

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Aktivizace seniorů s Alzheimerovou demencí**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
Mgr. Halka Prášilová, Ph.D.

**Vypracovala:**  
Kateřina Nivnická, DiS.

**Brno 2010**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Aktivizace seniorů s Alzheimerovou demencí“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 19.04.2010

.....  
Kateřina Nivnická, DiS.

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat Mgr. Halce Prášilové, Ph.D. za záštitu a cenné rady při psaní mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu, pomoc a trpělivost.

V Brně dne 19.04.2010

.....  
Kateřina Nivnická, DiS.

***“Alzheimerova choroba je vlastně zloděj, který ukradne osobnost pacienta samu sobě.”***

Naomi Feil  
zakladatelka validační terapie

# Obsah

ÚVOD.....	3
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>I. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....</b>	<b>6</b>
I.1 STÁRNUTÍ .....	6
I.2 STÁŘÍ.....	9
I.2.1 Kalendářní stáří.....	9
I.2.2 Sociální stáří.....	10
I.2.3 Biologické stáří.....	11
<b>II. DEMENCE .....</b>	<b>12</b>
II.1 DEFINICE POJMU .....	12
II.2 KLASIFIKACE DEMENCE .....	13
II.3 PŘÍZNAKY DEMENCE .....	15
II.4 STADIA DEMENCE .....	16
<b>III. ALZHEIMEROVA DEMENCE .....</b>	<b>18</b>
III.1 ALZHEIMEROVA DEMENCE A JEJÍ FORMY .....	18
III.2 ALOIS ALZHEIMER A AUGUSTE D. ANEB OBJEV ALZHEIMEROVY DEMENCE ....	19
III.3 VÝZKUM ALZHEIMEROVY DEMENCE .....	20
III.4 PŘÍZNAKY ALZHEIMEROVY DEMENCE .....	21
III.5 STADIA ALZHEIMEROVY DEMENCE.....	23
III.5.1 PRVNÍ STADIUM – mírná forma.....	23
III.5.2 DRUHÉ STADIUM – středně těžká forma .....	24
III.5.3 TŘETÍ STADIUM – těžká forma.....	24
III.6 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY DEMENCE.....	25
III.7 LÉČBA ALZHEIMEROVY DEMENCE .....	25
<b>IV. SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....</b>	<b>26</b>
IV.1 POJEM „SOCIÁLNÍ SLUŽBA“ .....	26
IV.2 DĚLENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	27
IV.3 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	28
IV.4 DOMOVY PRO SENIORY A DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM .....	29
<b>V. AKTIVIZACE SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ.....</b>	<b>32</b>
V.1 AKTIVIZACE.....	32
V.2 AKTIVIZAČNÍ METODY VHODNÉ PRO SENIORY S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ.....	34
V.2.1 Aktivizační metody vhodné pro seniory v prvním a druhém stadiu Alzheimerovy demence .....	35
V.2.1.1 Ergoterapie .....	35
V.2.1.2 Kognitivní rehabilitace.....	36
V.2.1.3 Senzorická stimulace .....	37
V.2.1.4 Reminiscenční terapie .....	38
V.2.1.5 Orientace v realitě .....	39
V.2.1.6 Validační terapie .....	40
V.2.1.7 Kinezioterapie .....	40

V.2.1.8	Taneční terapie .....	42
V.2.1.9	Arteterapie.....	42
V.2.1.10	Terapeutické vaření nebo pečení.....	43
V.2.1.11	Muzikoterapie .....	44
V.2.1.12	Pet-terapie .....	45
V.2.2	<i>Aktivizační metody vhodné pro seniory ve třetím stadiu Alzheimerovy demence.....</i>	<i>46</i>
V.2.2.1	Bazální stimulace .....	46

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

<b>VI. METODOLOGIE .....</b>	<b>51</b>	
VI.1	CÍL VÝZKUMU .....	51
VI.2	METODA VÝZKUMU .....	51
VI.3	VÝZKUMNÁ OTÁZKA A VÝZKUMNÉ PODOTÁZKY.....	52
VI.4	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	54
VI.5	ČASOVÝ RÁMEC VÝZKUMU .....	55
VI.6	ROZHODNUTÍ O TECHNICE SBĚRU INFORMACÍ .....	55
VI.6.1	<i>Rozhovor pomocí návodu.....</i>	<i>55</i>
VI.6.2	<i>Neformální rozhovor.....</i>	<i>59</i>
VI.6.3	<i>Telefonní interview.....</i>	<i>59</i>
VI.7	ZÁZNAM INFORMACÍ ZÍSKANÝCH VÝZKUMEM .....	60
<b>VII. ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE .....</b>	<b>61</b>	
VII.1	ERGOTERAPIE .....	61
VII.2	KOGNITIVNÍ REHABILITACE .....	64
VII.3	SENZORICKÁ STIMULACE .....	66
VII.4	REMINISCENČNÍ TERAPIE .....	67
VII.5	ORIENTACE V REALITĚ.....	68
VII.6	VALIDAČNÍ TERAPIE.....	71
VII.7	KINEZIOTERAPIE .....	72
VII.8	TANEČNÍ TERAPIE .....	74
VII.9	ARTETERAPIE.....	75
VII.10	TERAPEUTICKÉ VAŘENÍ NEBO PEČENÍ .....	76
VII.11	MUZIKOTERAPIE .....	77
VII.12	PET-TERAPIE .....	79
VII.13	BAZÁLNÍ STIMULACE .....	81
<b>VIII. ZÁVĚR.....</b>	<b>84</b>	
<b>Resumé .....</b>	<b>88</b>	
<b>Anotace.....</b>	<b>90</b>	
<b>Seznam použitých pramenů a literatury.....</b>	<b>92</b>	
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>97</b>	
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>98</b>	

# ÚVOD

Téma mé bakalářské práce (dále jen BP) zní: **Aktivizace seniorů s Alzheimerovou demencí**. V úvodu této BP vysvětluji důvod, proč jsem se rozhodla věnovat této problematice. Čtenáře dále seznamuji s cílem práce i s jejím obsahem a vysvětluji souvislost zvoleného tématu s oborem studia sociální pedagogika.

O Alzheimerovu demenci (dále jen AD) jsem se začala zajímat tehdy, když jsem se ve školním roce 2000/2001 zúčastnila Dobrovolného sociálního roku<sup>1</sup> v Německu. Během tohoto roku jsem pracovala v domově pro seniory na oddělení, kde velká část seniorů byla postižena různými formami demence. Nejvíce zastoupena byla AD. Do té doby jsem o této chorobě slyšela jen několikrát, a to v amerických seriálech či filmech. V domově, kde jsem pracovala, jsem měla možnost účastnit se nového projektu, který nesl název „Aktivizace klientů s AD“. Cílem tohoto projektu bylo motivovat tyto klienty k nějaké činnosti a zlepšit jejich stav. Po návratu do České republiky (dále jen ČR) jsem se velice intenzivně začala o tuto problematiku zajímat. V letech 2002-2003 jsem pracovala jako dobrovolník v denním stacionáři brněnské pobočky České alzheimerovské společnosti<sup>2</sup> (dále jen ČALS). V současné době jsem i nadále s touto problematikou konfrontována, neboť člověk mně blízký je postižen demencí, i když ne AD.

Stále není známo, co tuto chorobu způsobuje, ale faktem je, že AD postihuje zejména staré lidi, i když výjimkou nejsou ani padesátiletí či mladší lidé, u nichž se projeví první příznaky AD. Její výskyt se zvyšuje s věkem. Vzhledem k tomu, že se lidé dožívají stále vyššího věku, představuje tedy tato choroba skutečnou hrozbu lidské populace. V ČR je nyní touto chorobou dle Holmerové, Jarolímové, Suché et al. (2007) postiženo přes 150.000 lidí. A jejich počet bude dále narůstat.

---

<sup>1</sup> Více informací o Dobrovolném sociálním roku v Německu naleznete v příloze č.1.

<sup>2</sup> Více informací o ČALS naleznete v příloze č. 2.

Již v roce 1982 upozornila Organizace spojených národů (dále jen OSN) ve Vídeňském mezinárodním akčním plánu stárnutí<sup>3</sup> na to, že světu hrozí čtyři globální nebezpečí. Kromě války, hladu a rychlého vyčerpání energetických rezerv také rychlý růst a stárnutí světové populace. Na počátku 19. století žilo na Zemi 978 milionů lidí, ale v 21. století je to už 6,1 miliardy. Stárnutí populace představuje nejenom ekonomický problém, ale také zdravotní a sociální problém. Růst počtu starých lidí zvyšuje nároky na ekonomicky aktivní obyvatelstvo. Zatímco počet starých lidí roste, počet ekonomicky aktivního obyvatelstva klesá, což v budoucnosti přinese určité značné problémy v sociální oblasti. Lékaři budou stále častěji konfrontováni s chorobami, které postihují staré lidi, nebo které bezprostředně se stářím souvisí. A navíc budou muset bojovat s novými chorobami. Oblast sociálních služeb bude nucena řešit otázku, jak pokrýt péči o staré občany, a to převážně o staré občany s demencí, která ze své podstaty klade velké nároky jak na množství, tak na kvalitu sociálních služeb.

**Cílem mé práce je zjistit, jaké metody využívají brněnské domovy se zvláštním režimem při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou demencí.**

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsou rozpracovány tyto základní pojmy: stáří, stárnutí, demence, Alzheimerova demence, sociální služby a aktivizační metody vhodné pro seniory s Alzheimerovou demencí.

V praktické části práce jsem se zaměřila na metodologická východiska výzkumu a na analýzu dat získaných výzkumem a na jejich interpretaci.

Souvislost tématu (resp. cíle) mé BP s oborem studia spatřuji v tom, že sociální pedagogika se dle Bakošové (Bakošová in Kraus, 2008) zabývá životní pomocí, tedy pomocí, kterou potřebují lidé, kteří nejsou schopni samostatně spravovat své záležitosti.

---

<sup>3</sup> Vídeňský mezinárodní akční plán stárnutí byl schválen Valným shromážděním OSN roku 1982 poté, co byl přijat ve stejném roce Světovým shromážděním pro problematiku stárnutí ve Vídni. Je prvním mezinárodním nástrojem pro problematiku stárnutí, který ovlivňuje myšlenky a formulace politik a programů pro problematiku stárnutí. Je zacílen na posílení schopností států a občanské společnosti řešit účinně stárnutí populace, využívat rozvojového potenciálu seniorů a reagovat na potřeby seniorů postarat se o jejich zabezpečení. Podporuje regionální a mezinárodní spolupráci. Zahrnuje 62 doporučení pro kroky zaměřené na výzkum, sběr a analýzu dat, výcvik, vzdělávání a další odvětví (Zásadní mezinárodní a národní dokumenty týkající se seniorů, 2005).



Senioři s AD jsou bezesporu těmi, kteří potřebují pomoc ve všech fázích nemoci. Významnou pomocí je dle mého názoru aktivizace těchto seniorů, neboť ta jim může pomoci udržet, popř. i zlepšit stávající dovednosti (hrubou a jemnou motoriku, chůzi, soběstačnost ve všedních denních činnostech, kognitivní funkce – paměť, pozornost, myšlení, řeč, orientaci atd.) a zlepšit tak kvalitu jejich života.

Kraus (2008) navíc uvádí, že se sociální pedagogika zaměřuje na každodenní život jedince a zvládání životních situací, zdůrazňuje ochranu jedince před rizikovými vlivy a iniciuje takové změny v sociálním prostředí, které se snaží uvádět do souladu individuální potřeby a zájmy jedince s možnostmi společnosti.

Má BP se v tomto ohledu zaměřuje na seniory s AD, jež jsou umístěni v domovech se zvláštním režimem. Tyto domovy se snaží respektovat nejen jejich individuální potřeby a zájmy, ale také schopnosti a snaží se jim v rámci svých možností zpříjemnit konec jejich života, který je díky AD doprovázen nejistotou, ztrátou dřívějších schopností a paměti. Prostřednictvím různých aktivizačních přístupů se tyto domovy snaží pomoci seniorům s AD při zvládání běžných denních situací (jako je např. oblékání, osobní hygiena, jídlo). Při výběru aktivizačních metod musí tyto domovy uvést do souladu možnosti domova (materiální i personální) a schopnosti seniora s AD.

Od své práce očekávám, že mi umožní zjistit, jaké aktivizační metody využívají brněnské domovy se zvláštním režimem při aktivizaci seniorů s AD. Vzhledem k tomu, že v současné době pracuji jako sociální pracovnice na Úřadu městské části města Brna, očekávám, že výsledky výzkumu budou přínosem i pro moji profesi. Při své práci se setkávám s rodinnými příslušníky seniorů s AD, kteří se mě ptají na možnosti umístění seniora do domova se zvláštním režimem ve městě Brně, a mnohdy chtějí vědět i to, zda bych jim daný domov doporučila. Zjištění, jaké metody aktivizace seniorů s AD dané domovy využívají, mi umožní nahlédnout na tyto domovy z jiné perspektivy a budu moci rodinným příslušníkům poskytnout další informace, které bych bez tohoto výzkumu nezískala.

# **TEORETICKÁ ČÁST**

# I. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

---

AD postihuje velkou část starých lidí (i když výjimkou nejsou ani lidé mladší padesát let, u nichž byla diagnostikována AD), a tak považují za vhodné uvést v úvodu své BP definici stáří a stárnutí. Na začátku této kapitoly je nutno zmínit, že pojmy „stáří“ a „stárnutí“ nejsou považovány za totožné, neboť, jak uvádí Zavázalová (2001: 11): „*Stárnutí je proces, jehož výsledkem je různý stupeň stáří.*“ Stejně k těmto pojmům přistupuje Kalvach (2004:67), který říká, že „*stáří je výsledkem stárnutí*“.

Není snadné odpovědět na otázku, od kdy může být člověk pokládán za starého. Odpověď je dle Langmeiera a Krejčířové (2006) nesnadná ze tří důvodů. Prvním důvodem je značná interindividuální variabilita, což znamená, že týž člověk může vykazovat určitý pokles výkonnosti v některé činnosti, zatímco výkon v jiném ohledu ještě stoupá nebo je celkem stabilně zachovávan. Druhým důvodem jsou rozdíly mezi jedinci, kdy jeden si zachovává duševní svěžest i tělesnou zdatnost do vysokého věku a druhý vykazuje výrazné známky stárnutí velmi brzy. Třetím důvodem jsou pokroky v oblasti zdravotní péče a celkové společenské změny, které s sebou přinášející příznivé změny ve zdravotním stavu obyvatelstva.

## I.1 Stárnutí

Procesu stárnutí, který způsobuje v lidském těle mnoho strukturálních a funkčních změn, podléhá každý živý organismus.

Rosławski (2005) např. uvádí, že se viditelně mění postava, způsob a rychlost pohybu a že svalstvo postupně ztrácí sílu. Navíc se snižuje citlivost regulačních mechanismů a schopnost přizpůsobit se proměnlivým podmínkám prostředí, zmenšuje se odolnost vůči působení bakterií, virů a také psychických stresů. Langmeier a Krejčířová (2006) doplňují, že tyto strukturální a funkční změny podmiňují zvýšenou zranitelnost organismu, pokles schopností a výkonnosti jedince a vrcholí v terminálním stadiu a ve smrti.

Pacovský (1990) považuje stárnutí za velmi složitý děj, který je výslednicí vzájemného působení genetických podmínek a zevního prostředí.

Z výše uvedeného lze konstatovat, že odborná literatura poskytuje celou řadu definic stárnutí. Existují tedy vůbec nějaké znaky stárnutí? Na to odpovídají třeba Pichaud a Thareauová (1998), kteří konstatují, že s pokročilejším věkem se dostávají fyziologické změny, a to zejména:

- svrašťování a vysušování kůže,
- šedivění a ubývání vlasů a chlupů,
- uši obtížněji vnímají vysoké tóny a jsou citlivější na šumy,
- slábnutí zraku (zrak se obtížněji adaptuje na světlo a na tmu, dochází k zúžení vizuálního pole),
- ochabování svalstva; ubývání svalové hmoty,
- dýchací soustava se rychleji unaví (hlavně při námaze),
- změny hormonální produkce, sekrece a aktivity,
- přetváření imunitního systému.

Kromě výše uvedených fyziologických změn dochází i ke změně psychických funkcí. Některé tyto změny jsou podmíněny biologicky, jiné jsou důsledkem psychosociálních vlivů, ale mnohdy jsou výsledkem jejich vzájemné interakce.

Vágnerová (2007) uvádí následující psychické změny:

1. Změny kognitivních (poznávacích) funkcí: dochází ke zpomalení poznávacích procesů a k prodloužení reakčních časů. Starší lidé bývají pomalejší a výraznější zpomalení vede ke zhoršení kvality kognitivních funkcí. Dochází ke zhoršení:
  - a) Percepce (vnímání): příjem podnětů, které jsou nezbytné pro orientaci v prostředí, bývá ztížen či narušen zhoršováním zrakových a sluchových funkcí (starší člověk se musí více soustředit, aby dobře viděl a slyšel všechno, co potřebuje).
  - b) Pozornosti: postupně se zhoršuje schopnost zaměřit se a soustředit se na potřebné informace, schopnost eliminovat nepodstatné informace, schopnost

přesouvat a rozdělovat pozornost podle potřeb situace a schopnost koordinace příjmu informací z různých zdrojů.

- c) Paměti: zhoršuje se zpracování a ukládání nových informací i vybavování dříve zapamatovaného.
  - d) Rozumových schopností: dochází k postupné proměně intelektových funkcí. Více je v oblasti inteligence postižena tzv. fluidní inteligence, která umožňuje zpracovávat nové informace a hledat nová řešení. Lépe je na tom krystalická inteligence, která umožňuje používat dříve osvojené znalosti, způsoby uvažování, zafixované strategie i naučená řešení známých situací.
2. Změny emocionality: dochází k celkovému zklidnění emočního prožívání, klesá intenzita a frekvence některých emocí. Postupně ale může narůstat citová dráždivost.
  3. Změny motivace a regulačních funkcí: dochází ke zpomalení a oslabení regulačních funkcí emočního i volního charakteru. Emoční regulace starších lidí má převážně obranný charakter, tzn., že staří lidé kladou důraz na prevenci, tj. vyhýbání se problémům. Volní regulace je komplexnější a zranitelnější. Aktivní vůle, která se uplatňuje především při rozhodování, bývá u seniorů často utlumena (staří lidé se dost často pomalu a neradi rozhodují, bývají ulpívaví). Pasivní vůle se uplatňuje při realizaci rozhodnutí a její podstatou je schopnost vytrvat a odolávat různým tlakům. Stálost, vytrvalost a trpělivost může být ve stáří někdy ještě silnější, než byla dříve, ale schopnosti sebeovládání ve stáří spíše ubývá.
  4. Změny osobnostních vlastností: proměna osobnostních vlastností může mít charakter zvýraznění (akcentace) některých vlastností nebo může dojít k rozvoji nových projevů, které se u daného jedince v mladším věku nevyskytovaly. Pokud jsou osobnostní změny nápadné a nové projevy neodpovídají dřívějším vlastnostem a chování jedince, jde obvykle o příznaky chorobného procesu.

Stuart-Hamilton (1999) podává vlastní rozlišení znaků stárnutí a hovoří o univerzálních a probabilistických znacích stárnutí, kdy univerzální znaky stárnutí sdílejí všichni staří lidé (např. vrásčitá kůže), ale probabilistické jsou znaky pravděpodobné (např. artróza), tj. takové, které se nemusí vyskytnout u všech starých lidí.

Na základě výše uvedeného lze tedy stárnutí považovat za proces, při kterém dochází v lidském organismu k mnoha strukturálním a funkčním změnám, které jsou výsledkem spolupůsobení genetických podmínek a prostředí, ve kterém člověk žije a jehož výsledkem je stáří.

## I.2 Stáří

Pacovský (1990) definuje stáří jako poslední etapu ontogenetického vývoje. Obdobně prezentují stáří i Hartl, Mühlbacher a Bromley. Hartl (2000) označil stáří za konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života. Mühlbacher (2004) uvádí, že stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze a navíc dodává, že je spojeno s řadou významných sociálních změn (např. osamostatněním dětí, penzionováním a změnou sociálních rolí). Bromley (Bromley in Stuart-Hamilton, 1999) označuje stáří za postvývojovou fázi, v níž byly realizovány všechny schopnosti vývoje a zůstávají pouze nově působící možnosti poškození.

Dle Kalvacha (2004) je stáří projevem a důsledkem změn funkčních i morfologických (tvarových), probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou.

Výrazná interindividuální variabilita zmiňovaná Kalvachem je příčinou obtížného vymezení a členění stáří. Odborná literatura proto rozlišuje tři druhy stáří - kalendářní (chronologické), sociální a biologické.

### I.2.1 Kalendářní stáří

Kalendářní (chronologické) stáří je jednoznačně vymezeno dosažením určitého, stanoveného věku, ale nepostihuje zcela interindividuální rozdíly. V 60. letech 20. století stanovila **World Health Organization** = Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) za hranici stáří věk 60 let a rozdělila období stáří následovně:

1. období 60-74 senescence, **počínající, časně stáří**
2. období 75-89 kmetství, senium, **vlastní stáří**
3. období 90 a více patriarchum, **dlouhověkost**

V hospodářsky vyspělých státech se v souvislosti se stárnutím populace, prodlužováním života ve stáří, poklesem kardiovaskulární morbidity (nemocnosti) ve středním věku a zlepšováním funkční zdatnosti seniorů posouvá hranice stáří spíše k věku 65 let. Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) se zase zájem nauky o stárnutí a stáří (gerontologie) soustřeďuje spíše až na věk 75 let.

Současná periodizace stáří vypadá dle Kalvacha (2004) následovně:

1. období 60-74 **mladí senioři** (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace),
2. období 75-84 **staří senioři** (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob),
3. období 85 a více **velmi staří senioři** (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení).

### 1.2.2 Sociální stáří

Sociální stáří postihuje dle Kalvacha (2004) proměnu sociálních rolí, potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod, resp. odchod do důchodu.

Periodizace sociálního stáří užívá poté označení:

1. První věk - předproduktivní: období dětství a mládí, učení, profesní příprava, získávání sociálních zkušeností.
2. Druhý věk - produktivní: období dospělosti, produktivita biologická i ekonomicko-sociální.
3. Třetí věk - postproduktivní: období stáří.
4. Čtvrtý věk: období závislosti.

### *1.2.3 Biologické stáří*

Biologické stáří představuje dle Mühpachra (2004) hypotetické označení konkrétní míry involučních (zánikových) změn v orgánech a tkáních (např. atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku. Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk, se nezdařily, neboť lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti.

Z výše uvedeného vyplývá, že je obtížné jednoznačně vymezit počátek stáří a jeho periodizaci. Zjednodušeně lze konstatovat, že stárnutí je proces a stáří je stav. Všichni stárneme, ale rychlost a podoba stárnutí a stáří je dána životním stylem a životními podmínkami, resp. prostředím, ve kterém žijeme.



## II. DEMENCE

---

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

Ronald Wilson Reagan  
bývalý americký prezident<sup>4</sup>

### II.1 Definice pojmu

Slovo demence pochází z latinského „*demens*“, tedy z předpony „*de-*“, která značí „*od-*“, a ze slova „*mens*“, což znamená „*mysl*“. Slovo „*demens*“ tedy znamená „šílený“, tedy něco, co myslí pozbylo, odchylku od rozumového poznání (Loucká in Kučerová, 2006).

V medicíně tento termín poprvé použil Aurelius Cornelius Celsus ve své knize *De medicina* v prvním století našeho letopočtu. Do moderní psychiatrické klasifikace jej zavedl Dominique Esquirol v roce 1814.

**International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems** = Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10)<sup>5</sup> 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

---

<sup>4</sup> Ronald Wilson Reagan (1911-2004) byl 40. prezidentem Spojených států amerických (1981-1989) a 33. guvernérem Kalifornie (1967-1975). Předtím, než vstoupil do politiky, pracoval jako herec a byl také předsedou hereckých odborů. V roce 1994 u něj byla diagnostikována Alzheimerova demence a ke konci svého života si již nepamatoval, že byl americkým prezidentem (Malátková et al., 2007).

<sup>5</sup> Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů je výsledkem revize, jejíž přípravu koordinovala 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).

porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.

Jirák a Koukolík (2004) popisují demenci jednak jako získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí (především paměti a intelektu) a jednak jako dosud neobjasněnou nemoc, která zahrnuje různé symptomy. Výsledkem demence je podle nich celková degradace duševních činností jedince, ubývající schopnosti běžných denních aktivit a nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.

Pro demenci je dle Plevové a Bolelouckého (2002) typické celkové zhoršení integrativních (sjednocujících) funkcí mozku, schopnosti vypořádat se s požadavky každodenního života, funkcí sensorických a motorických, schopnosti sociálních kontaktů odpovídajících daným okolnostem a vyžadujících kontrolu emočních reakcí, a to vše bez jakéhokoli zhoršení či narušení vědomí. Ve většině případů jde o stav ireverzibilní (nevratný), který se postupem nemoci zhoršuje.

Höschl a Hořejší (1999) uvádějí, že demence je organicky podmíněný, trvale postupující pokles různých složek intelektu, který významně limituje kognitivní, funkční a behaviorální schopnosti, a tím i každodenní sociální a ekonomické aktivity postiženého.

Demence je tedy chorobou mozku, při které dochází k postupné ireverzibilní degradaci osobnosti.

## **II.2 Klasifikace demence**

Příčinou demence může být přibližně šedesát různých onemocnění a stavů. Pro praktické účely je tedy nezbytná jejich klasifikace. V odborné literatuře lze nalézt různé klasifikace demencí.

MKN-10 dělí demence následovně<sup>6</sup>:

1. Demence u Alzheimerovy choroby,
2. Vaskulární demence,
3. Demence u jiných nemocí,
4. Neurčené demence.

Další rozdělení demencí poskytuje příručka Americké psychiatrické společnosti - **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** = Diagnostická a statistická příručka mentálních poruch (dále jen DSM)<sup>7</sup>, která je na rozdíl od MKN podrobnější a konkrétnější. Poprvé vyšla v roce 1952 a v současné době platí verze DSM-IV-TR z roku 2000. Pro rok 2012 se připravuje vydání DSM-V.

Pro ne-lékařskou společnost je dle Mühlpachra (2004) praktické užívat Švédské schéma - **Swedish Consensus on Dementia and Dementia diseases**<sup>8</sup> vypracované v letech 1988-1990, protože vnáší do třídění topografické (popisující), patofyziologické (zohledňuje chorobné pochody a změny funkcí organismu v průběhu nemoci) a neuropsychiatrické hledisko (zohledňuje spjitost duševních poruch s nemocemi nervové soustavy).

Pro účely mé práce nám postačí rozdělení podle Höschla a Hořejšího (1999), kteří dělí demence na dva základní typy:

1. Alzheimerova demence.
2. Nealzheimerovské demence

Výše uvedení autoři zabývající se demencemi se však shodují na tom, že nejčastější formou demence je právě demence Alzheimerova, která dle nich představuje 50% - 80% všech případů.

---

<sup>6</sup> Podrobná klasifikace demencí dle MKN-10 je uvedena v příloze č. 3.

<sup>7</sup> Klasifikace demencí dle DSM je uvedena v příloze č. 4.

<sup>8</sup> Klasifikace demencí dle Švédského schématu je uvedena v příloze č. 5.

## II.3 Příznaky demence

Příznaky demence jsou uvedeny např. v DSM a patří sem (DSM in Koukolík a Jirák, 1998):

1. Rozvoj mnohotných poruch poznávacích funkcí, které se projevují:
  - a) poškozením paměti (poškozením schopnosti naučit se nové informace nebo vybavit si informace dříve naučené),
  - b) jednou (nebo větším počtem) z následujících kognitivních poruch:
    - afázií (poruchou jazyka),
    - apraxií (neschopností výkonu hybných funkcí vyššího řádu při zachované motorice),
    - agnozií (neschopností poznávat nebo určovat předměty přes zachované smyslové funkce),
    - poruchou exekutivních funkcí (porucha plánování, organizování, sekvencování, abstrahování).
2. Defekty poznávacích funkcí uvedené v prvním bodě, jsou příčinou významného poškození fungování jedince v zaměstnání nebo ve společnosti.

Jirák (Jirák in Jirák, Holmerová, Borzová et al., 2009) označuje jako příznaky demence tři základní okruhy postižení, které se navzájem prolínají. Patří sem:

1. Postižení kognitivních funkcí,
2. Postižení aktivit denního života, tzn. postižení běžných dovedností, profesionálních dovedností, péče o sebe sama apod.,
3. Poruchy chování a psychologické příznaky demence (halucinace, bludy, poruchy emocí, poruchy spánku).

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

## II.4 Stadia demence

K určení stadia demence byla vypracována řada stupnic. V roce 1982 sestavil Hughes a kol. pětistupňovou stupnici (viz. tab. č. 1), která je založena nejen na vyšetření paměti, orientace, úsudku a řešení problémů, zvládnání společenských záležitostí, ale zkoumá také osobní zájmy, koníčky a úroveň osobní péče. Tato stupnice je dle Mühlpachra (2004) používaná častěji než Reisbergova sedmistupňová stupnice z roku 1982 (viz. tab. č. 2.).

Pro účely mé práce postačí rozlišení od Holmerové, Juráškové, Zikmundové et al. (2007), které rozlišují tři stadia demence:

1. Počínající a mírná demence, kdy dominují zejména poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí.
2. Středně pokročilá demence, která se již projevuje poruchou soběstačnosti a pacient vyžaduje častý či převážný dohled.
3. Pokročilá forma demence, kdy je pacient odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit.

### Tabulka č. 1: Hughes a kol. stupnice k určení stadia demence

1. **Stupeň 0 = zdraví.** Paměť není porušena nebo jsou malé nekonstantní výpadky. Klient je plně orientován, dobře řeší každodenní problémy, je sociálně nezávislý, plně schopen o sebe pečovat, osobní život beze změn.
2. **Stupeň 0,5 = podezření na demenci.** Objevuje se trvalá lehká zapomnětlivost, pacient plně orientován, vyskytují se první problémy spjaté s rozhodnutím o rozdílech a podobnostech. Pacient o sebe plně pečuje. Osobní život lehce dotčen.
3. **Stupeň 1 = lehká demence.** Postižený zapomíná čerstvé události, objevují se poruchy orientace v čase, projeví se obtíže s řešením složitějších problémů, sociální úsudek je zachovalý, péče o sebe oslabená, vyžaduje povzbuzení.
4. **Stupeň 2 = střední demence.** Nové informace zapomíná postižený velmi rychle, je dezorientován v čase, i místě, není schopen samostatné činnosti mimo domov, zachovává si jednoduché (velmi omezené) zájmy, potřebuje pomoc s oblékáním a hygienou.
5. **Stupeň 3 = těžká demence.** Z paměti zůstávají jen fragmenty, nemocný není schopen řešit žádné problémy, usuzovat ani pobývat mimo domov. Potřebuje pomáhat s oblékáním, kontrolovat osobní hygienu, častá je inkontinence<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Inkontinence = neschopnost udržet moč nebo stolici (Vokurka, Hugo a kol., 2002).

## Tabulka č. 2: Reisbergova stupnice k určení stadia demence

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 znovupoznávání známých lidí,
  - f) dezorientace ve známém 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) apod.
7. **Velmi těžké postižení kognitivních funkcí** – vyhasnou všechny řečové funkce, pacient vydává pouze zvuky, je inkontinentní, není schopen chůze.

## III. ALZHEIMEROVA DEMENCE

---

AD je nevyhléditelná a postihuje všechny skupiny obyvatelstva, není omezena na určitou sociální vrstvu, pohlaví, etnickou skupinu nebo na určité území. Není možné v této BP podat zcela ucelené informace o AD. V posledních letech se o ní často mluví a neméně často se o ní píše. Snažím se v této kapitole zaměřit na základní informace, ke kterým dle mého názoru patří: definice a formy, objev a výzkum, příznaky, stadia, diagnostika a léčba AD.

### III.1 Alzheimerova demence a její formy

Höschl a Hořejší (1999: 9) definují AD jako „*fatální onemocnění, které vede neúprosně k postupné degradaci všech psychických funkcí a končí hlubokou demencí*“.

Holmerová, Jarolímová, Suchá et al. (2007) uvádějí, že AD je charakterizována zejména poruchou paměti, která v klinickém obrazu dominuje. Poté se zpravidla rozvíjejí poruchy ostatních kognitivních funkcí a další obvyklé symptomy demencí.

Dle MKM dochází u AD k detoriaci (postupnému úbytku) paměti a myšlení, které postupně narušují soběstačnost v aktivitách denního života. Paměť je narušena ve všech složkách a k její poruše patří nedílně i poruchy chování a myšlení.

Příčiny choroby jsou prozatím neznámé, ví se však, že postihuje velkou část starých lidí, a její výskyt se zvyšuje s postupujícím věkem. Populace v ČR<sup>10</sup> stejně jako ve světě stárne, neboť se v důsledku lepších se ekonomických a sociálních podmínek prodlužuje střední délka života, tedy předpokládaný věk, jehož dosahují členové dané populace. Haškovcová (2002) uvádí, že ve starém Řecku a Římě byla průměrná délka

---

<sup>10</sup> V příloze č. 6, 7 a 8 je uvedena Populační prognóza ČR do roku 2050. Očekávaný počet obyvatel a jeho věkové složení je v tabulkách zpracován v tradičních třech variantách: nízké, střední a vysoké. Znamená to, že v nízké variantě je zakomponováno nejmenší očekávané zvýšení úrovně plodnosti, nejméně výrazné zlepšení úmrtnosti a nejnižší zisk zahraniční migrací. Pro vysokou variantu to pak platí přesně obráceně. I když je střední varianta Českým statistickým úřadem považována a prezentována jako ta nejpravděpodobnější, je třeba výsledky interpretovat spíše ve smyslu vymezení očekávaného vývoje daného extrémními variantami.

lidského života 25 let a teprve počátkem 19. století je zaznamenán výrazný posun k hranici třiceti let. Ještě v roce 1940 byl průměrný věk 50 let. Pak už se proces prodlužování délky lidského života dramaticky zrychlil. V současné době je dle Českého statistického úřadu střední délka života v ČR 80,1 let u žen a 74 let u mužů.

Holmerová, Jarolímová, Suchá et al. (2007) uvádějí, že některou formou demence trpí v ČR asi 150.000 lidí. Jde o velmi významnou skupinu obyvatelstva, která se v souvislosti se stárnutím populace a s prodlužováním střední délky života bude dále zvětšovat.

AD se dle Hořejšího (1998) vyskytuje ve dvou formách:

1. Familiální (vrozené) formě, která je velmi vzácná. Podle některých vědců má na svědomí 5%, podle jiných jen 1% všech případů. Postihuje zpravidla jedince mladší 65 let.
2. Sporadické (občasné) formě, která má na svědomí naprostou většinu všech případů. Je to typické onemocnění vyššího věku.

### **III.2 Alois Alzheimer a Auguste D. aneb objev Alzheimerovy demence**

Přestože byla tato nemoc objevena už na počátku minulého století, začali se jí vědci zabývat až v průběhu 80. let 20. století. Choroba byla pojmenována po svém objeviteli – německém psychiatrovi Aloisi Alzheimerovi<sup>11</sup>.

V letech 1888-1903 pracoval Alzheimer na psychiatrickém oddělení Univerzitní nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem, kam byla v roce 1901 umístěna paní Auguste Deter (dále jen Auguste D.). Ona sama si ze svého příjmení pamatovala pouze počáteční písmeno. Tato žena sehrála zásadní roli v identifikaci AD.

---

<sup>11</sup> Životopis Aloise Alzheimer je uveden v příloze č. 9.



Auguste D. bylo 51 let. Nejprve trpěla záchvaty žárlivosti – myslela si, že ji manžel podvádí se sousedkou. Potom začala mít problémy s pamětí – nemohla si vzpomenout na některé věci a nebyla schopna starat se o domácnost.

Strávila pět let v nemocnici ve Frankfurtu, kde jí kromě uklidňujících koupelí nebyla poskytována žádná léčba. Doktor Alzheimer ji každý den navštěvoval a pečlivě zapisoval vývoj příznaků choroby. Sledoval její osud i poté, když roku 1903 kliniku opustil. Když Auguste D. v roce 1906 zemřela, prostudoval Alzheimer její mozek a dospěl k přesvědčení, že příčina její nemoci byla fyziologického původu, tzn., že byla způsobena životními pochody v organismu. Zjistil, že dochází k **neurofibrilární degeneraci** neboli změně ve stavbě neuronu a že jsou v mozkové tkáni roztroušeny **plaky** představující mimobuněčný materiál.

Alzheimer o případu Auguste D. referoval roku 1906 na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu. Přednáška se jmenovala „*Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde*“ (O svérázném onemocnění mozkové kůry). Případ byl publikován v roce 1907. Tato publikace je základním kamenem pojmu AD.

### III.3 Výzkum Alzheimerovy demence

Ve francouzském dokumentu *Záhadný Alzheimer*, který byl odvysílán v roce 2001 na televizní stanici ČT2 bylo uvedeno, že se výzkum po Alzheimerově objevu soustřeďoval mnoho let pouze na pozorování chování pacientů. O nemoci samotné se nevědělo téměř nic. Dlouho se rozlišovala demence způsobená AD, která byla označována jako presenilní (tedy vzniklá před dosažením 65. roku života), a stařecká demence, jež byla považována za přirozenou součást stárnutí. Na konci 60. let 20. století se zjistilo, že se jedná o jednu a tutéž chorobu.

V roce 1984 bylo zjištěno, že plaky, které se vyskytují v mozku lidí s AD, jsou tvořeny bílkovinou **betaamiloïd**. O rok později vědci objevili, že smotky zdegenerovaných neurotubulů, které spolu s neurofilamenty tvoří neuron, obsahují jinou bílkovinu zvanou **tau**, která se u pacientů trpících touto chorobou abnormálně mění.

Betaamloidové plaky a degenerace neurotubulů narušují normální přenášení nervových vzruchů a nakonec způsobí odumření neuronu. V roce 1991 bylo zjištěno, že betaamloid je součástí větší bílkoviny nazývané **APP** (apolipoprotein), která je obsažena ve všech neuronech. U zdravých lidí je bílkovina APP rozložena a vyloučena. V případě AD se z jejích zbytků tvoří plak. APP je nejen součástí všech neuronů, ale také dalších typů buněk, a proto má porucha jejího metabolismu vliv na celý organismus.

V mozku je nejzranitelnějším místem hypokampus – je to první oblast, kde se začínají objevovat smotky tvořené bílkovinou tau ze zdegenerovaných neurotubulů. Za normálních podmínek jsou molekuly bílkoviny tau v neuronu rozmístěny podobně jako železniční pražce. V mozku napadeném AD degenerují, zamotávají se do sebe a narušují tak přenos signálu. Proces degenerace začíná dřív, než se projeví vlastní nemoc. Během zatím nedefinovatelné doby zdravé nervové buňky dokážou funkci postižených neuronů nahradit. Náhradní síť tuto možnost postupně ztrácí, protože jsou také postiženy procesem degenerace. Když dojde k postižení celého systému, začínají se projevovat klinické příznaky AD.

### **III.4 Příznaky Alzheimerovy demence**

Příznaky AD se vyvíjí plíživě. Rozlišení od příznaků doprovázejících klinicky normální stárnutí nemusí být zpočátku jednoduché. Baddeley (1999) uvádí, že AD je možné spolehlivě diagnostikovat až po smrti. Není totiž jasné, jak dlouho trvá preklinické stadium, čímž se rozumí vývoj choroby do prvních klinických příznaků.

ČALS uvádí následujících deset příznaků AD:

1. Zhoršování paměti, které narušuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly. Všichni sice zapomínáme, ale lidé s AD zapomínají nesrovnatelně častěji a hlavně trvale.
2. Problémy s vykonáváním běžných každodenních aktivit. Občasná roztržitost postihuje každého hodně vytíženého člověka, takže i on může nechat vodu na

kávu vařit déle, než je nutné. Avšak pacienti s AD jsou schopni postavit jídlo na sporák a zcela na něj zapomenout, takže se může spálit na uhel.

3. Zapomínání slov a problémy s vyjadřováním. Člověk s AD zapomíná i ta nejjednodušší slova nebo je nahrazuje slovy nesprávnými, takže jeho věty pak vůbec nedávají smysl.
4. Neschopnost orientovat se v čase a prostoru. Lidé s AD často nevědí, jaký je rok, a mohou se ztratit i na ulici, kterou chodí desítky let. Nevědí, jak se tam dostali a jak se odtud dostanou domů.
5. Neschopnost racionálního uvažování, úbytek úsudku a soudnosti. Každý z nás se někdy zabere do určité činnosti natolik, že na malou chvíli přechodně zapomene na celý okolní svět. Pacient s AD se může chovat zcela nesmyslně, pokouší se zapálit plynový sporák nůžkami nebo je schopen vzít si na sebe hned několik košil či halenek najednou.
6. Problémy s abstraktním myšlením. Člověk s AD si není schopen uvědomit, co např. znamenají čísla na účtech za provoz domácnosti.
7. Ukládání věcí na nesprávná a nevhodná místa, neschopnost je pak najít. Kdo z nás někdy někam nepoložil klíče či peněženku a pak nevěděl, kam? Jenže člověk s AD umisťuje věci na zcela nevhodná místa – např. žehličku do ledničky, hodinky do cukřenky, a to zcela soustavně.
8. Změny nálady a chování. Špatná nálada postihne každého z nás, ale u lidí s AD jsou tyto změny hlubší a prudší. Jsou schopni zcela náhle propuknout v pláč nebo hněvivě vybuchnout, aniž k tomu mají zjevný důvod.
9. Změny osobnosti. Osoby s AD se stávají zmatenější, ustrašenější nebo podezřívější.
10. Ztráta životní energie, aktivity a chuti do života. Občasnou nechuť k domácím pracím či zaměstnání zná každý z nás. Člověk s AD je bez zcela zevního podnětu naprosto neschopen se zapojit do jakékoli aktivity.

## III.5 Stadia Alzheimerovy demence

AD postihuje každého člověka jiným způsobem. Forma a průběh nemoci závisí z velké části na tom, o jakou osobnost se jednalo před počátkem nemoci, jakou má člověk fyzickou kondici a jaký byl jeho životní styl. Ve vývoji AD lze zřetelně rozlišit tři odlišná stadia. Ne každý člověk postižený AD 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.

Höschl a Hořejší (1999) definují tři stadia AD následovně:

### III.5.1 PRVNÍ STADIUM – mírná forma

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

- **zhoršování paměti (porucha tzv. krátkodobé paměti – nemocný zapomíná na události, které se staly před chvílí),**
- **přechodná časová dezorientace (neschopnost vybavit si, který je den, měsíc a rok),**
- **prostorová dezorientace (neschopnost poznat známá místa – nemocný např. nepozná ani to, že je ve svém vlastním bytě),**
- **ztráta iniciativy a průbojnosti,**
- **obtížné hledání slov.**

Toto první období trvá obvykle dva až čtyři roky. Je pro ně typické, že se nemocný často opakuje, ztrácí a zapomíná věci, jako třeba klíče, obtížně hledá slova pro pojmenování zcela běžných předmětů, jako jsou hodinky či tužka, bloudí i na zcela známých místech a projevují se u něj změny osobnosti, především sklon k pasivitě a

ztrátě zájmu o činnosti a věci, které mu předtím přinášely radost a uspokojení. Řada nemocných je těmito prvními příznaky vystrašena, uvedena do rozpaků a deprimována.

### *III.5.2 DRUHÉ STADIUM – středně těžká forma*

Příznaky a problémy jsou v tomto stadiu výraznější a znemožňují nemocnému vykonávat řadu běžných každodenních aktivit. Mezi příznaky a problémy II. stadia řadíme:

- **významné výpadky paměti (kromě krátkodobé paměti bývají v této fázi postíženy i další složky paměti),**
- **snížená schopnost postarat se sám o sebe (nutnost pomoci např. při mytí nebo oblékání),**
- **časté případy, kdy se nemocný člověk ztratí nebo zabloudí i na známých místech,**
- **zhoršení řečových schopností,**
- **halucinace.**

Druhé stadium obvykle trvá od dvou do deseti let. Je pro ně charakteristické další zhoršování mentálních funkcí a obvykle také dochází k poruchám chování. U nemocných se projevuje ve stále vyšší míře zmatenost, jejich pohyby se zpomalují, jsou stále hašteřivější a nesnášenlivější, projevují se u nich bludy a halucinace.

### *III.5.3 TŘETÍ STADIUM – těžká forma*

Těžká forma AD představuje poslední stadium, které trvá jeden až tři roky a je charakterizováno těmito příznaky a problémy:

- **obtíže při příjmu potravy, nutnost pomoci další osoby,**
- **neschopnost poznat přátele a dokonce i členy své vlastní rodiny,**
- **obtíže s chůzí (někdy až upoutání na lůžko),**

- **inkontinence moči nebo stolice,**
- **poruchy chování.**

V tomto stadiu již u nemocného nelze zaznamenat žádné nezávislé funkce na jakékoli úrovni; není schopen hovořit ani vnímat mluvenou řeč, nepoznává nejen členy rodiny, ale i sám sebe v zrcadle. Není také schopen se sám o sebe postarat. Nemocný ve třetím stadiu onemocnění je zcela závislý na svém pečovateli a velmi často potřebuje trvalou domácí péči nebo umístění do speciálního zařízení.

### **III.6 Diagnostika Alzheimerovy demence**

V diagnostice AD se využívají zobrazovací metody (SPECT, CT nebo MR<sup>12</sup>). 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.

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

### **III.7 Léčba Alzheimerovy demence**

AD je zatím sice nevléčitelná, je však léčitelná. Řada příznaků nemoci, jako je zapomnětlivost, dezorientace, potíže s mluvením, deprese, neklid, úzkostné stavy a agresivita mohou být léčeny účinnými léky nebo jinými formami terapie.

Při léčení spolupracuje psychiatr či neurolog s praktickým lékařem nebo geriatrem.

---

<sup>12</sup> SPECT (Single Photon Emission Tomography) – jednofotonová emisní tomografie (Vokurka, Hugo a kol., 2002).

CT (Computerized Tomography) – počítačová tomografie (tamtéž).

MR (Magnetic Resonance) – magnetická rezonance (tamtéž).

## IV. SOCIÁLNÍ SLUŽBY

---

**Cílem mé BP je zjistit, jaké metody využívají brněnské domovy se zvláštním režimem při aktivizaci seniorů s AD.** Domov se zvláštním režimem je zařízením sociálních služeb a aktivizace (resp. aktivizační činnosti) patří dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen Zákon o sociálních službách), do základních činností, které jsou v těchto domovech poskytovány, a tak považuji za nezbytné uvést definici pojmu „sociální služba.“

### IV.1 Pojem „sociální služba“

Sociální služby patří mezi nástroje sociální politiky, tj. mezi prostředky, jimiž sociální subjekt<sup>13</sup> působí na sociální objekt<sup>14</sup> nebo na jiný sociální subjekt. Mohou být poskytovány bezúplatně nebo za úplatu.

Zákon o sociálních službách rozumí sociální službou činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního zabezpečení nebo prevence sociálního vyloučení.

Cílem poskytování sociálních služeb je především to, aby občan znovu získal schopnost zabezpečovat své potřeby vlastním přičiněním, případně mu poskytnout pomoc po dobu, kdy toho není sám schopen. Výjimku představují životní situace občanů, které vyžadují prakticky trvalé poskytování sociální služby bez možnosti návratu k soběstačnému životu v důsledku těžkého zdravotního postižení či vysokého věku.

Baumruková (1997) považuje sociální služby za mimořádně významnou součást aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů. Řešení problémů jednotlivců, rodin a skupin občanů ovlivňuje pozitivně sociální klima celé společnosti. Sociální služby

---

<sup>13</sup> Ten, kdo realizuje sociální politiku.

<sup>14</sup> Ten, jemuž jsou nástroje sociální politiky určeny.

nejsou významné proto, že je potřebuje mnoho lidí, ale proto, že bez jejich působení by se nikoliv nevýznamná část občanů nemohla podílet na všech stránkách života společnosti. Bylo by jim znemožněno uplatnění jejich lidských a občanských práv, docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení. Každému občanu, ať žije kdekoliv, musí být umožněn přístup k celému spektru sociálních služeb, a to z hlediska finanční i fyzické dostupnosti.

## IV.2 Dělení sociálních služeb

Sociální služby lze rozdělit do dvou základních skupin, a to na:

1. sociální služby státní,
2. sociální služby nestátní.

Okruh a spektrum sociálních služeb se v posledních desetiletích neobyčejně rozšířil, od zajištění základních životních potřeb až po specializované odborné služby pro malé skupiny. Služby je tedy možno dále třídit podle mnoha hledisek.

Podle Matouška (2007) rozeznáváme:

- sociální služby preventivní, terapeutické a rehabilitační nebo intervenční a pečovatelské,
- služby poskytované v bytě, v centru nebo v domově,
- službu poskytnutím informace (ale také potřebných věcí, např. kompenzačních pomůcek), zastupováním (někoho před úřady, při vyjednávání apod.) nebo úkonem (např. dovoz jídla, úklid),
- péči po určitou dobu (např. o děti v denním centru) nebo trvalou péči v rezidenčním zařízení (dlouhodobý pobyt v zařízení).



Rektořík (2001) rozděluje sociální služby na tyto dvě skupiny:

1. Služby sociální péče – jsou poskytované osobám, které v důsledku ztráty nebo omezení psychické, fyzické nebo intelektuální autonomie potřebují značnou pomoc k uspokojení běžných životních potřeb. Cílem těchto aktivit je posílit nebo nahradit ztracenou soběstačnost. Do této skupiny patří i péče o seniory.
2. Služby sociální intervence – patří sem služby, u kterých se realizuje sociální prevence, prevence sociálně patologických jevů, sociálně právní ochrana a krizová intervence. Cílem je pomáhat občanům překonávat obtížnou životní situaci, neboť každý má právo na pomoc.

Zákon o sociálních službách uvádí, že sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence a že se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se dle zákona o sociálních službách rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Opakem pobytových služeb jsou služby ambulantní, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena do zařízení sociálních služeb. Terénní služby jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném prostředí.

Pro poskytování sociálních služeb se dle Zákona o sociálních službách zřizují zařízení sociálních služeb.

### **IV.3 Zařízení sociálních služeb**

§ 34 Zákona o sociálních službách uvádí, že pro poskytování sociálních služeb se zřizují následující zařízení sociálních služeb:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,

- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- azylové domy,
- domy na půl cesty,
- zařízení pro krizovou pomoc,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- terapeutické komunity,
- sociální poradny,
- sociálně terapeutické dílny,
- centra sociálně rehabilitačních služeb,
- pracoviště rané péče,
- intervenční centra,
- zařízení následné péče.

#### **IV.4 Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem**

Před účinností zákona o sociálních službách, tedy do konce roku 2006, byla v platnosti Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon a sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen vyhláška).

Tato vyhláška nedefinovala zařízení sociálních služeb, ale tzv. ústavy sociální péče a rozlišovala dva typy pobytových zařízení sociální péče pro seniory: domovy důchodců a domovy-penziony pro důchodce.

Domovy pro důchodce byly dle vyhlášky určeny především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebovali komplexní péči, jež jim nemohla být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebovali z jiných vážných důvodů.

Domovy-penziony pro důchodce byly dle vyhlášky určeny pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, a pro občany, kteří jsou plně invalidní a jejichž celkový zdravotní stav je takový, že nepotřebují komplexní péči, za předpokladu, že jim budou poskytnuty služby potřebné vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu.

S účinností Zákona o sociálních službách došlo ke změně v označování těchto zařízení, a to takové, že pro obě zařízení se od 01.01.2007 užívá označení domov pro seniory. Domovy důchodců, které měly před účinností zákona o sociálních službách specializovaná oddělení pro seniory s demencí, jsou nyní označovány navíc jako domovy se zvláštním režimem.

Dle Zákona o sociálních službách jsou v **domovech pro seniory** poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V **domovech se zvláštním režimem** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo z důvodu závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim je v těchto zařízeních přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Poskytování pobytových služeb v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem obsahuje dle Zákona o sociálních službách tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování a stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Domovy se zvláštním režimem jsou dle výše uvedeného pobytovým zařízením sociálních služeb, jejichž úkolem je poskytovat pomoc seniorům, kteří již nejsou schopni se vrátit k soběstačnému životu a jsou odkázáni na pomoc druhých z důvodu duševního onemocnění nebo demence. Do základních činností, které jsou seniorům v těchto domovech poskytovány, patří dle Zákona o sociálních službách mimo jiné i aktivizační činnosti, které jsou předmětem mého výzkumu.

# V. AKTIVIZACE SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

---

## V.1 Aktivizace

Aktivizace je podle Hartla a Hartlové (2000: 27) „širěji nespécifické označení úrovně aktivity, činnosti, vybuzenosti, založené na smyslové, žlázové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti“.

Zgola (2003) uvádí, že při péči o osoby s AD 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.

Holmerová (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) uvádí, že aktivity jsou věci, které konáme. Klienti se jich mohou aktivně zúčastňovat, ale také je jen pasivně pozorovat. Mohou je vykonávat samostatně, ale i s terapeutem nebo ve skupině. Aktivity posilují lidskou důstojnost a sebeuvědomění a strukturují den každého jedince

Holmerová, Jarolímová, Suchá et al. (2007) uvádí, že při aktivizaci seniorů s AD jen nutné vzít v úvahu tyto věci:

1. Poruchu krátkodobé paměti: je nutné stále opakovat jednoduché pokyny, a to vždy jen jeden pokyn, a teprve až je splněn, tak další.
2. Snížení psychomotorického tempa.
3. Zhoršení prostorového vnímání a prostorové představivosti.
4. Zhoršení kvality řeči (často až afázie).

5. Změny v emotivní složce: nejistota, úzkost, ale také apatie, pasivita, nechut' k novým činnostem.
6. Možná apraxie, také zhoršení jemné motoriky z jiných příčin (př. artrózy).
7. Poruchy pravolevé orientace.
8. Poruchy koncentrace.
9. Málokdy zlepšení, jde spíše o udržení dosavadního stavu klienta pokud možno co nejdéle.
10. Zhoršení smyslového vnímání.
11. Ochuzení fantazie, kreativity, větší obliba stereotypních, mechanických činností.
12. Obavy z nového, neznámého.

Rheinwaldová (1999: 13) říká, že „každá aktivita by měla obsahovat trochu zábavy a trochu terapeutického účinku“. Každá aktivita musí navíc vycházet z potřeb a zájmů seniora, protože jedině taková aktivita je účinná.

Vhodná duševní a tělesná aktivita může dle Pichaud a Thareauové (1998) zpomalit nástup funkčních změn a prodloužit aktivní věk.

Holmerová (Holmerová in Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009) rozděluje aktivity na **programované aktivity** a **individualizované aktivity**. Programované aktivity jsou dle ní vhodné pro seniory ve fázi středně těžké demence. S progresí onemocnění dochází ke zhoršení celkového stavu psychického i somatického, a proto senioři potřebují co nejvíce individualizovaný režim.

Senioři ve středně těžké fázi demence jsou dle Holmerové (tamtéž) ještě schopni určitých sebeobslužných úkonů a je u nich zachována vcelku uspokojivá komunikace. Díky tomu se mohou podílet na různých aktivitách. Pokud by jim tyto aktivity nebyly nabídnuty, zpravidla by docházelo k nežádoucímu chování či poruchám chování a zejména k narušení denního rytmu. Senioři v této fázi demence zpravidla profitují z určité pravidelnosti denního režimu, kterou je například pobyt v denním centru, anebo zapojení do aktivit v instituci.

Senioři v pokročilé fázi demence se mohou i nadále podílet na některých aktivitách, ale jsou rychleji unaveni, nemají zájem nebo prostě je z jejich chování

zřejmé, že jim účast v těchto činnostech nedělá dobře a nepřináší jim žádný užitek nebo může dokonce jejich stav zhoršovat. V tomto případě přestáváme o jejich účast v jednotlivých činnostech usilovat. Nesnažíme se ani programovat den tak důsledně jako u seniorů ve středně těžké fázi demence.

Autoři odborných publikací zabývajících se aktivizací seniorů se shodují v tom, že při aktivizaci seniorů je nutné mít na paměti, že jejím cílem je činnost, ne její výsledek, což znamená, že není důležité, jak dobře danou činnost senior zvládá, ale že vůbec vyvíjí nějakou aktivitu či snahu.

## V.2 Aktivizační metody vhodné pro seniory s Alzheimerovou demencí

Tato kapitola se zabývá aktivizačními metodami vhodnými pro seniory s AD ve všech stádiích tak, jak je uvádějí Holmerová, Jarolímová, Suchá et al. (2007) v publikaci *„Péče o pacienty s kognitivní poruchou“*. V odborné literatuře jsem po dalších publikacích zabývajících se touto tématikou nepátrala, neboť výše uvedenou publikaci lze považovat za „bibli“ v péči o seniory s AD, neboť jedna z hlavní autorek – Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. je nejen předsedkyní České gerontologické a geriatrické společnosti<sup>15</sup>, ale i spoluzakladatelkou ČALS a členkou Rady vlády pro otázky seniorů a stárnutí populace<sup>16</sup>.

V kapitole jsou zpracovány zvláště aktivizační metody vhodné pro seniory v prvním a druhém stadiu AD a zvláště aktivizační metody vhodné pro seniory ve třetím stadiu AD.

---

<sup>15</sup> Společnost vznikla v roce 1958 nejprve jako gerontologická sekce v rámci České internistické společnosti. V roce 1962 byla tato sekce přejmenována na Českou gerontologickou společnost a tato společnost byla pak v roce 1993 přejmenována na Českou gerontologickou a geriatrickou společnost. Cílem ČGGS je zlepšit péči o seniory. Společnost vydává od roku 2003 časopis Česká geriatrická revue (Historie ČGGS, 2010).

<sup>16</sup> Rada vlády pro seniory a stárnutí populace (dále jen „Rada“) byla zřízena usnesením vlády ze dne 22. března 2006 č. 288 v návaznosti na usnesení vlády č. 1482 k Informaci o plnění Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007. Rada je stálým poradním orgánem vlády pro otázky týkající se seniorů a stárnutí populace. Ve své činnosti usiluje o vytvoření podmínek pro zdravé, aktivní a důstojné stárnutí a stáří v České republice a aktivní zapojení starších osob do ekonomického a sociálního rozvoje společnosti v kontextu demografického vývoje. Zasedání Rady se konají podle potřeby, nejméně však třikrát ročně. Informace o činnosti Rady jsou přístupné veřejnosti na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí. Rada nemá pravomoc prošetřovat stížnosti občanů. Organizační, odborné a administrativní práce a zveřejňování informací o práci Rady zajišťuje sekretariát Rady, který je organizační součástí Ministerstva práce a sociálních věcí (Rada vlády pro seniory a stárnutí populace, 2006).

## V.2.1 *Aktivizační metody vhodné pro seniory v prvním a druhém stadiu Alzheimerovy demence*

### V.2.1.1 **Ergoterapie**

Dle **Council of Occupational Therapists for the European Countries** = Rady ergoterapeutů evropských zemí (dále jen COTEC) se ergoterapie zabývá léčbou osob s fyzickým a duševním onemocněním, při které se používají takové činnosti, které těmto osobám umožňují dosáhnout maximální funkční úrovně a nezávislosti ve všech aspektech života (COTEC in Jelínková, Krivošíková, 2007).

Cílem ergoterapie je dle České asociace ergoterapeutů (dále jen ČAE) dosažení maximální možné soběstačnosti, nezávislosti klientů a zvýšení kvality jejich života.

Dle Suché (Suchá in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) se ergoterapie u seniorů s demencí zaměřuje zejména na posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem. Za sebeobslužné činnosti považuje Suchá (tamtéž: 143) zvládnutí úkonů týkajících se „*hygieny, použití WC, oblékání a svlékání a sebesycení*“.

V oblasti hygieny je doporučeno např. provádět koupel v takové době, kdy je klient zvyklý tuto činnost vykonávat. U inkontinentních seniorů se doporučuje zavedení mikčního režimu (pravidelné vyzývání seniora k použití WC v intervalech cca 1-2 hodiny), nebo mikční 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 AD činit problémy následnost jednotlivých kusů oblečení nebo mají problémy se složitějším zapínáním oděvů. 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 AD volíme oděvy, které se oblékají přes hlavu, kalhoty na gumu, boty na suchý zip apod.



Při sebesycení mohou mít senioři s AD 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 lžíci. Je rovněž dobré (pokud to umožní konzistence jídla) nechat jíst seniora pouze rukama. Suchá (tamtéž) konstatuje, že krmení personálem by mělo být tou poslední možností.

### **V.2.1.2 Kognitivní rehabilitace**

Tímto termínem je u seniorů s demencí označováno tzv. cvičení paměti. Cvičení paměti jako takové má ale dle Holmerové (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) význam u zdravých seniorů nebo u seniorů, kteří mají pouze lehkou poruchu paměti ve smyslu stařecké zapomnětlivosti nebo věkem podmíněného kognitivního úbytku. U seniorů s AD hovoří Holmerová (tamtéž) o kognitivní rehabilitaci, která dle ní 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 je kladen důraz na podporu procvičování kognitivních funkcí, které jsou zachovány, ale také na podporu sebevědomí seniorů a na správnou motivaci k tomuto cvičení.

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

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 - puzzles, pomůcky pro hru se slovy, maxipexeso anebo domino. Pořizovací cena této sady je 750,- Kč

Kognitivní rehabilitace napomáhá zlepšit fungování poznávacích funkcí, např. soustředění pozornosti, myšlení, paměti (zrakové i sluchové), čtení, psaní apod.

### **V.2.1.3 Senzorická stimulace**

Ke stárnutí patří i snižování funkčnosti všech smyslových orgánů. Toto zhoršení je rychlejší, pokud nedochází k pravidelné senzorické (smyslové) stimulaci.

Člověk má pět základních smyslů: chuť, čich, sluch, hmat a zrak. Informace zachycené těmito smysly ukládáme do paměti. Lze tedy říct, že člověk má chuťovou, čichovou, sluchovou, hmatovou a zrakovou paměť. Vzhledem k tomu, že má senzorická stimulace úzký vztah k paměti, je i úzce propojena s kognitivní rehabilitací.

Hmatová stimulace je vhodná pro seniory v počátečním nebo středním stadiu demence a zejména pro ženy. Senioři při ní ohmatávají kousky různých látek různé struktury buď za kontroly zraku, nebo se zavřenýma očima, snaží se vnímat rozdíly v jemnosti povrchu. Lze ji spojit s reminiscenční terapií (viz. kap. č. V.2.1.4), při které se senioři mohou rozhovořit o tom, co jim ten či onen materiál připomíná, nebo lze vymýšlet, co se z jednotlivých materiálů může vyrobit.

Čichová stimulace se hodí pro seniory v jakémkoliv stadiu demence, zejména pokud ve skupině převažují ženy. K tomuto cvičení lze např. využít sadu neoznačených kořenek. Toto cvičení lze rovněž spojit s reminiscenční terapií, kdy může být rozvinuta debata o tom, na co se které koření používá. Čich je možno stimulovat i pomocí aromaterapie. Různé vůně mohou u seniorů vyvolávat různé vzpomínky a mohou pomoci navodit dobrou náladu.

Ke zrakové stimulaci můžeme využít např. sadu barevných kartiček. Terapeut vždy jednu vybere a senior má za úkol říci, co má stejnou barvu v místnosti, kde cvičení probíhá nebo co má stejnou barvu kdekoliv venku apod.

Seniorům s AD je rovněž nezbytné poskytovat dostatečnou stimulaci v dutině ústní nabízením potravin s rozmanitou chutí a různou konzistencí.

Sluchová stimulace spočívá v tom, že seniorovi pouštíme např. jeho oblíbenou hudbu, film, či mu předčítáme z jeho oblíbené knihy. K puštěné hudbě či filmu nebo ke čtené knize můžeme činit dotazy: Jak se kniha jmenuje? Kdo ji napsal? Co je to za hudbu? Sluchovou stimulaci lze využít ve všech stádiích demence.

Zvláštní význam má dle mého názoru senzorická stimulace v konečné fázi demence, kdy je součástí bazální stimulace (viz. kapitola V.2.2).

#### **V.2.1.4 Reminiscenční terapie**

Tato metoda využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Metoda je vhodná i pro zdravé seniory, ale u seniorů s AD má zvláštní význam. Při AD je v prvních stádiích zasažena hlavně krátkodobá paměť, ale senioři si velmi dobře vybavují události dávno minulé.

Holmerová (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007: 181) uvádí, že se jedná o „*metodu účinnou, levnou a snadno aplikovatelnou*“, která je vhodná pro seniory s lehkou či středně těžkou demencí a pro ty, pro něž mnoho terapeutických možností již není.

Reminiscenční terapie se soustřeďuje 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.

Při terapii lze využít tyto pomůcky:

- fotografie,
- starší knihy, kalendáře a podobné tiskopisy, které nějakým způsobem evokují dobu minulou, včetně starých pohádkových knížek,
- 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, káča apod.

Vlastní terapie může mít individuální nebo skupinovou formu. Individuální reminiscenční terapie je určena těm seniorům, kteří se straní společnosti. Skupinová reminiscenční terapie bývá dle Holmerové (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) účelnější z několika důvodů. Lépe se při ní využije prostor a čas terapeuta. Skupinová reminiscenční terapie navíc více stimuluje, protože vzpomínky jedněch vyvolávají vzpomínky druhých.

#### **V.2.1.5 Orientace v realitě**

Tento terapeutický postup vznikl v USA v padesátých letech minulého století a do Evropy se rozšířil na počátku osmdesátých let. Orientace v realitě se snaží zlepšit celkovou orientaci seniora a zmenšit jeho zmatenost.

Cílem orientace realitou je dosáhnout, aby pečovatel při každém kontaktu se seniorem s AD nabízel informace, které mu pomohou v orientaci. Začíná se již při vstávání, kdy pečovatel informuje seniora s AD o tom, že je ráno a kolik je hodin, kde se nacházejí, a co právě dělá nebo bude dělat. Pečovatel seniorovi vysvětluje veškeré okolnosti, které jsou pro jeho orientaci důležité. Nic se nepovažuje za známé a samozřejmé.

Důležitou součástí orientace realitou je také oslovení seniora správným způsobem, tzn. oslovit seniora tak, aby věděl, že se oslovení týká právě jeho. Holmerová (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) doporučuje používat takové

oslovení, které si senior přeje nebo na které je zvyklý. Oslovení je dle ní důležitým nástrojem k tomu, aby pečovatel podpořil seniorovu sebedůvěru a důstojnost.

Za součást orientace realitou se také považuje vytvoření prostředí, které seniorům usnadní orientaci. Jedná se například o barevné označení společných prostor a pokojů. Při označení společných prostor a pokojů je také možné využít piktogramy<sup>17</sup>. Důležité je, aby tyto orientační prvky byly stabilní.

#### **V.2.1.6 Validační terapie**

Validační terapie je jedním z prvních specifických přístupů ke klientům postižených demencí. Tento přístup byl koncipován Naomi Feilovou v letech 1963-1980.<sup>18</sup>

Při této terapii je kladen 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 je dle Holmerové (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) využívána zejména v případech, kdy by snaha o orientaci v realitě mohla vést ke zhoršení stavu seniora, neklidu nebo agresivitě.

#### **V.2.1.7 Kinezioterapie**

Kinezioterapie je dle Suché (Suchá in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) somatoterapeutická aktivita, která využívá cíleně zaměřené pohybové programy a podněcuje aktivitu jedince, zvyšuje sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, percepci stresu a reaktivitu na stres, zvyšuje odolnost vůči zátěžím, má euforizační účinky, zlepšuje

---

<sup>17</sup> Piktogram = grafický znak znázorňující sdělení obrazem (Kraus, Petráčková, 2001). Příklad piktogramů je uveden v příloze č. 10.

<sup>18</sup> Životopis Naomi Feil je uveden v příloze č. 11.

mentální funkce, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace.

Kinezioterapie u seniorů s demencí má oproti kinezioterapii u seniorů s jinými diagnózami některé zvláštnosti. Dle Suché (tamtéž) je třeba vzít v úvahu:

- dezintegrovanost cvičících a jejich omezenou schopnost vnímat signály z těla,
- apraxii a z toho plynoucí zhoršení hrubé i jemné motoriky, rigiditu a problémy s prostorovým vnímáním,
- narušení pravolevé orientace.

Nejenom díky těmto zvláštnostem je při provádění kinezioterapie u seniorů s demencí nutné respektovat určité zásady. Hátlová (Hátlová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) uvádí následující zásady pro kinezioterapii seniorů s demencí:

1. Musí být respektována osobnost seniora, podporována sebeúcta, vědomí spoluúčasti a sounáležitosti, musí být brány v úvahu všechny složky osobnosti nemocného.
2. Cvičební program musí být adekvátně obtížný, snadno pochopitelný a musí být přizpůsoben možnosti úspěšného splnění, jednotlivá cvičení musí mít stabilní formy, které mohou být po předchozím oznámení postupně obměněny. Změny je důležité provádět postupně a v malém rozsahu.
3. Činnost musí mít variabilní formy, aby byla pro každého seniora přístupná a aby ho zaujala.
4. Činnost musí být prováděna na nejvyšší možné úrovni, které je senior schopen, primární je navázání vztahu důvěry mezi seniorem a terapeutem. Senior nesmí vnímat terapeutovu blízkost jako možnost ohrožení, terapie musí probíhat v prostředí, které pacienta neohrožuje, pohybová činnost musí být prováděna pravidelně v rámci denního a týdenního režimu.

Mezi vhodné kinezioterapeutické aktivity patří zejména procházky. Je doporučeno chodit s dementními seniory na procházky co nejčastěji až do doby, kdy se tento senior stane ze zdravotních důvodů imobilní. Procházky mají podobný účinek na fyzický stav jako cvičení. Dostatečně dlouhá procházka navodí u dementních seniorů zdravou únavu a pobyt na čerstvém vzduchu zlepší kvalitu spánku.

#### **V.2.1.8 Taneční terapie**

Dle **American Dance Therapy Association** = Americké asociace pro taneční terapii (dále jen ADTA) působí taneční terapie na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka (ADTA in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007).

V taneční terapii se tanec chápe jako terapeutický pohyb. Estetická stránka zde ustupuje do pozadí, a naopak se zdůrazňují faktory psychologické (např. schopnost nonverbálně komunikovat, zlepšení emotivity), fyzické (např. zlepšení koordinace pohybu, zlepšení celkové síly, rovnováhy) a sociální (vytvoření skupiny lidí, kteří si mají co sdělit).

Pro seniory s demencí je dle Holmerové (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) nejvhodnější formou taneční terapie taneční terapeutická hodina, která probíhá v kruhu. Senioři tak mají možnost se vzájemně pozorovat i sledovat a napodobovat terapeuta, který je rovněž součástí kruhu.

#### **V.2.1.9 Arteterapie**

Dle Šickové-Fabrici (Šicková-Fabrici in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) znamená arteterapie v širším slova smyslu léčbu uměním včetně hudby, poezie, prózy, tance a výtvarného umění a v užším slova smyslu pak léčbu výtvarným uměním. V užším slova smyslu se arteterapií budu zabývat ve své BP.

V užším slova smyslu představuje arteterapie soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života. Vytvoření uměleckého produktu není důležité, rozhodující je proces tvorby.

Pokud se jedná o arteterapii pro seniory, tak ta jim pomáhá v přizpůsobení se nové situaci, poklesu fyzických sil a ztrátě zdraví. Arteterapie pro seniory se snaží aktivizovat zbytky jejich vitality, flexibility, stimulovat jejich kreativitu.

Je třeba počítat s tím, že výtvarný projev seniorů má své určité charakteristické rysy. Veselovská (Veselovská in Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007) uvádí tyto rysy:

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

Mezi osvědčené arteterapeutické postupy vhodné pro seniory s demencí řadí Holmerová (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007) např. mramorování svíček, zdobení vánočního stromečku, malování temperovými barvami, zdobení ubruskovou technikou, výrobu přání, výrobu velikonočních kraslic, vykrajování z moduritu nebo podobné hmoty, malování na porcelán, batikování, vyškrabování obrázků, papírové koláže a mnohé další.

#### **V.2.1.10 Terapeutické vaření nebo pečení**

Podle Holmerové (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) je terapeutické vaření nebo pečení jednou z velice vděčných činností, které se dají se seniory s demencí provádět. Není třeba je k této činnosti nějak složitě motivovat, jedná se o běžnou činnost, při níž mohou využít dávno naučených dovedností a zažít kromě radosti z podařeného díla i vůni a chuť připraveného pokrmu. Dochází tedy i k



senzorické stimulaci, kdy známá a příjemná vůně může vyvolávat příjemné vzpomínky a přispívat k dobré náladě.

Na této činnosti se může podílet více seniorů současně. Většinou se jedná o jednoduchou stereotypní činnost, kterou dobře zvládají i senioři v pokročilém stadiu demence. Výhodné je zejména to, že se jedná o běžné, přirozené činnosti vykonávané v každé domácnosti, a proto tyto aktivity pomáhají seniorům k dosažení normality.

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.

#### **V.2.1.11 Muzikoterapie**

Jindrová (Jindrová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) uvádí, že hudba léčí, což platí pro člověka jak zdravého tak i postiženého AD. Muzikoterapie napomáhá k psychické pohodě seniora s demencí a umožňuje mu posílit sebevědomí, neboť právě texty písní či známá říkadla a melodie zůstávají jako součást dlouhodobé paměti v jeho povědomí nejdéle.

Muzikoterapie využívá dle Jindrové (tamtéž) 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.

Při výběru aktivit v rámci muzikoterapie musíme mít na paměti, že senior postižený AD je limitován především úbytkem paměťových schopností a nemusí dané činnosti rozumět. Dále je nutné brát v potaz věk seniora a přirozenou úctu k člověku. Vybíráme proto jednodušší prvky, ne však až naivně dětské, ale spíše smysluplné, vycházející z prožitých zkušeností seniorů.

### V.2.1.12 Pet-terapie

Holmerová (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007: 229) definuje pet-terapii jako „*léčbu pomocí zvířecích miláčků*“. Mezi zvířaty a člověkem existuje od nepaměti vzájemný vztah. Senior s demencí sice není schopen (zejména v pozdějších fázích demence) se o zvíře sám starat, ale velký význam má přítomnost zvířete v domácnosti (nebo instituci), kde senior s AD žije. Zvířata mají pozitivní účinky jak na fyzický, tak na psychický stav klientů. Bylo prokázáno, že při hlazení zvířete dochází k poklesu krevního tlaku, srdeční činnost se zklidňuje a navozuje se stav celkového uvolnění.

Zvíře je především vynikající prostředek ke komunikaci (zejména k zahájení rozhovoru), a to jednak mezi seniorem s demencí a právě oním zvířetem, ale i mezi seniory navzájem.

Zvíře se ke všem lidem chová stejně, ať už trpí demencí nebo ne.

Zvíře může být i důležitým prvkem pro sebevědomí seniora, pokud se může podílet na péči o něj (při dohledu pečovatele).

Zvířata mohou také snižovat úzkost, depresi a poruchy spánku.

Léčebné programy se zvířaty je možno provádět dvěma způsoby. Jednak chováním zvířat přímo v zařízeních, jednak pravidelným docházením např. canisterapeutů. Jako lepší varianta se jeví varianta první, neboť zvíře tak může být využíváno k terapii častěji. V zařízení nemusí být chován jen pes, ale také například kočka, králík, morče, želva, andulka, kanárek nebo akvarijní rybky.

## V.2.2 *Aktivizační metody vhodné pro seniory ve třetím stadiu Alzheimerovy demence*

Ve fázi těžké demence se dle Holmerové (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007) snažíme o některé aktivizační přístupy a podporu alespoň určité míry soběstačnosti například tím, že klient samostatně (rukou) jí. Vzhledem k tomu, že v této fázi demence je verbální komunikace již značně redukována, je třeba, aby ošetřující personál pečlivě vnímal seniorovu nonverbální komunikaci. Personál by měl být pozorný a sledovat, do jaké míry snaha o aktivizaci a podporu soběstačnosti seniorům vyhovuje a kdy již začíná být problematická, provokuje nežádoucí chování, neklid, agresivitu a podobně.

S postupnou progresí onemocnění prakticky vymizí schopnost domluvit se řečí, senior nepoznává své blízké, není schopen se najít již ani rukou, neoblékne si již ani jednoduchou součást oděvu, může mít potíže s polykáním, zhoršuje se jeho pohyblivost, stává se úplně inkontinentním. Ve třetím stadiu AD je senior většinou upoután na lůžko. Aktivizační metody nemají již pro seniora žádný význam a je tedy třeba se soustředit na zajištění komfortu a pohodlí. Senior již sice většinou nemluví, ale dokáže úsměvem nebo grimasou vyjádřit to, co se mu líbí nebo nelíbí. Chutná mu například jídlo, může se mu líbit hudba, příjemná vůně, pocit čistoty.

Holmerová (tamtéž) uvádí, že v konečné fázi demence lze využít koncept bazální stimulace.

### V.2.2.1 **Bazální stimulace**

Autorem konceptu, který vznikl v 70. letech 20. století je německý speciální pedagog a lékař Andreas Fröhlich. Koncept se původně týkal péče o těžce nemocné děti a komunikace s nimi. Jednalo se o vytvoření systému, který používá rozličných smyslových podnětů a pracuje s nimi. Fröhlich prokázal, že základní vrozené schopnosti (čich, sluch, hmat, zrak, chuť) každého lidského organismu v oblasti percepce poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu pro podporu a stimulaci vnímání a

komunikace. Zdravotní sestra Christel Biensteinová rozšířila tuto metodu i na jiné skupiny postižených a nemocných a zasadila se o její zařazení do systému kvalifikovaného ošetrovatelství v německy mluvících zemích. Koncept je v těchto zemích nejenom zařazen do ošetrovatelské péče, ale vyučuje se i v ročním postgraduálním studiu.

V ČR proběhl první základní kurz Bazální stimulace v lednu roku 2003. Od té doby probíhá ročně mnoho základních a také nastavbových kurzů, kterými procházejí zaměstnanci z různých oblastí ošetrovatelství, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, lékaři, logopédové a pracující v oblasti speciální pedagogiky. Absolventi kurzů obdrží stejný certifikát jako absolventi kurzů zahraničních, certifikát je platný v celé Evropské unii. V současné době je koncept zohledněn v § 4 odst. 1 písm. h) vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, ve kterém se píše, že všeobecná zdravotní sestra provádí kromě jiného i metody bazální stimulace. V roce 2005 byl v ČR založen INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o. (dále jen Institut), na nějž přešla realizace certifikovaných kurzů, odborných konferencí a konzultační činnosti pro odborníky i laiky.

Koncept vychází z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství a podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské pohyby, vnímání a komunikaci a jejich vzájemné propojení. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam, protože díky smyslům můžeme vnímat sebe sama a okolní svět.

Bazálně stimulující ošetrovatelská péče podporuje vývoj u lidí, kteří jsou krátkodobě či dlouhodobě omezeni v komunikaci, vnímání či pohybu. Ztráta schopnosti pohybu a nedostatek podnětů z okolního světa vede k senzomotorické deprivaci a k následné nedostatečné vlastní organizaci neuronální sítě.

Cílem konceptu je podpora rozvoje vlastní identity klienta, umožnit mu orientaci na svém těle a poté i v jeho okolí a podpora komunikace na úrovni jemu adekvátních komunikačních kanálů.

Techniky konceptu se člení na prvky základní a nástavbové stimulace.

### **Prvky základní stimulace**

1. Somatická stimulace: umožňuje jedinci zprostředkovat vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa (např. koupele, polohování, masáž stimulující dýchání).
2. Vestibulární stimulace: Vestibulární vnímání umožňuje jedinci zaznamenávat lineární, rotační a statické pohyby hlavy. Informuje ho o jeho poloze a pohybu v prostoru. Zdravý člověk se neustále pohybuje, mění své polohy. Jeho rovnovážné ústrojí se tak permanentně stimuluje. Seniori s omezenými pohybovými aktivitami mají těchto informací málo. Prostřednictvím vestibulární stimulace lze seniorům poskytnout podporu jejich rovnovážnému ústrojí, zlepšit prostorovou orientaci a vnímání pohybu (př. pohyby hlavou, změny polohy těla – např. z leže do sedu a naopak, z polohy na zádech na bok a naopak).
3. Vibrační stimulace: jejím cílem je stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací a receptory hluboké citlivosti (receptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů). Zprostředkovává seniorovi intenzivní vjemy z jeho těla. K vibrační stimulaci můžeme použít různé technické předměty (vibrující hračky, lehátka nebo sedátka, holicí stojek, elektrický zubní kartáček, hudební nástroje vydávající vibrace) nebo vlastní ruce.

### **Prvky nástavbové stimulace**

1. Optická stimulace: stimulace pomocí zrakových podnětů (př. puštění oblíbeného filmu, fotografie rodiny v zorném poli klienta, celková úprava prostředí, v němž se senior nachází).
2. Auditivní stimulace: stimulace pomocí zvuků (př. vyprávění, předčítání, reprodukce řeči ze záznamu – hlasy příbuzných, kamarádů, puštění hudby, hra na hudební nástroj, zpěv).
3. Taktilně-haptická stimulace: stimulace pomocí dotyků (dotýkání se oblíbených předmětů).
4. Olfaktorická stimulace: stimulace prostřednictvím čichu (vůně jídla, hygienických prostředků pro osobní hygienu).

5. Orální stimulace: stimulace pomocí úst (zprostředkování chutě, ústní hygiena). Pro zprostředkování chutě lze u ležících klientů využít jako pomůcku molitanové tyčinky, které se pak namáčí např. do oblíbené tekutiny.

Pro integraci prvků bazální stimulace do péče o klienta je nezbytná znalost jeho životních návyků, zvyků a prožitků. K tomu slouží biografická anamnéza, která je dle J. Juchli (J. Juchli in Friedlová, 2007:131) „nejlepší základnou pro co nejlepší možné uspořádání současného i budoucího“. Péče poskytovaná na základě této anamnézy znamená porozumět jedinci a volit takové ošetrovatelské úkony, které zohledňují jeho individualitu. Biografická data by tedy měla být výchozím bodem pro individuální péči.

Dle Friedlové (Friedlová in Friedlová, 2007) lze do biografické anamnézy integrovat např. tyto otázky:

- Sociální situace, profese klienta.
- Kdo může a kdo nemůže klienta navštěvovat.
- Jaký je typ (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění).
- Denní rytmus klienta, struktura dne.
- Je klient pravák nebo levák?
- Které dotyky má klient ráda a naopak.
- Co jí rád/nerad.
- Co pije rád/nerad.
- Oblíbené předměty.
- Oblíbené vůně.
- Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, společnost, klid, káva ...).

Předpokladem kvalitní a účinné stimulace vnímání je dle Friedlové (2010) nejen získání kvalitní biografické anamnézy, ale také formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského (terapeutického) plánu, hodnocení reakcí klienta na poskytované stimulace a integrace příbuzných do péče.

Techniky konceptu vyžadují trénink a musí být správně provedeny, aby bylo dosaženo terapeutického cíle. Proto je nutné, aby výše uvedené techniky byly dle Institutu aplikovány do péče jen absolventy certifikovaných kurzů bazální stimulace.

Holmerová (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007) hovoří ještě o další metodě využívané při práci se seniory v těžké fázi demence, a to metodě Namaste. Pro úplnost uvádím její stručnou charakteristiku, ale v praktické části se této metodě nebudu věnovat, neboť je užívána v ošetrovatelských domech v USA a navíc vykazuje podobnosti s konceptem bazální stimulace, jež je využíván v České republice.

Vznik metody Namaste iniciovala Joyce Simardová, diplomovaná sociální pracovníce a konzultantka pro problematiku demence s dlouholetou zkušeností z péče o pacienty s demencí v ošetrovatelských zařízeních a odděleních specializovaných na péči o pacienty s demencí.

Slovo *Namaste* vychází ze sanskrtu, od slova *Namaha*, které znamená uklonit se, poklonit se ve významu vyjádření úcty. Filozofií této metody je úcta k člověku. Metoda vychází ze znalosti klienta jako lidské bytosti a respektuje jeho hodnoty, ctí lidskou důstojnost.

Mezi zásady Namaste patří:

- komunikace s rodinou,
- příjemné prostředí,
- multisenzorická stimulace,
- laskavý přístup,
- podpora rodiny,
- komfortní péče,
- pohoda.

Kapitolou o aktivizačních metodách vhodných pro seniory s AD jsem si položila teoretický základ pro svůj výzkum, kterým se budu snažit zjistit, zda metody zde uvedené jsou využívány v brněnských domovech se zvláštním režimem při aktivizaci seniorů s AD. Při sestavování otázek do rozhovorů jsem rovněž vycházela z této kapitoly.

# **PRAKTICKÁ ČÁST**



## VI. METODOLOGIE

---

V této kapitole Vás seznámím s cílem mého výzkumu a s výzkumnými podotázkami. Zároveň tato kapitola obsahuje informace o metodách a technikách, pomocí kterých jsem prováděla svůj výzkum.

### VI.1 Cíl výzkumu

**Cílem mé práce je zjistit, jaké metody využívají brněnské domovy se zvláštním režimem při aktivizaci seniorů s AD.**

Výzkumem bych chtěla získat přehled o tom, jaké aktivizační metody jsou v současné době v těchto domovech využívány.

### VI.2 Metoda výzkumu

Pro svou BP jsem se rozhodla použít kvalitativní výzkum, neboť jím dle Strausse a Corbinové (1999) rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Můj výzkum se týká života seniorů s AD v domovech se zvláštním režimem, resp. metod užívaných při jejich aktivizaci.

Obdobně definuje kvalitativní výzkum Disman (2000), který uvádí, že kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Ve svém výzkumu se budu snažit zjistit, jak vypadá realita v domovech se zvláštním režimem v oblasti aktivizačních metod u seniorů s AD.

Hendl (1999) navíc uvádí, že v kvalitativním výzkumu je úkolem vyvinout nějakou teorii, ale vždy se musíme o nějakou dostupnou teorii opírat. I já jsem při svém

výzkumu vycházela z informací získaných v odborné literatuře, a to zejména z informací o aktivizačních metodách vhodných pro seniory s AD.

### VI.3 Výzkumná otázka a výzkumné podotázky

Výzkumná otázka: Jaké metody využívají brněnské domovy se zvláštním režimem při aktivizaci seniorů s AD?

Výzkumné podotázky: Pro každou aktivizační metodu uvedenou v teoretické části BP v kapitole č. V.2 jsem si stanovila výzkumnou podotázku, př. podotázky. Při sestavování podotázek jsem rovněž vycházela z kapitoly č. V.2. Podotázky jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 3: Výzkumné podotázky

Aktivizační metoda	Výzkumná podotázka
ERGOTERAPIE	<p>Které domovy se zvláštním režimem vedou seniory s AD k soběstačnosti v oblasti osobní hygieny?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem vedou seniory s AD k soběstačnosti při oblékání a svlékání?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem vedou seniory s AD k soběstačnosti při používání WC?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem vedou seniory s AD k soběstačnosti při sebesycení?</p>
KOGNITIVNÍ REHABILITACE	Které domovy se zvláštním režimem provádí kognitivní rehabilitaci?
SENZORICKÁ STIMULACE	<p>Které domovy se zvláštním režimem provádí u seniorů s AD stimulaci chuti?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem provádí u seniorů s AD stimulaci čichu?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem provádí u seniorů s AD stimulaci sluchu?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem provádí u seniorů s AD stimulaci hmatu?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem provádí u seniorů s AD stimulaci zraku?</p>
REMINISCENČNÍ TERAPIE	<p>Které domovy se zvláštním režimem uplatňují individuální reminiscenční terapii?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem uplatňují skupinovou reminiscenční terapii?</p>

ORIENTACE V REALITĚ	<p>Které domovy se zvláštním režimem poskytují seniorům s AD orientaci v realitě?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem oslovují seniora s AD dle jeho přání?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem se snaží vytvořit seniorům s AD prostředí, které jim usnadňuje orientaci?</p>
VALIDAČNÍ TERAPIE	Které domovy se zvláštním režimem využívají validační terapii v praxi?
KINEZIOTERAPIE	Které domovy se zvláštním režimem zajišťují kinezioterapii seniorů s AD prostřednictvím cvičení a procházek?
TANEČNÍ TERAPIE	<p>Ve kterých domovech se zvláštním režimem jsou zajišťovány taneční terapeutické hodiny pro seniory s AD?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem zajišťují pro seniory akce, jejichž součástí je i společenský tanec?</p>
ARTETERAPIE	Které domovy se zvláštním režimem využívají při aktivizaci seniorů s AD arteterapii v užším slova smyslu (tedy arteterapii jako léčbu výtvarným uměním)?
TERAPEUTICKÉ VAŘENÍ NEBO PEČENÍ	Ve kterých domovech se zvláštním režimem je prováděno terapeutické vaření nebo pečení?
MUZIKOTERAPIE	<p>Které domovy se zvláštním režimem využívají aktivizační techniky muzikoterapie?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem využívají pasivní techniky muzikoterapie?</p>
PET-TERAPIE	<p>Které domovy se zvláštním režimem chovají nějaké domácí zvíře?</p> <p>Které domovy mají vlastního canisterapeutického psa?</p> <p>Do kterých domovů se zvláštním režimem dochází pravidelně (nejméně jednou měsíčně) caniterapeut/ka?</p> <p>Do kterých domovů se zvláštním režimem dochází nepravidelně (méně než jednou měsíčně) caniterapeut/ka?</p> <p>Do kterých domovů se zvláštním režimem nedochází caniterapeut/ka?</p>
BAZÁLNÍ STIMULACE	<p>Které domovy se zvláštním režimem využívají koncept bazální stimulace v celém rozsahu?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem využívají z konceptu bazální stimulace somatickou stimulaci?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem využívají z konceptu bazální stimulace vestibulární stimulaci?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem využívají z konceptu bazální stimulace vibrační stimulaci?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem využívají z konceptu bazální stimulace optickou stimulaci?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem využívají z konceptu bazální stimulace auditivní stimulaci?</p> <p>Které domovy se zvláštním režimem využívají z konceptu bazální stimulace taktilně-haptickou stimulaci?</p>

	<p><b>Které domovy se zvláštním režimem využívají z konceptu bazální stimulace olfaktorickou stimulací?</b></p> <p><b>Které domovy se zvláštním režimem využívají z konceptu bazální stimulace orální stimulací?</b></p>
--	--

## VI.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořily brněnské domovy se zvláštním režimem, neboť jen do těchto domovů mohou být dle zákona o sociálních službách přijímáni senioři s AD. Brněnské domovy se zvláštním režimem jsem si vybrala proto, že v současné době pracuji jako sociální pracovníce na Úřadu městské části města Brna a výsledky výzkumu budou přínosem i pro moji profesi. V současné době má Brno pět domovů se zvláštním režimem. Jsou to:

1. Domov pro seniory Kociánka, Kociánka 8, Brno (dále jen DS Kociánka)
2. Domov pro seniory Kosmonautů, příspěvková organizace, Kosmonautů 21, Brno (dále jen DS Kosmonautů)
3. Domov pro seniory Mikulášskovo náměstí, příspěvková organizace, Mikulášskovo náměstí 20, Brno (dále jen DS Mikulášskovo náměstí)
4. Domov pro seniory Nopova, příspěvková organizace, Nopova 96, Brno (dále jen DS Nopova)
5. Domov pro seniory Věstonická, příspěvková organizace, Věstonická 1, Brno (dále jen DS Věstonická)

Všechny výše uvedené domovy pro seniory (dále jen DS) jsou příspěvkovými organizacemi. Jejich zřizovatelem je Statutární město Brno. V ČR upravuje právní postavení příspěvkových organizací Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech státu a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a Zákon č. 285/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů. Podle nich zřizují příspěvkové organizace organizační složky státu a územní samosprávné celky (obce nebo kraje), a to pro takové činnosti, které jsou zpravidla neziskové a jejichž rozsah, struktura a složitost vyžadují samostatnou právní

subjektivitu (způsobilost k právům a povinnostem). O vzniku příspěvkové organizace vydává zřizovatel zřizovací listinu. Zřizovatel dále jmenuje a odvolává jejího ředitele, rozhoduje o jeho odměňování, může šetřit stížnosti směřující proti němu a vůbec provádět kontrolu hospodaření celé příspěvkové organizace. Příspěvková organizace hospodaří s peněžními prostředky získanými vlastní činností a s peněžními prostředky od jiných osob, především z rozpočtu svého zřizovatele. Zřizovatel poskytuje příspěvkové organizaci příspěvek na provoz v návaznosti na výkony nebo jiná kritéria jejích potřeb.

Informace o využívaných aktivizačních metodách v jednotlivých DS jsem získávala od zaměstnanců výše uvedených domovů. Vždy jsem rozhovor dělala s někým, kdo v domově figuruje jako stěžejní osoba, která se zabývá aktivizací seniorů s AD. V mém případě to vždy byli ergoterapeuti jednotlivých domovů.

## **VI.5 Časový rámec výzkumu**

Svůj výzkum jsem prováděla ve výše uvedených domovech v březnu 2010.

## **VI.6 Rozhodnutí o technice sběru informací**

Pro účely svého výzkumu jsem se rozhodla použít jako techniky sběru informací rozhovor pomocí návodu, neformální rozhovor a telefonní interview.

### *VI.6.1 Rozhovor pomocí návodu*

Tento rozhovor je ze strany tazatele volně usměrňován podle připraveného návodu, který představuje seznam otázek nebo témat. Tento návod má zajistit, že se skutečně proberou všechna pro tazatele zajímavá témata. Tazatel má volnost v tom, jakým způsobem a v jakém pořadí získá potřebné informace. Tazatel může

přizpůsobovat formulace otázek a jejich pořadí podle situace. Návod k rozhovoru umožňuje provést rozhovory s několika lidmi více strukturovaně a ulehčuje tak jejich srovnání.

Před provedením výzkumu jsem si vyhotovila rozhovor pomocí návodu, který je uveden v tabulce č. 4 a který vycházel z teoretické části, a to z kapitoly V.2 o aktivizačních metodách vhodných pro seniory s AD. Bylo nutné, abych si tuto kostru pro rozhovory vytvořila, neboť se mohlo stát, že bych bez ní na některý druh aktivizační metody pro seniory s AD mohla zapomenout a nezískala bych tak odpověď, zda danou aktivizační metodu DS využívá.

**Tabulka č. 4: Rozhovor pomocí návodu**

Aktivizační metoda	Definice aktivizační metody a otázky do rozhovoru
ERGOTERAPIE	<p>Ergoterapie se u klientů s demencí zaměřuje dle literatury na posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem. Jejím cílem má být dosažení maximální možné soběstačnosti v oblékání a svlékání, použití WC, sebesycení a osobní hygieně.</p> <p><b>Vedete seniory s AD k soběstačnosti v oblasti osobní hygieny, použití WC, oblékání a svlékání a sebesycení?</b></p> <p><b>Pokud ano, jakým způsobem?</b></p>
KOGNITIVNÍ REHABILITACE	<p>Tímto termínem je u klientů s demencí označováno tzv. cvičení paměti. Při kognitivní rehabilitaci je kladen důraz na podporu procvičování kognitivních funkcí. Zpravidla se při kognitivní rehabilitaci využívají zjednodušené a nesoutěživé slovní hry, doplňování říkanek, doplňování slov dle první slabiky, skládání obrazců, zjednodušené pexeso apod.</p> <p><b>Provádíte kognitivní rehabilitaci?</b></p> <p><b>Pokud ano, jaká cvičení (jaké pomůcky) využíváte na podporu kognitivních funkcí?</b></p> <p><b>Máte k dispozici Sadu pro kognitivní trénink klientů s demencí, kterou vytvořilo Gerontologické centrum v Praze ve spolupráci s ČALS?</b></p>
SENZORICKÁ STIMULACE	<p>Stimulace pěti základních smyslů: chuťi, čichu, sluchu, hmatu a zraku.</p> <p><b>Využíváte nějaké možnosti stimulace chuti, čichu, sluchu, hmatu a zraku?</b></p>
REMINISCENČNÍ TERAPIE	<p>Reminiscenční terapie se soustřeďuje 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. Vlastní terapie může mít individuální nebo skupinovou formu.</p> <p><b>Využíváte při práci se seniory s AD reminiscenční terapii?</b></p> <p><b>Pokud ano, jaké pomůcky při terapii využíváte?</b></p> <p><b>Využíváte individuální reminiscenční terapii?</b></p> <p><b>Využíváte skupinovou reminiscenční terapii?</b></p>

ORIENTACE V REALITĚ	Cílem orientace realitou je dosáhnout, aby pečovatel při každém kontaktu se seniorem s AD nabízel informace, které mu pomohou v orientaci. Např. pečovatel informuje seniora s AD o tom, kolik je hodin, co je za den, co se bude dnes dít. Dále jsem lze zařadit úpravu prostředí, ve kterém se senior s AD pohybuje (označení společných prostor, pokoje, WC nápisy nebo obrázky pro lepší orientaci seniora).
	<p><b>Nabízíte seniorům s AD informace, které jim pomáhají v orientaci?</b></p> <p><b>Pokud ano, jakým způsobem?</b></p> <p><b>Důležitou součástí orientace realitou je oslovení seniora s AD správným způsobem. Jak oslovujete seniory s AD?</b></p> <p><b>Jakým způsobem usnadňuje Váš domov orientaci seniorů s AD v prostředí, ve kterém žijí?</b></p>
VALIDAČNÍ TERAPIE	Při této terapii je kladen důraz na zachování a posílení lidské důstojnosti seniora s demencí, přijetí jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. Pečovatel citlivě pracuje s původním tématem seniora („nikdy neřká ne“) a postupnými kroky vede klienta žádoucím směrem.
	<b>Uplatňujete validační terapii v praxi?</b>
KINEZIOTERAPIE	Pohybové programy pro seniory (cvičení, procházky).
	<p><b>Zajišťuje Váš domov cvičení seniorů s AD?</b></p> <p><b>Mají senioři s AD možnost absolvovat procházky?</b></p>
TANEČNÍ TERAPIE	V taneční terapii se tanec chápe jako terapeutický pohyb. Estetická stránka zde ustupuje do pozadí, a naopak se zdůrazňují faktory psychologické, fyzické a sociální.
	<p><b>Zajišťuje Váš domov taneční terapeutické hodiny pro seniory s AD?</b></p> <p><b>Pokud ne, zajišťuje domov nějaké akce, jejichž součástí je i společenský tanec?</b></p>
ARTETERAPIE	V širším slova smyslu znamená arteterapie léčbu uměním včetně hudby, poezie, próz, tance a výtvarného umění. V užším slova smyslu pak léčbu výtvarným uměním.
	<p><b>Je součástí aktivizace Vašich klientů s AD i arteterapie (brána pouze v užším slova smyslu jako léčba výtvarným uměním)?</b></p> <p><b>Pokud ano, jaké konkrétní činnosti provádíte?</b></p>
TERAPEUTICKÉ VAŘENÍ NEBO PEČENÍ	<b>Provádíte v domově tuto aktivizační techniku?</b>
MUZIKOTERAPIE	Muzikoterapie využívá techniky aktivizační (senior je sám zapojen, př. rytmické cviky, zpívání, hra na hudební nástroj, hudební kvíz – k dílu přiřadit autora nebo naopak ...) a pasivní (poslech hudby, koncerty ...).
	<p><b>Využíváte ve Vašem domově aktivizační techniky muzikoterapie? Pokud ano, jaké?</b></p> <p><b>Využíváte ve Vašem domově pasivní techniky muzikoterapie? Pokud ano, jaké?</b></p>

PET-TERAPIE	Pet-terapie neboli terapie pomocí domácích miláčků.
	<p><b>Chováte ve Vašem zařízení nějaké domácí zvíře?</b></p> <p><b>Máte v domově vlastního canistereapeutického psa?</b></p> <p><b>Dochází do Vašeho domova canisterapeut/ka? Pokud ano, jak často?</b></p>
BAZÁLNÍ STIMULACE	<p>Koncept vychází z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství a podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské pohyb, vnímání a komunikaci a jejich vzájemné propojení. Mezi prvky bazální stimulace patří:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- somatická stimulace (koupele, polohování, masáže, př. uveďte další či jiné možnosti)</li> <li>- vestibulární stimulace (pohyby hlavou, změny polohy těla, př. uveďte další či jiné možnosti)</li> <li>- vibrační stimulace (vibrující hračky, lehátka, sedátka, holicí strojky, ruce pečovatele, př. uveďte další či jiné možnosti)</li> <li>- optická stimulace (úprava zorného pole klienta, puštění oblíbeného filmu, hudby, fotky rodiny, př. uveďte další či jiné možnosti)</li> <li>- auditivní stimulace (vyprávění, předčítání, pouštění hudby, zpěv, hra na hudební nástroj, reprodukce např. řeči příbuzných ze záznamu, př. uveďte další či jiné možnosti)</li> <li>- taktilně-haptická stimulace (klient se dotýká oblíbených předmětů, kontakt se zvířetem, př. uveďte další či jiné možnosti)</li> <li>- olfaktorická stimulace (stimulace prostřednictvím čichu – vůně jídla, hygienických prostředků, př. uveďte další či jiné možnosti)</li> <li>- orální stimulace (zprostředkování chutě, ústní hygiena, např. vytření úst oblíbeným nápojem, marmeládou ..., př. uveďte další či jiné možnosti)</li> </ul>
	<p><b>Využíváte tento koncept ve Vašem domově v celém rozsahu?</b></p> <p><b>Pokud ne, jaké prvky bazální stimulace využíváte nejvíce?</b></p>

Součástí mého rozhovoru dle návodu jsou rovněž stručné definice jednotlivých aktivizačních metod pro seniory s AD. K zařazení těchto definic do rozhovoru mě přiměl zkušební rozhovor v jednom DS, který jsem absolvovala proto, abych si ověřila sestavení otázek do „ostrého“ rozhovoru. Při tomto zkušebním rozhovoru vyšlo najevo, že pracovníci třeba aplikovali v domově orientaci realitou, ale nevěděli, že odborná literatura to tak označuje. Na základě těchto informací jsem otázky do rozhovorů doplnila o stručné definice jednotlivých aktivizačních metod. Při rozhovoru jsem poté jeden „Rozhovor podle návodu“ v písemné podobě dala k dispozici pracovníkovi z DS.



## VI.6.2 *Neformální rozhovor*

Neformální rozhovor se spoléhá na spontánní vytváření otázek v přirozeném průběhu interakce.

Výhodou neformálního rozhovoru je to, že zohledňuje individuální rozdíly a změny situace. Otázky mohou být v průběhu rozhovoru individualizovány, aby se dosáhlo hloubkové komunikace a aby se zvýšila konkrétnost a bezprostřednost rozhovoru.

Nevýhodou tohoto druhu rozhovoru je to, že získání daného množství požadovaných informací trvá delší dobu. Navíc není jednoduché ani srovnání dat z rozhovorů, protože struktura jednotlivých rozhovorů se liší. Analýze takového rozhovoru musí výzkumník věnovat hodně času.

V případě mého výzkumu byly součástí neformálního rozhovoru objasňující nebo doplňující otázky, které vznikaly spontánně během rozhovorů.

## VI.6.3 *Telefonní interview*

Telefonní interview<sup>19</sup> jsem použila v samém počátku výzkumu, kdy jsem si prostřednictvím telefonu domlouvala schůzky v jednotlivých domovech pro seniory. Vždy jsem postupovala tak, že jsem nejprve kontaktovala ředitele/ky domovů a vylíčila jsem jim, kdo jsem, co studuji a co potřebuji pro svou BP. Ředitel/ky mně poté předali kontakt na osoby, které byly kompetentní k tomu, aby mi pomohly realizovat cíl mé BP. Ani jednou jsem se neseetkala s tím, že by mi domovy odmítly poskytnout pomoc při psaní mé BP.

Výše uvedené techniky sběru informací byly využity ve všech DS.

---

<sup>19</sup> Tento pojem používá Disman (2000).

## VI.7 Záznam informací získaných výzkumem

Kontakt výzkumníka a informátora by dle Dismana (2000) měl být přirozený. Na druhé straně ale výzkumník potřebuje co nejuplněnější záznam toho, co se od informátora dozví, tzn., že je nutné si během rozhovoru dělat poznámky o tom, co informátor sdělil. Zápis odpovědí během rozhovoru může ale působit rušivě. Navíc to brání plynulosti komunikace a zvyšuje to časovou náročnost na provedení rozhovoru. Proto lze pro záznam rozhovoru využít diktafon. Informátor by však s jeho použitím měl souhlasit. V případě, že není možné provádět písemný zápis nebo audiozáznam na diktafon souběžně s rozhovorem, je nutné provést záznam rozhovoru co nejdříve, neboť s postupem času zapomínáme získané informace. Pozdější záznam rozhovoru může být zkreslený – některé odpovědi si nemusíme vybavit tak, jak byly informátorem podány.

Abych nerušila rozhovory mezi mnou a zaměstnanci jednotlivých DS písemným záznamem jejich doslovných odpovědí, rozhodla jsem se pro záznam rozhovorů využít kromě průběžných písemných poznámek i diktafon. O použití diktafonu jsem zaměstnance domovů pro seniory vždy informovala. Žádný z nich mi použití diktafonu neodmítl.

## VII. ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE

---

Z průběžných poznámek a z diktafonu jsem rozhovory přepsala do písemné podoby nejprve v ucelené formě. Součástí tohoto přepisu byly tedy nejen výzkumné podotázky, ale i doplňující či objasňující otázky a odpovědi zaměstnanců na ně. Odpovědi na doplňující či objasňující otázky jsem poté zakomponovala do textu odpovědí zaměstnanců DS, tak aby tyto otázky a odpovědi na ně nenarušovaly analýzu a interpretaci dat získaných výzkumem. V poslední fázi zpracování získaných dat jsem přistoupila k tomu, že jsem k jednotlivým výzkumným podotázkám uvedla odpovědi ze všech DS. Tento způsob zpracování rozhovorů mi umožní lepší analýzu získaných dat.

Následující analýza dat a jejich interpretace je tedy zpracována pro jednotlivé druhy aktivizačních metod, u kterých jsou uvedeny výzkumné podotázky s odpověďmi zaměstnanců ze všech DS. Na konci každé podkapitoly jsou uvedeny dílčí závěry.

### VII.1 Ergoterapie

**Vedete seniory s AD k soběstačnosti v oblasti osobní hygieny, použití WC, oblékání a svlékání a sebesycení? Pokud ano, jakým způsobem?**

#### DS Kociánka

*„Ano, vedeme klienty k soběstačnosti. Platí pro nás pomáhat ne dělat věci za ně. A to platí i pro oblast oblékání nebo svlékání a osobní hygieny. Čím déle si klienti udrží soběstačnost, tím lépe. Pokud to jen trochu jde, tak pouze dohlížíme, aby se oblékli či vysvlékli nebo umyli. K oblékání/vysvlékání a umývání přistupujeme opravdu až v konečné fázi demence. Na používání WC máme sestaven tzv. mikční režim, kdy každé dvě hodiny vyzveme klienta, aby použil WC, nebo ho tam doprovodíme. U některých klientů používáme inkontinentní vložky. Pleny u nás mají pouze klienti v konečné fázi demence. Co se týká jídla, tak většina našich klientů používá u jídla pouze lžíci. Některým jídlo upravujeme na menší kousky, jiní to ještě zvládnou sami. Co se dá, jedí klienti rukama. Při pití používá většina našich klientů brčka a někteří i hrnky*

*s náustkem. U ležících pacientů používáme kojenecké lahve nebo takové ty plastové lahve s násoskou.“*

#### DS Kosmonautů

*„Určitě se snažíme vést klienty k soběstačnosti, Ted' máme u nás v domově už jen těžší případy demence, takže jsou klienti spíše odkázáni na naši pomoc. Už nám pouze nestačí jim třeba nachystat oblečení nebo hygienické prostředky. Je třeba na ně dohlížet, aby se skutečně oblékli př. vysvlékli nebo umyli. Dříve nám u některých klientů stačilo, když jsme jim oblečení pouze připravili. Pro používání WC máme sestaven mikční režim. Pro jistotu používáme u některých klientů inkontinentní vložky. Pleny u nás mají pouze klienti v těžké fázi demence. Co se týká jídla, tak ke krmení klientů přistupujeme až v poslední fázi. Naši klienti při jídle využívají nejvíc lžičky. Jídlo některým krájíme na menší kousky. Jídlo, které se dá jíst rukama, tak jedí klienti rukama. K pití využívají někteří klienti brčka a pro ležící klienty máme kojenecké lahve.*

#### DS Mikuláškovo náměstí

*„Naši klienti jsou na tom už hodně špatně, takže všem např. s oblékáním nebo vysvlékáním musíme pomáhat, sami už se neoblečou/nevysvléčou. Při oblékání nám už ani nepomáhá, když jim věci nachystáme. Dříve se to u pár klientů dalo takto dělat, ale i oni se postupem času zhoršili a už to nestačí. Stejně je to i s hygienou. Co se týká používání WC, tak většina našich klientů používá inkontinentní vložky a u některých se nám podařilo zavést mikční režim. Pár klientů je odkázáno na pleny. Při jídle využívají naši klienti pouze lžičky nebo jedí rukama. Většinu klientů musíme ale ještě jídlo upravit na menší kousky, protože to už sami nezvládnou. K pití jim dáváme k dispozici brčka a pro ležící klienty máme kojenecké lahve nebo plastové lahve s tou sací násadou.“*

#### DS Nopova

*„Soběstačnost v oblékání/vysvlékání a hygieně je určitě důležitá. Snažíme se o to, aby klient byl, co nejdéle soběstačný. Na začátku demence nám pouze stačí, abychom klientovi věci pouze nachystali a dohlédli na něho, aby se např. oblékl/vysvlékl nebo umyl. Klienti jsou v této fázi docela schopní, a tak si např. oblečení nachystají ještě zcela sami. V další fázi už klientům oblečení chystáme a mnohdy jim musíme ještě přímo pomoci se obléknout, nestačí jim oblečení pouze nachystat. No a v poslední fázi je to mnohdy těžké, protože někteří klienti jsou agresivní a odmítají se obléci nebo naopak*

vysvléci. Někdy proto zůstává klient celý den v pyžamu nebo zase chodí do postele v oblečení. Pokud jde o používání WC, tak máme mikční režim, a každé dvě hodiny doprovázíme klienty na WC. Dále používáme inkontinentní vložky a u těžkých případů pleny. Co se týká jídla, tak to našim klientům krájíme na menší kousky a oni ho pak jedí hlavně lžící, a co se dá, tak to jedí rukama. Ti, co nejsou schopni držet hrnek, používají brčka. U ležících klientů používáme hrnky s náustkem nebo kojenecké lahve.“

### DS Věstonická

„Rozhodně se snažíme vést klienty k soběstačnosti. Čím déle jsou schopni vykonávat sebeobslužné činnosti, tím lépe pro ně, ale i pro personál. Snažíme se je při osobní hygieně a oblékání/svlékání doprovázet, a ne za ně vše dělat. Pokud to alespoň trochu jde, tak pouze dohlédneme na to, aby se klienti umyli nebo oblékli/vysvlékli. Chystáme jim třeba oblečení. Na používání WC máme zaveden tzv. mikční režim, kdy klienty každé dvě hodiny vodíme na WC. U těžších případů používáme inkontinentní pomůcky, a to buď vložky, nebo pleny. No a co se týká jídla, tak jen pár klientů je tu schopno při jídle používat ještě příbor. Většina klientů jí lžící a někteří už jen rukama. Hodně klientům musíme jídlo krájet na menší kousky, sami to už nezvládnou. K pití používá hodně našich klientů brčka nebo hrnky s náustkem. Pro ležící klienty máme kojenecké lahve.“

Ve všech DS považují soběstačnost klientů s demencí za velmi důležitou a snaží se klienty k soběstačnosti vést. Pracovníci DS se snaží pouze dohlížet, pomáhat a asistovat při osobní hygieně, oblékání a svlékání. Na používání WC mají všechny domovy zavedeny tzv. mikční režim, kdy nejméně každé dvě hodiny doprovází klienty na WC. Podpůrně používají DS inkontinentní vložky. U klientů v těžké fázi demence používají DS pleny. Většina klientů v DS není již schopna používat při jídle příbor, a proto využívají pouze lžící. Jídlo je klientům upravováno na menší kousky pečovateli. Jídlo, které se dá, jedí klienti všech DS rukama. Klienti, kteří již nejsou schopni udržet hrnek, používají při pití brčka. V DS Kociánka, Mikulášskovo náměstí a Věstonická využívají tito klienti i hrnky s náustkem. Pro ležící klienty používají všechny DS kojenecké lahve. V DS Kociánka a DS Nopova využívají pro ležící klienty i plastové lahve s náustkem.

## VII.2 Kognitivní rehabilitace

**Provádíte kognitivní rehabilitaci? Pokud ano, jaká cvičení (jaké pomůcky) využíváte na podporu kognitivních funkcí?**

### DS Kociánka

*„Ano, provádíme ji, a to denně. Nejčastěji využíváme pexeso, poznávání obrázků, barev, doplňování přísloví.“*

### DS Kosmonautů

*„Ano, provádíme ji. Používáme hlavně klasické pexeso a různé slovní hry, jako je třeba doplňování přísloví. S některými klienty se dá hrát i Člověče, nezlob se.“*

### DS Mikuláškovo náměstí

*„Ano, tato cvičení provádíme, jsou u klientů hodně oblíbená. Využíváme hlavně pexeso, slovní říkanky, přísloví, poznávání věcí na obrázcích nebo poznávání barev. S těmi šikovnějšími hrajeme i Člověče, nezlob se.“*

### DS Nopova

*„Ano, provádíme ji. Máme k dispozici Sadu pro kognitivní rehabilitaci od České Alzheimerovské společnosti. Součástí sady jsou různé obrázky, puzzle, domino (jak klasické, tak třeba obrázkové) nebo maxipexeso. Vše je jednodušší, než jak to známe v klasické podobě, je to přizpůsobeno seniorům s demencí. Např. pexeso je zde na pevných velkých kartách a má méně karet než klasické pexeso. S těmi šikovnějšími klienty hrajeme i klasické Člověče, nezlob se.“*

### DS Věstonická

*„Ano, provádíme ji. Hrajeme s klienty pexeso nebo Člověče, nezlob se. U klientů v mírné fázi demence se pokoušíme i o jednodušší křížovky nebo doplňování přísloví či slovních spojení.“*

## **Máte k dispozici Sadu pro kognitivní trénink klientů s demencí, kterou vytvořilo Gerontologické centrum v Praze ve spolupráci s ČALS?**

### DS Kociánka

*„Žádnou sadu k dispozici nemáme, nevím, že něco takého vůbec existuje. Vše, co k tréninku potřebujeme, si vyrábíme sami, protože pro práci se seniory toho moc není a není vhodné pro práci se seniory využívat věci, které jsou určeny dětem. Máme třeba vlastní pexeso, které máme na velkých kartách. Klasické pexeso je pro seniory demencí moc malé. Navíc se nám nedávno podařilo sehnat velké Člověče nezlob se, kdy hrací plocha je na koberci o rozměru tak 50x50cm a figurky jsou asi 8 cm vysoké. Toto člověče se těší velké oblibě. Klasické člověče je pro klienty malé.“*

### DS Kosmonautů

*„O žádné sadě ani nevím. My žádnou nemáme. Používáme to, co je běžně k dostání.“*

### DS Mikuláškovo náměstí

*„Žádnou speciální sadu nevyužíváme, a ani nevím, že něco takového existuje. Využíváme běžné věci.“*

### DS Nopova

*„Na to jsem odpověděla v minulé otázce.“*

### DS Věstonická

*„Žádnou speciální sadu nemáme, a ani nevím, že nějaká je. Používáme to, co je běžně k dostání.“*

Všechny DS dle svého názoru provádí kognitivní rehabilitaci. DS Nopova využívá pro kognitivní rehabilitaci speciální Sadu pro kognitivní rehabilitaci, která vznikla při spolupráci pražského Gerontologického centra a ČALS a je určena pro seniory s demencí. Ostatní DS se o této sadě dozvěděly až z našeho rozhovoru. DS Kociánka si pro práci se seniory vyrábí vlastní pomůcky, které jsou přizpůsobené potřebám seniorů. Ostatní domovy využívají pro kognitivní rehabilitaci pomůcky, které jsou běžně k dostání a mnohdy dle názoru zaměstnance DS Kociánka nevyhovují

seniorům s demencí (klasické pexeso má třeba pro potřeby seniorů s demencí malé rozměry).

## VII.3 Senzorická stimulace

### Využíváte nějaké možnosti stimulace chuti, čichu, sluchu, hmatu a zraku?

#### DS Kociánka

*„Stimulaci čichu neprovádíme. Pro stimulaci chuti podáváme klientům pestrou stravu. Sluch a zrak stimulujeme prostřednictvím hudby a filmu – klientům pouštíme jejich oblíbenou hudbu nebo film. Hmatovou stimulaci neprovádíme.“*

#### DS Kosmonautů

*„Stimulaci hmatu a čichu neprovádíme. Stimulaci chuti zajišťujeme tak, že klientům podáváme pestrou stravu. Stimulaci hmatu neprovádíme. Klientům pouštíme pro stimulaci sluchu a zraku televizi, která je na každém pokoji. Také jim pouštíme hudbu na přehrávačích.“*

#### DS Mikuláškovo náměstí

*„Dalo by se říct, že využíváme pouze stimulaci sluchu a zraku, a to tím, že klientům pouštíme oblíbenou hudbu nebo oblíbené filmy, třeba s Oldřichem Novým. Stimulaci cíleně zaměřenou na hmat a čich neprovádíme. Pro stimulaci chuti podáváme klientům pestrou stravu.“*

#### DS Nopova

*„Pro čichovou a chuťovou stimulaci tady máme k dispozici lahvičky, do kterých dáváme např. ocet, mléko, koření, a klienti pak se zavázanýma očima hádají, co je v lahvičce. Kromě toho podáváme klientům pestrou stravu. Hmatovou stimulaci provádíme rovněž tak, že klientům zavážeme oči a do ruky jim dáme třeba tenisák, šišku nebo další předměty. V pozdějších fázích demence už klientům nezavazujeme oči, když mají něco poznávat, tak aby mohli zapojit i zrak, protože poznávání v té pozdní fázi demence je*



*pro ně se zavázanýma očima hodně těžké. Jinak klientům samozřejmě použijeme hudbu nebo oblíbené filmy pro zrakovou a sluchovou stimulaci.“*

#### DS Věstonická

*„Klientům použijeme pouze oblíbenou hudbu nebo filmy z první republiky pro sluchovou a zrakovou stimulaci. Stimulaci zaměřenou na hmat a čich neprovádíme. Chut' stimulujeme tak, že klientům zajišťujeme podávání pestré stravy.“*

Všechny DS provádí stimulaci zraku a sluchu pomocí hudby nebo televize. Pro stimulaci chuti podávají všechny DS klientům pestrá jídla. Pro stimulaci čichu provádí v DS Nopova s klienty cvičení, při kterých zavazují klientům oči a dávají jim lahvičky s různým obsahem, aby podle čichu poznali, o co se jedná. Pro stimulaci hmatu rovněž zavazují v DS Nopova klientům oči a do rukou jim vkládají různé předměty. V pozdější fázi demence upouštějí v DS Nopova od zavazování očí, aby klienti mohli zapojit při čichové a hmatové stimulaci i zrak. DS Kociánka, Kosmonautů, Mikuláškovo náměstí a Věstonická stimulaci hmatu a čichu neprovádějí.

## **VII.4 Reminiscenční terapie**

**Využíváte při práci se seniory s AD reminiscenční terapii? Pokud ano, jaké pomůcky při terapii využíváte? Využíváte individuální reminiscenční terapii? Využíváte skupinovou reminiscenční terapii?**

#### DS Kociánka

*„Ano, využíváme. Máme v přízemí domova k dispozici tzv. reminiscenční koutek, kde je umístěn starý nábytek, porcelán, staré knihy a fotografie, kde můžeme provádět skupinovou reminiscenční terapii, ale spíše se soustředíme na tu individuální. Klienti mají k dispozici vlastní fotografie nebo fotoalba a rádi hovoří o starých časech.“*

#### DS Kosmonautů

*„Využíváme jen individuální reminiscenční terapii a používáme u toho hlavně fotky našich klientů z jejich mládí nebo fotky jejich rodinných příslušníků.“*

### DS Mikuláškovo náměstí

*„Ano, využíváme, ale jen tu individuální. Využíváme k tomu převážně fotografie našich klientů. Pár klientů tu má dokonce celá fotoalba, kde mají zdokumentovaný pomalu veškerý svůj život.“*

### DS Nopova

*„Ano, využíváme hlavně tu individuální. Skoro každý klient u sebe má staré fotografie nebo fotografie rodiny. Skupinovou terapii můžeme uplatnit jen jednou ročně, když tu pořádáme výstavu starých předmětů. Na výstavě byla třeba valcha, hmoždíř nebo stará kalkulačka.“*

### DS Věstonická

*„Využíváme jen tu individuální. Klienti rádi hovoří o minulých časech a k tomu využíváme jejich staré fotografie, které mají u sebe.“*

Všechny DS využívají individuální reminiscenční terapii, při které používají zejména fotografie klientů. DS Kociánka má v domově k dispozici reminiscenční koutek se starým nábytkem, porcelánem, knihami a fotografiemi, kde může realizovat skupinovou reminiscenční terapii. DS Nopova pořádá jednou ročně výstavu starých předmětů, při které může rovněž využít skupinovou reminiscenční terapii.

## **VII.5 Orientace v realitě**

**Nabízíte seniorům s AD informace, které jim pomáhají v orientaci ? Pokud ano, jakým způsobem?**

### DS Kociánka

*„Ano, na každém oddělení jsou k dispozici nástěnky, které informují klienty např. o akcích, které domov pořádá, dále je tam třeba jídelníček, fotografie z akcí, informace o výplatě důchodu. Jinak většinu informací zprostředkovávají klientům pečovatelé. Informují je např. o tom, kolikátého dnes je, kdo má dnes svátek, jaký bude denní program nebo kdy má otevřeno kantýna.“*

### DS Kosmonautů

*„Každý klient má u sebe stolní kalendář, do kterého mu píšeme důležité věci, jako je např. návštěva lékaře nebo návštěva příbuzných. No a samozřejmě si s nimi o dění v domově povídají pečovatelé.“*

### DS Mikuláškovo náměstí

*„Ano, snažíme se to poskytovat. Kromě každodenní komunikace pečovatele s klientem, kdy pečovatel klientovi sdělí, co je za den, co bude dnes dělat nebo co bude např. k obědu, tu máme na chodbě velký nástěnný kalendář a každý den probíhá hlášení rozhlasu, ve kterém klientům sdělujeme, co je za den, co bude k obědu, př. jaký je program dne.“*

### DS Nopova

*„Ano. První, kdo je s klientem v kontakt, je pečovatelka, která mu sdělí, co je za den, co bude dnes k obědu. Dále pak má každé oddělení ranní rozcvičku, po které to klientům ještě zopakujeme. Navíc jim říkáme, kdo má v ten daný den svátek.“*

### DS Věstonická

*„Snažíme se o to. Nejvíce jsou v kontaktu s klienty pečovatelky, které jim každé ráno řeknou, co je za den, co budou mít k obědu, jaký je čeká denní program.“*

Všechny DS poskytují klientům s AD orientaci v realitě prostřednictvím svých pečovatelů, kteří jim např. sdělují jaký je den, co budou mít dnes k obědu, př. jaký je čeká program. DS Kociánka navíc využívá informační nástěnky. V DS Kosmonautů má každý klient stolní kalendář, do kterého mu pečovatelé zapisují důležité věci (např. návštěvu příbuzných, lékaře apod.). DS Mikuláškovo náměstí využívá k orientaci v realitě velký nástěnný kalendář umístěný na chodbě oddělení a hlášení rozhlasu. DS Nopova využívá k orientaci v realitě i čas po ranní rozcvičce, kdy je klientům opět řečeno, co je za den, kdo má svátek, co bude k obědu apod.

**Důležitou součástí orientace realitou je oslovení seniora s AD správným způsobem.  
Jak oslovujete seniory s AD?**

DS Kociánka

*„No většinou tak, jak si přeje klient. Máme tu pár klientů, kterým říkáme křestním jménem a pár, které oslovujeme titulem, ale většinou užíváme spojení pan nebo paní a příjmení klienta.“*

DS Kosmonautů

*„Respektujeme přání klienta, takže je to různé.“*

DS Mikulášskovo náměstí

*„Různě, záleží na přání klienta.“*

DS Nopova

*„Dle přání klienta.“*

DS Věstonická

*„Tak, jak si přeje klient.“*

Všechny DS oslovují seniory tak, jak si to senioři přejí.

**Jakým způsobem usnadňuje Váš domov orientaci seniorů s AD v prostředí, ve kterém žijí?**

DS Kociánka

*„Klienti mají pokoje označené cedulkami se jménem a u toho mají ještě obrázek. Společné místnosti jako koupelna, WC nebo jídelna jsou označeny piktogramy.“*

DS Kosmonautů

*„Pokoje máme označeny jmenovkami a obrázky. Společné prostory jsou označeny piktogramy.“*

### DS Mikuláškovo náměstí

*„Klienti mají své pokoje označeny kromě cedulky se jménem i obrázkem. Obrázek jim má usnadňovat orientaci. Společná koupelna a WC, které jsou na oddělení, jsou označeny piktogramy.“*

### DS Nopova

*„Klienti mají pokoje kromě jmenovky označené i obrázkem. Společné prostory máme označeny piktogramy.“*

### DS Věstonická

*„Klienti mají své pokoje označeny jmenovkami a společná koupelna a WC jsou označeny piktogramy.“*

Všechny DS využívají při označování pokojů klientů nejen jmenovky, ale také obrázky. Společné prostory domova, jakou jsou např. koupelna, WC nebo jídelna jsou označeny piktogramy. Tyto způsoby označování pokojů a společných prostor usnadňují dle odborné literatury orientaci v prostředí, ve kterém senioři s AD žijí.

## **VII.6 Validační terapie**

### **Uplatňujete validační terapii v praxi?**

#### DS Kociánka

*„Ano uplatňujeme, protože pokud klientovi odporujeme, tak to nikam nevede a nikam se nedostaneme. Klientům s demencí se nedá odporovat, musíte přistoupit na jejich hru.“*

#### DS Kosmonautů

*„Určitě ano, je to první věc, co se v péči o seniory s demencí naučíte. V žádném případě jim neodporovat, ale diplomaticky je dostat tam, kam chcete. Není to vůbec jednoduché, to ne, ale časem zjistíte, co na kterého seniora platí a podaří se Vám ho dostat tam kam potřebujete, třeba do koupelny nebo do jídelny.“*

### DS Mikuláškovo náměstí

*„Určitě ano, ono se to ani jinak nedá. Klienta s AD k ničemu nedonutíte. Jakýkoliv nátlak vyvolává skoro okamžitě agresivitu.“*

### DS Nopova

*„Ano, uplatňujeme. Jinak to ani nejde, protože klient ani na nic jiného nepřistoupí. Když si postaví hlavu, tak s ním nic nehne. Chce to jen diplomaticky ho dotlačit k tomu, co chceme a potřebujeme my.“*

### DS Věstonická

*„Rozhodně, jinak to ani nejde. U lidí s demencí se s vysvětlováním, že to či ono je dobré nebo by se to mělo udělat, daleko nedostanete. Není sice lehké je dostat tam, kam chcete nebo potřebujete, ale jak je poznáte blíže, tak se dá přijít na to, co na kterého z nich platí.“*

Ve všech DS se shodli na tom, že bez validační terapie si ani péči o seniory s AD nelze představit. Klienty s AD je nutné diplomaticky dotlačit k tomu, co chce nebo potřebuje pečovateli, protože nátlak může u klientů s AD vyvolat agresi.

## **VII.7 Kinezioterapie**

### **Zajišťuje Váš domov cvičení seniorů s AD?**

#### DS Kociánka

*„Cvičení zabezpečují naše rehabilitační sestry. Bud' s nimi cvičí v jídelně nebo v naší tělocvičně, kde se dá využít i rotoped.“*

#### DS Kosmonautů

*„Cvičí se tady každý den s naší rehabilitační sestrou. Klienti také mohou jezdit na rotopedu v naší tělocvičně.“*

### DS Mikuláškovo náměstí

*„U nás se cvičí každý den jednoduché cviky po snídani. Taky se dá využít rotoped v tělocvičně.“*

### DS Nopova

*„Ano, každé ráno máme ranní rozcvičku a dechová cvičení. V tělocvičně se navíc dá jezdit na rotopedu.“*

### DS Věstonická

*„Ano, provádíme tu každý den rozcvičky nebo tu cvičíme s míčem. Klienti také mohou jezdit na rotopedu.“*

Všechny DS zajišťují cvičení seniorů s AD.

## **Mají seniori s AD možnost absolvovat procházky?**

### DS Kociánka

*„K našemu domovu patří rozlehlá zahrada, do které klienti rádi chodí. Málokdo je ale schopen chodit ven sám, takže je většinou doprovází naše pečovatelky, nebo chodí ven s rodinou.“*

### DS Kosmonautů

*„Se seniory se chodí do naší malé zahrady nebo spíše do okolí.“*

### DS Mikuláškovo náměstí

*„Ano mají, součástí našeho domova je zahrada, kde je možné procházky absolvovat, zejména tedy od jara do podzimu. Pokud sem přijdou za klienty příbuzní, tak s nimi taky většinou chodí do zahrady př. nejbližšího okolí.“*

### DS Nopova

*„K našemu domovu patří zahrada, takže pokud to jen trošku dovolí počasí, tak jsme s klienty venku. Kromě procházek tam s nimi občas obědváme nebo tam vyrábíme i nějaké výrobky.“*

### DS Věstonická

*„Ano, mohou chodit do naší zahrady, a to buď sami, nebo chodí v doprovodu pečovatele.“*

Součástí každého DS je zahrada, ve které mohou klienti absolvovat s pečovateli nebo rodinnými příslušníky procházky. DS Kosmonautů má pouze malou zahradu, a tak s klienty chodí na procházky i do nejbližšího okolí.

## **VII.8 Taneční terapie**

**Zajišťuje Váš domov taneční terapeutické hodiny pro seniory s AD? Pokud ne, zajišťuje domov nějaké akce, jejichž součástí je i společenský tanec?**

### DS Kociánka

*„Taneční terapii jako takovou zatím nemáme, ale jeden náš kolega ergoterapeut je absolventem taneční konzervatoře a začal si shánět informace o „Taneční terapii na židlích“, která je určena pro nechodící nebo méně pohyblivé klienty. Chtěl by to tady v domově rozjet. Strašně ho to nadchlo, a tak doufáme, že to vyjde. Jinak ale pořádáme během roku několik akcí. Máme tu např. maškarní bál, vánoční besídku nebo oslavu Silvestra a na nich se dá vždy tancovat.“*

### DS Kosmonautů

*„Taneční terapii nezajišťujeme a ani nepořádáme žádné akce, jejichž součástí by byl společenský tanec. Nemáme na to kapacitu. Není zde žádná velká místnost, kde by se daly nějaké větší akce pořádat. Ale úzce spolupracujeme s DS Mikuláškovu náměstí, kde pro takové věci mají prostory a vždy nás na své akce zvou. Tam je součástí většiny akcí i tanec.“*

### DS Mikuláškovu náměstí

*„Taneční terapii jako takovou nezajišťujeme, ale akce pořádáme. Máme tu např. mikulášskou oslavu, vánoce a Silvestra. Tam vždy jede hudba a klienti tam i tančí“*



### DS Nopova

*„Taneční terapii nezajišťujeme, ale akcí tady míváme spoustu. Každý rok tu máme společenský ples, maškarní ples, pálení čarodějnic a letní slavnost. Na všech slavnostech se dá tančit.“*

### DS Věstonická

*„Taneční terapii jako takovou nezajišťujeme. Pořádáme ale během roku několik akcí. Máme tu např. maškarní bál, vánoční besídku nebo oslavu Silvestra a na nich se dá vždy tancovat.“*

Žádný DS v současné době taneční terapeutické hodiny nezajišťuje. V DS Kociánka o této možnosti uvažují, neboť jeden pracovník ergoterapie je absolventem taneční konzervatoře a shání si veškeré informace pro „Taneční terapii na židlích“, která je určena nechodícím nebo méně pohyblivým klientům.

DS Kociánka, DS Mikuláškovo náměstí, DS Nopova a DS Věstonická zajišťují během roku dostatek akcí, jejichž součástí je i společenský tanec. Jsou to např. vánoční besídka, silvestrovská oslava, plesy, letní slavnosti apod. DS Kosmonautů nemá pro zajištění větších akcí prostory, ale úzce spolupracuje s DS Mikuláškovo náměstí, který zve klienty DS Kosmonautů na jejich akce.

## **VII.9 Arteterapie**

**Je součástí aktivizace Vašich klientů s AD i arteterapie (brána pouze v užším slova smyslu jako léčba výtvarným uměním)? Pokud ano, jaké konkrétní činnosti provádíte?**

### DS Kociánka

*„Arteterapii děláme. Klienti např. vymalovávají omalovánky nebo vybarvují nachystané modely. Také se hodně dělá ubrousková technika.“*

### DS Kosmonautů

*„Arteterapii děláme. Klienti vyrábí např. výrobky z keramiky. Jedna paní tu dokonce šije pro domov takové kapsy na postele, do kterých pak klientům dáváme hygienické prostředky. Klienti mohou také tkát koberečky z vlny nebo malovat na sklo. Je to různé.“*

### DS Mikulášskovo náměstí

*„Ano provádíme arteterapii. Klienti vyrábí různé výrobky (např. zdobí květináče ubrouskovou technikou, vyrábí svíčky, zdobí kraslice apod.). Dá se toho dělat strašně moc, vždy je to jen o nápadu.“*

### DS Nopova

*„Arteterapii děláme. Klienti třeba malují na sklo. Dále zdobí třeba také květináče ubrouskovou technikou, vyrábí výrobky z hlíny nebo z barevného papíru.“*

### DS Věstonická

*„Arteterapii děláme. Klienti malují, mohou tkát, šít nebo plést. Na Vánoce se třeba postarají o naši vánoční výzdobu. Vyrábíme věci z keramiky, také malují na sklo nebo zdobí květináče ubrouskovou technikou.“*

Ve všech DS je realizována arteterapie. Domovy využívají celou řadu arteterapeutických postupů jako je např. zdobení květináčů ubrouskovou technikou, malování na sklo, práce s hlínou nebo barevným papírem, šití, tkaní nebo pletení.

## **VII.10 Terapeutické vaření nebo pečení**

### **Provádíte v domově tuto aktivizační techniku?**

#### DS Kociánka

*„Ano, např. na Vánoce se tu peče pro celý domov vánoční cukroví. Jinak tu klienti např. dělali štrúdl, palačinky, bramboráky, táče apod. Není to pravidelné, ale tak osmkrát v roce vaříme nebo pečeme.“*

### DS Kosmonautů

*„Ano, ale jen na vánoce, kdy se tu peče vánoční cukroví.“*

### DS Mikuláškovo náměstí

*„Ne.“*

### DS Nopova

*Ano, vaříme a pečeme s klienty. Děláme vánoční cukroví, palačinky nebo taky štrúdl. Vaříme nebo pečeme tak jednou měsíčně“*

### DS Věstonická

*„Ano, jedenkrát týdně se u nás vaří. Klienti dělali např. palačinky, langoše nebo štrúdl. Taky se tu samozřejmě peče na vánoce cukroví.“*

DS Mikuláškovo náměstí neprovádí terapeutické vaření a pečení. V ostatních domovech se s určitou pravidelností snaží tuto aktivizační techniku aplikovat. Klienti v těchto DS např. pravidelně pečou vánoční cukroví. Kromě toho pak např. dělají palačinky, štrúdl, bramboráky nebo langoše.

## **VII.11 Muzikoterapie**

**Využíváte ve Vašem domově aktivizační techniky muzikoterapie? Pokud ano, jaké?**

### DS Kociánka

*„S klienty zpíváme a máme k dispozici např. kastaněty, bubínek nebo bonga.“*

### DS Kosmonautů

*„Ano. S klienty hlavně zpíváme. Nemáme tu žádný hudební nástroj.“*

### DS Mikuláškovo náměstí

*„No, s klienty se třeba zpívá a máme tu i bubínek, činely, triangel.“*

#### DS Nopova

*„Ano. S klienty zpíváme a máme tu dva klienty, kteří nás občas doprovází na hudební nástroj. Jeden pán hraje na housle a druhý na kytaru. Máme k dispozici také činely a tamburínu.“*

#### DS Věstonická

*„Ano. S klienty zpíváme a máme k dispozici činely a tamburínu.“*

DS Kosmonautů využívá jako aktivizační techniku muzikoterapie pouze zpěv. Do vybavení domova nepatří žádný hudební nástroj. Ostatní domovy využívají nejen zpěv, ale mají k dispozici i některé hudební nástroje, jako jsou např. činely, tamburína, bubínek, triangl nebo kastaněty. V DS Nopova jsou dva klienti, kteří doprovází zpěv na housle nebo kytaru.

### **Využíváte ve Vašem domově pasivní techniky muzikoterapie? Pokud ano, jaké?**

#### DS Kociánka

*„Ano. Klientům pouštíme jejich oblíbenou hudbu, chodí nám sem zpívat nebo recitovat děti z mateřských nebo základních škol.“*

#### DS Kosmonautů

*„Ano, klientům pouštíme hudební pořady v televizi nebo se jim pouští hudba na přehrávači.“*

#### DS Mikuláškovo náměstí

*„Klientům se pouští jejich oblíbená hudba a chodí nám sem vystupovat děti z mateřských a základních škol.“*

#### DS Nopova

*„Klientům se snažíme co nejčastěji pouštět jejich oblíbenou hudbu. Občas tu bývá nějaké vystoupení dětí z mateřské školky.“*

### DS Věstonická

*„Klientům se snažíme co nejčastěji pouštět jejich oblíbenou hudbu. Jednou za čas tady míváme vystoupení dětí z mateřské nebo základní školy.“*

V DS Kosmonautů pouští seniorům hudbu na přehrávači nebo hudební pořady v televizi. V ostatních DS pouští klientům jejich oblíbenou hudbu a v domovech vystupují jednou za čas i děti z mateřských nebo základních škol.

## **VII.12 Pet-terapie**

### **Chováte ve Vašem zařízení nějaké domácí zvíře?**

#### DS Kociánka

*„Ano, v domově máme rybičky, kočky (asi šest) a psa, který má canisterapeutický výcvik a o kterého se stará pan domovník.“*

#### DS Kosmonautů

*„Máme tady králíka. V létě jsou v jezírku na zahradě rybičky.“*

#### DS Mikuláškovo náměstí

*„Máme pouze akvarijní rybičky ve vstupní hale.“*

#### DS Nopova

*„Každé oddělení tu má andulky. Na zahradě jsou pak tři kočky. V létě máme na zahradě králíky.“*

#### DS Věstonická

*„Ne.“*

Pouze v DS Věstonická nechovají žádné zvíře. Ostatní domovy mají pro seniory k dispozici nějakého toho domácího mazlíčka (andulky, kočky, králíka, rybičky). DS Kociánka má k dispozici vlastního canisterapeutického psa.

**Máte v domově vlastního canisterapeutického psa? Dochází do Vašeho domova canisterapeut/ka? Pokud ano, jak často?**

DS Kociánka

*„Jak už jsem uvedla, máme vlastního canisterapeutického psa a kromě toho sem každý týden chodí canisterapeutka s výmarským ohařem.“*

DS Kosmonautů

*„Nemáme vlastního psa a ani sem nechodí žádný canisterapeut.“*

DS Mikuláškovo náměstí

*„Psa nemáme. Loni v létě tu byla canisterapeutka asi třikrát, ale jinak sem pravidelně nikdo nechodí.“*

DS Nopova

*„Psa nevlastníme, ale canisterapeut sem chodí jedenkrát týdně.“*

DS Věstonická

*„Psa nemáme. Na canisterapii sem chodí dvě terapeutky se svými psy. Chodí sem jednou měsíčně.“*

Do DS Kociánka, který má navíc vlastního canisterapeutického psa, a do DS Nopova dochází canisterapeut/ka jednou týdně. Do DS Věstonická jednou měsíčně. V DS Mikuláškovo náměstí byl canisterapeut/ka v loňském roce pouze třikrát, a to v období letních prázdnin. Do DS Kosmonautů nedochází canisterapeut/ka vůbec.

## VII.13 Bazální stimulace

**Využíváte tento koncept ve Vašem domově v celém rozsahu? Pokud ne, jaké prvky bazální stimulace využíváte nejvíce?**

### DS Kociánka

*„V celém rozsahu ne, ale některé prvky bazální stimulace se snažíme využívat. Nejvíce využíváme somatickou, vestibulární, optickou, auditivní, taktilně-haptickou a orální stimulaci. Ze somatické stimulace je to polohování. Máme k dispozici různé pomůcky – mám na mysli speciálně tvarované polštáře. Máme např. polštář ve tvaru bumerangu, dále používáme válec, kruhovou opěrku nebo opěrku s žebry. V rámci vestibulární stimulace se snažíme o vertikalizaci klienta, což je uvádění do svislé polohy. K optické stimulaci mohu uvést jen to, že každý klient má vedle své postele nějaké věci, které má rád. Ať už jsou to fotky rodiny nebo např. květiny. Auditivní stimulace u nás v domově zahrnuje pouštění hudby a vyprávění, kdy pečovatel během péče klientovi např. vypráví o tom, co se děje v domově. Taktilně-haptická stimulace je zajišťována naší canisterapeutkou, která dochází jednou týdně a věnuje se i našim klientům, kteří jsou upoutáni na lůžko. K orální stimulaci využíváme molitanové tyčinky a klientům je namáčíme do oblíbeného nápoje (ať už je to limonáda nebo pivo) nebo třeba i do rozpuštěné čokolády.“*

### DS Kosmonautů

*„Celou ne, ale některé prvky využíváme. Somatickou stimulaci provádíme tím, že klienty polohujeme. Dále zajišťujeme optickou stimulaci, protože u sebe na nočním stolku mají fotky rodiny, květiny nebo nějaký obraz na zdi. V rámci auditivní stimulace jim pouštíme v televizi jejich oblíbené pořady. Někteří příbuzní našich klientů jim pak čtou jejich oblíbené knihy.“*

### DS Mikuláškovo náměstí

*„Něco využíváme. U somatické stimulace provádíme polohování klientů. Zajišťujeme dále optickou stimulaci tím, že klient má upravené prostředí, ve kterém se nachází. Na nočním stolku má třeba květinu a fotku své nejbližší rodiny. Auditivní stimulaci zajišťujeme pouštěním oblíbené hudby.“*

### DS Nopova

*„Celé ne, ale využíváme taktilně-haptickou stimulaci prostřednictvím naší canisterapeutky, auditivní stimulaci, kdy klientům pouštíme hudbu, a optickou stimulaci, kdy klient má kolem sebe upravené prostředí (má např. obrázky na zdi, fotky a květiny na nočním stolku). V rámci somatické stimulace děláme polohování.“*

### DS Věstonická

*„Snažíme se využívat aspoň nějaké prvky. Nejvíce využíváme somatickou, vestibulární, optickou, auditivní, taktilně-haptickou a orální stimulaci. Ze somatické stimulace využíváme nejvíce polohování. Máme k dispozici různé polštáře, které se k těmto účelům vyrábí. Hodně používáme polštáře ve tvaru bumerangu. U vestibulární stimulace se snažíme o vertikalizaci klienta, tj. o uvedení do svislé polohy. Optická stimulace u nás znamená, že klient má na svém nočním stolku fotky rodiny nebo svých nejbližších a pouštíme jim jejich oblíbenou hudbu. Auditivní stimulace pak zahrnuje pouštění hudby a předčítání z knih nebo novin. Taktilně-haptickou stimulaci u nás provádí naše canisterapeutky. Pro orální stimulaci máme k dispozici molitanové tyčinky pro ústní hygienu, které např. klientům namáčíme do oblíbeného nápoje.“*

Žádný domov nevyužívá koncept bazální stimulace v celém rozsahu.

Nejvíce prvků z konceptu využívá DS Kociánka a DS Věstonická. Ze somatické stimulace využívají oba domovy nejvíce polohování, ke kterému mají pomůcky pro to určené (speciálně tvarované polštáře ve tvaru bumerangu, válce nebo kruhu). V rámci vestibulární stimulace se domovy snaží o vertikalizaci klienta. Optická stimulace zahrnuje v obou domovech úpravu prostředí, ve kterém se klient nachází. V rámci auditivní stimulace je klientům pouštěna hudba a v DS Věstonická využívají navíc i předčítání z knih nebo novin. Taktilně-haptickou stimulaci zajišťují v obou domovech canisterapeutky. K orální stimulaci využívají oba DS molitanové tyčinky, které klientům namáčí do oblíbeného nápoje.

DS Nopova využívá somatickou (polohováním), optickou (úpravou prostředí), auditivní (pouštěním hudby) a taktilně haptickou stimulaci (canisterapií).



DS Kosmonautů a DS Mikuláškovo náměstí využívají somatickou, optickou a auditivní stimulaci. Somatickou stimulaci zajišťují polohováním seniora, optickou úpravou prostředí, ve kterém se klient nachází a auditivní pouštěním hudby, hudebních pořadů v televizi nebo předčítáním.

## VIII. ZÁVĚR

---

V závěrečné části mé práce Vás seznámím s výsledky svého výzkumu.

**Cílem mé práce bylo zjistit, jaké metody využívají brněnské domovy se zvláštním režimem při aktivizaci seniorů s AD.**

Výzkumem bylo zjištěno následující:

**Ergoterapie** se u klientů s demencí zaměřuje dle odborné literatury na posilování soběstačnosti a na vedení k sebeobslužným činnostem. Jejím cílem má být dosažení maximální možné soběstačnosti v oblékání a svlékání, v použití WC, v sebesycení a v osobní hygieně. Ve všech DS považují soběstačnost klientů s demencí za velmi důležitou a snaží se klienty k soběstačnosti vést. Pracovníci DS se snaží pouze dohlížet, pomáhat a asistovat při osobní hygieně, oblékání a svlékání. Při používání WC pro klienty s AD doporučuje odborná literatura zavedení tzv. mikčního režimu, kdy nejméně každé dvě hodiny je senior vyzýván k použití WC nebo je tam jen doprovázen. Všechny DS mají v současné době mikční režim zaveden. Při sebesycení mohou mít senioři s AD problémy s tím, že již neudrží hrnek nebo nedokážou používat zároveň vidličku i nůž. Odborná literatura uvádí, že krmení seniorů s AD personálem by mělo být až poslední možností a doporučuje, aby seniorům s AD byl dán k dispozici např. hrnek s náustkem či brčko a aby jídlo bylo krájeno na menší kousky, které může senior jíst jen lžící, nebo pokud to umožňuje konzistence jídla, jen rukama. Výše uvedená doporučení v současné době respektují všechny DS. Lze tedy konstatovat, že všechny DS v současné době využívají u seniorů ergoterapii, a to v takovém smyslu, v jakém je zpracována v teoretické části této práce.

Odborná literatura doporučuje využívat při **kognitivní rehabilitaci** zjednodušené hry (např. zjednodušené pexeso, tzn. pexeso na větších kartičkách). Tento názor při výzkumu podpořil i zaměstnanec DS Kociánka, který sdělil, že pro kognitivní rehabilitaci seniorů s AD není vhodné využívat pomůcky, které jsou běžně k dostání, protože dle jeho názoru nevyhovují seniorům s demencí (např. klasické pexeso má pro

potřeby seniorů s demencí malé rozměry). Výzkumem bylo ale zjištěno, že DS Kosmonautů, DS Mikuláškovo náměstí a DS Věstonická využívají pouze pomůcky, které jsou běžně k dostání. DS Kociánka si vyrábí pro kognitivní rehabilitaci seniorů s AD vlastní pomůcky. DS Nopova využívá při práci se seniory s AD Sadu pro kognitivní rehabilitaci, která vznikla při spolupráci pražského Gerontologického centra a ČALS a je určena pro seniory s demencí (obsahuje např. maxipexeso). Ostatní domovy se o existenci této sady dozvěděly až z našeho rozhovoru. Na základě zjištěného, je nutné konstatovat, že kognitivní rehabilitaci vhodnou pro seniory s AD aplikují pouze v DS Nopova a DS Kociánka.

**Senzorickou stimulaci** zaměřenou na všechny smysly (chuť, čich, sluch, hmat, zrak) provádí pouze DS Nopova. DS Kociánka, DS Kosmonautů, DS Mikuláškovo náměstí a DS Věstonická provádí stimulaci chuti, sluchu a zraku.

Všechny DS využívají **individuální reminiscenční terapii**, při které používají zejména fotografie klientů. DS Kociánka má v domově k dispozici reminiscenční koutek se starým nábytkem, porcelánem, knihami a fotografiemi, kde se může realizovat **skupinová reminiscenční terapie**. DS Nopova pořádá jednou ročně výstavu starých předmětů, na které lze rovněž využít skupinové reminiscenční terapie.

**Orientaci v realitě** poskytují seniorům s AD všechny DS prostřednictvím svých pečovatelů, kteří seniorům např. sdělují jaký je den, co budou mít dnes k obědu, př. jaký je čeká program. Důležitou součástí orientace realitou je oslovení seniora správným způsobem, tzn. oslovit seniora tak, aby věděl, že se oslovení týká právě jeho. Doporučené je používat takové oslovení, které si senior přeje nebo na které je zvyklý. Výzkum ukázal, že všechny DS se snaží oslovovat seniory správným způsobem, protože je oslovují tak, jak si oni sami přejí. Za součást orientace realitou je považováno i řádné označení prostoru, ve kterém se senior s AD pohybuje. Všechny DS využívají při označování pokojů klientů nejen jmenovky, ale také obrázky. Společné prostory domovů, jako jsou např. koupelny, WC nebo jídelny, jsou označeny piktogramy. To vše dle odborné literatury usnadňuje seniorům orientaci v prostředí. Lze tedy konstatovat, že všechny domovy poskytují seniorům s AD orientaci v realitě ve všech jejích součástech, tj. informovanosti seniora o dění kolem sebe, správném oslovení seniora a orientaci v prostředí, ve kterém senior žije.

Ve všech DS uplatňují **validační terapii**. Klienty je dle zaměstnanců DS nutné diplomatically dotlačit k tomu, co chce nebo potřebuje pečovatel, protože nátlak může u klientů s AD vyvolat agresii.

Všechny DS zajišťují **kinezioterapii** seniorů s AD prostřednictvím cvičení a procházek.

Žádný DS v současné době nezajišťuje **taneční terapii**. V DS Kociánka o této možnosti uvažují. Kromě DS Kosmonautů ale domovy zajišťují během roku dostatek akcí, jejichž součástí je i tanec. DS Kosmonautů nepořádá vlastní akce jejichž součástí je tanec, neboť k tomu nemá prostory, ale senioři se zúčastňují akcí, které pořádá nedaleko stojící DS Mikulášskovo náměstí.

Ve všech DS je realizována **arterapie** v užším slova smyslu. DS využívají celou řadu arteterapeutických postupů jako je např. zdobení květináčů ubrouskovou technikou, malování na sklo, práce s hlinou nebo barevným papírem, šití, tkaní nebo pletení.

**Terapeutické vaření a pečení** není realizováno v DS Mikulášskovo náměstí. V ostatních DS je tato aktivizační technika aplikována.

Ve všech DS využívají **muzikoterapii**, a to jak aktivizační, tak i pasivní techniky muzikoterapie.

**Pet-terapii** je dle odborné literatury možné provádět dvěma způsoby. Jednak je možné chovat zvíře přímo v zařízení. V současné době chová vlastní zvíře DS Kociánka (rybičky, kočky), DS Kosmonautů (králík, rybičky), DS Mikulášskovo náměstí (akvarijní rybičky) a DS Nopova (andulky, kočky). DS Věstonická nechová žádné vlastní domácí zvíře. Dále je možné, aby do zařízení docházeli canisterapeuti. Pravidelně (nejméně jednou měsíčně) dochází canisterapeut/ka do tří DS (DS Kociánka, DS Nopova, DS Věstonická). DS Kociánka má navíc k dispozici vlastního canisterapeutického psa. Nepravidelné návštěvy (méně než jednou za měsíc) jsou realizovány v DS Mikulášskovo náměstí (v roce 2009 jen tři návštěvy). Do DS Kosmonautů nedochází canisterapeut/ka vůbec.

Žádný DS nevyužívá koncept **bazální stimulace** v celém rozsahu. Nejvíce prvků z konceptu bazální stimulace využívá DS Kociánka a DS Věstonická. Tyto DS využívají somatickou, vestibulární, optickou, auditivní, taktilně-haptickou a orální stimulaci. DS Nopova využívá z konceptu somatickou, optickou, auditivní a taktilně-haptickou stimulaci. DS Kosmonautů a DS Mikuláškovo náměstí využívají z konceptu bazální stimulace jen somatickou, optickou a auditivní stimulaci. Vibrační a olfaktorickou stimulaci jako součást konceptu bazální stimulace nevyužívá v současné době žádný DS.

Pro přehlednost jsem výsledky výzkumu zpracovala do tabulky, která je uvedena v příloze č. 12.

Mohu konstatovat, že jsem byla schopna odpovědět na výzkumnou otázku a výzkumné podotázky uvedené v kapitole VI.3.

Na závěr bych ráda uvedla, že se jednalo o kvalitativní výzkum na malém výzkumném vzorku. Data byla získána v březnu 2010 a jsou platná pouze pro výše uvedené DS. Výsledky mého výzkumu nemusí tedy být za určitých okolností reliabilní. Za reliabilní je totiž považován takový výzkum, který při opakování dává shodné výsledky, za předpokladu, že se stav pozorovaného nezměnil. U mého výzkumu toto nelze stoprocentně zajistit, neboť lze předpokládat, že se DS v oblasti aktivizačních metod pro seniory s AD může buď zdokonalovat, nebo může od používání některých aktivizačních metod upustit. Je tedy možné, že v případě opakování výzkumu by byly zjištěny zcela jiné skutečnosti.

# Resumé

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou aktivizace seniorů s Alzheimerovou demencí v brněnských domovech se zvláštním režimem.

**Cílem mé práce bylo zjistit, jaké metody využívají brněnské domovy se zvláštním režimem při aktivizaci seniorů s AD.**

V úvodu své bakalářské práce jsem objasnila, proč jsem si dané téma zvolila, jakou má toto téma souvislost se sociální pedagogikou a jaký je cíl mé práce.

V teoretické části jsem vycházela ze studia odborné literatury. Informacemi získanými z odborné literatury jsem se snažila proniknout do problematiky Alzheimerovy demence a aktivizačních metod vhodných pro seniory s touto diagnózou a položit tak teoretický základ pro zpracování praktické části této práce. První kapitola teoretické části se věnuje definici stáří a stárnutí. Kapitola se zabývá pojmy z hlediska psychologie, pedagogiky a medicíny. Druhá kapitola se zabývá demencí, její klasifikací a stadii. S Alzheimerovou demencí seznamuji čtenáře ve třetí kapitole. Kapitola se snaží podat ucelený pohled na tuto chorobu. Zabývá se nejen definicí a příznaky této choroby, ale také jejími formami, objevem a výzkumem, stadii, diagnostikou a možnostmi léčby. Vzhledem k tomu, že domovy se zvláštním režimem jsou zařízením sociálních služeb, pojednává čtvrtá kapitola o sociálních službách. Stěžejní kapitolou teoretické části je kapitola pátá „Aktivizace seniorů s Alzheimerovou demencí“, ve které jsou zpracovány aktivizační metody vhodné pro seniory s Alzheimerovou demencí tak, jak je uvádí Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., předsedkyně České gerontologické společnosti, spoluzakladatelka České Alzheimerovské společnosti a členka Rady vlády pro otázky seniorů a stárnutí populace, která je dle mého názoru kapacitou na poli Alzheimerovy demence v České republice. Mezi aktivizační metody vhodné pro seniory s Alzheimerovou demencí patří dle Holmerové:

- ergoterapie,
- kognitivní rehabilitace,
- senzorickou stimulace,

- reminiscenční terapie,
- orientaci v realitě,
- validační terapie,
- kinezioterapie,
- taneční program,
- arteterapie,
- terapeutické vaření nebo pečení,
- muzikoterapie,
- pet-terapie,
- bazální stimulace.

V praktické části v kapitole „Metodologie“ seznamuji čtenáře s metodou výzkumu, výzkumným vzorkem a realizací svého výzkumu. Kapitola „Analýza dat a jejich interpretace“ zpracovává výsledky mého výzkumu. Prováděla jsem kvalitativní výzkum a prostřednictvím rozhovoru podle návodu a neformálního rozhovoru jsem se snažila zjistit, které metody uvedené v teoretické části mé práce, využívají brněnské domovy se zvláštním režimem při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou demencí.

Rozhovory jsem realizovala v pěti brněnských domovech se zvláštním režimem: Domově pro seniory Kociánka, Domově pro seniory Kosmonautů, Domově pro seniory Mikuláškovu náměstí, Domově pro seniory Nopova a Domově pro seniory Věstonická.

V závěru práce seznamuji čtenáře s výsledkem mého výzkumu a s tím, zda byl naplněn cíl práce.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce pojednává o aktivizačních metodách využívaných v brněnských domovech se zvláštním režimem u seniorů s Alzheimerovou demencí.

V teoretické části se čtenáři mohou seznámit s definicí stáří, stárnutí, demence a Alzheimerovy demence. Vzhledem k tomu, že domovy se zvláštním režimem jsou pobytovým zařízením sociálních služeb a že jsou v nich kromě jiného poskytovány i aktivizační činnosti, je součástí teoretické části i kapitola o sociálních službách. Stěžejní část teoretické části zabírá kapitola „Aktivizace seniorů s Alzheimerovou demencí“, resp. podkapitola „Aktivizační metody vhodné pro seniory s Alzheimerovou demencí“.

V praktické části této práce je zpracován výzkum, kterým jsem se snažila zjistit, jaké metody využívají brněnské domovy se zvláštním režimem při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou demencí.

## **Klíčová slova**

stáří, stárnutí, demence, Alzheimerova demence, sociální služby, aktivizační metody vhodné pro seniory s Alzheimerovou demencí



## **Annotation**

This thesis deals with activation methods that are suitable for people with Alzheimer disease in old-people's homes in Brno.

The theoretical part describes basic concept of this thesis: senescence, aging, dementia and Alzheimer disease. Considering that old-people's homes are facilities of social services deals the next chapter with social services. The central point of the theoretical part is the chapter which describes activation methods that are suitable for people with Alzheimer disease.

The practical part deals with research, by which I tried to discover which activation methods suitable for people with Alzheimer disease are used in old-people's homes in Brno.

## **Keywords**

senescence, ageing, dementia, Alzheimer disease, social services, activation methods suitable for people with Alzheimer disease

# Seznam použitých pramenů a literatury

## I. Právní předpisy, zákony a vyhlášky

1. Česko. Vyhláška č. 182 ze dne 26. dubna 1991, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 37, s. 865-893.  
Dostupné také z WWW:  
<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1991/sb037-91.pdf>>.  
ISSN 1211-1244.
2. Česko. Vyhláška č. 424 ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 139, s. 8096-8138.  
Dostupné také z WWW:  
<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb139-04.pdf>>.  
ISSN 1211-1244.
3. Česko. Zákon č. 108 ze dne 13. června 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289.  
Dostupné také z WWW:  
<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>>.  
ISSN 1211-1244.
4. Česko. Zákon č. 218 ze dne 27. června 2000 o rozpočtových pravidlech státu a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 65, s. 3104-3128.  
Dostupné také z WWW:  
<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2000/sb065-00.pdf>>.  
ISSN 1211-1244.
5. Česko. Zákon č. 250 ze dne 7. července 2000 o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 73, s. 3557-3567.  
Dostupné také z WWW:  
<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2000/sb073-00.pdf>>.  
ISSN 1211-1244.

## II. Knihy, syntetické práce a monografie

6. BADDELEY, Alan. *Vaše paměť : mechanismy, otázky, praktická cvičení a další souvislosti jedinečné schopnosti lidského organismu*. Brno : Jota, 1999. 335 s. ISBN 80-7242-046-1.
7. BAUMRUKOVÁ, Pavla. *Obce, města, regiony a sociální služby*. 1. vyd. Praha : Socioklub, 1997. 271 s. ISBN 80-902260-1-9.
8. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost : příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha : Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
9. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
10. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
11. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetrovatelství 10 : manuálek sociální gerontologie : praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
12. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN: 80-7367-040-2.
13. HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha : Karolinum, 1999. 278 S. ISBN 80-246-0030-7.
14. HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha : EV public relations, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
15. HOLMEROVÁ, Iva, JURÁŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květa et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha : EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
16. HÖSCHL, Cyril, HOŘEJŠÍ, Jaroslav. *Alzheimerova choroba : tichá epidemie dneška, hrozící katastrofa ztírka : zavírání očí, nebo hledání řešení?* 1. vyd. Praha : Galén, 1999. 96 s. Symposium ; sv. 1. ISBN 80-7262-025-8.
17. JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Claudie et al. *Demence a jiné poruchy paměti : komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
18. JIRÁK, Roman, KOUKOLÍK, František. *Demence : neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha : Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
19. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

20. KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha : Grada, 1998. 229 s. ISBN 80-7169-615-3.
21. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3
22. KRAUS, Jiří, PETRÁČKOVÁ, Věra. *Akademický slovník cizích slov*. Praha : Academia, 2001. 834 s. ISBN 80-200-0982-5.
23. KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
24. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha : Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
25. MALÁTKOVÁ, Jolana et al. *Ottova encyklopedie A-Ž*. Praha : Ottovo nakladatelství, 2007. 1144s. ISBN 80-7360-014-5.
26. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
27. MÜHLPACHER, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita Brno, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
28. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8.
29. PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi : praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.
30. REKTOŘÍK, Jaroslav. *Ekonomika veřejného sektoru*. 2. přeprac. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2001. 258 s. ISBN 80-210-2550-6.
31. RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
32. ROSŁAWSKI, Adam. *Jak zůstat fit ve stáří : cvičení a pohybové hry pro seniory, zdravý životní styl ve stáří, pohyb v době nemoci*. 1. vyd. Brno : Computer Press, 2005. 71 s. ISBN 80-251-0774-4.
33. STRAUSS, Anselm; CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno : Sdružení Podané ruce ; Boskovice : Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
34. STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
35. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

36. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdorf, 2002. 925 s. ISBN 80-85912-43-0.
37. ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha : Univerzita Karlova v Praze ; Praha : Karolinum, 2001 , 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
38. ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha : Grada, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-0.

### III. Časopisy a jiné zdroje

39. HOŘEJŠÍ, Jaroslav. *Alzheimerova demence : závod s časem : aneb tichá hrozba pro každého (druhého) z nás*. Remedia populi : měsíčník o zdraví a nemoci pro moderního člověka. Praha : Panax Co, 1998, č. 2, s. 7-32. ISSN 1211-698X.
40. Informační materiály České Alzheimerovské společnosti – leták: Deset příznaků, které by vás měly varovat. Praha : ČALS, [2003].
41. PLEVOVÁ, Jarmila, BOLELOUCKÝ, Zdeněk. *Demence u starých osob*. Lékařské noviny : příloha Lékařské listy. Praha : Sanoma Magazines, 2002, 14, s. 5-14. ISSN 0044-1996.
42. *Záhadný Alzheimer* (Mystérie Alzheimer, Le). Francouzský dokument, který uvedla televizní stanice ČT2 dne 21.09.2001.

### IV. Informace z internetu

43. BRATKOVÁ, Eva. (zprac.). *Metody citování literatury a strukturování bibliografických záznamů podle mezinárodních norem ISO 690 a ISO 690-2 : metodický materiál pro autory vysokoškolských kvalifikačních prací* [online]. Verze 2.0, aktualiz. a rozšíř. Praha : Odborná komise pro otázky elektronického zpřístupňování vysokoškolských kvalifikačních prací, Asociace knihoven vysokých škol ČR, 2008-12-22 [2008-12-30]. 60 s. (PDF). Dostupné z WWW: <<http://www.evskp.cz/SD/4c.pdf>>.
44. Česká gerontologická a geriatrická společnost. ČGGS [online]. c2006-2010, [cit. 2010-02-27]. *Historie ČGGS*. Dostupné z WWW: <<http://www.cggs.cz/cz/historie/>>.
45. Český helsinský výbor. *Český helsinský výbor* [online]. Praha : ČHV. c2002-2008, 2005-04-01 [cit. 2010-02-27]. *Zásadní mezinárodní a národní dokumenty týkající se seniorů*. Dostupné z WWW: <<http://www.helcom.cz/rservice.php?akce=tisk&cisloclanku=2005040109>>.

46. Český statistický úřad. *Český statistický úřad* [online]. Praha : ČSÚ. *Statistická ročenka České republiky 2009 : Kap. 4-17 : Naděje dožití*. s 138. cit. [2010-03-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/ročenka2009/data/pdf/sr2009.pdf>>.
47. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Co je bazální stimulace*. Praha : Institut Bazální stimulace, 2004-2010 cit. [2010-03-01]. Dostupné z WWW: <[http://www.bazalna-stimulacia.sk/bazalni\\_stimulace.php](http://www.bazalna-stimulacia.sk/bazalni_stimulace.php)>.
48. JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Koncepce oboru ergoterapie*. Česká asociace ergoterapeutů, 2007. 2009-12-10 cit. [2010-03-01]. Dostupné z WWW: <[http://www.ergoterapie.cz/files/koncepce\\_oboru\\_ergoterapie.pdf](http://www.ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf)>.
49. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *MPSV* [online]. Rada vlády pro seniory a stárnutí populace, 2006-06-29 [cit. 2010-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.noviny-mpsv.cz/cs/2897>>.
50. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha : ÚZIS, c2007, 2009-01-01 [cit. 2010-02-27]. *MKN-10 : Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Desátá revize. Aktualizovaná druhá verze. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.

# Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Hughes a kol. stupnice k určení stadia demence (str.16)

Tabulka č. 2: Reisbergova stupnice k určení stadia demence (str. 17)

Tabulka č. 3: Výzkumné podotázky (str. 52-53)

Tabulka č. 4: Rozhovor pomocí návodu (str. 56-58)

# Seznam příloh

Příloha č. 1: Dobrovolný sociální rok v Německu (text str. 3)

Příloha č. 2: Česká Alzheimerovská společnost (ČALS) (text str. 3)

Příloha č. 3: Klasifikace demencí dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) (text str. 14)

Příloha č. 4: Klasifikace demencí dle Diagnostické a statistické příručky mentálních poruch (DSM) (text str. 14)

Příloha č. 5: Klasifikace demencí dle Swedish Consensus on Dementia and Dementia diseases (text str. 14)

Příloha č. 6: Populační prognóza ČR do r. 2050 - nízká varianta (text str. 18)

Příloha č. 7: Populační prognóza ČR do r. 2050 - střední varianta (text str. 18)

Příloha č. 8: Populační prognóza ČR do r. 2050 - vysoká varianta (text str. 18)

Příloha č. 9: Životopis Aloise Alzheimerera (text str. 19)

Příloha č. 10: Příklady piktogramů (text str. 40)

Příloha č. 11: Životopis Naomi Feil (text str. 40)

Příloha č. 12: Výsledky výzkumu v tabulce (text str. 87)



## **Dobrovolný sociální rok v Německu** (Freiwilliges soziales Jahr – dále jen FSJ)

### **Co je FSJ?**

Jedná se o roční dobrovolnickou činnost v sociální oblasti v Německu, při které dobrovolníci sbírají životní zkušenosti, poznávají své silné a slabé stránky. Je vhodný jako překlenutí jednoho roku mezi studiem, jako praxe pro studenty sociálních fakult aj.

### **Kdo FSJ nabízí?**

- Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern, která se zabývá sociální pomocí postiženým, dětem a mládeži, pěstí o staré a nemocné, provádí ambulantní služby aj.
- BDKJ a Charita - Svaz německé katolické mládeže (Bund der Deutschen Katholischen Jugend) a (Caritas)

### **Kde se dá FSJ vykonávat?**

- ve školkách a jeslích
- v nemocnicích (nenáročné úkony - např. pomoc při koupání, jídle, měření teploty, apod.)
- v domovech důchodců (práce podobná jako v nemocnici, více osobního kontaktu)
- v zařízeních pro tělesně postižené (pomoc při práci všedního dne)

### **Semináře a možnosti dalšího vzdělávání**

U Paritätischer Wohlfahrtsverband doprovází semináře praktickou část FSJ a platí jako pracovní doba. U BDJKJ je povinných pět jednotýdenních seminářů, kterých se účastní všichni dobrovolníci FSJ z jedné diecéze.

### **Co je zabezpečené?**

- měsíční kapesné
- stravování a případné ubytování
- pojištění
- 26 dní dovolené
- 25 dní seminářů
- průkaz FSJ
- osvědčení FSJ
- vysvědčení kvalifikovaného pracovníka

### **Kdo se může účastnit?**

Každý, komu je minimálně 18 let a nejvýše 26 let. Očekává se především sociální citění, senzibilita, trpělivost, tolerance a otevřenost, ale také spolehlivost a dochvilnost. Konečné rozhodnutí, zda vykonávat FSJ či nikoli, je dobrovolné, ale začátek práce v určitém sociálním zařízení znamená zavázání se povinností, které ze zaměstnání vyplývají.

### **Jak se přihlásit?**

Přihlášku je nutné zaslat vždy do 1. června přímo organizaci, která FSJ nabízí. Každá organizace má vlastní formu přihlášky.

## Česká alzheimerovská společnost (ČALS)

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.



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 demence 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.

V roce 1997 byla ČALS přijata za člena Mezinárodní Alzheimerovské společnosti (Alzheimer Disease International – ADI) a počátkem roku 1998 za člena Evropské Alzheimerovské společnosti (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.

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

---

Zdroj:

1. Česká alzheimerovská společnost. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. Praha : ČALS. c2004, 2009-02-09 [cit. 2010-02-27]. Česká Alzheimerovská společnost. Dostupné z WWW:< <http://alzheimer.cz/?PageID=2>>.
2. Informační materiály České alzheimerovské společnosti – leták: Stručná informace o nás. Praha : ČALS, [2003].

## **Klasifikace demencí dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (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**

## **Klasifikace demencí dle Diagnostické a statistické příručky mentálních poruch (DSM)**

- 1. Demence Alzheimerova typu s časným začátkem**
  - a) s poruchami chování,
  - b) bez poruch v chování.
  
- 2. Demence Alzheimerova typu s pozdním začátkem**
  - a) s poruchami chování,
  - b) bez poruch v chování.
  
- 3. Vaskulární demence**
  - a) s deliriem,
  - b) s bludy,
  - c) s depresivní náladou,
  - d) nekomplikovaná.
  
- 4. Demence při Creutzfeldtově-Jakobově nemoci,**
- 5. Demence v důsledku poranění hlavy,**
- 6. Demence při onemocnění HIV,**
- 7. Demence při Huntingtonově nemoci,**
- 8. Demence při Parkinsonově nemoci,**
- 9. Demence při Pickově nemoci,**
- 10. Demence při jiných obecně medicínských poruchách,**
- 11. Demence jinak neurčená.**

## Klasifikace demencí dle Swedish Consensus on Dementia and Dementia diseases

### 1. Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence

- a) Alzheimerova choroba.
- b) Korová nemoc s Lewyho tělísky.
- c) Demence při Parkinsonově chorobě.
- d) Huntingtonova choroba.
- e) Pickova choroba.
- f) Další vzácně se vyskytující demence.

### 2. Ischemicko-vaskulární demence

- a) Multiinfarktová demence.
- b) Vaskulární demence s náhlým začátkem.
- c) Binswangerova choroba.
- d) Další vzácné typy vaskulárních demencí.

### 3. Symptomatické (sekundární) demence

- a) Demence infekčního původu (př. demence při AIDS).
- b) Demence způsobené nekonvečními infekčními činiteli (př. Creuzfeldt-Jakobova choroba)
- c) Poúrazové demence.
- d) Demence při mozkových nádorech.
- e) Paraneoplastické demence.
- f) Demence na podkladě intoxikací, většinou chronických (alkoholová demence, demence při chronickém zneužívání drog apod.)
- g) Metabolicky podmíněné demence (demence při selhávání jater nebo ledvin).
- h) Demence při poruchách žláz s vnitřní sekrecí.
- i) Demence při nedostatku některých vitamínů.
- j) Demence na podkladě hydrocefalu s normálním tlakem mozkomíšního moku.
- k) Některé další vzácné demence.

**Populační prognóza ČR do r. 2050 - nízká varianta****Věkové složení podle pětiletých skupin, obě pohlaví**

Věk	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	3035	2040	2045	2050
<b>Celkem</b>	<b>10 203 269</b>	<b>10 200 706</b>	<b>10 141 170</b>	<b>10 033 712</b>	<b>9 874 589</b>	<b>9 657 090</b>	<b>9 386 262</b>	<b>9 080 237</b>	<b>8 753 364</b>	<b>8 414 451</b>	<b>8 066 072</b>
0-4	450 776	465 309	458 453	429 616	395 091	355 947	328 476	318 137	310 193	295 144	274 845
5-9	501 720	446 143	464 842	457 998	429 189	394 700	355 596	328 150	317 824	309 887	294 858
10-14	637 270	571 243	445 854	464 540	457 704	428 918	394 450	355 372	327 945	317 627	309 696
15-19	665 282	650 564	572 112	446 942	465 628	458 817	430 082	395 676	356 656	329 277	318 981
20-24	773 754	690 570	654 154	575 944	451 184	469 842	463 071	434 441	400 146	361 251	333 960
25-29	906 497	856 768	695 806	659 528	581 589	457 245	475 856	469 118	440 588	406 412	367 649
30-34	723 525	860 869	860 280	699 967	663 867	586 229	462 355	480 932	474 238	445 823	411 777
35-39	699 943	688 380	863 133	862 605	703 163	667 304	590 061	466 808	485 350	478 725	450 472
40-44	634 824	688 544	689 458	863 194	862 806	704 747	669 327	592 698	470 393	488 936	482 438
45-49	759 640	677 151	685 556	686 847	858 909	858 780	703 065	668 397	592 811	472 096	490 672
50-54	795 040	778 860	667 718	676 899	678 770	848 184	848 501	696 468	663 001	589 059	470 851
55-59	722 800	783 043	753 426	647 159	657 341	660 025	825 394	826 379	679 663	647 912	576 401
60-64	514 236	597 317	739 279	713 208	613 883	625 518	629 410	789 117	791 102	652 057	622 751
65-69	413 708	430 077	547 665	680 063	658 727	568 789	582 249	587 652	739 442	742 712	614 045
70-74	404 994	378 669	375 672	481 698	601 272	586 088	508 575	524 331	531 761	672 878	677 960
75-79	322 056	321 639	303 099	305 659	396 459	499 347	491 838	430 395	448 925	458 894	585 810
80-84	179 025	218 610	222 131	213 629	221 575	293 144	374 959	375 867	333 560	354 708	367 281
85-89	65 344	67 321	115 538	122 613	122 101	132 704	181 480	238 365	246 128	223 741	245 861
90+	32 835	29 629	26 994	45 603	55 331	60 762	71 517	101 934	143 638	167 312	169 764

**Populační prognóza ČR do r. 2050 – střední varianta****Věkové složení podle pětiletých skupin, obě pohlaví**

Věk	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	3035	2040	2045	2050
<b>Celkem</b>	<b>10 203 269</b>	<b>10 235 973</b>	<b>10 283 042</b>	<b>10 301 994</b>	<b>10 283 929</b>	<b>10 217 200</b>	<b>10 102 433</b>	<b>9 957 079</b>	<b>9 795 118</b>	<b>9 622 248</b>	<b>9 438 334</b>
0-4	450 776	469 762	484 885	472 967	452 054	422 581	400 667	397 564	399 802	394 138	380 087
5-9	501 720	446 143	469 289	484 400	472 500	451 605	422 167	400 273	397 173	399 410	393 754
10-14	637 270	571 243	445 854	468 985	484 090	472 198	451 321	421 902	400 025	396 929	399 163
15-19	665 282	652 125	574 649	449 481	472 614	487 721	475 868	455 036	425 668	403 831	400 754
20-24	773 754	694 560	663 985	586 755	461 999	485 100	500 190	488 401	467 657	438 389	416 635
25-29	906 497	861 345	711 070	680 613	603 653	479 314	502 354	517 415	505 675	485 009	455 847
30-34	723 525	864 764	874 864	725 205	694 917	618 257	494 388	517 387	532 425	520 753	500 176
35-39	699 943	692 275	876 748	886 880	738 045	707 986	631 729	508 475	531 436	546 464	534 889
40-44	634 824	692 441	703 070	886 525	896 767	749 259	719 627	643 989	521 670	544 632	559 687
45-49	759 640	681 047	699 159	710 127	891 921	902 410	757 123	728 245	653 659	532 902	555 930
50-54	795 040	782 660	681 199	700 019	711 512	890 728	901 626	759 827	732 122	659 211	540 880
55-59	722 800	783 564	761 257	664 506	684 218	696 407	871 701	883 170	746 398	720 350	649 913
60-64	514 236	597 363	740 201	721 385	631 306	652 324	665 599	835 477	847 854	718 210	694 540
65-69	413 708	430 137	548 245	682 115	667 915	586 733	609 272	623 853	786 073	799 613	679 518
70-74	404 994	378 768	376 365	483 661	605 634	597 315	527 794	552 259	568 598	720 739	735 864
75-79	322 056	321 788	304 134	307 911	401 110	507 655	506 669	451 996	478 760	497 143	635 952
80-84	179 025	218 810	223 553	216 650	226 373	301 674	388 725	395 567	358 439	387 202	407 618
85-89	65 344	67 431	116 892	125 815	127 129	139 879	193 533	257 059	270 173	251 368	280 581
90+	32 835	29 747	27 623	47 994	60 172	68 054	82 080	119 184	171 511	205 955	216 546

**Populační prognóza ČR do r. 2050 – vysoká varianta****Věkové složení podle pětiletých skupin, obě pohlaví**

Věk	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	3035	2040	2045	2050
<b>Celkem</b>	<b>10 203 269</b>	<b>10 273 342</b>	<b>10 432 067</b>	<b>10 578 281</b>	<b>10 700 030</b>	<b>10 782 381</b>	<b>10 822 994</b>	<b>10 837 148</b>	<b>10 842 086</b>	<b>10 841 111</b>	<b>10 830 080</b>
0-4	450 776	476 049	514 346	514 034	503 703	482 241	465 931	468 092	482 366	489 348	484 117
5-9	501 720	446 143	475 567	513 831	513 522	503 206	481 769	465 471	467 632	481 892	488 873
10-14	637 270	571 243	445 855	475 260	513 505	513 197	502 890	481 468	465 186	467 346	481 600
15-19	665 282	653 683	577 187	452 026	481 433	519 656	519 381	509 109	487 734	471 489	473 671
20-24	773 754	698 553	673 815	597 571	472 821	502 192	540 350	540 116	529 911	508 627	492 464
25-29	906 497	865 919	726 332	701 700	625 725	501 393	530 689	568 748	568 533	558 382	537 183
30-34	723 525	868 661	889 454	750 456	725 980	650 308	526 446	555 685	593 655	593 475	583 382
35-39	699 943	696 170	890 371	911 175	772 961	748 710	673 439	550 188	579 386	617 272	617 159
40-44	634 824	696 338	716 705	909 901	930 809	793 863	770 033	695 393	573 051	602 249	640 068
45-49	759 640	684 946	712 797	733 483	925 095	946 256	811 435	788 366	714 801	593 975	623 260
50-54	795 040	786 467	694 737	723 277	744 489	933 658	955 260	823 732	801 841	729 960	611 475
55-59	722 800	784 102	769 192	682 056	711 436	733 315	918 780	940 967	814 167	793 960	724 564
60-64	514 236	597 424	741 264	729 907	649 259	679 905	702 842	883 305	906 407	786 183	768 287
65-69	413 708	430 215	549 001	684 657	677 909	605 714	637 702	661 827	835 202	859 424	747 999
70-74	404 994	378 896	377 271	486 215	611 102	610 137	548 882	582 646	608 383	772 625	798 321
75-79	322 056	321 986	305 492	310 844	407 058	518 181	524 296	476 762	512 480	539 979	692 125
80-84	179 025	219 072	225 434	220 602	232 586	312 575	406 168	419 702	388 232	425 604	454 862
85-89	65 344	67 578	118 727	130 036	133 794	149 337	209 311	281 381	300 932	286 262	323 887
90+	32 835	29 897	28 520	51 250	66 843	78 537	97 390	144 190	212 187	263 059	286 783



## Životopis Aloise Alzheimerera

(14.06. 1864 – 19. 12. 1915)



Obr. č. 1: Alois Alzheimer

Alois Alzheimer se narodil 14. června 1864 v Marktbreitu notáři Eduardovi Alzheimerovi a jeho druhé ženě Barbaře Theresii Buschové. Pocházel z osmi sourozenců.

Jako desetiletý 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 cereminálních 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 Cecilii Geisenheimerovu, roz. Wallersteinovou, 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 kuchařka 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.

Zde je část záznamu Aloise Alzheimerera ze setkání s Auguste D. z 26. listopadu 1901:

*Pacientka sedí na židli, ve tváři výraz bezmoci.*

*"Jak se jmenujete?"*

*"Augusta."*

*"A příjmením?"*

*"Augusta."*

*"Jak se jmenuje váš manžel?"*

*"Augusta, myslím."*

*"Váš muž?"*

*"Ach, můj muž."*

*Vypadá, jako by otázce vůbec nerozuměla.*

*"Jak dlouho tady jste?"*

*Vypadá, jako by se pokoušela rozpomenout.*

*"Tři týdny."*

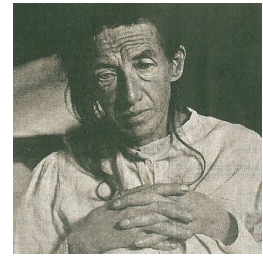
*Ukazují jí tužku.*

*"Co je tohle?"*

*"Pero."*

*Peněženku, klíč, kalendář a doutník identifikuje správně. K obědu sní květák a vepřové maso. Na otázku, co měla k obědu, odpoví: "Špenát." Když žvýkala maso a byla přitom dotázána, co jí, odpověděla: "Brambory a křen."*

*Když jsou jí ukázány určité předměty, už po chvíli si je nepamatuje. Často hovoří o jakýchsi dvojčatech. Když je požádána, aby něco napsala, drží papír tak, jako by ztratila právě zrakové pole. Na požadavek, aby napsala "paní Augusta D.", reaguje napsáním slova "paní", zbytek zapomene.*



Obr. č. 2: Auguste D.

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 zvláštním onemocnění mozkové kůry). V roce 1910, to už bylo podobných případů popsáno několik, pak Alzheimerův šéf - psychiatr Emil Kraepelin představil novou neurodegenerativní chorobu ve svém dalším vydání učebnice psychiatrie pod jménem Alzheimerova.

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.

Příklady piktogramů



## Životopis Naomi Feil

Naomi Feil koncipovala jeden z prvních specifických přístupů k pacientům postižených demencí – validační terapii.

Narodila se v roce 1932 v Mnichově a vyrůstala v domově pro seniory *Montefiore Home* v Clevelandu v USA, kde její otec pracoval jak ředitel a matka jako sociální pracovnice. Po ukončení studia sociální práce na Columbijské univerzitě v roce 1956 začala pracovat se starými lidmi. Tradiční metody práce s demenčními 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“, která v roce 1992 vyšla v přepracovaném vydání. Její druhá kniha „Průlom validace“ vyšla v roce 1993. Ona a její manžel natočili nespočet filmů na téma „Stárnutí a validace“.

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).


Její knihy byly přeloženy do francouzštiny, holandštiny, němčiny, italštiny, finštiny, dánštiny a švédštiny.


**Výsledky výzkumu v tabulce**

Aktivizační metoda	Konkrétně	DS Kociánka	DS Kosmonautů	DS Mikuláškovonám.	DS Nopova	DS Věstonická
<b>ERGOTERAPIE</b>	vedení k soběstačnosti v oblasti osobní hygieny					
	vedení k soběstačnosti při používání WC					
	vedení k soběstačnosti při oblékání/svlékání					
	vedení k soběstačnosti při sebesycení					
<b>KOGNITIVNÍ REHABILITACE</b>	kognitivní rehabilitace vhodná pro seniory s AD					
<b>SENZORICKÁ STIMULACE</b>	stimulace chuti					
	stimulace čichu					
	stimulace sluchu					
	stimulace hmatu					
	stimulace zraku					
<b>REMINISCENČNÍ TERAPIE</b>	individuální reminiscenční terapie					
	skupinová reminiscenční terapie					
<b>ORIENTACE V REALITĚ</b>	nabízení informací, které pomáhají orientaci seniora s AD					
	oslovení seniora s AD dle jeho přání					
	vytváření prostředí, které usnadňuje orientaci					
<b>VALIDAČNÍ TERAPIE</b>	práce s tématem seniora s AD					
<b>KINEZIOTERAPIE</b>	zajištění cvičení					
	možnost procházek					
<b>TANEČNÍ TERAPIE</b>	taneční terapeutické hodiny					
	pořádání akcí, jejichž součástí je tanec					
<b>ARTETERAPIE</b>	arteterapie jako léčba výtvarným uměním					
<b>TERAPEUTICKÉ VAŘENÍ NEBO PEČENÍ</b>	vaření nebo pečení					

Aktivizační metoda	Konkrétně	DS Kociánka	DS Kosmonautů	DS Mikuláškovonám.	DS Nopova	DS Věstonická
MUZIKOTERAPIE	využití aktivizačních technik muzikoterapie					
	využití pasivních technik muzikoterapie					
PET-TERAPIE	domov má vlastní domácí zvíře					
	vlastní canisterapeutický pes					
	pravidelné návštěvy canisterapeuta (minimálně jednou měsíčně)					
	nepravidelné návštěvy canisterapeuta					
	žádné návštěvy canisterapeuta					
BAZÁLNÍ STIMULACE	využívání konceptu v celém rozsahu					
	využívání somatické stimulace					
	využívání vestibulární stimulace					
	využívání vibrační stimulace					
	využívání optické stimulace					
	využívání auditivní stimulace					
	využívání taktilně-haptické stimulace					
	využívání olfaktorické stimulace					
	využívání orální stimulace					

Vysvětlivky:

 domov danou aktivizační metodu používá

 domov danou aktivizační metodu nepoužívá