy, cysty, cévní abnormality) (JIRÁK, 2009).

Elektroencefalografie (EEG) je standardní neinvazivní metoda funkčního vyšetření elektrické aktivity centrálního nervového systému. Při tomto vyšetření se pomocí elektrod snímají bioelektrické potenciály z mozkové kůry (JIRÁK, 2009).

EEG upozorňuje na změnu mozkové aktivity ve smyslu zpomalení - difuzního či ložiskového, které může být významné pro organickou změnu typu demence.

Pozitronová emisní tomografie (PET) je vyšetření, které spadá do oboru nukleární medicíny. Vyšetření spočívá v detekci (objevení) fotonů, které vznikají v těle anihilací (proces zániku dvou částic) pozitronů, uvolněných radiofarmaky. Počítačem zpracované údaje detektorů pak dají trojrozměrný obraz cesty radiofarmaka tělem (JIRÁK, 2009).

PET podává informace o kvalitě mozkového metabolismu, mozkového krevního průtoku, přítomnosti a aktivitě přenašečů vzruchů v mozku (neurotransmitérů) (JIRÁK, 2009).

Další častěji užívané vyšetřovací metody jsou:

- **Wechslerova škála paměti (Wechsler Memory Scale)**

Ta poskytuje detailní informace o slovní i zrakové paměti, testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování si dvojice slov a tváří, seznamu slov, zrakové reprodukce, uspořádání čísel a písmen, rozsah čísel a prostoru. Zvláště testuje okamžité i oddálené vybavení (JIRÁK, 2009).

- **Test řečové plynulosti**

Nemocný musí v určitém časovém intervalu vyjmenovat co nejvíce slov dle zadání (např. začínajících na stejné písmeno, co nejvíce zvířat, jmen apod.). Hodnotí se motivace, pohotovost, mentální pružnost, pracovní a slovní paměť.

- **WAB - test řečových funkcí**

Testuje spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění. Poté jsou nárazové testy, které hodnotí čtení, psaní, počítání, vykonání úkolu a doplnění obrazce do logické série (JIRÁK, 2009).

- **Test kreslení dráhy**

Hodnotí schopnost plánování, zrakově-pohybovou koordinaci, zrakové vyhledávání, pozornost, schopnost přizpůsobit se, sleduje i psychomotorické tempo (JIRÁK, 2009).

- **Stroopův test**

Je vhodný k posouzení míry pozornosti, mentální pružnosti, psychomotorické tempo a adaptace na zátěž. U nemocných s demencí se hodnotí i nekognitivní projevy, jako je chování, míra deprese, stupeň celkové integrity (neporušenost) - škála ADL - aktivity denního života (JIRÁK, 2009).

3 Alzheimerova choroba a její charakteristika

Alzheimerova choroba (dále jen ACH) je jednou z nejrozšířenějších forem demence. V průmyslově vyspělých zemích je ACH nejčastějším typem demence a s prodlužujícím se věkem a rostoucím podílem starších osob v populaci se její výskyt trvale zvyšuje (KOUKOLÍK, 1998).

ACH je závažné neurodegenerativní onemocnění vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má za následek vznik syndromu demence.

Rozvoj ACH je obvykle velmi pomalý a tzv. preklinická fáze, projevující se pouze určitými problémy s pamětí, může často trvat i několik let. Výskyt ACH roste s přibývajícím věkem, ale může postihnout i lidi mladší. ACH tedy zdaleka není pouze problémem těch nejstarších (KOUKOLÍK, 1998).

ACH není v žádném případě nakažlivá (to znamená, že se nemůže přenášet z jednoho člověka na druhého přímým kontaktem ani vzduchem).

ACH se vyskytuje ve dvou podobách:

Familiární (vrozená) forma ACH je velmi vzácná. Názory vědců na její výskyt se však liší: podle některých má na svědomí 5 %, podle jiných pouze 1 % všech případů. Dědičné vlivy se pochopitelně uplatňují, ale zdá se, že nikoli ve všech případech. Tato forma Alzheimerovy choroby postihuje člověka obvykle po padesátém roce věku.

Sporadická (občasná) forma ACH má na svědomí 80 % všech případů. Je to typické onemocnění vyššího věku (HOLMEROVÁ, 2004).

3.1 Alois Alzheimer a případ Auguste D.

Alzheimerova choroba byla objevena již na počátku minulého století, ale vědci se o tuto chorobu začali více zabývat až v průběhu 80. let 20. století. Choroba byla pojmenována po svém objeviteli, německém psychiatrovi Aloisi Alzheimerovi (životopis A. Alzheimerova viz příloha F).

V letech 1888-1903 pracoval Alzheimer na psychiatrickém oddělení Univerzitní nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem. V listopadu roku 1901 byla do nemocnice přijata paní Auguste D. Jediné, co si pamatovala ze svého příjmení bylo počáteční písmeno. Auguste D. byla ženou, která v identifikaci Alzheimerovy choroby sehrála zásadní roli (KOUKOLÍK, 1998).

Auguste D. bylo 51 let, zpočátku trpěla záchvaty žárlivosti - měla za to, že ji její manžel podvádí. Později začala mít problémy s pamětí, nedokázala se starat o domácnost a nemohla si na řadu věcí vzpomenout. V nemocnici ve Frankfurtu strávila pět let, kde jí nebyla poskytována žádná léčba, kromě uklidňujících koupelí. Doktor Alzheimer jí navštěvoval každý den a zapisoval si vývoj příznaků choroby. Její osud pak sledoval i poté co nemocnici opustil. V roce 1906 Auguste D. zemřela a doktor Alzheimer prostudoval její mozek a dospěl k tomu, že příčina její nemoci byla fyziologického původu, tzn., že byla způsobena životními pochody v organismu. Zjistil, že dochází k neurofibrilární degeneraci (změně ve stavbě neuronu) a že jsou v mozkové tkáni roztroušeny plaky představující mimobuněčný materiál.

V roce 1906 na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu Alzheimer o případě paní Auguste D. referoval. Jeho přednáška se jmenovala „Über ein eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ (O svérázném onemocnění mozkové kůry). Příklad byl publikován v roce 1907 a tato publikace se stala základním kamenem pojmu Alzheimerovy choroby (KOUKOLÍK, 1998).

3.2 Příčiny Alzheimerovy choroby

Vědci si stále nejsou příčinami jisti. Existují možné rizikové faktory ACH, kterými jsou věk a rodinné dispozice. V poslední době výzkum ukázal, že ACH u starších lidí se vyskytuje zároveň se změnami na 19. chromozomu. Výzkumní pracovníci a lékaři docházejí k tomu, že ACH je komplikované onemocnění způsobené různými faktory a to genetickými, zánětlivými, virovými či životním prostředím (HOLMEROVÁ, 2010).

3.3 Příznaky Alzheimerovy choroby

Příznaky ACH se vyvíjejí plíživě a nenápadně. Rozlišení od příznaků doprovázejících klinicky normální stárnutí nemusí být zpočátku jednoduché. Není jasné, jak dlouho trvá preklinické stádium choroby tj. vývoj choroby do prvních klinických příznaků (HOLMEROVÁ, 2010).

ČALS rozlišuje 10 příznaků ACH:

- 1. Ztráta paměti**, ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly. Občas zapomínat pracovní úkoly, jména nebo telefonní čísla a vzpomenout si na ně později je normální. Lidé trpící ACH, však zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později.
- 2. Problémy s vykonáním běžných činností.** Vytížení lidé jsou občas roztržití, takže někdy nechají dušenou mrkev stát v kastrolu na sporáku a vzpomenou si na ni, až když už je po jídle. Lidé s ACH připraví jídlo, a nejen že ho zapomenou dát na stůl, ale zapomenou i na to, že ho udělali.
- 3. Problémy s řečí.** Každý má někdy problém najít to správné slovo, ale člověk trpící ACH zapomíná i jednoduchá slova nebo je nahrazuje nesprávnými a jeho věty nedávají smysl.
- 4. Časová a místní dezorientace.** Spousta lidí často zapomene jaký je den, a kam vlastně jedou, ale to je normální. Lidé s ACH se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů.

5. **Špatný nebo zhoršující se úsudek.** Lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomenou na dítě, které mají na starosti. Lidé s ACH úplně zapomenou, že nějaké dítě existuje. Mohou se i nesmyslně obléknout, např. si vezmou na sebe několik košilí nebo halenek najednou.
6. **Problémy s abstraktním myšlením.** Bilancování kreditní karty může někoho vyvést z míry, když je trochu komplikovanější než jindy. Člověk s ACH může úplně zapomenout, co ta čísla znamenají, a co s nimi má dělat.
7. **Zakládání věcí na nesprávné místo.** Každý člověk někdy někam založí peněženku nebo klíče. Člověk s ACH dává věci na zcela nesmyslná místa např. žehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.
8. **Změny v náladě nebo chování.** Člověk má někdy špatnou náladu. Člověk s ACH podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč nebo podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod.
9. **Změny osobnosti.** Lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem, ale člověk s ACH se může změnit zásadním způsobem. Stává se někdy velmi zmateným, podezřivým nebo ustrašeným.
10. **Ztráta iniciativy.** Člověk je někdy znechucen domácími pracemi, zaměstnáním nebo společenskými povinnostmi, je normální. Většinou se chuť do práce opět brzy dostaví. Člověk s ACH, může propadnout naprosté pasivitě a potřebuje neustále podněty, aby se do něčeho zapojil (HOLMEROVÁ, 2010).

3.4 Stádia Alzheimerovy choroby

Ve vývoji ACH lze zřetelně rozlišit tři odlišná stadia. Ne každý člověk postižený ACH vykazuje všechny uvedené příznaky. Členění na stadia slouží pouze jako pomůcka. Pro každé z nich jsou charakteristické jiné speciální „problémy“, přičemž některé z nich se mohou objevit v kterémkoli stadiu, zatímco jiné nemusejí nastat

vůbec. Přejít mezi stadiem I. a II. a mezi stadiem II. a III. může trvat i několik let (HOLMEROVÁ, 2004).

3.4.1 První stádium - mírná forma

V tomto stádiu se objevují pouze mírné a často přehlédnutelné příznaky, mezi které patří:

- Zhoršování paměti (zejména pro zcela nedávné události)
- Přechodná časová dezorientace (neschopnost vybavit si jaký je den, měsíc, rok)
- Prostorová dezorientace (neschopnost poznat známá místa - nemocný nepoznává, že je ve vlastním bytě)
- Ztráta iniciativy a průbojnosti
- Obtížné hledání slov

První stádium trvá obvykle dva až čtyři roky. Řada nemocných je těmito příznaky vystrašena, uvedena do rozpaků a deprimována (HOLMEROVÁ, 2004).

3.4.2 Druhé stádium - středně těžká forma

Problémy a příznaky jsou výraznější a nemocnému znemožňují vykonávat řadu běžných každodenních aktivit. Mezi příznaky a problémy druhého stádia patří:

- Významné výpadky paměti (včetně jmen členů vlastní rodiny)
- Snížená schopnost postarat se sám o sebe (nutnost pomoci při hygieně a oblékání)
- Časté případy, kdy se nemocný člověk ztratí nebo zabloudí i na známých místech
- Zhoršování řečových schopností
- Halucinace (bludy)

Druhé stádium trvá obvykle od dvou do deseti let, charakteristické pro toto stádium je zhoršování mentálních funkcí, poruchy chování. Projevuje se stoupající míra

zmatenosti, zpomalují se pohyby, klienti jsou čím dál více nesnášenlivější (HOLMEROVÁ, 2004).

3.4.3 Třetí stádium - těžká forma

Třetí stádium představuje konečné stádium, které trvá jeden až tři roky. Charakterizováno je těmito příznaky a problémy:

- Obtíže při příjmu potravy (nutná je pomoc druhé osoby)
- Neschopnost poznat přátele a dokonce i členy vlastní rodiny
- Obtíže s chůzí (někdy až upoutání na lůžko)
- Neudržení moči anebo stolice (inkontinence)
- Významné poruchy chování

Nemocný ve třetím stadiu onemocnění je zcela závislý na svém pečovateli a velmi často potřebuje trvalou domácí péči nebo umístění do speciálního zařízení. Nelze u nemocného zaznamenat žádné nezávislé funkce na jakékoli úrovni; není schopen hovořit ani vnímat mluvenou řeč, nepoznává nejen členy rodiny, ale i sám sebe v zrcadle (HOLMEROVÁ, 2004).

3.5 Diagnostika Alzheimerovy choroby

V diagnostice ACH se využívají zobrazovací metody (CT, EEG, MR, PET). Kromě nich lze u pacientů s demencemi využívat různé testy zaměřené na hodnocení kognitivních funkcí, funkčních změn nebo behaviorálních poruch (poruch chování) či testy zjišťující poruchy paměti. Bohužel neexistuje žádný test, který by přinesl jasný a stoprocentně jednoznačný výsledek.

Včasná diagnóza je důležitá, protože existují vhodné léčebné prostředky, které jsou schopné stabilizovat chorobu po dobu několika měsíců či let (KOUKOLÍK, 1998).

3.6 Léčba Alzheimerovy choroby

Bohužel, dosud stále ještě nejsou přesně známy příčiny ACH, neexistuje možnost její příčinné léčby a tedy „vyléčení“. Existuje však k dispozici celá řada léků, které zmírňují nebo odstraňují její příznaky a zlepšují kvalitu života. Při léčbě spolupracuje psychiatr či neurolog s praktickým lékařem nebo geriatrem (HOLMEROVÁ, 2004).

3.7 Práva pacientů s Alzheimerovou chorobou

Práva pacientů s ACH dle ČALS jsou:

1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
5. Při vyjadřování svých pocitů být brán vážně.
6. Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
9. Mít možnost chodit pravidelně ven.
10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.
11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí (HOLMEROVÁ, 2010).

4 Aktivizační metody u klientů s Alzheimerovou chorobou

Aktivizační metody neboli zábavně-terapeutické činnosti by neměly chybět v žádném domově pro seniory. Ten by měl vytvářet předpoklady pro důstojný život seniorů a to tak, aby klienti prožili své stáří aktivně, smysluplně a v maximální míře vnitřního uspokojení.

4.1 Definice pojmu aktivizace

Aktivizace je obecný pojem, který se v dnešní době používá poměrně často a v různých oborech. Často se hovoří o aktivizaci rodin, zaměstnanců, postižených jedinců, různých skupin obyvatelstva a v neposlední řadě i aktivizaci seniorů.

Zgola (2003) uvádí, že při péči o osoby s ACH pravděpodobně neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Je-li používána dobře, dokáže pozvednout člověka na duchu a rozptýlit depresi. Může také zklidnit nervozitu a neklid. Program aktivit podle ní neznamena pouze zaneprázdnit lidi poté, co byly zajištěny všechny prvky základní péče. Jde o celkový proces, ve kterém je každému poskytnuta příležitost žít způsobem, který mu vyhovuje nejlépe, a pokračovat v tom, co je důležité pro jeho pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty. Takový program musí být prováděn uvážlivě a rozumně (ZGOLA, 2003).

4.2 Aktivizační metody vhodné u klientů s Alzheimerovou chorobou

Nabídka aktivizačních metod bývá v současné době v domovech pro seniory poměrně rozsáhlá. V této práci jsme se zaměřili na aktivizační metody, které mohou velkou měrou přispět k uspokojení potřeb a zájmů klientů s ACH.

4.2.1 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie (dále jen RT) je metoda, která využívá vzpomínky a vybavování vzpomínek pomocí různých podnětů. RT se zaměřuje na staré vzpomínky u seniorů, jejichž krátkodobá paměť a vzpomínky na nedávné události jsou významně narušeny. Umožňuje seniorům, aby se ve vzpomínkách vrátili do doby, kdy byli aktivní a zdraví, šťastní, a aby si tyto zážitky vybavovali namísto chybějících vzpomínek na nedávné události.

Vzpomínky a vzpomínání jsou přirozenou duševní činností člověka. Vybavování starých paměťových stop v různých souvislostech během celého života je základem lidské identity.

Pojem reminiscence pochází z latinského slova „*reminiscere*“ a v překladu znamená vzpomenout si, rozpomenout se, obnovit paměť (JANEČKOVÁ, 2010).

Robert Woods (britský geriatr) a jeho spolupracovníci RT definují jako hlasité nebo tiché (skryté, vnitřní) vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí.

Jako RT je obvykle označován rozhovor terapeuta se starším člověkem nebo skupinou seniorů o jeho dosavadním životě, dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím vhodných pomůcek (JANEČKOVÁ, 2010).

Pomůcky vhodné k RT:

- staré fotografie, filmy
- staré předměty
- starší předměty domácí potřeby, zejména ty, které nejsou již běžně používány, nesmí ale jít o příliš staré předměty, na které si ani ti nejstarší nemohou pamatovat např. mlýnek na kávu, mincíř, valcha, staré hračky, apod.
- nesmí ale jít o příliš staré předměty, na které si ani ti nejstarší nemohou pamatovat), např. mlýnek na kávu, mincíř, valcha, staré hračky, apod.

- staré přístroje a nářadí
- staré módní doplňky
- lidová nebo taneční hudba
- starší knihy, kalendáře a podobné tiskopisy, které nějakým způsobem evokují (vybavují v mysli) dobu minulou, včetně starých pohádkových knížek (JANEČKOVÁ, 2010)

Vlastní RT může mít individuální nebo skupinovou formu. RT je určena těm seniorům, kteří se straní společnosti. **Skupinová RT** více stimuluje, protože vzpomínky jedněch vyvolávají vzpomínky druhých. U RT využíváme několik přístupů (narativní, reflektující, expresivní, informační tzv. biografie). Narativní přístup pracuje s vyprávěnými vzpomínkami, k reflektujícím přístupům patří životní rekapitulace, expresivní přístup pracuje s vyjádřením emocí, otevření minulosti tj. práce s těžkými vzpomínkami, odkrytí společných témat, která člověk nosí dlouho v sobě, odhalení traumat, způsobených dávnými událostmi a informační přístup neboli biografie klade důraz na předávání poznatků, zkušeností a postojů a je kladen důraz na přítomnost a možnosti do budoucna (JANEČKOVÁ, 2010).

Cíle RT jsou umožnění vzájemného poznání a sdílení společné zkušenosti, zlepšení nálady, relaxace, zlepšení komunikačních dovedností a schopnosti vybavovat si informace, podpora sebevědomí, nabídnutí příležitosti k životní rekapitulaci, nabídnutí zajímavé a smysluplné aktivity, posílení lidské důstojnosti, aktivizace paměti a psychiky, stimulovat přemýšlení a zvědavost, poznat více sám sebe, zlepšení pocitů identity, zlepšit vztahy mezi lidmi, vztah k sobě samému, začlenění osob s demencí mezi ostatní uživatele služeb (JANEČKOVÁ, 2010).

4.2.2 Ergoterapie

Ergoterapie je léčebná metoda. Název ergoterapie pochází z řeckého „*ergon*“ v překladu práce a „*therapia*“ znamená léčení. Ergoterapie se dříve nazývala léčba prací a vychází z předpokladu, že člověk může zlepšit své zdraví a kvalitu života tím, že se aktivně zapojuje do zaměstnávání, která pro něj mohou být významná a smysluplná.

Aktivitu či zaměstnávání ergoterapie vnímá současně jako prostředek i cíl léčby. Jestliže tato aktivita pak podporuje tělesné i psychické funkce, napomáhá současně návratu funkčních schopností.

Ergoterapie je metoda, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnost jejich začlenění (participace), nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci osoby (JELÍNKOVÁ, 2009).

Ergoterapie u seniorů s demencí se zaměřuje zejména na posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem. Za sebeobslužné činnosti se považuje zvládnutí úkonů týkajících se hygieny, použití WC, oblékání a svlékání a najedení se. V oblasti hygieny je doporučeno např. provádět koupel v takové době, kdy je klient zvyklý tuto činnost vykonávat. U inkontinentních seniorů se doporučuje zavedení mikčnického režimu (pravidelné vyzývání seniora k použití WC v intervalech cca 1-2 hodiny), nebo mikčnický režim spojit s používáním menších vložných plen, které mají seniorovi dodat pocit jistoty. Používání běžných plenkových kalhot by mělo nastat až v poslední fázi demence. Při oblékání může seniorům s ACH činit problémy následnost jednotlivých kusů oblečení nebo mají problémy se složitějším zapínáním oděvů (JELÍNKOVÁ, 2009).

Problémy lze vyřešit tak, že jim oblečení nachystáme v tom pořadí, v jakém si ho má senior obléci, a při koupi oděvů pro seniora s ACH vybíráme oděvy, které se oblékají přes hlavu, kalhoty na gumu, boty na suchý zip apod. Při jídle mohou mít senioři s ACH problémy s tím, že neudrží hrnek. Místo hrnku můžeme seniorům nabídnout plastový hrnek s náustkem nebo brčko. Senioři s demencí časem těžko zvládají použití příboru, a tak je dobré upravit jídlo na malé kousky a seniorovi nabídnout jen lžici. Je rovněž dobré (pokud to umožní konzistence jídla) nechat jíst seniora pouze rukama. Krmení personálem by mělo být tou poslední možností (JELÍNKOVÁ, 2009).

4.2.3 Arteterapie

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojmána jako svébytný obor. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány.

Arteterapie u nás dosud nemá jasně vyhraněný profesní statut, zřetelné vymezení ani pravidla. V rolích arteterapeutů působí absolventi široké škály oborů jako speciální a výtvarní pedagogové, výtvarníci, psychologové, lékaři, střední zdravotnický personál.

Arteterapie pomáhá seniorům v přizpůsobení se nové situaci, poklesu fyzických sil a ztrátě zdraví. Aktivizuje zbytky jejich vitality (životní způsobilosti), flexibility, stimuluje (povzbuzuje) jejich kreativitu (tvořivost).

Je třeba počítat s tím, že výtvarný projev seniorů má své určité charakteristické rysy:

- výrazně prodloužené tvary objektů
- chaotické uspořádání objektů
- přechod od realistického zobrazení konkrétních objektů k jejich lineárnímu
- ztvárnění fragmentárním stylem
- užívání ornamentů
- větší úspěchy v kolážových technikách

Mezi osvědčené arteterapeutické postupy vhodné pro seniory s demencí řadíme mramorování svíček, zdobení vánočního stromečku, malování temperovými barvami, zdobení ubrouskovou technikou, výrobu přání, výrobu velikonočních kraslic, vykrajování z moduritu nebo podobné hmoty, malování na porcelán, batikování, vyškrabování obrázků, papírové koláže, kreslení, malování omalovánek, vyšívání, tvorba mandele a mnohé další.

Zdroj: ČAA: Česká arteterapeutická asociace. ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE. *Arteterapie v ČR* [online]. Praha 2, 2005 [cit. 2013-01-30]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/index.php?disp=arteterapie&lang=0>

4.2.4 Muzikoterapie

Muzikoterapie je léčebný přístup. Název je odvozen z latinského slova „*musica*“ znamená hudba a z řeckého „*therapeia*“ znamená léčit. Americká muzikoterapeutická asociace (1998) překládá pojem muzikoterapie jako „*pomoc hudbou člověku se zdravotními nebo edukačními problémy*“ ne jako pouhé „*léčení hudbou*“.

Muzikoterapie je použití hudby anebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb (definice Světové federace muzikoterapie, 1996).

Terapie hudbou využívá techniky aktivizační, při nichž je senior sám zapojen (např. rytmické cviky, zpívání, hra na hudební nástroj nebo hudební kvíz, při kterém se senior snaží k hudebnímu dílu přiřadit autora nebo naopak) a techniky pasivní, při nichž je senior spíše posluchačem. Pasivní techniky napomáhají k uvolnění, relaxaci, vyvolání vzpomínek a emocí (ZELINKOVÁ, 2007).

Muzikoterapie je využívána k naplnění nejrůznějších tělesných, emocionálních, kognitivních, sociálních nebo spirituálních potřeb klientů. Jejím účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné cíle za účelem uspokojení tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb (ZELINKOVÁ, 2007).

U výběru aktivit v rámci muzikoterapie musíme mít na paměti, že senior postižený ACH je limitován především úbytkem paměťových schopností a nemusí dané činnosti rozumět. Dále je nutné brát v potaz věk seniora a přirozenou úctu k člověku (ZELINKOVÁ, 2007).

4.2.5 Validační terapie

Validační terapie je jedním z prvních specifických přístupů ke klientům postižených demencí. Jeho zakladatelkou je Naomi Feil, během let 1963 - 1980 (životopis Naomi Feil viz příloha G).

Tato terapie klade důraz na zachování a posílení lidské důstojnosti seniora s demencí, přijetí jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. Terapeut citlivě pracuje s původním tématem seniora („nikdy neříká ne“) a postupnými kroky vede seniora žádoucím směrem.

Validační terapie se využívá zejména v případech, kdy by snaha o orientaci v realitě mohla vést ke zhoršení stavu seniora, neklidu nebo agresivitě (HOLMEROVÁ, 2007).

4.2.6 Canisterapie

Canisterapie neboli terapie za pomoci psů je léčebná metoda využívající léčebný kontakt psa a člověka. Pes už svou přítomností dokáže vyvolat dobrou náladu všude tam, kde je jí nedostatek. O tom, že úsměv léčí, nemůže být pochyb. Ale už dávno to není jen o radosti, kterou psi lidem přinášejí. Canisterapie může mít formu individuální nebo kolektivní. Využívá se různých druhů plemen, s průkazem původu, ale i bez něj.

Dle zaměření dělíme canisterapii na:

- **Aktivity za pomoci psa**, kde se pomocí přirozeného kontaktu člověka a psa a zaměřujeme na zlepšení kvality života klienta a obecnou aktivizaci.
- **Terapii za pomoci psa**, která je cíleným kontaktem, kde nasměrování a úkoly určuje odborník (fyzioterapeut, psycholog, speciální pedagog apod.) a canisterapie se tak stává podpůrnou metodou celkové rehabilitace klienta.
- **Vzdělávání za pomoci psů**, kde pedagogové využívají pozitivní vliv psů na žáky se specifickými potřebami nebo jako součást zážitkové výuky.

Canisterapie může být zaměřena na rozvoj citových schopností (hlazení, mazlení, komunikace se psem), dále na rozvoj rozumových schopností (cílená hra, rozšiřování

slovní zásob), zaměřena také na rozvoj pohybových schopností (jemná, hrubá motorika, házení míčeků) a na relaxaci (vliv na psychiku a duševní rovnováhu klienta).

Canisterapie léčí a rozvíjí jemnou motoriku, podněcuje verbální i neverbální komunikaci, rozvíjí orientaci v prostoru a čase, pomáhá při nácviku koncentrace a paměť, působí také v rovině rozvoje motoriky s atributem rehabilitační práce, v polohování a v relaxaci, rozvíjí sociální citění, poznávání a složku citovou. Tam, kde je to třeba, psi podněcují ke hře a k pohybu a zároveň mají velký vliv na psychiku a přispívají k duševní rovnováze a motivaci (GALAJDOVÁ, 2011).

Pomocí canisterapie se dají zlepšit citové, rozumové i pohybové schopnosti lidí, zlepšit fyzickou pohodu, zvýšit koncentraci nebo rozvíjet verbální i neverbální komunikaci a motorickou obratnost. Tělesný kontakt se psem může pomoci i při částečném obnovování hmatových vjemů a uvolňování křečí (GALAJDOVÁ, 2011).

4.2.7 Kognitivní trénink

Kognitivní trénink se používá lidí s demencí a u seniorů a je označováno tzv. cvičení paměti. Cvičení paměti má význam hlavně u zdravých seniorů nebo u seniorů, kteří mají pouze lehkou poruchu paměti ve smyslu stařecké zapomnětlivosti. U seniorů s ACH se provádí tzv. kognitivní rehabilitace, která využívá obdobných technik jako cvičení paměti, ale je výrazně šetrnější. Cvičení paměti mají na rozdíl od kognitivní rehabilitace soutěživý charakter, kladou důraz na rychlost, úplnost a správnost.

Při kognitivní rehabilitaci se využívají zjednodušené a nesoutěživé slovní hry, doplňování říkanek, doplňování slov dle první slabiky, skládání obrazců, zjednodušené pexeso větších rozměrů apod. (KLUCKÁ, 2009).

Pro kognitivní rehabilitaci lze využít Sadu pro kognitivní trénink, která byla vytvořena v Gerontologickém centru v Praze 8 ve spolupráci s ČALS. Sada obsahuje řadu různě složitých pomůcek, které jsou vhodné k aktivizaci seniorů v jednotlivých stadiích demence. Sada obsahuje různě složité skládačky - puzzle, pomůcky pro hru se slovy, maxi pexeso anebo domino (WALSH, 2005).

Trénování paměti není si, udržet a vybavit si potřebnou informaci v pravou chvíli, ale je důležitou metodou napomáhající k udržení duševního zdraví ve stáří (KLUCKÁ, 2009).

4.2.8 Terapie vařením nebo pečením

Terapeutické vaření nebo pečení je jednou z velice vděčných činností, které se dají se seniory s demencí provádět. Není třeba je k této činnosti nějak složitě motivovat, jelikož se jedná o běžnou činnost, při níž mohou využít dávno naučených dovedností a zažít kromě radosti z podařeného díla i vůni a chuť připraveného pokrmu. Dochází i k senzorické stimulaci, kdy známá a příjemná vůně může vyvolávat příjemné vzpomínky a přispívat k dobré náladě (HOLMEROVÁ, 2007).

Senioři s demencí bez obtíží zvládají loupání, krájení a strouhání, vypeckování ovoce, louskání ořechů, míchání a hnětení těsta, výrobu drobenky, vyvalování těsta pomocí válečku, vykrajování pomocí formiček atd. Činnost by měla být koordinovaná a každému seniorovi by měl být přidělen takový druh práce, který ještě dokáže zvládnout (HOLMEROVÁ, 2007).

4.2.9 Společenské akce pro klienty s ACH

Společenské akce jsou nedílnou součástí života a péče o klienty s ACH. Každý klient by měl mít pocit, že ještě „žije“, že je v dění různých událostí, proto by se na to nemělo zapomínat. Je velmi důležité, aby klienti nebyli uzavřeni pouze ve svých domovech nebo sociálních zařízeních. Společenský život lze zajistit různými výlety např. po okolí, do zoologické zahrady, pořádáním různých akcí přímo v sociálních zařízeních, organizací různých hudebních a tanečních vystoupení, dní otevřených dveří, soutěžních klání mezi klienty, skupinami klientů nebo i klienty z jiných zařízení. To vše a mnohem víc může klientům s ACH obohatit a zachovat společenský život.

Aktivizační metody jsou rozvíjeny jak na úrovni preventivní tak léčebné. Důležité však je respektovat individuální možnosti, přání a zájmy seniorů. Je potřeba pomáhat nalézt seniorům motivaci pro vytváření krátkodobých a dlouhodobých cílů a posilovat jejich důvěru.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíl práce

Cílem této práce je sestavit žebříček aktivizačních metod dle jejich oblíbenosti u klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby.

5.1 Cíl průzkumného šetření

Hlavním cílem průzkumu je sestavit žebříček vybraných aktivizačních metod dle oblíbenosti u klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby.

Cílem průzkumu je zjistit:

1. Důvody, pro které jsou některé aktivizační metody mezi klienty oblíbenější, než jiné dochází k jakýmkoliv změnám na celkovém stavu klientů s Alzheimerovou chorobou po delším působení a využívání aktivizačních metod z pohledu ošetřujícího personálu.
2. Jaký přínos má využívání aktivizačních metod u klientů s Alzheimerovou chorobou z pohledu ošetřujícího personálu.
3. Zda jsou jakékoliv změny na celkovém stavu klientů s Alzheimerovou chorobou po delším působení a účasti aktivizačních metod z pohledu ošetřujícího personálu.

5.2 Průzkumné otázky

Otázka 1: Předpokládáme, že ergoterapie bude oblíbena u poloviny klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby.

Otázka 2: Předpokládáme, že na prvních třech místech sestaveného žebříčku aktivizačních metod se umístí muzikoterapie, která bude oblíbena u všech dotazovaných

klientů, arteterapie, která se bude líbit většině klientů a reminiscenční terapie, která se bude líbit polovině klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby.

Otázka 3: Předpokládáme, že v sestaveném žebříčku aktivizačních metod se kognitivní trénink umístí na posledním místě a oblíben bude pouze u 3 klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby.

Otázka 4: Předpokládáme, že terapie vařením a pečením bude oblíbena u poloviny klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby.

Otázka 5: Předpokládáme, že ošetřující personál potvrdí kladný přínos aktivizačních metod u klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby.

Otázka 6: Předpokládáme, že polovina ošetřujícího personálu potvrdí kladné změny na celkový stav klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby vlivem využívání aktivizačních metod.

5.3 Průzkumná metoda

K získávání potřebných dat jsme zvolili metodu průzkumu formou pozorování a rozhovoru.

Metoda pozorování je těžištěm ošetrovatelského a klinického výzkumu. Pozorování je soustředěné, cílevědomé sledování se záměrem něco poznat, zjistit a vyzkoumat. Tato metoda je jedna ze základních technik sběru informací a je náročná na čas. Předmětem pozorování je chování osob, celkové situace a atmosféry. Vědecké pozorování je připravené, evidované a následně ověřované. U pozorování lze využít některé technické pomůcky např. magnetofony, fotoaparáty, videokamery. Pozorované objekty (osoby) by měly být z etického hlediska seznámeny s tím, že jsou předmětem pozorování. Pozorování má několik druhů (zúčastněné, nezúčastněné, utajené, neutajené, přímé a nepřímé) a fází (5 fází - určení předmětu pozorování, určení druhu pozorování, vypracování plánu pozorování, vlastní pozorování a způsob prezentace výsledků).

Pro dosažení cíle a potvrzení či vyvrácení průzkumných otázek jsme zvolili přímé pozorování a rozhovor s následnou analýzou zjištěných výsledků. Cílem průzkumu je zjistit názory na určitou věc, kdy spolehlivost průzkumu závisí na výběru respondentů.

Pro metodu pozorování v tomto případě byla záměrně vybrána skupina 20 respondentů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby. Šlo o pozorování přímé, nezúčastněné a neutajené, jelikož u těchto respondentů není riziko změny chování, i přesto, že vědí, že jsou pozorováni. Je to v důsledku ztráty krátkodobé paměti, dezorientace místem, časem a osobou. Vzhledem k charakteristice onemocnění se domníváme, že pozorování těchto respondentů je nejprůkaznější metodou.

Metoda rozhovoru (Interview) zjišťuje informace prostřednictvím otázek. Dochází k interakci mezi tazatelem a respondentem tváří v tvář. Rozhovor je příznačný jednosměrný tok informací, dochází k verbálnímu kontaktu mezi tazatelem a respondentem. Metoda rozhovoru je nejpřirozenější, ale náročnější. Účelem rozhovoru je dozvědět se co nejvíce informací o tom, s kým mluvíme, o jeho povaze, postojích, názorech, prožívání, o citových stavech a zálibách. Na začátku rozhovoru je důležité nejprve vytvořit ovzduší důvěry, uvolnění a poté začít s rozhovorem. Rozhovor má několik druhů (standardizovaný - strukturovaný, nestandardizovaný - volný, individuální, skupinový, anamnestický, diagnostický...).

V tomto případě používáme individuální a standardizovaný rozhovor s předem připravenými otázkami. U klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby to bylo velice náročné na trpělivost a čas. Většina otázek se těmto klientům musela několikrát vysvětlit, aby pochopili, na co se jich ptáme. Dále jsme metodu rozhovoru použili k získání informací od ošetřujícího personálu.

5.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Sběr dat probíhal půl roku v rezidenčním zařízení Královéhradeckého kraje a to v Domově důchodců se zvláštním režimem v Albrechticích nad Orlicí, který se specializuje na klienty s Alzheimerovou chorobou. Výběr respondentů byl proveden ve spolupráci s vrchní sestrou domova důchodců. Bylo vybráno 20 klientů ve II. stádiu

Alzheimerovy choroby, z toho 15 žen a 5 mužů ve věku 67 až 87 let. Jejich věkový průměr činil 80 let. Následně uvádíme jejich krátké kazuistiky.

Respondent č. 1

Respondent 82 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. V roce 2005 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Je diabetik II. typu doposud léčen perorálními antidiabetiky (Glimepirid). Trpí vysokým krevním tlakem a chronickou ICHS (ischemickou srdeční chorobou). Užívá antidiabetika, antipsychotika (Tiapridal), antihypertenziva (Enap H, Lusopress), vazodilatancia (Nitromint), sympatholitika (Nebivolol). V lednu 2012 podstoupil kontrolní odběry krve a UZ (ultrazvuk) dolních končetin. Váží 53 kg a měří 162 cm, TK (krevní tlak) - 120 / 60 mm Hg (mililitry rtuťového sloupce). Má dietu č. 9 (diabetickou). Je částečně nesoběstačný, inkontinentní (moč, stolice), je nutný dohled a dopomoc při hygieně.

V posledním MMSE (Mini-Mental State Examination) získal 17 bodů. Je klidný, občas zmatený, občas dezorientovaný místem a časem. V noci spí bez obtíží. Chodí bez dopomoci, rád se prochází.

Respondent č. 2

Respondent 78 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. V roce 2009 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba s pozdním nástupem. Léčí se s vysokým krevním tlakem od roku 1990. Má dietu č. 3 (racionální). Užívá antihypertenzivum (Lorista), antiparkinsonika (Isicom) 1 hodinu před jídlem. Váží 45 kg, měří 154 cm, TK - 130 / 85 mm Hg.

V posledním MMSE získal 16 bodů. Je klidný, spokojený, spolupracující, bez agresivního chování, povídá si pro sebe, má občasně stavy zmatenosti a dezorientace, je u ní nutný dohled a dopomoc při hygieně, v noci klidně spí, chůze bez obtíží.

Respondent č. 3

Respondent 84 let, do tohoto domova byl přeložen z jiného zařízení v roce 2011. V roce 2003 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba, dále se léčí s vysokým krevním tlakem, na levé oko vidí minimálně. Má dietu č. 3 (racionální). Užívá psychostimulantium (Donepezil 10 mg), antipsychoticum (Apo-Quetiapin 25 mg), antihypertenzivum (Betaloc).

V posledním MMSE získal 19 bodů. Váží 78 kg, měří 160 cm, TK - 120/85 mm Hg. Je klidný, spokojený, bez napětí, soběstačný, při hygieně je nutný dohled, spánek dostatečný, během dne pospává.

Respondent č. 4

Respondent 76 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. V roce 2008 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba s pozdním nástupem. Je diabetik II. typu na perorálních antidiabetikách a má diagnostikovanou osteoporózu skeletu. Má dietu č. 9 (diabetickou) mletou. Užívá antidiabetika (Glukobene), vazodilatancia (Verogalid, Pentomer), antipsychotika (Rileptid, Haloperidol gtt.), antidepresiva (Cipralex 10 mg), psychostimulantia (Exelon 4,5 mg), antiepileptica (Rivotril 0,5 mg). Váží 68 kg, měří 165 cm, TK - 130 / 75 mm Hg.

V posledním MMSE získal 13 bodů. Je inkontinentní (moč, stolice), třes DK (dolních končetin), trpí bludy, je nesoběstačný, chodí 36 s dopomocí, nutný dohled a dopomoc při hygieně, jídle, pasivně spolupracuje a je zmatený. V noci klidně spí a polohuje se po 2 hodinách, přes den se vysazuje do křesla.

Respondent č. 5

Respondent 79 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. Alzheimerova choroba mu byla diagnostikována v roce 2004. Dietu má č. 3 (racionální) mletou. Užívá analgetikum a antypiretikum (Anopyrin 100 mg), psychostimulantia (Ebixa 10 mg). Váží 53 kg, měří 161 cm a TK - 115 / 75 mm Hg.

V posledním MMSE získal 16 bodů. Je částečně soběstačný, potřebuje pomoc při hygieně, je spokojený, usměvavý, občas dezorientovaný časem, občas je zmatený. Spolupracuje, je inkontinentní (moč, stolice), má zaveden permanentní močový katétr. Spí dostatečně, přes den spává.

Respondent č. 6

Respondent 78 let, do zařízení nastoupil v roce 2011. V roce 2003 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Je diabetik II. typu na inzulínu (Humulin N), dále mu byla diagnostikována ICHS (ischemická choroba srdeční). Má dietu č. 9 (diabetickou). Užívá psychostimulancia (Ebixa 10 mg), léčiva proti demenci (Tanakan), antidiabetica (Siofor 1000 mg), diuretikum (Furon 40 mg), antipsychotikum (Apo-Quetiapin 25 mg), nesteroidní antiflogistika a antirevmatika (Diclofenac 50 mg). Váží 56 kg, měří 159 cm, TK - 110 / 75 mm Hg.

V posledním MMSE získal 24 bodů. Je spokojený, soběstačný, pouze dohled při hygieně, bez napětí a zmatenosti, spolupracuje, je klidný, rád se prochází.

Respondent č. 7

Respondent 86 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. Alzheimerova choroba mu byla diagnostikována v roce 2003, dále se léčí s spondyloartrózou páteře. Má dietu č. 3 (racionální). Užívá léčiva proti demenci (Tanakan), antiulcerotikum (Omeprazol 20 mg), psychostimulantia (Donepezil 10 mg), hypnotika (Hypnogen) na noc před spaním. Váží 73 kg, měří 165 cm, TK - 120 / 85 mm Hg.

V posledním MMSE získal 25 bodů. Je soběstačný, nutný dohled při hygieně, spokojený, inkontinentní (moč), nosí brýle, je klidný, bez napětí a zmatenosti

Respondent č. 8

Respondent 85 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. V roce 2006 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Je diabetik II. typu na perorálních antidiabetikách (Diaprel MR), antipsychotikum (Apo-Quetiapin 25 mg), antidepresiva

(Ciprallex 10 mg), psychostimulantia (Exelon 4,6 mg), antiparkinsonica (Nakom mite), antiepileptica (Rivotril 0,5 mg). Má dietu č. 9 (diabetickou) mletou. Váží 59 kg, měří 163 cm, TK - 130 / 86 mm Hg.

V posledním MMSE získal 29 bodů. Je klidný, spokojený soběstačný, bez napětí a zmatenosti.

Respondent č. 9

Respondent 86 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. Alzheimerovu chorobu má diagnostikovanu od roku 2001. Má dietu č. 3 (racionální). Užívá antiparkinsonica (Nakom mite), antiulcerotikum (Helicid 20 mg), antihistaminikum (Prothazin), antipsychotica (Haloperidol gtt.). Váží 42 kg, měří 150 cm, TK - 115 / 60 mm Hg.

V posledním MMSE získal 16 bodů. Je částečně soběstačný, potřebuje pomoc při hygieně, je klidný, hůře se pohybuje, má kompenzační pomůcku k pohybu (hůl), nosí brýle, je inkontinentní (moč), občas je zmatený, třes DK (dolních končetin). V noci spí, přes den odpočívá v křesle.

Respondent č. 10

Respondent 79 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. Od roku 2000 má diagnostikovanu Alzheimerovu chorobu, dále se léčí s vysokým krevním tlakem. Má dietu č. 3 (racionální). Užívá antypiretikum (Anopyrin), antipsychotikum (Apo-Quetiapin 25 mg), antihypertenzivum (Prestarium NEO), psychostimulantia (Ebixa 10 mg), venopharmaka (Doxium). Váží 65 kg, měří 164 cm, TK - 130 / 80 mm Hg.

V posledním MMSE získal 12 bodů. Je klidný, soběstačný, potřebuje dohled při hygieně, rád se prochází, občas je zmatený, má výkyvy nálad, spí dostatečně.

Respondent č. 11

Respondent 84 let, do zařízení nastoupil v roce 2012. Alzheimerovu chorobu má diagnostikovanu od roku 2001, dále se léčí s vysokým krevním tlakem. Má dietu č. 3

(racionální). Užívá antihypertenziva (Amprilan H), antipsychotika (Ketilept 25 mg), antidepressiva (Trittico 150 mg). Váží 61 kg, měří 158 cm, TK - 130 / 60 mm Hg.

V posledním MMSE získal 13 bodů. Je klidný částečně soběstačný, nutná dopomoc při hygieně, bez napětí, spolupracuje, hůře slyší na obě uši, má pomalejší reakce na podměty z okolí.

Respondent č. 12

Respondent 87 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. V roce 2002 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Je diabetik II. typu na dietě, léčí se s vysokým krevním tlakem. Má dietu č. 9 (diabetickou). Užívá psychostimulantia (Ebixa 10 mg), antipsychotika (Tiapridal), antihypertenziva (Prenessa). Váží 73 kg, výška 163 cm, TK - 125 / 90 mm Hg.

V posledním MMSE získal 13 bodů. Je částečně soběstačný, nutná dopomoc při hygieně, je inkontinentní (moč, stolice). Komunikuje neverbálně, povídá si pro sebe, pasivně spolupracuje. Spí dostatečně, přes den odpočívá v křesle.

Respondent č. 13

Respondent 78 let, do zařízení nastoupil v roce 2011. Již v roce 1998 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba, dále se léčí s vysokým krevním tlakem. Má dietu č. 3 (racionální) mletou. Užívá psychostimulantia (Ebixa 10 mg), antidepressiva (Trittico 150 mg), psychostimulantia (Donepezil 10 mg), antihypertenziva (Lokren 20 mg). Váží 53 kg, měří 165 cm, TK - 115 / 80 mm Hg.

V posledním MMSE získal 15 bodů. Je částečně soběstačný, je zde nutná dopomoc při hygieně, komunikuje normálně, je skleslý, neklidný, zmatený, chodící, dezorientovaný místem, má utkvělou představu, nucení na močení, stále vyhledává toaletu v intervalech po 5 minutách.

Respondent č. 14

Respondent 83 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. Alzheimerovu chorobu má diagnostikovanu od roku 2000. Má dietu č. 3 (racionální). Užívá psychostimulatia (Ebixa 10 mg), antipsychotika (Kventiax). Váží 67,5 kg, měří 160 cm, TK - 110 / 70 mm Hg.

V posledním MMSE získal 15 bodů. Je klidný, chodící, částečně soběstačný, potřebuje dopomoc při hygieně, je inkontinentní (moč, stolice), občas je zmatený, usměvavý.

Respondent č. 15

Respondent 80 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. V roce 1999 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba, léčí se s vysokým krevním tlakem. Má dietu č. 3 (racionální). Užívá psychostimulatia (Ebixa 10 mg), antikoagulancia (Warfarin 3 mg), antianaemica (Acidum folicum), antiepileptica (Rivotril gtt.). Váží 58 kg, měří 164 cm, TK - 130 / 70 mm Hg.

V posledním MMSE získal 17 bodů. Je soběstačný, chodící, nutný dohled při hygieně, spolupracuje, občas je zmatený, občas se v noci budí a je agresivní.

Respondent č. 16

Respondent 78 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. V roce 2000 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba, dále trpí nedoslýchavostí. Má dietu č. 3 (racionální). Užívá psychostimulatia (Ebixa 10 mg, Evertas 3 mg), antipsychotika (Buronil 25 mg), antihypertenzivum (Rhefluin). Váží 62 kg, měří 168 cm, TK - 130 / 80 mm Hg.

V posledním MMSE získal 12 bodů. Pasivně spolupracuje, je částečně soběstačný, nutná dopomoc při hygieně, je inkontinentní (moč, stolice), klidný, alergický na penicilin (PNC).

Respondent č. 17

Respondent 83 let, do zařízení nastoupil v roce 2011. V roce 2003 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Dietu má č. 3 (racionální) mletou. Užívá psychostimulatia (Ebixa 10 mg), antipsychotika (Kventiax, Tiapridal), antypiretikum (Anopyrin). Váží 55 kg, měří 179 cm, TK - 120 / 65 mm Hg.

V posledním MMSE získal 13 bodů. Je částečně soběstačný, nutná dopomoc při hygieně, při chůzi, spolupracuje, je inkontinentní (moč, stolice), v noci spí, přes den ospává.

Respondent č. 18

Respondent 67 let, do zařízení nastoupil v roce 2011. V roce 2004 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba s pozdním začátkem. Dietu má č. 3 (racionální). Užívá psychostimulatia (Ebixa 10 mg), léčiva proti demenci (Tanakan), antipsychotika (Tiapridal). Váží 66 kg, měří 175 cm, TK - 130 / 80 mm Hg.

V posledním MMSE získal 15 bodů. Je částečně soběstačný, nutná dopomoc při hygieně, při chůzi a částečně při jídle. Pasivně spolupracuje, v noci spí, přes den ospává, povídá si pro sebe, občas je zmatený.

Respondent č. 19

Respondent 70 let, do zařízení nastoupil v roce 2010. Alzheimerovu chorobu mu diagnostikovali v roce 2003, dále se léčí s vysokým krevním tlakem. Má dietu č. 3 (racionální). Užívá léčiva proti demenci (Tanakan), psychostimulatia (Ebixa 10 mg), antihypertenziva (Lokren 20 mg), antipsychotika (Buronil 25 mg). Váží 60 kg, měří 168 cm, TK - 135 / 65 mm Hg.

V posledním MMSE získal 17 bodů. Spolupracuje, je soběstačný, nutný dohled při hygieně, je inkontinentní (moč, stolice), je klidný, bez napětí, spí dostatečně.

Respondent č. 20

Respondent 76 let, do zařízení nastoupil v roce 2011. V roce 1998 mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba, je diabetik na inzulínu (Humulin N). Dietu má č. 9 (diabetickou). Užívá antidiabetika (Siofor 1000 mg), psychostimulatia (Ebixa 10 mg), léčiva proti demenci (Tanakan), antidepresiva (Trittico 150 mg). Váží 67 kg, měří 173 cm, TK - 125 / 70 mm Hg.

V posledním MMSE získal 16 bodů. Je částečně soběstačný, nutná dopomoc při hygieně, chůzi, nosí brýle, je klidný, bez napětí, inkontinentní (moč, stolice), spolupracuje, v noci spí dostatečně.

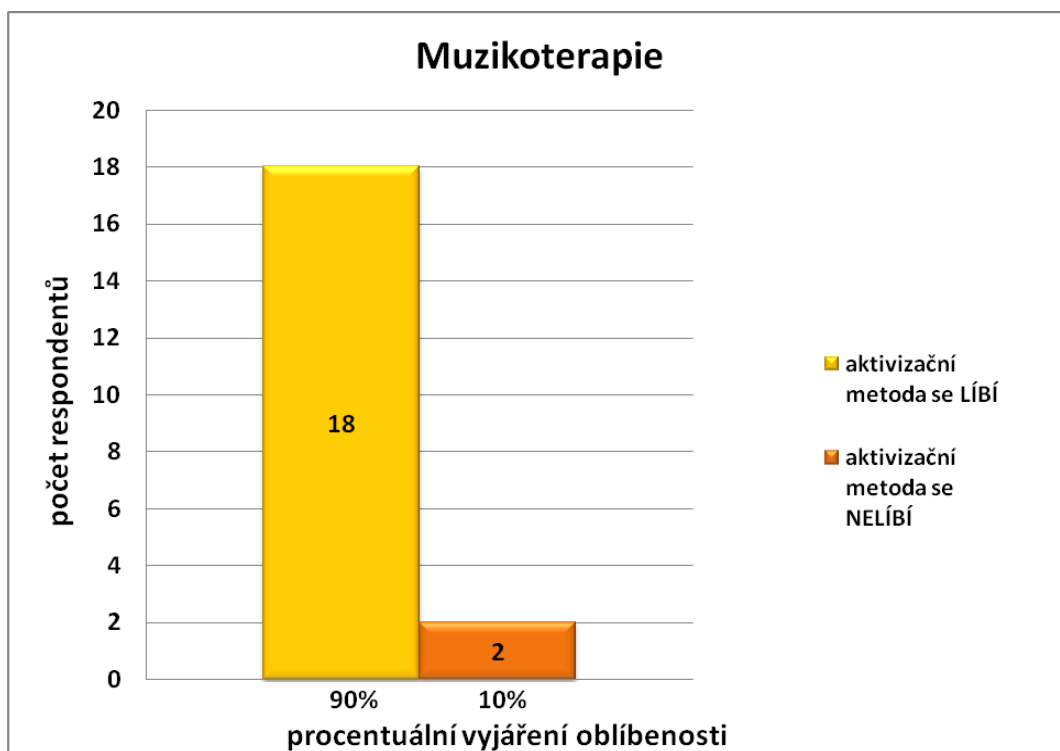
5.5 Výsledky průzkumu a jejich analýza

Z tabulky 1 a grafu 1 (viz níže) je zřejmé, že muzikoterapie se drží v oblibě u 18 respondentů z celkového počtu 20 respondentů. Dále z grafu 1 vyplývá, že muzikoterapie je velice oblíbenou aktivizační metodou u 90 % respondentů.

Tabulka 1 - Výsledky oblíbenosti muzikoterapie

Aktivizační metoda	Muzikoterapie
Počet respondentů	20
Aktivizační metoda se LÍBÍ	18
Aktivizační metoda se NELÍBÍ	2
vyjádření oblíbenosti v %	90%

Graf 1 - Výsledky oblíbenosti muzikoterapie

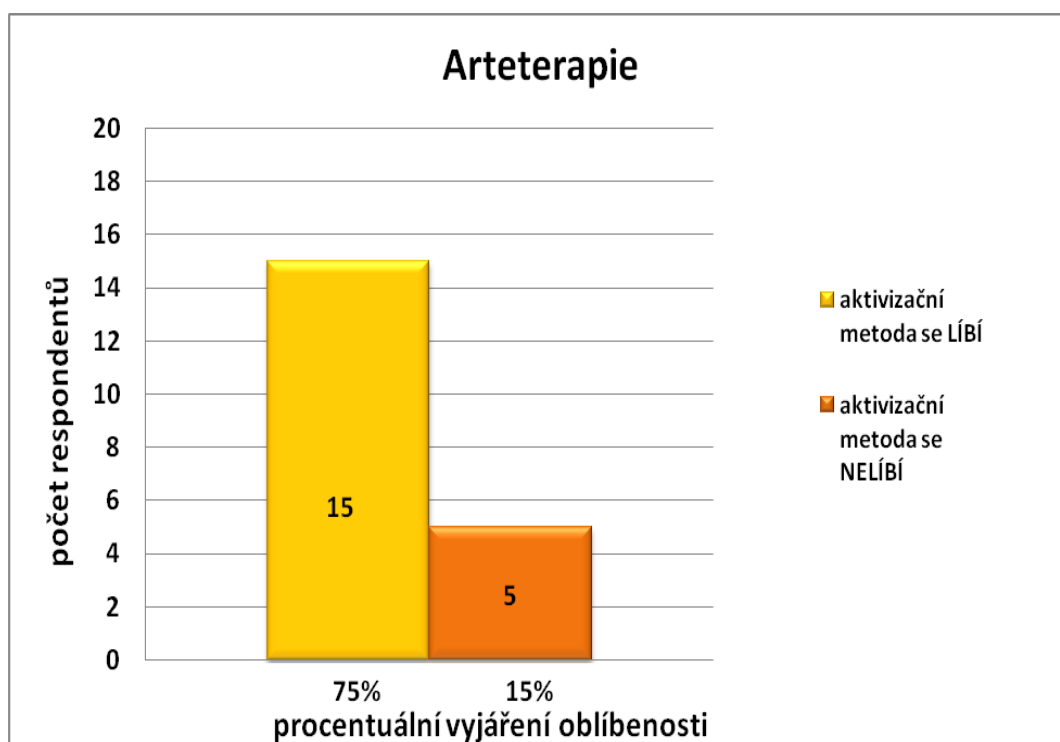


Z tabulky 2 a grafu 2 (viz níže) je zřejmé, že arteterapie se drží v oblíbě u 15 respondentů z celkového počtu 20 respondentů. Dále z grafu 2 vyplývá, že arteterapie je oblíbenou aktivizační metodou u 75 % respondentů.

Tabulka 2 - Výsledky oblíbenosti arteterapie

Aktivizační metoda	Arteterapie
Počet respondentů	20
Aktivizační metoda se LÍBÍ	15
Aktivizační metoda se NELÍBÍ	5
vyjádření oblíbenosti v %	75%

Graf 2 - Výsledky oblíbenosti arteterapie

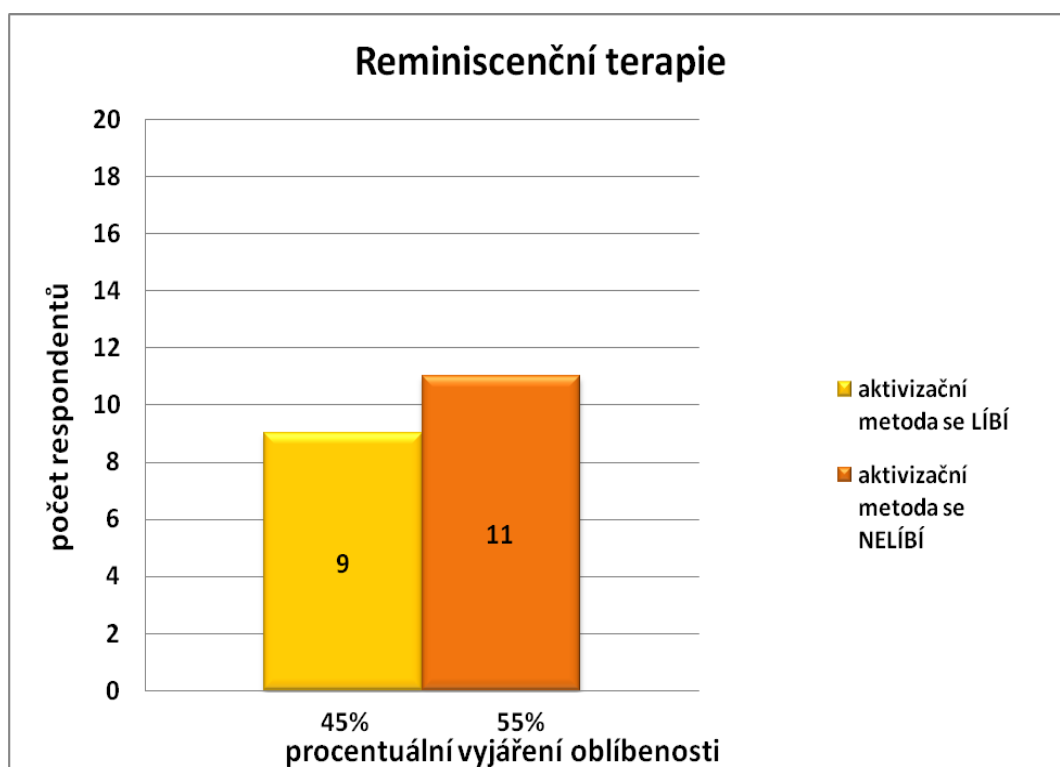


Z tabulky 3 a grafu 3 (viz níže) je zřejmé, že reminiscenční terapie se drží v oblíbenosti u 9 respondentů z celkového počtu 20 respondentů. Dále z grafu 3 vyplývá, že reminiscenční terapie je oblíbenou aktivizační metodou u 45 % respondentů.

Tabulka 3 - Výsledky oblíbenosti reminiscenční terapie

Aktivizační metoda	Reminiscenční terapie
Počet respondentů	20
Aktivizační metoda se LÍBÍ	9
Aktivizační metoda se NELÍBÍ	11
vyjádření oblíbenosti v %	45%

Graf 3 - Výsledky oblíbenosti reminiscenční terapie

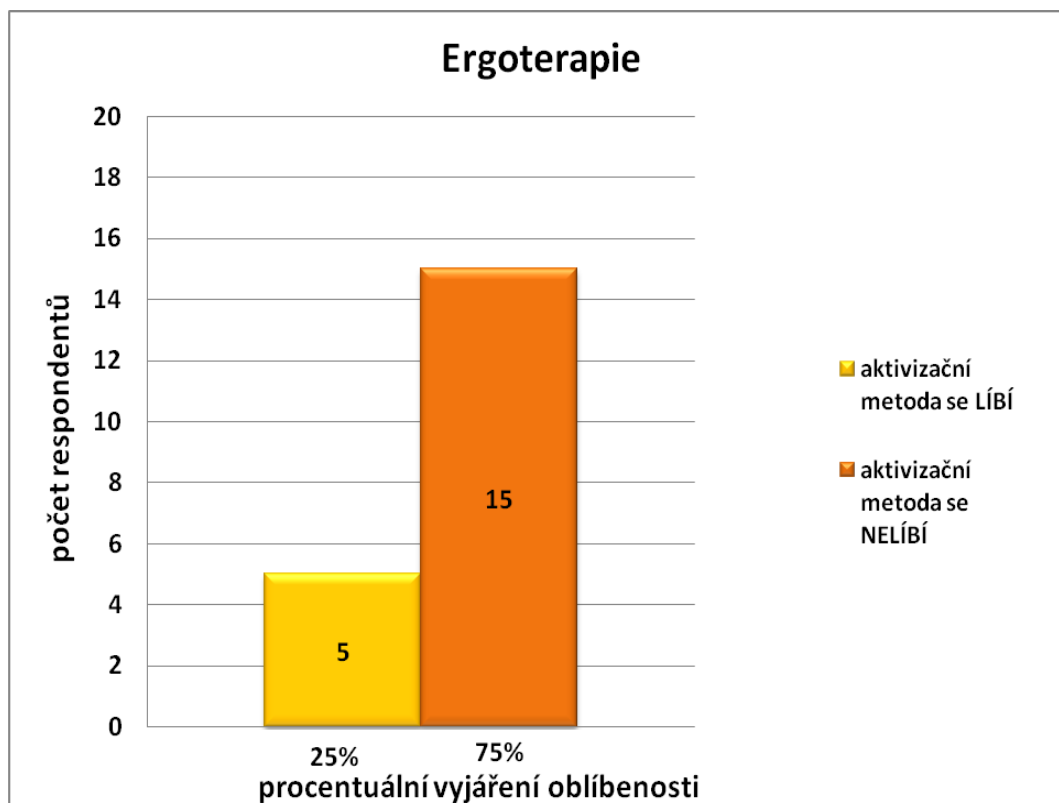


Z tabulky 4 a grafu 4 (viz níže) je zřejmé, že ergoterapie se drží v oblibě u 5 respondentů z celkového počtu 20 respondentů. Dále z grafu 4 vyplývá, že ergoterapie je oblíbenou aktivizační metodou u 25 % respondentů.

Tabulka 4 - Výsledky oblíbenosti ergoterapie

Aktivizační metoda	Ergoterapie
Počet respondentů	20
Aktivizační metoda se LÍBÍ	5
Aktivizační metoda se NELÍBÍ	15
vyjádření oblíbenosti v %	25%

Graf 4 - Výsledky oblíbenosti ergoterapie

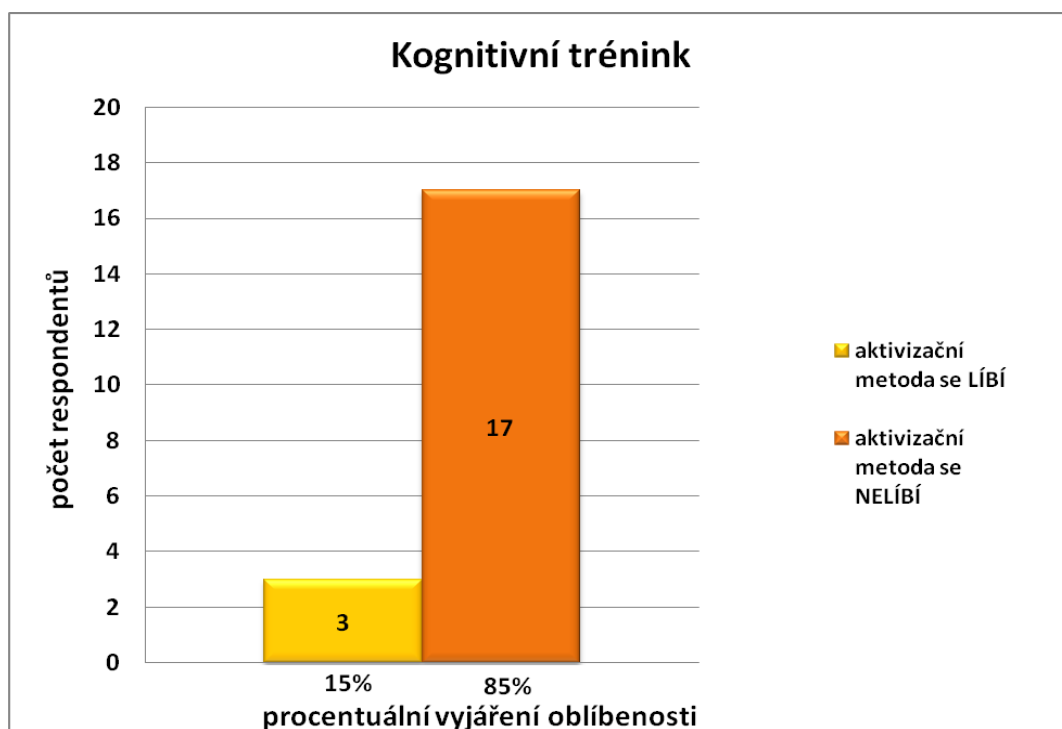


Z tabulky 5 a grafu 5 (viz níže) je zřejmé, že kognitivní trénink se drží v oblíbě u 3 respondentů z celkového počtu 20 respondentů. Dále z grafu 5 vyplývá, že kognitivní trénink je oblíbenou aktivizační metodou u 15 % respondentů.

Tabulka 5 - Výsledky oblíbenosti kognitivního tréninku

Aktivizační metoda	Kognitivní trénink
Počet respondentů	20
Aktivizační metoda se LÍBÍ	3
Aktivizační metoda se NELÍBÍ	17
vyjádření oblíbenosti v %	15%

Graf 5 - Výsledky oblíbenosti kognitivního tréninku

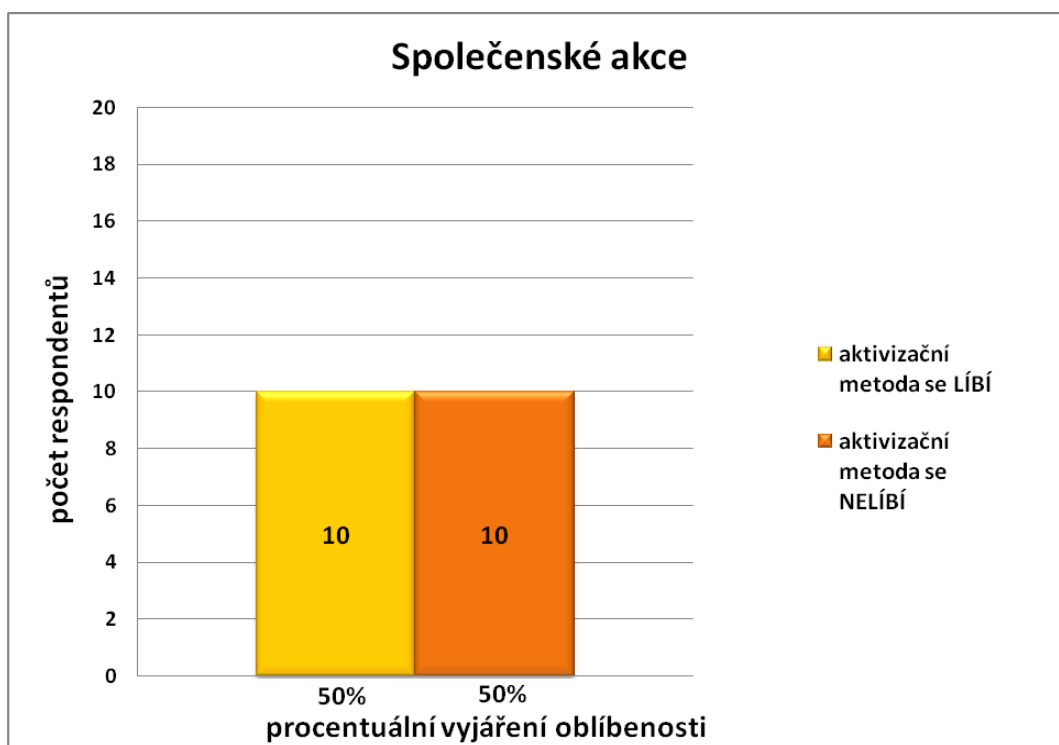


Z tabulky 6 a grafu 6 (viz níže) je zřejmé, že společenské akce se drží v oblíbenosti u 10 respondentů z celkového počtu 20 respondentů. Dále z grafu 6 vyplývá, že společenské akce jsou oblíbenou aktivizační metodou u 50 % respondentů.

Tabulka 6 - Výsledky oblíbenosti společenských akcí

Aktivizační metoda	Společenské akce
Počet respondentů	20
Aktivizační metoda se LÍBÍ	10
Aktivizační metoda se NELÍBÍ	10
vyjádření oblíbenosti v %	50%

Graf 6 - Výsledky oblíbenosti společenských akcí

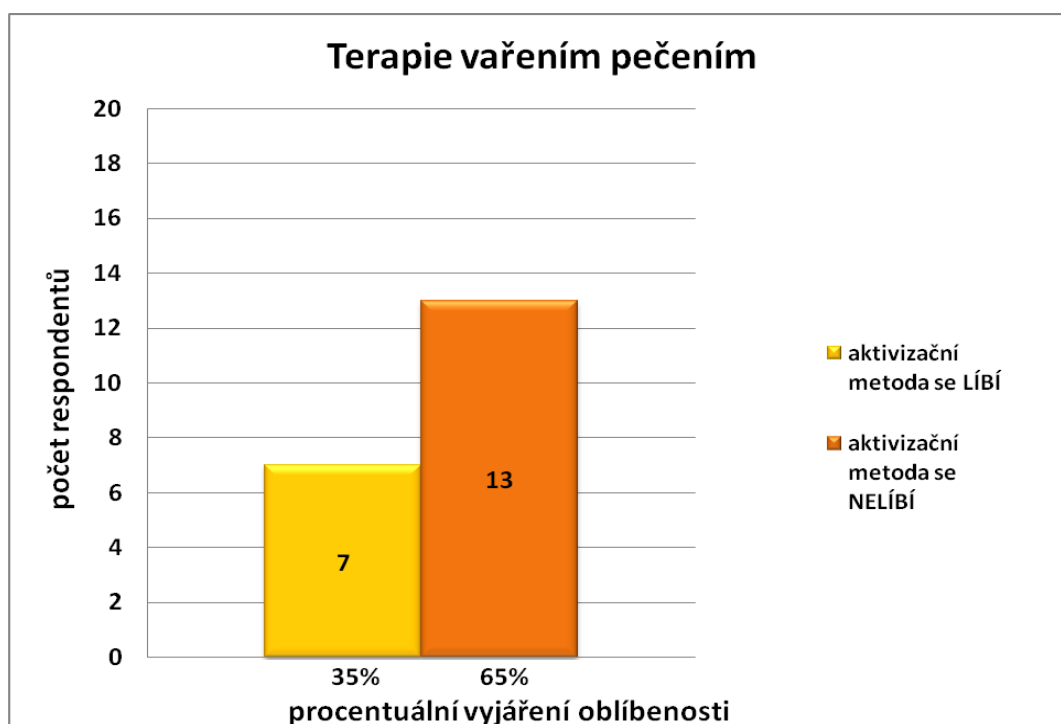


Z tabulky 7 a grafu 7 (viz níže) je zřejmé, že terapie vařením pečením se drží v oblibě u 7 respondentů z celkového počtu 20 respondentů. Dále z grafu 7 vyplývá, že terapie vařením pečením je oblíbenou aktivizační metodou u 35 % respondentů.

Tabulka 7 - Výsledky oblíbenosti terapie vařením pečením

Aktivizační metoda	Terapie vařením pečením
Počet respondentů	20
Aktivizační metoda se LÍBÍ	7
Aktivizační metoda se NELÍBÍ	13
vyjádření oblíbenosti v %	35%

Graf 7 - Výsledky oblíbenosti terapie vařením pečením

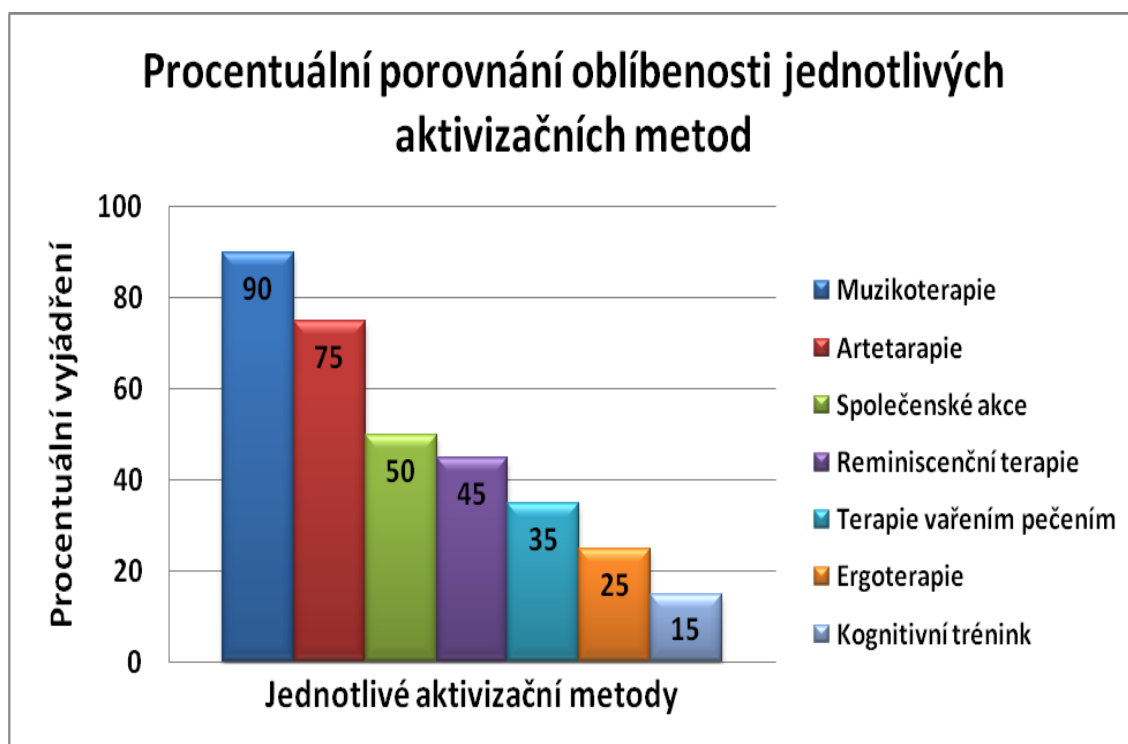


Z grafu 8 (viz níže) vyplývá oblíbenost jednotlivých aktivizačních metod vyjádřených v procentech. Tabulka 8 (viz níže) vyjadřuje sestavení žebříčku aktivizačních metod dle oblíbenosti, kdy nejvíce oblíbenou aktivizační metodou byla zjištěna muzikoterapie a naopak nejméně oblíbenou aktivizační metodou byl zjištěn kognitivní trénink.

Tabulka 8 - Žebříček aktivizačních metod dle oblíbenosti

Aktivizační metoda	vyjádření oblíbenosti v %
Muzikoterapie	90%
Arteterapie	75%
Společenské akce	50%
Reminiscenční terapie	45%
Terapie vařením pečením	35%
Ergoterapie	25%
Kognitivní trénink	15%

Graf 8 - Procentuální porovnání oblíbenosti jednotlivých aktivizačních metod

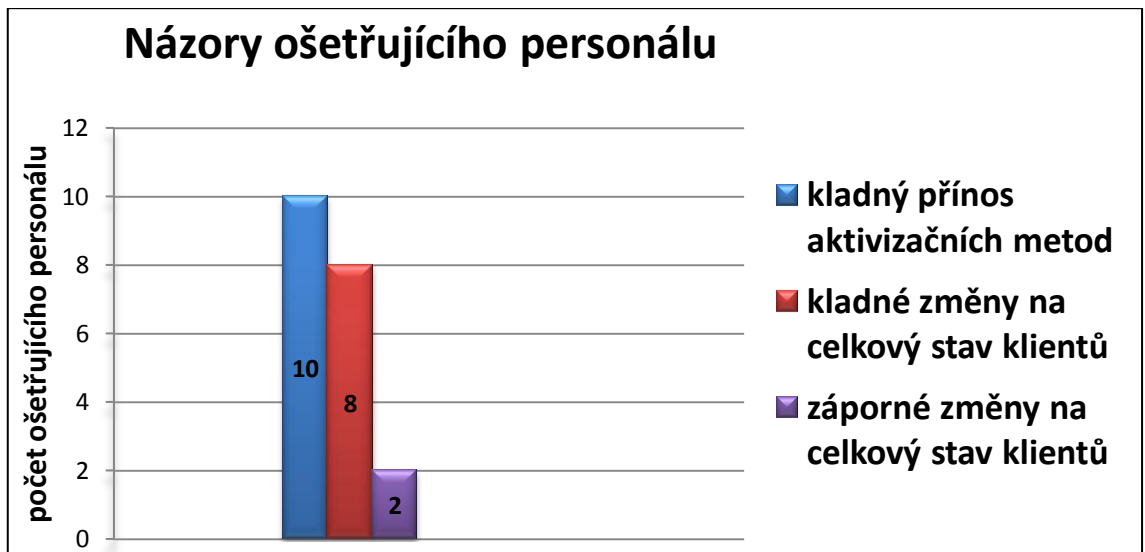


Z tabulky 9 a grafu 9 (viz níže) vyplývá názor ošetřujícího personálu, kdy všichni ošetřující personál uvedl kladný přínos aktivizačních metod. Dále většina ošetřujícího personálu uvedlo kladné změny na celkový stav klientů.

Tabulka 9 – Názory ošetřujícího personálu

Počet ošetřujícího personálu	10
KLADNÝ PŘÍNOS aktivizačních metod	10
ZÁPORNÝ PŘÍNOS aktivizačních metod	-
KLADNÉ ZMĚNY na celkový stav klientů	8
ZÁPORNÉ ZMĚNY na celkový stav klientů	2

Graf 9 - Názory ošetřujícího personálu



6 Diskuze

V poslední době se veřejnost začíná více zajímat o problematiku demencí obecně a to hlavně o problematiku Alzheimerovy nemoci. Dochází k tomu, že se rodí málo dětí a lidé se dožívají vysokého věku díky pokrokům medicíny. Tímto se zvyšuje počet lidí, kteří onemocní nějakým druhem demence či přímo Alzheimerovou nemocí.

V této bakalářské práci jsme se zaměřili na téma aktivizační metody a jejich uplatnění při práci právě s klienty s Alzheimerovou nemocí. Snažili jsme se také získat co nejvíce informací o samotné Alzheimerově nemoci. Zjišťovali jsme, jak mohou klienti s touto nemocí aktivně trávit svůj volný čas, do jaké míry je ta daná aktivizační metoda baví. Cílem práce bylo sestavit žebříček aktivizačních metod dle oblíbenosti u klientů. Také jsme zjišťovali názory ošetřujícího personálu na přínos daných aktivizačních metod klientům ve II. stádiu Alzheimerovy nemoci.

Práci jsme rozdělili na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme vymezili základní pojmy stáří a stárnutí. Dále se zabýváme problematikou Alzheimerovy choroby, jejími příznaky, stádii, diagnostikou a léčbou. Také zde definujeme pojem demence, její příznaky, stadia a klasifikace. Především se zaměřujeme na seznámení s řadou aktivizačních metod vhodných pro klienty s Alzheimerovou chorobou.

V praktické části se zabýváme přípravou a realizací empirického průzkumu. Stanovili jsme si cíl práce, cíl průzkumného šetření a průzkumné otázky. Pracovali jsme zde s údaji získanými pozorováním, dále z rozhovorů s klienty ve II. stadiu Alzheimerovi choroby a s ošetřujícím personálem. Výsledky průzkumu jsme zpracovali do tabulek a grafů. Celkový obraz zvolené problematiky jsme doplnili následnou analýzou získaných dat.

Po zpracování veškerých informací, které nám byly poskytnuty a které jsme zjistili pozorováním a metodou rozhovoru jsme došli k závěru, že nejoblíbenější aktivizační metodou u klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby je muzikoterapie.

Bylo zjištěno, že ergoterapie se drží v oblibě u 25 % respondentů, to znamená, že **průzkumná otázka 1**, kde jsme se domnívali, že ergoterapie bude oblíbená u poloviny klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby **se nepotvrdila**.

Po sestavení žebříčku aktivizačních metod bylo zjištěno, že na prvním místě se umístila muzikoterapie, která je oblíbená u 90 % respondentů, na druhém místě v žebříčku se umístila arteterapie s oblibou u 75 % respondentů a třetí oblíbenou aktivizační metodou se umístili společenské akce, které se drží v oblibě u 50 % respondentů. Z těchto poznatků vyplývá, že **průzkumná otázka 2**, kde jsme předpokládali, že na prvních třech místech sestaveného žebříčku aktivizačních metod se umístí muzikoterapie, která bude oblíbená u všech dotazovaných klientů, arteterapie, která se bude líbit většině respondentů a reminiscenční terapie, která se bude líbit polovině respondentů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby **se potvrdila jen částečně**.

Dále jsme předpokládali, že v sestaveném žebříčku aktivizačních metod se kognitivní trénink umístí na posledním místě a oblíben bude pouze u 3 klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby. To znamená, že **průzkumná otázka 3 se potvrdila**.

Předpokládali jsme, že terapie vařením a pečením bude oblíbená u poloviny klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby, takže **průzkumná otázka 4 se nepotvrdila**.

Ošetřující personál ve většině potvrdil kladný přínos aktivizačních metod na klienty s Alzheimerovou nemocí než záporný, tímto lze konstatovat, že **průzkumná otázka 5 se potvrdila**.

V **průzkumné otázce 6** jsme předpokládali, že polovina ošetřujícího personálu uvede kladné změny na celkový stav klientů díky aktivizačním metodám. I tato **průzkumná otázka se potvrdila**.

Je překvapivé, že kognitivní trénink je nejméně oblíbenou metodou, přestože je velice důležitý pro zachování zbytku paměti. Z praxe se nám potvrdilo, že klienti si uvědomují problém s pamětí a že je pro ně velmi nepříjemné, nechtějí si to naplno přiznat a právě proto se této aktivizační metodě většinou vyhýbají. Průzkum nám ukázal, že i klienti s Alzheimerovou chorobou se rádi a s nadšením účastí různých

společenských akcí, ať už je to výlet do zoologické zahrady nebo návštěva příjemné kavárny či cukrárny. Domníváme se, že právě proto bychom tyto osoby neměli vylučovat ze společnosti jen proto, že je postihla tato nemoc a jejich chování nemusí být vždy standardní.

Doporučení pro praxi

Tento průzkum by měl být přínosným nejen pro nás, ale především pro ošetřující personál Domova důchodců v Albrechticích nad Orlicí, ve kterém probíhal. Zpracování veškerých dat, a následné vyhodnocení průzkumu je zpětnou vazbou pro ošetřující personál při přípravě aktivizačních plánů pro jednotlivé klienty s Alzheimerovou nemocí II. typu. Podává jim informace, které aktivity se klientům líbí více nebo méně, na které se mají zaměřit, a které vynechat či omezit. Mimo jiné bychom byli rádi, kdyby tato práce byla přínosem veškeré veřejnosti jak odborné tak laické. Odborná veřejnost, která se přímo nezabývá tímto onemocněním, má možnost rozšířit si a zdokonalit své vědomosti nejen o Alzheimerově chorobě jako takové, ale může i získat mnoho námětů pro aktivizaci klientů s tímto onemocněním. Přínosem pro laickou veřejnost zcela jistě budou informace o tom, co to vlastně Alzheimerova choroba je, jaké má projevy a jaké jsou možnosti léčby. V tomto případě pak jde o neocenitelné rady pro ty, v jejichž rodině se tato nemoc vyskytla.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byly Aktivizační metody a jejich uplatnění při práci s klienty s Alzheimerovou chorobou. Zvolili jsme si jej z několika důvodů a to, že počet lidí s tímto onemocněním stále přibývá a jelikož nás problematika tohoto onemocnění a vše spojené s demencemi obecně velice zaujalo. Prostřednictvím studia na Vyšší odborné a střední zdravotnické škole a následně také zaměstnání v domově pro seniory se zvláštním režimem, jsme měli možnost pracovat se staršími klienty, kteří mají diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu.

Alzheimerova choroba je jednou z nejrozšířenějších forem demence. Je to závažné neurodegenerativní onemocnění vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má za následek vznik syndromu demence. Bohužel, dosud stále ještě nejsou přesně známy příčiny Alzheimerovy choroby a neexistuje možnost její příčinné léčby a tedy „vyléčení“. Existuje však celá řada léků, které zmírňují nebo odstraňují její příznaky a zlepšují kvalitu života.

Cílem naší práce bylo sestavit žebříček aktivizačních metod dle oblíbenosti právě u klientů s Alzheimerovou nemocí II typu. Sběr potřebných dat a informací jsme prováděli v Domově důchodců se zvláštním režimem v Albrechticích nad Orlicí, které se specializuje právě na péči o klienty s Alzheimerovou nemocí.

Rozdělili jsme jí na teoretickou část a praktickou část. V teoretické části se zabýváme problematikou stáří a stárnutí, definujeme pojem demence včetně jednotlivých klasifikací, příznaků, diagnostiky a léčby. Především se však zaměřujeme na Alzheimerovu nemoc a její příznaky, stádia, diagnostiku a samozřejmě léčbu. Snažíme se zde přiblížit aktivizační metody, které jsou vhodné pro klienty s Alzheimerovou chorobou II. typu a to např. muzikoterapie, arteterapie, validační terapie, canisterapie, reminiscenční terapie, ergoterapie, kognitivní trénink, terapie vařením pečenin a společenské akce.

V praktické části jsme se zabývali přípravou a realizací empirického průzkumu. Stanovili jsme si cíl práce, cíl průzkumného šetření a průzkumné otázky. Pracovali jsme zde s údaji získanými pozorováním, dále z rozhovorů s klienty ve II. stadiu Alzheimerovi choroby a s ošetřujícím personálem. Použili jsme přímé, nezúčastněné a neutajené pozorování záměrně vybrané skupiny 20 klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby. Vzhledem ke ztrátě krátkodobé paměti, dezorientaci místem, časem a osobou odpadá riziko změny chování klientů vlivem pozorování. Skupinu klientů jsme pozorovali při zapojení do různých aktivizačních programů po dobu půl roku.

Dále jsme zvolili individuální a standardizovaný rozhovor s předem připravenými otázkami, který je k dispozici v příloze H. U klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby to bylo velice náročné na trpělivost a čas. Sběr informací jsme prováděli v Domově důchodců v Albrechticích nad Orlicí, toto sociální zařízení se přímo specializuje na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou. Výsledky průzkumu jsme zpracovali do tabulek a grafů. Celkový obraz zvolené problematiky jsme doplnili následnou analýzou získaných dat a sestavili tak žebříček aktivizačních metod dle oblíbenosti u klientů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby.

Závěrem lze konstatovat, že i přesto, že rodina, tedy přirozené prostředí, zůstává pro starého člověka, těžko nahraditelnou institucí, může mu domov pro seniory poskytovat nejen důstojné bydlení a nutnou zdravotní péči, ale také prevenci patologického chátování, jak fyzického, tak duševního. Mimo jiné také může zajistit i radost a motivaci k životu, kterému by svým způsobem vracel smysl a hodnotu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Vypracováno podle normy ISO 690 : 2

AGE PROTECTORS. 2004. *Umění nestárnout*. Pardone/Walton/Press. ISBN 80-86196-80-1.

CALLONE, Patricia R. et al. 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-2320-4.

GALAJDOVÁ, Lenka, Zdenka, GALAJDOVÁ. 2011. *Canisterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-879-1.

GREGOR, O. 1999. *Stárnout to je kumšt*. Praha: Dům medicíny. ISBN 80-238-4791-0.

HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ. 2010. *Dopisy: České alzheimerovské společnosti*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-86541-30-3.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, et al. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0177-4.

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

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

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, et al. 2009. *Demence: a jiné poruchy paměti*. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-2454-6.

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, . 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-2608-3.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: GRADA. ISBN 80-7169-615-3.

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

PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Demence*. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-1490-5.

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

WALSH, Danny. 2005. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-970-4.

ZELEIOVÁ, Jaroslava. 2007. *Muzikoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-237-9.

ZGOLA, Jitka M. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: GRADA. ISBN 80-247-0183-0.

Česká alzheimerovská společnost. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. Praha 8, 2012 [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>

Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče [online]. Hradec Králové : 2008 [cit. 2013-02-28]. Hodnotící škály - Barthelův test základních všedních činností ADL. Dostupné z: <http://www.ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Poruchy paměti: Test MMSE. *Poruchy paměti: Test MMSE* [online]. Praha, 2007 [cit. 2013-02-28]. Dostupné z: <http://www.poruchypameti.cz/test-mmse.html>

Sanatorium Topas. *Sanatorium Topas* [online]. Praha, 2009, 2011 [cit. 2013-02-28]. Dostupné z: <http://www.sanatorium-topas.cz/sec-demence>

The Validation Training Institute, Inc.: Naomi Feil Biography. *The Validation Training Institute, Inc.: Naomi Feil Biography* [online]. Cleveland, 2012 [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: http://www.vfvalidation.org/web.php?request=Naomi_Feil_Bio

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha : ÚZIS, c2007, 2009-01-01 [cit. 2013-02-28]. *MKN-10 : Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Česká alzheimerovská společnost (ČASL).....	I - II
Příloha B - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních Problémů (MKN10).....	III - IV
Příloha C - Barthelův test základních všedních činností ADL.....	V - VI
Příloha D - Škála celkové deteriorace dle Reisbergra (Global deterioration scale – GDS).....	VII
Příloha E - MMSE (Mini-Mental State Examination).....	VIII - X
Příloha F - Životopis Aloise Alzheimerera.....	XI - XIII
Příloha G - Životopis Naomi Feil.....	XIV
Příloha H - Seznam otázek pro metodu rozhovoru s danou skupinou respondentů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby.....	XV
Příloha I - Seznam otázek pro metodu rozhovoru s danou skupinou..... pečovatelů.....	XVI
Příloha J - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské..... práce.....	XVII

Příloha A - Česká alzheimerovská společnost (ČASL)

Společnost začala vznikat v průběhu roku 1996 a v únoru 1997 byla zaregistrována jako občanské sdružení. Vznikla na základě setkávání a spolupráce zejména profesionálů v oboru gerontologie, kteří se zabývali problematikou občanů postižených demencí - lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších. Postupně se jejími členy stávají ti, jichž se problematika demencí zejména týká - rodinní příslušníci a pečovatelé. ČALS zahájila svou činnost v Gerontologickém centru v Praze.

V současné době je ČASL již respektovaným členem významných mezinárodních organizací - *Alzheimer Disease International - ADI* od roku 1997 a *Alzheimer Europe*, jejichž členem je od roku 1998 a v roce 2004 ČASL pořádala v Praze 14. evropský kongres Alzheimer Europe.

Prostřednictvím obou významných mezinárodních společenství získává ČALS cenné informace, které slouží členům ČALS, zejména však rodinným příslušníkům pacientů postižených demencí. Dále jí obě tyto organizace umožňují využívat jejich informační materiály, které mají tyto organizace již vypracované a vyzkoušené.

Činnost společnosti spočívá v podpoře osob pečujících o seniory s Alzheimerovou demencí – zejména rodinných příslušníků pacientů postižených demencí s cílem zlepšení života lidí postižených demencí, a to zejména šířením informací o problematice Alzheimerovy choroby a jí podobných onemocnění, o nových formách péče a nabídce služeb pro tyto osoby, organizováním vzdělávacích aktivit k této problematice, posilováním vzájemné komunikace všech, kteří se o uvedenou problematiku zajímají.

ČALS zřídila v dalších městech celé České republiky kontaktní a informační centra, jejichž seznam můžete nalézt na webových stránkách společnosti: www.alzheimer.cz.

Mezinárodní alzheimerovská asociace Alzheimer's Disease International si připomíná již od roku 1994 21. září jako Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci. ČASL se k této tradici připojila krátce po svém vzniku v roce 1997. Od roku 2001 si tento den připomínáme jako **Pomerančový den**.



Obrázek 1 – znak České alzheimerovské společnosti

Zdroj: Česká alzheimerovská společnost. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. Praha 8, 2012 [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>

Příloha B - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MK10)

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) je výsledkem revize, jejíž přípravu koordinovala Světová zdravotnická organizace (WHO) a na které se podílela řada odborníků, komisí a konferencí na mezinárodní i národní úrovni. Na přípravě desáté revize se svými připomínkami od zástupců odborných společností podílela i Česká republika.

43. plenární zasedání Světového zdravotnického shromáždění WHO se usneslo přijmout MKN ve znění desáté decenální revize s novým názvem "Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)", s účinností od 1. 1. 1993. V České republice je tato klasifikace v platnosti od roku 1994 (MKN-10 ..., 2009).

Na rozdíl od předchozích verzí bylo doporučeno, vedle pravidelných celkových revizí, provádět průběžně aktualizace této klasifikace, pokud to bude potřebné. V roce 2004 vydala WHO druhé aktualizované vydání. Aktualizovaná druhá verze s platností k 1.1.2009 obsahuje zapracované průběžné změny uveřejněné WHO, které vešly v platnost do roku 2009 včetně, částečně i v roce 2010, nikoliv však v kompletním rozsahu. Aktualizovaná druhá verze s platností k 1.1.2012 obsahuje zapracované průběžné změny uveřejněné WHO, které vešly v platnost do roku 2010 včetně, tedy platné k 1.1.2010 v celém rozsahu a dále některé národní úpravy a opravy předchozích verzí.

Klasifikace MKN-10:

1. Demence u Alzheimerovy nemoci

- a) Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
- b) Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem
- c) Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu
- d) Demence u Alzheimerovy nemoci NS

2. Vaskulární demence

- a) Vaskulární demence s akutním začátkem
- b) Multiinfarktová demence
- c) Subkortikální vaskulární demence
- d) Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
- e) Jiné vaskulární demence
- f) Vaskulární demence NS

3. Demence u jiných nemocí zařazených jinde

- a) Demence u Pickovy choroby
- b) Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci
- c) Demence u Huntingtonovy nemoci
- d) Demence u Parkinsonovy nemoci
- e) Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie (HIV)
- f) Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde

4. Neurčená demence

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha : ÚZIS, c2007, 2009-01-01 [cit. 2013-02-28]. *MKN-10 : Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Desátá revize. Aktualizovaná druhá verze. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Příloha C - Barthelův test základních všedních činností ADL

(aktivity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

Činnost:		Provedení činnosti:	Bodové skóre
1.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
2.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
3.	Koupání	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
4.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
5.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
8.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomoci	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomoci 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci neprovede	5 0

Hodnocení:

Závislost	Body
Vysoce závislý	00 – 40 bodů
Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
Lehká závislost	65 – 95 bodů
nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj: Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče [online]. Hradec Králové : 2008 [cit. 2013-02-28]. Hodnotící škály - Barthelův test základních všedních činností ADL. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha D - Škála celkové deteriorace dle Reisbergra (Global deterioration scale – GDS)

1.	Bez postižení kognitivních funkcí - žádné stížnosti na paměť, v průběhu rozhovoru nejsou zřejmé paměťové poruchy
2.	Počínající postižení kognitivních funkcí - klient si stěžuje na poruchy paměti, zejména na to, že zapomíná, kam odložil běžně užívané předměty, zapomíná na jména lidí, které znal, v průběhu rozhovoru nejsou zřejmé poruchy paměti, v osobním ani v profesionálním životě nejsou nápadné poruchy
3.	Lehké postižení kognitivních funkcí - objevují se funkční poruchy, a to ve více než v jedné z následujících domén: a) jakmile se postižený nalézá v místě, které neznal, bývá zmatený b) spolupracovníci si všimají poklesu výkonu c) okolí klienta se všimne poruchy paměti pro jména a obtíží při hledání slov d) z předneseného textu nebo knihy si pamatuje velmi málo podrobností e) klient si špatně pamatuje jména lidí, s nimiž se poprvé setkal f) ztrácí cenné předměty, popř. zapomíná, kam je uložil g) v průběhu klinického testování je zřejmá porucha soustředění
4.	Středně těžké postižení kognitivních funkcí - jsou zřejmé jasné poruchy v těchto oblastech: a) povědomí o současném a minulém dění se zužuje b) v anamnestickém vyprávění se objevují paměťové poruchy c) poruchy soustředění při počítání z hlavy (při odečítání) d) objevují se poruchy orientace v čase e) poruchy znovu poznávání známých lidí f) dezorientace ve známé prostředí g) poruchy v každodenní péči o sebe sama
5.	Pokročilé postižení kognitivních funkcí - bez jistého stupně pomoci není pacient schopen samostatného života, dochází k dezorientaci v čase, pamatuje si své jméno, jméno životního partnera, svých dětí, při jídle nepotřebuje pomoc zvládne cestu na toaletu
6.	Těžké postižení kognitivních funkcí - klient si nevybavuje jména nejbližších osob o důležitých okamžicích svého života neví skoro nic, při každodenní péči potřebuje pomoc, může být inkontinentní, objevuje se úzkost, bludy, neklid, útočné chování proti cizím lidem, abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle)
7.	Velmi těžké postižení kognitivních funkcí - vyhasnou všechny řečové funkce pacient vydává pouze zvuky, je inkontinentní, není schopen chůze

Zdroj: Sanatorium Topas. *Sanatorium Topas* [online]. Praha, 2009, 2011 [cit. 2013-02-28].

Dostupné z: <http://www.sanatorium-topas.cz/sec-dementia>

Příloha E - MMSE (Mini-Mental State Examination)

1. ORIENTACE - odpověď do 10 s

- Které je toční období?
- Který máme nyní rok?
- Kolikátého je dnes?
- Který den v týdnu je dnes?
- Který je měsíc?
- Ve kterém jsme městě?
- Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- V jaké jsme zemi?
- Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení, kde jsme?
- V kolikátém jsme poschodí?

2. ZAPAMATOVÁNÍ

„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se vás na tyto předměty znovu zeptám.“

- **LOPATA**
- **ŠÁTEK**
- **VÁZA**

Bod přidejte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte slova, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

„A nyní prosím tato slova opakujte.“

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

„Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“

Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 86 79 72 65

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej: „Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“

Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. **M R K O P = 5**

4. VYBAVOVÁNÍ

„A teď, prosím zopakujte slova, která jsem vám před chvílí říkal.“ Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

- **LOPATA**
- **ŠÁTEK**
- **VÁZA**

5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

- „Co je to?“ (ukážte hodinky)
- „Co je to?“ (ukážte tužku)

6. OPAKOVÁNÍ

Za odpověď celou větou přidejte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

Opakujte!: „První pražská paroplavba.“

7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol: „Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem.“

1. **stupeň** - uchopení papíru do pravice
2. **stupeň** - přeložení papíru na polovinu
3. **stupeň** - položení papíru na zem

8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: **ZAVŘETE OČI**. Zároveň ho vyzvěte:

„Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!“

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy.

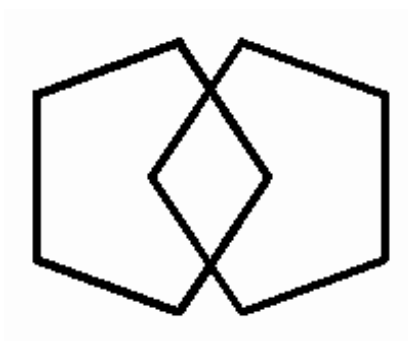
9. PSANÍ

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej: “Napište libovolnou větu.“

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

11. OBKRESLOVÁNÍ

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej, aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí rotování ani roztřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.



Dosažené skóre

HODNOCENÍ:

Maximální počet je 30 bodů.

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraniční nález, možnost demence
10 - 24 bodů	patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně
6 bodů	demence středního až těžkého stupně
6 a méně bodů	demence těžkého stupně

Zdroj:

Poruchy paměti: Test MMSE. *Poruchy paměti: Test MMSE* [online]. Praha, 2007 [cit. 2013-02-28]. Dostupné z: <http://www.poruchypameti.cz/test-mmse.html>

Příloha F - Životopis Aloise Alzheimerera

(14.6. 1864 – 19. 12. 1915)

Alois Alzheimer se narodil 14. června 1864 v Marktbreitu, poblíž Würzburgu notáři Eduardovi Alzheimerovi a jeho druhé ženě Barbaře Theresii Buschové. Pocházel z osmi sourozenců. V deseti letech opustil rodinný dům a odešel studovat na humanistické gymnázium do Aschaffenburgu. Později se tam odstěhovala celá rodina. Odmaturoval v roce 1883.

Rozhodl se studovat medicínu. Studoval na univerzitách v Berlíně, Tübingenu a Würzburgu, kde v roce 1887 napsal diplomovou práci nazvanou „Über die Ohrenschmalzdrüsen“ (O ceruminálních žlázách) doprovázenou histologickými obrázky.

V prosinci 1888 se stal asistenčním lékařem v „Städtliche Heilanstalt für Irre und Epileptische“ (Městská léčebna pro duševně choré a epileptiky) ve Frankfurtu nad Mohanem. V dubnu 1894 si vzal za ženu Židovku - vdovu Nathalii Geisenheimerovu, rozenou Wallersteinovou (1860 - 1901), dceru známého bankéře. Z manželství vzešly tři děti, které později přežily jen díky tomu, že nebyly praví Židé.

V roce 1895 byl Alzheimer v Městské léčebně pro duševně choré a epileptiky jmenován primářem. V létě roku 1901 umírá Alzheimerova žena. Alzheimer se již nikdy neoženil. Jeho děti potom vychovávala jeho sestra. Alzheimerova žena byla dobře finančně zajištěná a zanechala mu velký majetek, což Alzheimerovi umožnilo být nezávislý, a také mohl vybavit své publikace tehdy nijak levnými ilustracemi.

Po smrti své ženy se Alzheimer vrhl do práce. Do léčebny, kde pracoval, byla v listopadu 1901 přijata jednapadesátiletá paní Auguste Deter (16.5.1850 - 8.4.1906). Ona sama si pamatovala ze svého příjmení pouze první písmeno. Její praktický lékař do zprávy napsal, že pacientka trpí ztrátou paměti, nespavostí, stihomamem a neklidem. Její manžel k tomu dodal, že nezvládá i ty nejjednodušší věci a že na něho začala silně žárlit. Navíc začala přenášet a ukrývat předměty ve vlastním bytě. Později měla dokonce čas od času pocit, že ji chce někdo zabít. V takových případech začala nahlas křičet.

Alois Alzheimer postupně shrnul celý souhrn symptomů, které výrazně limitovaly její schopnost logického myšlení i paměti, dále výraznou ztrátu řeči, dezorientaci, nepředvídatelné chování, stihomam, sluchové halucinace a značný pokles psychosociálních návyků. Auguste D. zemřela o pět let později 8. dubna 1906.

V té době Alzheimer ve Frankfurtu už nepracoval. Opustil ho v roce 1903 a po krátkém pobytu v Heidelbergu přichází do Mnichova na Královskou psychiatrickou kliniku (Königliche Psychiatrische klinik), jejímž ředitelem byl Emil Kraepelin. Pod patronátem Aloise Alzheimerera se laboratoř na Mnichovské klinice rozvinula v centrum histopatologického výzkumu. I nadále však sledoval osud své pacientky a po její smrti si nechal poslat všechny její záznamy a také její mozek, který podrobil pitvě.

Alzheimer byl velmi zdatný neuropatolog, navíc už disponoval kvalitním mikroskopem. V mozku, zejména v jeho čelních lalocích, objevil část nervových buněk proměněnou v jakousi tmavou hutnou hmotu (plaky) a v řadě ještě zachovalých neuronů pak okrouhlé chumáče vláček (klubíček). Obojí je dodnes hlavním posmrtným kritériem Alzheimerovy nemoci.

O svých závěrech referoval 4. listopadu 1906 na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu. Přednáška nesla název „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ (O svérázném onemocnění mozkové kůry). Případ byl publikován v roce 1907 a stal se základním kamenem pojmu Alzheimerovy choroby.

16. července 1912 byl Alzheimer jmenován ředitelem Kliniky psychiatrie a neurologie Slezské univerzity Friedricha Viléma v Breslau. Jeho jmenování podepsal sám císař Vilém II. V roce 1913 cestou do Breslau Alzheimer onemocněl a tato nemoc zasáhla i jeho srdce. Od října 1915 začal být Alois Alzheimer stále více upoután na lůžko, až nakonec umírá v Breslau 19. prosince 1915 na ledvinové selhání. Je pohřben ve Frankfurtu nad Mohanem vedle své ženy.

O jeho rodném domě bylo málo známo. Teprve v roce 1989 byl tento dům opatřen pamětní deskou při příležitosti 125. výročí jeho narození.



Obrázek 2 - Alois



Obrázek 3 - pacientka Auguste D.

Zdroj: Koukolík, Jirák, 1998

Příloha G - Životopis Naomi Feil

Naomi Feil je zakladatelkou jednoho z prvních specifických přístupů k pacientům s demencí, která se nazývá Validační terapie. V roce 1932 se narodila v Mnichově a vyrůstala v domově pro seniory Montefiore Home v Clevelandu v USA (Spojené státy americké). Její otec tam pracoval jako ředitel zařízení a matka pracovala jako sociální pracovnice.

Po ukončení studia sociální práce na Columbijské univerzitě v roce 1956 začala pracovat se starými lidmi. Tradiční metody práce s dementními pacienty se jí ani trochu nezamlouvaly, a proto v letech 1963 - 1980 vyvinula validační metodu. Při této metodě je kladen důraz na zachování a posílení lidské důstojnosti pacienta, přijetí jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. Terapeut citlivě pracuje s původním tématem pacienta („nikdy neříká ne“) a postupnými kroky ho vede žádoucím směrem.

V roce 1982 vydala svou první knihu „Validace: Feilovská metoda“ (Validation: The Feil Method), která v roce 1992 vyšla v přepracovaném vydání. Její druhou knihou je „Průlom validace“ (The Validation Breakthrough) vyšla v roce 1993 a její přepracované vydání v roce 2002. Její knihy byly přeloženy do francouzštiny, holandštiny, němčiny, italštiny, finštiny, dánštiny a švédštiny. Ona a její manžel natočili nespočet filmů na téma „Stárnutí a validace“. Naomi Feil je výkonnou ředitelkou Validačního výcvikového institutu (VTI - Validation training institute). Od roku 1989 jezdí třikrát ročně přednášet do Evropy (Německo, Nizozemí, Skandinávie, Francie, Belgie, Itálie, Velké Británie a Rakousko).



Obrázek 4 - Naomi Feil

Zdroj: The Validation Training Institute, Inc.: Naomi Feil Biography. *The Validation Training Institute, Inc.: Naomi Feil Biography* [online]. Cleveland, 2012 [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: http://www.vfvalidation.org/web.php?request=Naomi_Feil_Bio

Příloha H - Seznam otázek pro metodu rozhovoru s danou skupinou respondentů ve II. stádiu Alzheimerovy choroby

▪ MUZIKOTERAPIE -

Máte rád / ráda hudbu?

Zpíváte rád / ráda?

Hrál / hrála jste na nějaký hudební nástroj?

▪ ARTETERAPIE -

Malujete rád / ráda?

Líbí se vám kreslení?

▪ SPOLEČENSKÉ AKCE -

Cítíte se ve společnosti více lidí dobře?

Jezdíte rád / ráda na výlety?

Navštěvujete rád / ráda společenská místa (kavárna, divadlo, Zoologická zahrada...)?

▪ REMINISCENČNÍ TERAPIE -

Vzpomínáte rád / ráda na své dětství?

Prohlížíte si rád / ráda rodinné fotografie?

▪ TERAPIE VAŘENÍM PEČENÍM -

Vařil / vařila jste pro rodinu často?

Pekl /pekla jste pro rodinu často?

Máte nějaký oblíbený recept?

▪ ERGOTERAPIE -

Baví vás ruční práce?

Pomůžete sestřičce po obědě umýt nádobí a utřít stoly?

▪ KOGNITIVNÍ TRÉNING -

Víte co je dnes za den (rok, měsíc, roční období)?

Vymyslíte 20 slov, které začínají písmen (A,B,C,D...)?

Zdroj: vytvořeno autorem, 2012

Příloha I - Seznam otázek pro metodu rozhovoru s danou skupinou pečovatelů

- Myslíte si, že vaši klienti mají zájem o nabízené aktivizační metody?
- Domníváte se, že aktivizační metody mají kladný/záporný vliv na vaše klienty?
- Domníváte se, reaktivizační metody mají kladný/záporný vliv na celkový stav vašich klientů?

Zdroj: vytvořeno autorem, 2012

Příloha J – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Sekyrová Lucie, DiS.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3 CVS
Téma práce	Aktivizační metody a jejich uplatnění při práci s klienty s Alzheimerovou chorobou	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Domov Důchodců Albrechtice nad Orlicí 1.Máje 104 Albrechtice nad Orlicí 517 22	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marie Vacková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci průzkumu	Průzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas vrchní sestry	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

[Handwritten signature]
podpis

[Handwritten signature]

66	DOMOV DŮCHODCŮ
356	1. MÁJE 104
001	517 22 Albrechtice nad Orlicí IČ 42886171 tel.: 494 377 069

V ALBRECHTICÍCH NAD ORLICÍ dne 1. 11. 2012

[Handwritten signature]
podpis studenta