

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Gabriela Merclová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Gabriela Merclová

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

Smyslová stimulace u osob s Alzheimerovou chorobou a s demencí z pohledu ergoterapeuta

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Ing. Bc. Miroslava Homolková

PLZEŇ 2023

PŘEDMLUVA

Smysly jsou pro člověka spojení s vnějším světem a velice důležitým komunikačním prostředkem. Naše vjemy nás dokáží ochraňovat před nebezpečím. Každý plně zdravý jedinec se rodí se všemi smysly a z těch čerpá až do konce svých dní. U seniorů dochází k postupnému a zcela nevyhnutelnému snižování fyziologických, biologických a kognitivních funkcí. S vyšším věkem přichází i řada chorob a nemocí. Onemocnění, se kterým se můžeme setkat nejčastěji a v průzkumech je nejvíce zastoupené, je Alzheimerova demence. V odborné komunitě je toto téma velice často popisováno ve spojení s jedinci vyššího věku. Zkoumají se nové způsoby na oddálení jejího průběhu a vytvoření podmínek pro co nejlepší zachování důstojnosti seniorů s tímto onemocněním. Cílem této práce je představit a zjistit účinky smyslové stimulace v ergoterapeutické intervenci. Praktická část probíhala v domově pro seniory v Praze, který je specializovaný na Alzheimerovu demenci.

Poděkování

Děkuji Ing. Bc. Miroslavě Homolkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále chci poděkovat Domovu pro seniory, kde jsem provedla svoji bakalářskou práci a klientům, kteří souhlasili s účastí.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 07. 2023

.....

vlastnoruční podpis

Anotace

Příjmení a jméno: Gabriela Merclová

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Smyslová stimulace u osob s Alzheimerovou chorobou a s demencí z pohledu ergoterapeuta

Vedoucí práce: Ing. Bc. Miroslava Homolková

Počet stran – číslované: 74

Počet stran – nečíslované: 12

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 51

Klíčová slova: Smyslová stimulace, ergoterapie, Alzheimerova demence, demence

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá smyslovou stimulací u osob s Alzheimerovou demencí a s demencí z pohledu ergoterapeuta. Je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část se věnuje lidským smyslům, smyslové stimulaci a demencím. Zde se popisují příznaky demencí a prevence proti jejímu propuknutí. Praktická část obsahuje kazuistiky osob s demencí a výsledky metody rozhovoru na zjištění zpětné vazby od klientů na provedenou terapii.

Annotation

Name and surname: Gabriela Merclová

Department: Physiotherapy and occupational therapy

Title of thesis: Sensory stimulation in people with Alzheimer's disease and dementia from the perspective of an occupational therapist

Consultant: Ing. Bc. Miroslava Homolková

Number of pages – numbered: 74

Number of pages – unnumbered: 12

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 51

Key words: Sensory stimulation, occupation therapy, Alzheimer's disease, dementia

Summary:

This Bachelor thesis deals with sensory stimulation in people with Alzheimer's dementia and with dementia from the perspective of an occupational therapist. It is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part deals with the human senses, sensory stimulation and dementia. Symptoms of the dementia and prevention of dementia are described. The practical part contains case studies of people with dementia and the results of an interview method aimed at obtaining feedback from clients on the therapy provided.

Obsah

Seznam grafů.....	11
Seznam tabulek	12
Seznam zkratk	13
Úvod.....	14
TEORETICKÁ ČÁST.....	16
1 Smyslová stimulace.....	16
1.1 Smysly	16
1.1.1 Zrak	17
1.1.2 Sluch.....	18
1.1.3 Hmat	18
1.1.4 Čich	19
1.1.5 Chuť.....	19
1.2 Smyslová aktivizace	20
1.2.1 Krátkodobá smyslová aktivizace.....	21
1.2.2 Individuální a skupinová smyslová aktivizace.....	21
1.2.3 Doporučení pro aktivizaci pacientů s demencí.....	22
1.2.4 Čtyři pilíře úspěšného setkávání	22
2 Demence.....	24
2.1 Klasifikace demencí	24
2.2 Prevence.....	25
3 Alzheimerova choroba	27
3.1 Původ.....	27
3.2 Etiologie a patogeneze.....	27

3.2.1	Rizikové faktory	27
3.3	Příznaky Alzheimerovy choroby	28
3.4	Stádia Alzheimerovy choroby	31
3.4.1	Bezpříznakové stádium	31
3.4.2	Lehké stádium	31
3.4.3	Střední stádium.....	32
3.4.4	Těžké stádium	32
3.5	Léčba	32
3.5.1	Farmakologická.....	32
3.5.2	Nefarmakologická	33
3.6	Diagnostika.....	34
3.6.1	Diagnostické testy	34
4	Ergoterapie	36
4.1	Ergoterapeutická intervence u osob s demencí.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST		38
5	Cíl práce	38
5.1	Úkoly práce.....	38
6	Výzkumné otázky/problémy	39
7	Metodika.....	40
7.1	Postup sběru dat.....	40
7.2	Výběr zkoumaného vzorku.....	41
7.3	Charakteristika sledovaného souboru	42
7.4	Etické hledisko	43
8	Kazuistika.....	44
8.1	Anamnéza pacienta č. 1	44
8.2	Anamnéza pacienta č. 2	51

8.3 Anamnéza pacienta č. 3	58
Limity práce	64
Výsledky výzkumného šetření	65
9 Diskuze.....	71
Závěr.....	74
Literatura	75
Seznam příloh.....	81
Přílohy	82

Seznam grafů

Graf 1: Zjištěné zájmu o delší smyslovou stimulaci	65
Graf 2: Zjištění spokojenosti	66
Graf 3: Hodnocení oblíbené stimulace	67
Graf 4: Posouzení smyslové stimulace.....	69
Graf 5: Zhodnocení negativních vlivů stimulace	70

Seznam tabulek

Tabulka 1: Barthel index klientky č. 1	47
Tabulka 2: Barthel index instrumentálních ADL klientky č. 1	48
Tabulka 3: Mini mental state examination klientky č. 1	49
Tabulka 4: Barthel index klientky č. 2	54
Tabulka 5: Barthel index instrumentálních ADL klientky č. 2	55
Tabulka 6: Mini mental state examination klientky č. 2	56
Tabulka 7: Barthel index klientky č. 3	61
Tabulka 8: Barthel index instrumentálních ADL klientky č. 3	62
Tabulka 9: Mini mental state examination klientky č. 3	63
Tabulka 10: Účinky smyslové stimulace	68
Tabulka 11: Hodnocení neoblíbených smyslových stimulací	68

Seznam zkratek

ADL – Activities of daily living (všední denní aktivity)

ACH – Alzheimerova choroba

AN – Alzheimerova nemoc

Apod. - A podobně

Atd. - A tak dále

BI – Barthel index

HM – Hrubá motorika

JM – Jemná motorika

MMSE – Mini mental state examination

Např. - Například

SmA – Smyslová aktivizace

tzv. – Takzvaně

Úvod

Stáří je poslední etapa před smrtí. Odehrávají se v ní fyziologické a biologické změny. Člověku se změní hustota svalové hmoty, která se sníží, opotřebovávají se klouby, snižuje se vnímání smyslů a zpomaluje funkce orgánů, přidružují se chronické choroby, nastávají polymorbidity a začíná výskyt duševních poruch. Mezi nejvíce zastoupené patří demence a deprese. (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021)

Lidská populace stále stárne a nyní je více seniorů ve společnosti než dříve. S tím i narůstá i výskyt demence, nejvíce zastoupený druh je Alzheimerova demence. Nyní se odhaduje, že touto nemocí trpí po celém světě více než 55 milionů lidí. Předpokládá se, že v roce 2050 se toto číslo ztrojnásobí a bude jich více než 139 milionů. (Alzheimer's disease international, 2019; Manson a kol., 2019)

V současné době dnešní mladá generace častěji upřednostňuje dobrou práci, touží po zajímavých zážitcích a myšlenku založení rodiny posouvají do budoucna. Někteří ji stále odkládají, až se ocitnou ve věku, kdy je pro ně početí náročné anebo již není možné. I toto je důsledek toho, že se rodí málo dětí a starších osob je nyní více než dříve. (Alzheimer's disease international, 2019; Manson a kol., 2019)

Smyslovou stimulaci lze chápat jako jakoukoliv stimulaci našich smyslů. Lidské smysly se dají trénovat jednotlivě nebo za pomoci více druhů stimulace. Pojem smyslová aktivizace je koncept, který využívá biografii jedince. Smyslová stimulace a smyslová aktivizace cílí na stejný výsledek, jen nabízí jiný způsob práce s klientem. Autorka pro nejefektivnější ergoterapeutickou intervenci využívá smyslovou aktivizaci.

Důvodem výběru tématu odborné práce "Smyslová stimulace u osob s Alzheimerovou chorobou a demencí z pohledu ergoterapeuta" byla stále větší aktuálnost a četnost Alzheimerovy choroby v populaci. Díky pokroku v medicíně a úspěšnosti v léčbě chorob se lidský věk neustále prodlužuje, přibývá stárnoucí populace a s tím i četnost výskytu demence.

Dalším důvodem ke zvolení tématu byla práce v jednom nejmenovaném zařízení pro seniory specializovaném na Alzheimerovu chorobu, na pozici aktivizačního pracovníka. Aktivizační pracovník je osoba, která připravuje a vede aktivizační programy v sociálních zařízeních, ale bez odborných kompetencí ergoterapeuta. Autorka si zde povšimla změn u klientů v jejich smyslovém vnímání.

Touto prací chce zjistit účinky smyslové stimulace v ergoterapeutické intervenci. Dále je její snahou oslovit čtenáře, kteří se o toto téma zajímají a poskytnout jim důležité informace.

Práce je rozdělená na 2 části. Na teoretickou, kde je popsána smyslová stimulace (jednotlivé smysly a smyslová aktivizace), dále demence (klasifikace demencí, prevence), specificky vybraná Alzheimerova demence (původ, diagnostika, léčba farmakologická a nefarmakologická, prevence) a ergoterapie (původ, cíle a ergoterapeutická intervence u demence). A na praktickou část, kde jsou cíle práce, metodika práce a samotné šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Smyslová stimulace

1.1 Smysly

Smysly jsou pro člověka důležité. Umožňují nám příjem informací z vnějšího prostředí. S postupujícím věkem se jejich účinnost snižuje. (Backman et al., 2018)

Receptory a jejich citlivost řídí příjem kvality podnětů. Receptory podle citlivosti, jak je rozděluje Kittnar (2021) dělíme na:

1. Fotoreceptory

- Tyčinky a čípky jsou buňkami fotoreceptorů a nacházejí se v oku. Intenzita jasu je řízena tyčinkami. Vnímání barev a také jasu je řízena pomocí čípků.

2. Nociceptory (Algoceptory)

- Nacházejí se v kůži i ve vnitřních orgánech a dávají tělu signály o nebezpečí. Změnou potenciálu membrány receptoru při zaznamenání nebezpečné situace, dojde k vyslání signálu, který je vnímán jako bolest.

3. Mechanoreceptory

- Rozlišují se mechanoreceptory, které se nacházejí v kůži – čidla pro dotek a tlak. Ty se aktivují při mechanickém dráždění kůže.
- Další receptory se nacházejí v kloubech, ve šlachách a ve svalech. Slouží pro hluboké čítí. Patří pod ně i rovnovážné čidlo.

4. Termoreceptory

- Jsou senzory na vnímání teploty těla v rozmezí 10 až 45 °C. Čidlo pro vnímání chladu je aktivováno při teplotě 23 až 28 °C a čidlo pro vnímání tepla se aktivuje při teplotě 38 až 43 °C.

5. Chemoreceptory

- Chemoreceptory na chemické vlastnosti látek či na změny koncentrace látek.
- Pod ně patří chuť, čich a vnitřní receptory. Chemická látka a její přítomnost je zaznamenávána speciálními bílkovinami receptorů v jejich plazmatické membráně.

Pro vnímání podnětů z vnějšího prostředí nám napomáhají tzv. exteroceptory a pro vnitřní prostředí jsou to interoceptory. Řadíme sem ale také rovnováhu těla, která je vnímána interoceptory s dopomocí setrvačných sil ve vnitřním uchu. (Hudák a Kachlík, 2013)

1.1.1 Zrak

Lidským okem přijímáme až 90 % informací z okolního světa. Díky tomuto zastoupení se dá pokládat za nejdůležitější smysl člověka. Pro většinu lidí je porucha zraku nebo jeho ztráta více zatěžující než jiná porucha smyslu. Okem přijímáme elektromagnetické záření o vlnové délce mezi 400 nm až 700 nm a intenzitu jasu. 400 nm zastupuje fialové záření a 700 nm červené. Přicházející jas a barevnost korigují tyčinky a čípky, které patří pod fotoreceptory. (Kittnar, 2021)

Anatomicky je zrak složen z oční koule a přídatných orgánů. Očnice obsahuje 3 vrstvy stěn. V první, zevní (vazivové) vrstvě je bělima a rohovka. Ve druhé, střední (cévnaté) vrstvě je cévnatka, řasnaté tělísko a duhovka. A ve třetí, vnitřní (senzoricko-nervové) je sítnice. Pod přídatné orgány patří víčka (horní a spodní), slzné žlázy, okohybné svaly a spojivky očí. (Kittnar, 2021)

Sítnice produkuje světločivost oka. I s fotoreceptory obsahuje pigmentové skvrny a nervové buňky. Tyčinky slouží k vnímání barev černé a bílé, což umožňuje vidění za šera. V jedné bulvě se nachází 125 miliónů tyčinek. (Kittnar, 2021)

Čípky slouží k barevnému vidění. Ale nejsou rovnoměrně rozprostřeny jako tyčinky. Jsou produkovány ve třech barvách: zelená, modrá a červená. Barvocitové vnímání je korigováno třemi faktory: sytost barev, jas a barevný tón. Celkový počet čípků v oku je 6 milionů čípků. (Kittnar, 2021)

Během stáří dochází k hromadění skvrn ve sklivci, zhoršování citlivosti čípků a tyčinek, a také ke žloutnutí čoček. Zhoršená schopnost rozeznávat fialovou, zelenou a modrou barvu je připisována snížené citlivosti čípků. Oko ztrácí schopnost adaptovat se na různé změny osvětlení. Nejdříve dochází ke zhoršenému vidění za šera, které je nejčastější příčinou pádů. (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013)

1.1.2 Sluch

Sluchem se člověk orientuje a poznává svět. Je jím poskytováno až 15 % přijímaných informací z okolního světa. Spolu se zrakem je pro jedince druhým nejvýznamnějším smyslem, v případě jeho poruchy je člověk ve svém prožívání velmi limitován. Samotné ucho se skládá ze zevního, středního a vnitřního ucha. Sluchové ústrojí zajišťuje komunikaci s okolím, je důležité pro emoční vazbu s děním ve světě, pro získání a upevnění naučených dovedností. Vytváří jistotu v případě ohrožení, kdy jedinec slyší zvuky přicházející z různých míst. A je zásadní pro vývoj řeči a komunikaci. Lidský sluch rozeznává zvuky od 16 Hz-20 000 Hz. (Kittnar, 2021)

Ve vyšším věku bylo vypořádováno, že nejprve dochází ke zhoršení při rozeznávání frekvencí jednotlivých tónů. Prvotně dochází k problémům s rozeznáváním vyšších frekvencí a posléze frekvencí středních a nižších. Osoby ve starším věku tedy mají problém se soustředit na více zdrojů zvuků současně. Nejdříve si zvolí jeden zdroj zvuku a poté přesunou pozornost na druhý. (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013)

U osob ve věku přibližně 65 let je zřetelná ztráta sluchu u 25 až 40 % jedinců, po překročení věku 80 let je to již u 80 % osob. (Backman et al., 2018)

1.1.3 Hmat

Hmat není jasně vymezený na jednu oblast, jak je tomu u ostatních smyslů. Tento orgán je rozprostřen po celé ploše lidského těla. Vnímání hmatem je souhra kožního, pohybového analyzátoru se současnými receptory v kůži, ve svalech a šlachách. (Kittnar, 2021)

Změny registrace podnětů pomocí hmatu ve starším věku, jako je například snížení citlivosti na teplo a vibrace, způsobují u seniorů problémy se zpomalením reakcí na bolestivé podněty. (Backman et al., 2018)

1.1.4 Čich

Čich je spolu s chutí řízen chemoreceptory. Tento smysl se podílí i na emocích, obranných vlastnostech, interakcích s okolím a na výběru partnera. Proces čichu začíná nasátím vzduchu do nosu. Ten se poté dostane do čichového pole na stropě nosu, kde se nachází čichová sliznice. Ke zvlácnění sliznice napomáhá hlen. Nosem rozeznáváme 8-30 typů vůní, ty jsou považovány za základní. (Kittnar, 2021)

Vlákna čichového nervu se v seniorském věku ztrácí. Tento úbytek vláken má za následek, že u seniorů dochází k neschopnosti rozeznat určité pachy. Tyto pachy se jim jeví potom méně pronikavé a velmi staří lidé již např. necítí pronikavost pachů moči. (Kittnar, 2021)

Slouží ke sledování bezpečnosti vdechovaného vzduchu a požitelnosti potravin. Silně také ovlivňuje náš sociální a emocionální život. Mozek tedy musí z pachových podnětů extrahovat různé typy informací, včetně informací o identitě předmětů a potravin, environmentálních rizicích a sociálních a emocionálních podnětech. Tyto funkce jsou pravděpodobně prováděny odlišnými kortikálními sítěmi v rámci čichového systému, ale organizace těchto funkčních sítí není plně pochopena. (Zhou et al., 2019)

1.1.5 Chuť

Chuť spolu s čichem patří pod chemoreceptory. Orgány přijímající chuťové vjemy jsou jazyk, měkké patro, hltan a horní část jícnu. Jazykem se přijímá nejvíce podnětů z chuťových pohárků. Povrch pokrývají papily. Rozeznáváme čtyři druhy chutí – sladkou, slanou, hořkou a kyselou. A současně se prozkoumává pátá chuť, označovaná japonským názvem „umami“. (Kittnar, 2021)

Jazyk seniora obsahuje málo chuťových pohárků na slanou, kyselou a hořkou chuť. Naopak nejméně se jich ztrácí pro sladkou chuť, proto většina osob v seniorském věku miluje sladká jídla, která proto více preferují před ostatními. (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013)

Ženám začínají atrofovat chuťové pohárky po překročení 40. roku věku, u mužů od 50. roku věku. (Backman et al., 2018)

1.2 Smyslová aktivizace

Do české praxe zavedla a dále rozvinula smyslovou aktivizaci Ing. Mgr. Hana Vojtová. Vytvořila také autorský koncept péče a aktivizace pod názvem Koncept Smyslové aktivizace. Iniciovala vznik Institutu Smyslové aktivizace ISA educa s.r.o. Koncept Smyslové aktivizace učí zejména úctě, respektu a lásce v péči o stárnoucího člověka a nabízí aktivizaci, která je založena na smysluplných činnostech. (Vojtová, 2014)

Metoda vychází z toho, že člověk s demencí ztrácí krátkodobou paměť, ale dobře mu funguje paměť dlouhodobá. Je tedy dobré připomenout schopnosti, které měl již dávno. Nadměrná péče, kdy za člověka všechno uděláme a nedáme mu šanci k sebemenšímu podílu na sebeobsluze, musí skončit. Vyškolený pracovník v konceptu smyslové stimulace podporuje seniora v jakékoliv denní činnosti, která ho opět zapojí do přítomného okamžiku /oblékání, mytí, holení, příprava jídla, líčení, péče o květiny, lehčí úklid atd. (Vojtová, 2014)

SmA je metoda, která je založena na principu přijímání informací z okolí všemi smysly. Ty jsou následně zpracovány a uvedeny do pohybu. Mozkem jsou přijímané informace zpracovány. Získané informace jsou organizovány a uchovány k předchozím již získaným a uloženým informacím. (Vojtová, 2015)

Pozitivní reakcí na aktivizaci je vytvoření kognitivní, motorické, verbální a komplexní aktivity. Jejím cílem je zachovat, dlouhodobě udržet či obnovit vlastní, sociální a reálné kompetence. Vlastní kompetence zahrnují sebepojetí osoby. Jako sebevědomí, sebelásku a jiné. Sociální kompetence zahrnují integraci s okolím a vytvářením lepších vztahů s rodinou a s okolím. Mezi reálné kompetence patří soběstačnost dané osoby. Pro harmonii člověka je nutné kompetence propojit. (Vojtová, 2015)

Aktivizace se soustředí na klienta a jeho potřeby. Kompetence jsou aktivovány rytmickým integrovaným tancem, motogeragogikou (psychomotorická aktivizace seniorů), zvukovými vjemy, tréninkem kognitivních funkcí a hudbou. V praxi se aplikace zaměřuje na biografii jedince, jeho vzpomínky a životní příběh. Posléze ho vede k přijetí jeho samotné osoby. (Vojtová, 2014)

1.2.1 Krátkodobá smyslová aktivizace

Krátkodobá smyslová aktivizace znázorňuje cílené, pečlivě zvolené, vědomé zaměření na vybrané jedince, skupiny s rozličnými potřebami v rozdílných směrech. Úkolem je splnění potřeb, které přináší pocit vyrovnanosti a tím i kvalitu života starých osob. V průběhu dne usiluje o splnění potřeb. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Během dne dává možnost zdravotnímu personálu docházet za klienty, rozvíjet s nimi vztahy a tímto obohacovat a naplňovat jejich životy ve stáří. Intervence trvá jen 10 minut, a proto je možné ji provádět opakovaně kdykoli během celého dne. Při komunikaci s klientem by zdravotní pracovník měl dbát na poskytnutí časového okénka pro odpověď. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Správně provedená terapie vyvolá pocity pohody, klidu a vyrovnaní. Nesprávná terapie podnítlá podrážděnost, sociální izolaci, deprese, stavy strachu, neklidné chování atd. Dokonce ze zvýšeného neklidu nastane i agresivní chování. Neocenitelný a značný účinek má pravidelnost aktivizace u osob s demencí. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

1.2.2 Individuální a skupinová smyslová aktivizace

Individuální aktivizace je určena pro imobilní jedince se sníženou orientací, kdy se zabývá péčí o něj, o jeho podporu a aktivizaci na lůžku. Při příchodu za klientem ho lze orientovat časem popřáním dobrého rána a navázání kontaktu za pomoci oslovením jeho jménem. (Vojtová, 2014)

Skupinová aktivizace je vedená proškoleným odborníkem. Pokud je to senior s demencí, ve skupině může být jen 6 lidí, pokud je to plně orientovaný senior, počet činí maximálně 5 lidí. Čím je stupeň demence vyšší, tím se skupina zmenšuje. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Pro efektivní terapii si je podle Wehner a Schwinghammera (2013) nutné zodpovědět následující otázky:

- Pro koho tuto terapii děláme?
- Co budeme dělat?
- Jak to budeme provádět?
- Kdy terapii provedeme?
- Proč to budeme dělat?

Méně se soustředíme na otázku, kde to bude probíhat a jak dlouho. Poté se soustředíme na zvolení tématu. Podtéma je zvoleno od období (týden/měsíc), ve kterém bude probíhat hlavní téma. Do plánu píšeme i vybraná jména účastníků. Je nesmírně důležité se zaměřit na volbu materiálu, a jaký smysl chceme zaktivovat. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

1.2.3 Doporučení pro aktivizaci pacientů s demencí

S osobami trpící demencí doporučuje Wahner a Schwinghammer (2013) pracovat tímto způsobem:

1. Časové rozmezí terapeutické jednotky je zhruba v trvání 15 minut, delší čas by mohl klienta unavit;
2. Neklademe na ně příliš velké nároky, které nemohou splnit;
3. Provádění terapie je každodenní, kvůli jasně viditelným výsledkům;
4. Eliminujeme pro ně traumatická témata, která mohou zahrnovat válku, hlad apod. Proto je nutné znát tzv. biografii člověka;
5. Pracujeme s předměty, které zná a snadno určí;
6. Dbáme na dostatek času pro klientovo vyjádření. Zajímá nás stupeň jeho nemoci, a zda je ho možné aktivovat ve skupině či individuálně.

1.2.4 Čtyři pilíře úspěšného setkávání

Úspěch spočívá na čtyřech pilířích aktivizace, při které se dodržuje systém setkávání. Těmi jsou dle Vojtové (2014):

1) Dotyk

- Kontakt s klientem začíná podáním ruky a pozdravením se s ním. Projevujeme tím respekt, úctu a vyjadřujeme svůj zájem být v jeho přítomnosti a trávit s ním čas.

2) Podpora

- Komunikujeme s klientem, nasloucháme mu a vedeme s ním rozhovor. Zjišťujeme o něm informace.

3) Komunikace

- Komunikací verbální i neverbální kdykoli během dne péčí o jedince. Zajímáme se o jeho život a jsme tu pro něj.

4) Pozornost

- Udržujeme oční kontakt a dáváme najevo svůj zájem.

2 Demence

2.1 Klasifikace demencí

Druhy demencí, tak jak klasifikuje Kisvertová (2020) a Ferťalová a Ondriová (2020) jsou:

1. Primární, na podkladě atroficko-degenerativního podkladu

- Alzheimerova choroba (představuje 60 % všech demencí)
- Demence s Lewyho tělísky
- Frontotemporální demence

2. Sekundární, symptomatické a smíšené

- Vaskulární demence (představují 20 % všech demencí). Dělí se dále na mikroangiopatické a multiinfarktové.
- Metabolické demence
- Toxické demence
- Demence při Pickově chorobě
- Poúrazové demence
- Demence při Parkinsonově chorobě
- Demence při infekcích a další.

Sekundární demence jsou způsobeny celkovým onemocněním, intoxikací, cévními poruchami, úrazy, nádory, metabolickými poruchami mozku a jinými příčinami. Mezinárodní klasifikace nemocí neboli MNK-10 dělí demence do více skupin. Porucha funkce může být primární, jako je při chorobách, poraněních a poškozeních postihujících přímo a výlučně mozek, nebo je sekundární. Při systémových chorobách a poruchách, při kterých je mozek jen jeden z více postižených orgánů a systémů. (Ferťalová a Ondriová, 2020)

2.2 Prevence

Prevenci lze rozdělit na primární a sekundární. Primární poukazuje na snížení vzniku arteriální hypertenze, kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních onemocnění a diabetu mellitu. Toho lze docílit úpravou stravovacích návyků a zdravým životním stylem. Pod zdravý životní styl patří dostatečná tělesná aktivita a omezení kouření. Dále trénink kognitivních funkcí, udržení a prohloubení sociálních kontaktů. Kvalitní zdravotní, pečovatelská a sociální péče. (Janoutová et al., 2020)

Sekundární prevence systematicky zachycuje preklinické (bezpříznakové) stádium zdravotními vyšetřeními. Neurodegenerativní změny mohou být zachyceny při vyšetření z mozkomíšního moku, z magnetické rezonance, ze screeningového neuropsychologického vyšetření či z genetického vyšetření. (Janoutová et al., 2020)

Dle České alzheimerovské společnosti (2015) a Livingston et al. (2017) je prevencí možné předejít propuknutí nemoci, je ale nutné dbát na následující doporučení:

1. Péče o srdce

Srdce, aby dobře pracovalo, musí mít zdravé cévy. Poškození nastává kouřením, vysokým cholesterolem, hypertenzí, cukrovkou a obezitou. Lepší péče o své tělo a zdravá strava může pomoci předejít vzniku infarktu, mozkovým mrtvicím a rozvoji demence.

2. Fyzický pohyb

Tělesná aktivita nejen dobře prospívá tělu, ale i mysli. Pohyb pomáhá udržovat správnou hodnotu krevního tlaku, regulovat váhu a snižovat riziko diabetu 2. typu či vznik některých druhů rakovin a rozvoji demence.

3. Zdravý a vyvážený jídelníček

Říká se „Ve zdravém těle, zdravý duch“ a v tomto případě je to pravda. Nutričně vyvážená je klíčem pro správné fungování těla. Závěr některých studií prokazuje, že strava bohatá na obilniny, ryby, zeleninu, ovoce a luštěniny je zásadní jako prevence pro vznik demence. Naopak je nutné se vyvarovat konzumaci zvýšeného množství polotovarů, tučných, hodně solených a velmi sladkých jídel. Ty ucpávají cévy a zvyšují riziko infarktu.

4. Procvičování kognitivních funkcí

Člověk se neustále učí. Stálé zaměstnání mozku slouží jako prevence vzniku poruch kognice. Výhodou je, když má jedinec nějaké záliby a koníčky. Pasivita a nezájem o aktivity snižují tvorbu mozkových buněk a posilování nervových spojení. Přenos informací se zpomalí a mozek začne být tzv. lenivý. Bývá delší časová odezva jedince na odpovědi.

5. Účast na společenských aktivitách

Lidská populace je od pradávna ve skupinách. Samota není pro nás a spíše nám ubližuje, než pomáhá. Ale jsou i jedinci, kterým samota vyhovuje. Člověk ve své podstatě je společenský tvor a setkání s druhým jedincem mu zvedne náladu. Deprese je jednou z možných spouštěčů demence. Všeobecně se doporučuje, aby člověk docházel do společnosti a družil se s ostatními. Stimulujeme tím mozek a jeho mozkové rezervy a zároveň dbáme o naše duševní zdraví. Stačí rozhovor s přáteli, nový koníček, čas s rodinou či vyrazit čistě jen do společnosti.

3 Alzheimerova choroba

3.1 Původ

První zmínky o této nemoci poskytl při své praxi německý psychiatr a patolog jménem Alois Alzheimer v roce 1906. Provedl pitvu, při které objevil v mozku zemřelého jedince patologické změny, projevující se velkým množstvím plaků a vláken. V té době se ale domníval, že se jedná pouze o kuriozitu. (Vostrý a Veteška, 2021)

Tato choroba se řadí mezi neurodegenerativní onemocnění. Má progresivní a ireverzibilní charakter. V mozku se objevují atrofické léze, nejčastěji v temporální oblasti. Dále v mozku zanikají neurony cerebrokortikální a hipokampální, zanikají synapse, tvoří se protein beta – amyloid a probíhá degenerace tau – proteinu a další projevy. (Janoutová et al., 2020; Zvěřová, 2022)

Z různých zdrojů se také můžeme dozvědět, že se jedná o systémové onemocnění zasahující i periferní tkáň a krevní řečiště pomocí zánětlivých, metabolických, oxidativními a biochemickými procesy. (Zvěřová, 2022)

ACH je v současné době nevléčitelná, ale dá se pomocí terapií upravit nebo zpomalit její průběh a tím pozastavit přechod do těžší fáze. I přes aplikaci terapií končí smrtí. Spadá pod hlavní primární příčiny smrti jedince. (Zvěřová, 2017; Ferťalová a Ondriová, 2020)

3.2 Etiologie a patogeneze

AD je dělena na formy s časným začátkem před 65. rokem věku a pozdním začátkem ve věku 65 a výše. (Zvěřová, 2017; Scheltens et al., 2021)

3.2.1 Rizikové faktory

Nejvíce udávaným rizikovým faktorem je věk. Rostoucí věk populace a s tím i výskyt onemocnění se zvyšuje. U osob 65 let je onemocnění u 5-7% populace, u věku 70 a více je výskyt 10 %. Nemoc je častější u žen. (Korábečný, Soukup a Vališ, 2020)

Dalším faktorem je přítomnost demence již v rodině, výskyt apolipoproteinu E4. Nízký stupeň vzdělání a trauma či časté poranění mozku. (Fertalová a Ondriová, 2020; Zvěřová, 2017)

Mezi možné rizikové faktory podporující vznik AD řadíme kardiovaskulární choroby, hypertenzi, stres, obezitu, kouření, zvýšený cholesterol, deprese, alkohol, nedostatek pohybu a neléčený diabetes mellitus. Za nepotvrzené a zkoumané příčiny se považují perinatální příčiny a také vývoj a růst mozku v dětství. (Zvěřová, 2017; Fertalová a Ondriová, 2020; Zvěřová 2022)

Fenclová, Albrecht, Harsa a Jiráček (2020) dělí faktory na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Ovlivnitelnými jsou deprese, úrazy hlavy, požívání alkoholických nápojů, kouření, obezita a další. Neovlivnitelnými jsou pohlaví, přítomnost nemoci v rodině, věk a přítomnost apolipoproteinu E4. (Fenclová, Albrecht, Harsa, Jiráček, 2020)

3.3 Příznaky Alzheimerovy choroby

Často nebývají příznaky demence rozpoznány včas a promarní se tak doba, kdy by bylo možno léčbou výrazně zpomalit průběh a prodloužit lehká stadia demence na úkor stadií těžkých. Postižení lidé se mění, u některých demencí probíhá změna pomalu a zpočátku nenápadně (např. u Alzheimerovy choroby), u některých poměrně rychle (např. vaskulární demence s rychlým začátkem). (Scheltens et al., 2021)

Pacient trpící demencí si svůj problém často neuvědomuje, nepřipouští si ho, různě intenzivně ho bagatelizuje, racionalizuje. Objektívizace příznaků další osobou je velmi důležitá. (Scheltens et al., 2021)

Příznaky demence mohou být poněkud odlišné u Alzheimerovy choroby a u jiného typu demence. Obecně je u nich ale velká podobnost. Nejběžněji se dle České alzheimerovské společnosti (2015) uvádí těchto deset varovných příznaků, kterým je při podezření na onemocnění demencí třeba věnovat pozornost:

1. Ztráta paměti, která narušuje každodenní život

Časnost zapomínání úkolů a nevybavnost v pozdější době. Omezuje provádění běžných aktivit během dne. Jedním z nejběžnějších příznaků Alzheimerovy choroby, zejména v rané fázi, je narušení krátkodobé paměti.

Člověk zapomene informaci, kterou se před chvílí dozvěděl. Lidé s Alzheimerovou chorobou nemají na počátku svého onemocnění potíže se vzpomínkami na dávné události, ale mohou zapomenout na to, co udělali před 5 minutami.

Vzpomínky na minulost se jim někdy propojují se současností. To vede k tomu, že osoba z minulosti, která již nežije (např. maminka) je těmito lidmi stále považovaná za někoho živého, o kom mluví v přítomném čase. „Maminka mi dneska vynadá, že jsem se ušpinila.“, „Maminka je krásná.“

2. Problémy se sebeobsluhou

Lidé trpící Alzheimerovou chorobou mohou připravit jídlo a zapomenout ho donést na stůl, zapomenou, že ho před chvílí připravili. Jedinec si nevybavuje, že danou aktivitu prováděl a má tendenci to provést znovu. Projevuje se syndrom apraxie (neschopnost vykonávat dobrovolné a cílevědomé pohyby navzdory skutečnosti, že svalová síla, cit a koordinace jsou neporušené). V každodenním životě to znamená například neschopnost zavázat si tkaničky, otočit kohoutkem a pustit si vodu, nebo zapnout rádio.

3. Problém s komunikací (afázie)

Lidé s Alzheimerovou chorobou mají problémy se slovní zásobou. Zapomínají i jednoduchá slova, nahrazují se jinými a jejich věty potom nemusí dávat smysl. Mohou mít problémy s konverzací. Často se stává, že se zastaví uprostřed hovoru a nevědí, jak mají pokračovat, nebo se mohou opakovat. Také mohou nahrazovat slova jinými, která jsou jiného významu (např. slepice místo čepice) nebo použití špatného slova bez jasné souvislosti. Někdy lidé opakují fráze nebo slova, která slyší od ostatních nebo vytvářejí svůj vlastní jazyk, kterému ostatní nerozumí.

4. Časová a místní dezorientace

Lidé s Alzheimerovou nemocí mohou ztratit přehled o datech, ročních obdobích, o čase. Mohou zapomenout, kde právě jsou a jak se tam dostali. Člověk postižený demencí může bloudit ve svém bytě či domě nebo při pobytu venku netrefí zpět domů a může se ztratit. Tento stav je velmi nebezpečný. Příbuzní nemocného by měli být informováni o službě ČAS, která poskytuje náramek „bezpečný návrat“. Ten umožňuje snadnější identifikaci nemocného, pokud je nalezen a nevzpomíná si, kde bydlí. Někdy bývá problém v porozumění rytmu dne a noci. Nemocní často přes den poklimbávají, zatímco v noci jsou

velice aktivní. Při častějším nočním pohybu je u nich velké riziko pádů, úrazů, toulání mimo domov apod.

5. Zhoršený nebo špatný úsudek

U lidí s Alzheimerovou chorobou se zhoršuje úsudek a rozhodování. Mohou špatně nakládat s penězi, mohou se nesprávně obléknout, během teplých dní mohou nosit několik vrstev oblečení, v zimě se zase obléknou příliš nalehko. Někdy se stává, že nevěnují dostatek péče svému vzhledu a osobní hygieně. Projevuje se u nich syndrom agnózie (ztráta schopnosti rozpoznat předměty a jejich účel).

Člověk s agnózií se pokouší používat vidličku místo lžice, nůž místo propisky atd. Bohužel to vede i k tomu, že člověk nepozná svého blízkého. Důvodem není ztráta paměti, ale spíše to, že mozek nerozpozná identitu člověka na základě informace toho, co vidí.

6. Problémy v abstraktním myšlení

Lidé s Alzheimerovou chorobou nevědí, jak mají použít například platební kartu, jak si označit lístek v Městské hromadné dopravě, jak použít mobilní telefon. Mají problémy s vybavením představ, zkušeností a informací.

7. Zakládání věcí na nesprávné místo

Nemocný člověk často někde „založí“ klíče, peníze či doklady. Pokud je později hledá, často se stává, že obviňuje ostatní ze svého okolí, že mu tyto věci schovali, nebo odcizili.

Toto obviňování souvisí s narušením krátkodobé paměti. Někdy může pomoci vytvoření „náhradních dokladů“, stejně tak svazek „jiných“ klíčů, jejichž ztráta neohrozí bezpečnost domácnosti.

8. Změny v náladě nebo chování

Člověk s Alzheimerovou chorobou může podléhat rychlým a náhlým změnám nálady bez zjevného důvodu. Nečekaně propukne v pláč nebo podlehne návalu hněvu. Lidé s demencí jsou při vyjadřování svých pocitů opravdoví a spontánní. Jejich radost je nakažlivá, zlost je nabita energií, smutek je hluboký a náklonnost silná.

9. Ztráta iniciativy

Lidé s Alzheimerovou chorobou bývají pasivnější ve vztahu ke svým dosavadním koníčkům a zálibám, mohou se začít vyhýbat společenským aktivitám, potřebují častěji pobízet a motivovat. Stačí jim pasivní sledování televize nebo polehávání na posteli.

10. Změna osobnosti

Osobnost lidí s Alzheimerovou chorobou se může změnit. Mohou se stát úzkostnými, zmatenými, depresivními, podezřavými. Pokud se ocitnou v neznámém prostředí, může je to snadno rozrušit.

3.4 Stádia Alzheimerovy choroby

3.4.1 Bezpříznakové stádium

Před propuknutím prvního stádia nemoci je tzv. bezpříznakové stádium, kdy si osoba neuvědomuje snížení kognitivních funkcí. Období trvá i několik let. (Zvěřová, 2017; Ferťalová a Ondriová, 2020)

3.4.2 Lehké stádium

Probíhá 1-4 roky od propuknutí nemoci. Vyznačuje se nejčastěji poruchami krátkodobé paměti, poruchami v ukládání nových informací do paměti. Starší naučené údaje jsou do značné míry zachované. Začíná porucha orientace v neznámém prostředí a neočekávané reakce na náhlé situace. (Zvěřová, 2017; Ferťalová a Ondriová, 2020)

V běžných aktivitách se objevují poruchy, kdy postupně nezvládá naučené úkony. K těmto poruchám se přidávají i problémy v pracovní a osobní oblasti. Demotivace, ztráta iniciace, změny nálad, deprese, apatie či agresivní chování jsou možným důsledkem uvědomování si svého stavu. Jedinec je soběstačný, ale na samostatné žití jsou mu nápomocné návody a pomůcky. Při brzkém zjištění nemoci je šance na ustálení či zmírnění jejích projevů nemoci na určitou dobu. (Zvěřová, 2017; Ferťalová a Ondriová, 2020)

3.4.3 Střední stádium

Nastává 2-10 let po objevení nemoci. Pacient trpí vážnější poruchou paměti. Poruchy řeči, apraxie a ataxie. Je dezorientován v místě, v osobě, čase. Není schopen si vybavit jména rodinných příslušníků a známých. Porušena je orientace v čase a v prostoru. Ztrácí se i ve známém prostředí. K poruchám se přidružují i poruchy chování, emoční labilita a fatické poruchy. (Zvěřová, 2017; Fert'alová a Ondriová, 2020)

Běžnou manipulaci s přístroji v každodenním životě není schopen vykonat. Nesprávně hospodaří s penězi. Přítomny jsou změny spánkového rytmu, agresivita, emoční labilita, deprese, dezorientace a následné bloudění po bytě. Není ojedinělé, že se vyskytují halucinace a bludy. Jedinec potřebuje neustálý dohled a asistenci u všedních denních aktivit. Vítané jsou nefarmakologické přístupy léčby a aktivizační činnosti. (Zvěřová, 2017; Fert'alová a Ondriová, 2020)

3.4.4 Těžké stádium

Začíná 7-14 let od diagnostikování. Nemocný má úplnou ztrátu paměti, kdy se epizodicky objevují staré uložené informace. Naučení se a příjem nových informací není možné. Zcela porušena je orientace v čase a v prostoru. Není schopen vykonávat žádné sebeobslužné činnosti. Komunikace je až nulová. Pacient vyžaduje 24hodinovou péči. Je upoután na lůžko, je inkontinentní. (Zvěřová, 2017; Fert'alová a Ondriová, 2020)

Přítomny neurologické extrapyramidové příznaky, myoklonus, hypomimie a zvýšený tonus dopaminergního typu. (Fert'alová a Ondriová, 2020)

Příčinou smrti bývá plicní onemocnění, úraz či přidružená choroba k současné. (Zvěřová, 2017; Fert'alová a Ondriová, 2020)

3.5 Léčba

3.5.1 Farmakologická

Tento způsob léčby je především indikován v těžších stádiích choroby, kde se vyskytují rozsáhlejší změny v oblasti chování. Proto se doporučuje holistický přístup. Nejlepší výsledky léčby jsou díky komplexnímu vyšetření, správnému stanovení diagnózy a včasnosti podávání medikamentů. (Fert'alová a Ondriová, 2020)

Preskripci léčiv hodnotí geriatr, psychiatr a neurolog. Medikamenty, kterým se lékaři vyhýbají, jsou s anticholinergním efektem, benzodiazepaminy apod. Jsou řazeny jako rizikové léky. (Franková, 2015)

Základní léky pro léčbu ACH jsou kognitiva (cholinesteráza a memantin). Cholinesterázy (IchE) pro léčbu mírné až středně těžké fáze a memantin pro střední až těžkou fázi, která je posuzována dle hodnocení testu MMSE. (Franková, 2015)

3.5.2 Nefarmakologická

Nefarmakologická léčba má za cíl udržení či zlepšení soběstačnosti jedince, kognitivních funkcí, provádění běžných denních činností, rozvoj JM a HM, celkové zvýšení kvality jeho života. Lze také aplikovat na účelné snížení psychických poruch. Dalším cílem je využití smysluplné činnosti pro terapii i ve volném čase, zdokonalit komunikaci s rodinnými příslušníky a s personálem. (Alzheimer's Association, 2020; Fert'alová a Ondriová, 2020)

Důležitá a přínosná je mezioborová spolupráce mezi členy týmu. Řadí se sem např.: lékař, psycholog, ergoterapeut, fyzioterapeut, speciální pedagog atd. (Fert'alová a Ondriová, 2020)

Dbáme i na správné stravovací návyky, tělesnou aktivitu, hydrataci a správně vybrané aktivity. (Franková, 2015)

Aktivity se pečlivě vybírají a zohledňujeme v nich stádium onemocnění, věk a pohlaví. Ty by měly vždy podporovat pacientovy silné stránky a probíhat ve známém prostředí, ve kterém je orientován. Pro nejlepší výsledky se volí individuální přístup. (Fert'alová a Ondriová, 2020)

Kvůli skutečnosti individuálního přístupu není možné jasně stanovit účinnost nefarmakologické léčby. U této léčby nelze zpomalit ani zastavit zánik neuronů. (Alzheimer's Association, 2020)

Druhy terapií, které patří pod nefarmakologické jsou multisenzorická aktivizace, modifikovaná ergoterapie, muzikoterapie a další. (Lane, Hardy, Schott, 2018)

3.6 Diagnostika

Způsob zachycení kognitivních poruch lze pomocí screeningového vyšetření u praktického lékaře. Na toto objevení nemoci je nutné pravidelně docházet na preventivní prohlídky. Lidé nad 65 let jednou za 2 roky a u mladších 65 let s přítomností určitých příznaků, které je nutné prověřit. Příznaky, na které bereme ohled u mladších osob trpící možným kognitivním deficitem jsou například: poruchy paměti, změna osobnosti, deprese, nevysvětlitelné poruchy rovnováhy (pády a závratě) a zhoršení chronických chorob. (Matějovská-Kubešová a Býma, 2018)

Diagnostiku provádí lékař na základě specializovaných vyšetření (CT, MRI, SPECT, PET) a speciálních testů na hodnocení kognitivních funkcí. (Lane, Hardy, Schott, 2018; Korábečný, Soukup a Vališ, 2020)

Používají se testy MMSE (Mini Mental State Examination), test kreslení hodin, Addenbrookský kognitivní test (ACE-R), Montrealský kognitivní test (MoCA). Na zhodnocení začátku demence a jejího stupně je využívána škála deteorizace pacienta (Global Deterioration Scale – GDS), která hodnotí informace získané od rodiny pacienta a od pečovatele. (Fert'alová, Ondriová, 2020)

Hodnotí se i nekognitivní projevy pomocí testu všedních denních aktivit (Activities of daily living – ADL), instrumentálních všedních denních činností (iADL) a neuropsychiatrického dotazníku (NPI škála) na hodnocení problémového chování. (Fert'alová a Ondriová, 2020)

3.6.1 Diagnostické testy

Test kreslení hodin je rychlý a snadno zhodnotitelný test na detekci kognitivních poruch a demence. Vyšetřovaný má za úkol nakreslit hodiny s ciferníkem. Nejčastěji se požaduje nakreslit čas 11:10. Výhodou je jeho prověření více kognitivních funkcí současně a to zrakově – prostorová funkce, paměť, exekutivní funkce a kalkule. (Bartoš, Janoušek a kol., 2016)

Není ovlivnitelný kulturními aspekty, stupněm vzdělání a jazykovými dovednostmi. Nevýhodou je jeho nejednotnost v hodnocení. Bývá součástí některých kognitivních testů jako Montrealský kognitivní test a Addenbrookský (Korábečný, Soukup a Vališ, 2020)

Mini Mental State Examination je krátký, jednoduchý screeningový test na odhalení kognitivních poruch. Neslouží k zmapování abnormálního chování a emocionality klienta. (Štěpánková a kol., 2015; Creavin, Wisniewski, Noel-Storr, 2016)

Skládá se z 11 subtestů jako napsání věty, orientace časem, orientace místem, opakování 3 slov, pojmenování 2 předmětů, vyjmenování 3 slov, odčítání čísla 7 od čísla 100, opakování věty, překreslení obrazce, porozumění psanému pokynu, porozumění a provedení pokynu. Maximum možných získaných bodů je 30. (Štěpánková a kol., 2015; Creavin, Wisniewski, Noel-Storr, 2016)

Addenbrookský kognitivní test je krátký screeningový test. Hodnotí se zrakově-prostorové funkce, paměť, slovní produkce, pozornost a orientace a jazyk. Maximum získaných bodů v tomto testu je 100. (Beránková, Krulová a kol., 2015)

4 Ergoterapie

Ergoterapie je profese, která se zaměřuje na zapojování člověka do činností, které jsou pro něj důležité a smysluplné. Intervence se zaměřuje na podporu zdraví a pohody klienta. Zásadní rolí ergoterapie je maximální využití potenciálu člověka a jeho zapojení v každodenních činnostech života a zaměstnávání bez ohledu na zdravotní znevýhodnění. Pod pojmem „zaměstnávání“ je zahrnuta veškerá činnost, jenž je v průběhu života jedince pro něj důležitá a vytváří jeho identitu. Ergoterapie se orientuje na oblasti vykonávání ADL (všední denní aktivity), práci a produktivní činnosti, hru a vyplnění volného času. (Krivošíková, 2011; O'Brien, Hussey, 2018)

Pro správnou intervenci je dobré se zaměřit také na sociální roli jedince v jeho sociálním prostředí a v komunitě. (Jelínková a Krivošíková, 2007; Occupational Therapy Practice Framework, 2014)

Všední denní činnosti jsou doménou této profese. Každý jedinec chce být soběstačný a k jeho otestování slouží rozdělení aktivit na personální a instrumentální. Ty se dále testují specializovanými testy. Pod personální/bazální patří, které vykonává jedinec sám a k jeho fyzickým funkcím. Jsou to příjem potravy a pití, osobní hygiena, ovládání močení, ovládání stolice, sprchování/koupání, oblékání a svlékání, použití toalety (posazení se na ní, utření se, oblečení a zvednutí ze záchodové mísy), chůze po rovině, pohyblivost na lůžku a přesun z postele na židli a zpět, chůze po schodech. (Krivošíková, 2011; Prohuman, 2012; O'Brien, Hussey, 2018)

Instrumentální, kdy jedinec komunikuje s okolím a pečuje o svůj byt. Řadí se sem cestování MHD, nakupování, manipulace a placení s penězi, údržba domácnosti (úklid, péče o květiny apod.), používání komunikačních technologií (mobilní telefon, počítač, tablet). (Krivošíková, 2011; Prohuman, 2012; O'Brien, Hussey, 2018)

Ergoterapie usiluje o tyto účinky z výstupu praxe, tak jak je popisuje Krivošíková (2011) a Standards of Practice for Occupational Therapy (2022):

- Edukace nové či reedukace ztracené činnosti;
- Zajistit alternativní způsob provádění činností a úkolů pro osoby s dočasným či chronickým onemocněním;

- Pomocí speciálních vyšetřovacích testů zhodnotit a objevit oblasti, kde má jedinec limitace;
- Doporučení pomůcek, jak technických, tak kompenzačních pro usnadnění běžných denních aktivit;
- Pomoc při plánování, organizování a udržování schopnosti harmonicky provádět aktivity běžného života v různých obdobích života osob;
- Nabídnout vhodné postupy na provádění rozličných činností a aktivit u osob rizikových či s postižením.

4.1 Ergoterapeutická intervence u osob s demencí

U osob nemocných AN se ergoterapie soustředí na silné stránky a schopnosti. Podporujeme tím jeho soběstačnost a nezávislost. (AOTA, 2017)

Zaměřujeme se hlavně na nácvik ADL (všedních denních aktivit; jak personálních, tak instrumentálních), na trénink kognitivních funkcí (orientace časem, místem a osobou, krátkodobá paměť, dlouhodobá paměť, rozvoj logického myšlení, slovní zásoba apod.), trénink jemné a hrubé motoriky, vertikalizaci, smyslovou terapii, reminiscenční terapii a aktivizaci. (Lupienská, 2012; Fraker et al., 2013)

Nejlepších výsledků terapie dosáhneme vždy pomocí individuálního přístupu, v němž vybereme nejvíce vhodný dle zohlednění věku, stádia nemoci a cíle terapie. (Fert'alová a Ondriová, 2020)

Naši pozornost také přesouváme na způsob provádění činností, na jeho zvyklosti a rituály. Předcházíme tím poruchám chování a přispíváme tím k postupnému zklidnění. (Suchá, 2013)

Ergoterapeut před samotnou intervencí provede ergoterapeutické vyšetření. Z výsledků se stanoví krátkodobý, dlouhodobý plán a cíl. Terapie je dlouhodobá a kontroluje se, zda se její průběh blíží stanovenému cíli. Cíl se stanoví tak, že je snadno splnitelný, reálný jeho schopnostem a pro klienta žádoucí. Početně se stanoví maximálně 3 cíle. (Jelínková, 2009; Švestková, 2015)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíl práce

Cílem této práce je popsat a zhodnotit význam smyslové aktivizace u klientů s demencí a s Alzheimerovou chorobou z pohledu ergoterapeuta.

5.1 Úkoly práce

1. Načerpání teoretických znalostí o smyslové stimulaci, o demenci a o Alzheimerově chorobě z různých zdrojů.
2. Stanovení výzkumných předpokladů.
3. Vybrání vhodného sledovaného vzorku klientů a provedení kazuistického šetření.
4. Provedení výstupního rozhovoru s klienty pro získání zpětné vazby na provedenou smyslovou stimulaci.
5. Analyzování získaných výsledků z kazuistického šetření.

6 Výzkumné otázky/problémy

- 1) Předpokládám, že klient vzhledem ke svému onemocnění bude mít zájem o SmA pouze krátkodobě.
- 2) Předpokládám, že vzhledem k biografii klienta by mohla vzniknout negativní odezva.

7 Metodika

Zvolenou metodou bakalářské práce byl kvalitativní výzkum. Výzkum se opírá o podrobnou analýzu dat a sběr informací. (Vítečková, 2022)

Oproti kvantitativnímu výzkumu je tato metoda časově náročnější při získávání potřebných dat a ve vyhodnocení výsledků. (Skutil, 2011)

Výhoda kvalitativního výzkumu spočívá ve zkoumání subjektu v jeho přirozeném prostředí, jeho pohotových reakcích na neočekávané změny a situace v průběhu intervence. (Vítečková, 2022)

Praktická část se zabývá stimulací smyslů u osob s demencí, kdy zkoumá účinky této stimulace. Zvolenou metodu výzkumu jsem aplikovala po dobu několika týdnů v jednom pražském domově pro seniory. Cílem této práce bylo popsat a zhodnotit význam smyslové stimulace u osob, kterým byla diagnostikována demence.

Seniorský věk s sebou přináší různé změny, jak tělesné, tak i psychické. Postupně dochází ke zhoršování smyslů, které jsou důležité pro navázání kontaktu s okolím a pro psychickou pohodu jedince. Je tedy nezbytné je stimulovat různými způsoby. (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013)

7.1 Postup sběru dat

Před samotným sběrem dat autorka vytipovala vhodné klienty pro svůj výzkum a dalším důležitým krokem bylo nastudování odborné literatury o smyslové stimulaci a její následné aplikace do ergoterapeutické intervence.

Pro zpracování kazuistického šetření/případové studie bylo nutné provést sběr dat pomocí různých metod. S ohledem na platnou legislativu zabývající se ochranou osobních údajů, mezi které patří také lékařská anamnéza, byly zdravotní informace získány přímo rozhovorem s klientem, případně s jeho rodinou. Provedl se vstupní rozhovor pro sestavení anamnézy, který trval přibližně 30 minut. Pro stanovení anamnézy nebyla použita lékařská dokumentace.

Další použitou metodou byla metoda pozorování. Byla využita ke zjištění chování klienta domova pro seniory v jeho přirozeném prostředí. Pozorování probíhalo na pokoji nebo na klidném místě, kde se prováděla i samotná terapie.

Pro co nejefektivnější smyslovou stimulaci byla zvolena metoda biografie ze smyslové aktivizace. Biografie zjišťuje život jedince pomocí cíleně kladených otázek. (Vojtová, 2014)

Poté byly provedeny testy na zhodnocení kognitivních funkcí a zjištění stádia demence (MMSE). MMSE je zkratka Mini Mental State Examination, což je stručný test nejvíce používaný na zhodnocení kognitivních funkcí ve vědeckém a klinickém prostředí. Jeho oblíbenost byla získána díky jeho rychlosti při použití a jeho snadnou administrací. Autoři Arevalo- Rodriguez a kol. (2021) ve svém výzkumu zkoumají přesnost a spolehlivost tohoto testu. Z jejich zjištění vyplývá obecná přesnost testu od 23% až 76 % a specifčnost od 40% až 94% u demence. U vaskulární demence se senzitivita pohybuje od 32% až do 90% a specifčnost od 40% až 94%. U Alzheimerovy choroby je senzitivita 27% až 89 % a specifčnost testu od 30% až 90%. (Arevalo-Rodriguez et al, 2021)

Na zhodnocení stavu soběstačnosti autorka použila Barthel index, instrumentální všední denní činnosti- ADL, na zhodnocení výskytu deprese u seniora Geriatrickou škálu deprese dle Yesavage.

Smysly byly hodnoceny pomůckami a způsoby, které je stimulují (např.: zraková stimulace velkými a pestrými předměty, sluchová stimulace různými hlasitými zvuky, čichová stimulace sladkými a pronikavými vůněmi, hmatová stimulace jemnými a studenými materiály, chuťová stimulace slanými a sladkými jídly).

Na základě všech výsledků z komplexního vyšetření byl stanoven ergoterapeutický krátkodobý cíl, plán a dlouhodobý cíl a plán.

7.2 Výběr zkoumaného vzorku

Pro kazuistické šetření byl vybrán vzorek lidí s demencí, kteří jsou v domově seniorů ubytováni. Toto zařízení má specializaci na demenci a Alzheimerovu chorobu. Věkové rozmezí klientů v zařízení se pohybovalo od 65-102 let. Hlavním kritériem pro vstup do zvoleného šetření bylo potvrzení diagnózy demence od praktického lékaře nebo od psychiatra. Dalšími indikacemi byla minimální věková hranice 65 let, schopnost spolupráce při výzkumu

a klient bez projevů agresivního chování. Těžké sluchové postižení, agresivní chování a celková neschopnost spolupráce byly shledány jako kontraindikace.

Onemocněním trpí čím dál více lidí. Dle odhadů postihuje tato nemoc každého pátého až osmého seniora nad 60 let. Každé tři sekundy je zaznamenáván další nový případ jedince s demencí, což každoročně zvyšuje celosvětově počet seniorů s demencí na 7,7 miliónů. (Zvěřová, 2022) Choroba se vyskytuje u obou pohlaví, častější je u žen. (Fertálová a Ondriová, 2020) V domově pro seniory je obecně více žen než mužů. Proto byly ve zkoumaném vzorku zastoupeny ženy, které byly zvoleny tak, aby byly současně prezentovány různé stupně demence. Věkové rozmezí respondentek se nacházelo v rozpětí 80-91 let. Mezi zkoumanými osobami byly ženy s lehkou, střední a těžkou formu demence. Stupeň demence byl zhodnocen testem MMSE. Dle odborného článku autorů Arevalo- Rodriguez a kol. (2021) s názvem „*Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI)*“ je tento test nejvíce používaný ve vědecké a klinické praxi pro zhodnocení onemocnění demence. I po konzultaci s psychologkou pracující v domově pro seniory (kde byl výzkum prováděn) byl tento druh testu vyhodnocen jako nejoptimálnější pro daný výzkum.

Před samotným výzkumem bylo nutné zajistit pro klientky vhodné prostředí, kde by se cítily komfortně a bezpečně. Proto byla pro terapii zvolena „retro místnost“, kterou klientky rády navštěvují. Pokoj byl dobře větratelný, s přirozeným denním světlem, s optimální teplotou a útulně zařízený.

7.3 Charakteristika sledovaného souboru

Společně s vedoucími pracovníky bylo původně vytipováno 8 klientů (muži i ženy) ve věkovém rozmezí 70-94 let. Při počátečním rozhovoru byli vytipovaní klienti informováni o významu bakalářské práce a o průběhu terapie. Tři klienti odmítli spolupráci z důvodu nezájmu, další dva klienti nebyli vhodnými kandidáty pro jejich negativní přístup k terapii. Dosaženými Ve výsledku autorka vybrala tři klientky ve věku 80, 83 a 91 let. V zastoupení lehká, střední a těžká demence. Jedné klientce byl přiznán příspěvek na péči - III. stupeň závislosti a ostatním dvěma IV. stupeň závislosti. Jedna klientka byla přijata do domova pro seniory z jiného sociálního zařízení a zbylé dvě z domácího prostředí.

Pro sběr dat byl osloven pražský domov pro seniory se specializací na Alzheimerovu chorobu (ale i jiné demence), který má mnohaletou tradici a zkušenost v péči se seniory.

Z tohoto důvodu autorka zvolila právě tento domov. Kapacita zařízení je pro 148 klientů ubytovaných ve čtyřech patrech. Na každém patře je 33-37 klientů umístěných v 1-3 lůžkových pokojích. Cílem tohoto zařízení je poskytovat bio-psycho-sociální služby seniorům, kteří již nejsou schopni pobývat ve svém domově. Umožnit jim prožít stáří v laskavém prostředí suplujícím jejich přirozený domov.

7.4 Etické hledisko

Sběr dat v domově pro seniory v Praze probíhal se souhlasem vedoucích pracovníků zařízení s podmínkou, že bude zachována anonymita domova seniorů. Během výzkumného šetření byla vždy zachována anonymita respondentů, kdy se dbalo na poskytnutí soukromí při probíhající terapii.

U klientů, kteří splňovali vstupní požadavky do daného výzkumu, byl před zahájením proveden informační rozhovor, ve kterém byl klient seznámen s tématem bakalářské práce, její podstaty a průběhu terapie. Poté klient odsouhlasil předložený informovaný souhlas se spoluprací, který obsahuje informaci, že mohou být použity osobní údaje o daném respondentu. Soubor se nachází v přílohách bakalářské práce. Autorka práce zdůraznila, že může být terapie či samotná spolupráce na výzkumu ze strany klientka kdykoli ukončena bez udání důvodu. Po celou dobu výzkumného šetření se autorka řídila etickým kodexem ergoterapeuta.

Z důvodu ochrany osobních údajů nebylo možné u klientů zjistit přesný druh demence. Pouze u jedné klientky byla diagnostikovaná Alzheimerova choroba ještě před nástupem do zařízení. Diagnóza Alzheimerovy choroby u této klientky byla zjištěna při rozhovoru s dcerou klientky za účelem získání informací pro sestavení anamnézy. Jména klientek byla záměrně změněna pro zachování jejich anonymity.

8 Kazuistika

8.1 Anamnéza pacienta č. 1

Jméno: Lucie

Pohlaví: Žena

Věk: 83 let

Diagnóza: demence

Osobní anamnéza: prodělala běžné dětské nemoci, operace srdeční chlopně (2009), kardiostimulátor (2015), bez zlomenin

Sociální anamnéza: vdova, žije v domově seniorů se spolubydlící, pobírá příspěvek na péči (III. stupeň – těžká závislost, 12 800 Kč)

Rodinná anamnéza: vdova, 2 děti (dcery), oba rodiče zemřeli přirozeně v 90 letech

Pracovní anamnéza: starobní důchodce, zaměstnanec bazénu v Kralupech do nástupu do důchodu, předtím pracovala několik let jako švadlena

Kompenzační pomůcky: chodítka

Abusus: nekuřačka, nepije alkohol

Alergologická anamnéza: prach, pyl

Farmakologická anamnéza: léky na srdce, na spaní, na alergie

Volný čas a zájmy: Klientka je aktivní a účastní se nabízených aktivit v zařízení. Ráda hraje společenskou hru Bingo, zúčastňuje se tréninku paměti, kreativních činností a dalších aktivit jako vaření/pečení, hudební odpoledne, poslech vážné hudby, diskuze o slavné osobnosti, čtení povídek. Ve volné chvíli ráda luští křížovky a osmisměrky, čte detektivky. Nemá zájem o sudoku.

Biografie klienta: Narodila se v Kutné Hoře. Vyrůstala v Chrásti u Kutné Hory, měla o 4 roky staršího bratra, má o 9 let mladší sestru. V dětství byla často nemocná. Do základní školy ve Zručí nad Sázavou chodila pěšky i několik kilometrů. V hezkém počasí jezdila ráda na kole. Ráda šila oblečení pro dcery a žehlila. Ve školních letech ráda pletla svetry pro své

sourozence. Měla velmi hezký vztah s babičkou. Do Kralup nad Vltavou se přestěhovala v roce 1964. V necelých 17 letech se vdala, manžel byl o 2 roky starší. Brzy otěhotněla a první dítě porodila v necelých 18 letech. V 19 letech byla podruhé matkou. Ráda cestovala, chodila na houby, na procházky. Každý víkend s rodinou jezdila na chalupu. Strachovala se, aby děti nebyly nemocné. V důchodovém věku bydlela na chalupě s manželem. Zde žila 10 let. Manžel zemřel v roce 2013. Mezi její oblíbená jídla patří řízky. Nemá v oblibě koprovou omáčku s vajíčkem a rajskou omáčku.

Ergoterapeutické vyšetření

Aspekce: Vyšetření probíhalo v jejím přirozeném prostředí, kdy byla sledována její chůze a usednutí na židli. Klientka je schopna chůze pouze za dopomoci nízkého chodítka. Váhu při chůzi přenáší dopředu, kdy se lokty opírá o držadla chodítka a tím dochází ke shrbení páteře. Dle únavy je chůze nejistá, kolébavá, hůře drží rovnováhu a kroky jsou potom kratší. Ve stoji je viditelná protrakce ramen a zvýšený přechod verterbra prominens. Prsty na rukou jsou dlouhé s vybočením distálních článků prstů do pravé strany. Omezení pohybu v kyčelních kloubech.

Palpace: Zvýšené svalové napětí v oblasti šíje a krční páteře.

Smysly: Zrak: Zrak zhoršen, nevidí do dálky. V případě nutnosti nosí brýle

Sluch: Sluch bez obtíží.

Hmat: Bez obtíží.

Chut': Bez obtíží

Čich: Jemnější vůně hůře rozezná. Hůře rozezná i ovocné vůně.

Zraková stimulace: Klientka občas nereagovala na výzvu, aby zavřela oči. Klientka snadno určí předměty, které byly přemístěny na stole.

Hmatová stimulace: Vkládání předmětů do ruky bez zrakové kontroly. Předměty snadno určí. Díky dlouhým rokům práce švadleny má citlivé prsty a snadno pozná předměty.

Chut'ová stimulace: Klientce byly podávány sladké a slané potraviny. Klientka není vybíravá v jídle.

Čichová stimulace: Klientce byly předkládány vůně, které zná a které má ráda. Ovocné vůně určila hůře. Pachově silné vůně určila velmi rychle.

Sluchová stimulace: Klientka poslouchala zvuky zvířat, různé hudební interprety, hudební nástroje a různé zvuky. Reakcí byla pozitivní nálada.

Průběh terapie: Terapie probíhala vždy v retro místnosti, kde se klientka cítila komfortně. Na začátku každé terapie jsem ji oslovila příjmením a přivítala. Předem jsem si připravila pomůcky pro zvolenou stimulaci a klientce jsem sdělila instrukce, jak bude terapie probíhat. Dle aktuálního zdravotního stavu klientky jsem smysly stimulovala jednotlivě nebo více smyslů současně. Klientka vždy ochotně spolupracovala.

Při hmatové stimulaci klientka seděla na židli u stolu, měla zavřené oči a bylo nutné připomínat, že oči nesmí otevírat. Do ruky jsem ji postupně vkládala předměty, které znala. (například žehlička, nůžky, brýle, hrnek, sponka do vlasů, štětec na malování, náhrdelník a další.) Předměty zkoumala přibližně 2 minuty a poté jsem ji vyzvala, aby mi sdělila, co je to za předmět, z jakého materiálu je vyrobený, jakou má velikost a zda je teplý či studený. Při zkoumání hmatem žehličky si vzpomněla na svoje mládí a rozpovídala se o době, kdy pracovala jako švadlena. Evokovalo jí to příjemné a hezké vzpomínky.

Při chuťové stimulaci seděla na židli u stolu, měla zavřené oči, do úst jsem jí vkládala potraviny různé konzistence a chuti. Na její přání (když si nebyla jista) jí byla poskytnuta druhá ochutnávka jídla. Přesně určila sladká jídla.

Při zrakové stimulaci jsem prováděla s předměty položenými na stole. Klientku jsem požádala, aby se po dobu 2 minut pokusila tyto předměty zapamatovat. Poté jsem ji vyzvala, aby zavřela oči. Polohu předmětů na stole jsem změnila. Úkolem respondentky bylo říci, jaké na stole nastaly změny.

Při čichové stimulaci seděla klientka na židli u stolu s předem připravenými vůněmi. Nabízela jsem jí různé typy vůní (například ocet, skořice, hřebíček a další.). Ovocné vůně rozpoznala s obtížemi a zaměňovala za jiné. Poznala skořici, ocet, hřebíček.

Zrakovou stimulaci jsem prováděla s předměty položenými na stole. Klientku jsem požádala, aby se po dobu 2 minut pokusila tyto předměty zapamatovat. Poté jsem ji vyzvala, aby zavřela oči. Polohu předmětů na stole jsem změnila. Úkolem respondentky bylo říci, jaké na stole nastaly změny.

Zvuková stimulace probíhala opět v retro pokoji. Zvuky a hudbu jsem pouštěla přes internetovou stránku YouTube. Interprety ze svého dětství a mládí snadno poznala a začala si zpřevokovat. Každou terapii jsem ukončila poděkováním za spolupráci a podáním ruky na rozloučenou.

Hodnocení: Paní L. vždy při intervenci spolupracovala a byla komunikativní. Celkově si vedla dobře a terapii si užívala. O delší trvání intervence neměla zájem. Při zrakové stimulaci se obávala neúspěchu, a proto přivírala oči. Čichové vjemy byly mírně snížené, doporučila bych provádět aromaterapii. Po každé terapii byla klientka lépe naladěná a více hovorná. Její okolí také zaznamenalo tyto změny. Před začátkem výzkumu měla menší problémy s jemnou motorikou (nebyla schopna dobře uchopit předměty). Po intervenci došlo ke zlepšení citlivosti v prstech a ke zlepšení úchopu.

Tabulka 1: Barthel index klientky č. 1

BARTHEL INDEX	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ
1. Příjem potravy a tekutin	Samostatně (10 bodů)	Samostatně (10 bodů)
2. Oblékání	S pomocí (5 bodů)	S pomocí (5 bodů)
3. Koupání	Neprovede – je koupána (0 bodů)	Neprovede – je koupána (0 bodů)
4. Osobní hygiena	Samostatně (5 bodů)	Samostatně (5 bodů)
5. Kontinence moči	Občas kontinentní – nosí natahovací kalhotky (5 bodů)	Občas kontinentní – nosí natahovací kalhotky (5 bodů)
6. Kontinence stolice	Občas kontinentní – nosí natahovací kalhotky (5 bodů)	Občas kontinentní – nosí natahovací kalhotky (5 bodů)
7. Použití WC	Samostatně bez pomoci (10 bodů)	S pomocí (5 bodů)
8. Přesun lůžko-židle	S malou pomocí (15 bodů)	S malou pomocí druhé osoby (10 bodů)
9. Chůze po rovině	S pomocí nad 50 m (10 bodů)	S pomocí nad 50 m (10 bodů)
10. Chůze po schodech	S pomocí (5 bodů)	S pomocí (5 bodů)
CELKEM	70 BODŮ- LEHKÁ ZÁVISLOST	60 BODŮ- STŘEDNÍ STUPEŇ ZÁVISLOSTI

Zdroj: vlastní

Tabulka 2: Barthel index instrumentálních ADL klientky č. 1

BARTHEL INDEX- INSTRUMENTÁLNÍ ADL	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ
1. Jízda dopravním prostředkem	Jezdí na vyšetření sanitkou, jinak neodchází z domova pro seniory (0 bodů)	Jezdí na vyšetření sanitkou, jinak neodchází z domova pro seniory (0 bodů)
2. Nákup potravin	Nechodí nakupovat (0 bodů)	Nechodí nakupovat (0 bodů)
3. Uvaření	Neschopen (0 bodů)	Neschopen (0 bodů)
4. Domácí práce	Provede lehčí práce ve svém pokoji (5 bodů)	Provede lehčí práce ve svém pokoji (5 bodů)
5. Vyprání osobního prádla	V zařízení ji perou prádlo (0 bodů)	V zařízení ji perou prádlo (0 bodů)
6. Telefonování	Samostatně (10 bodů)	Samostatně (10 bodů)
7. Užívání léků	Léky dávány v určitou dobu sestřičkou (5 bodů)	Léky dávány v určitou dobu sestřičkou (5 bodů)
8. Odesílání peněz na poštu nebo zacházení s kartou	Neschopen – nevychází z domova pro seniory (0 bodů)	Neschopen – nevychází z domova pro seniory (0 bodů)
CELKEM	20 BODŮ- NESOBĚSTAČNOST V INSTRUMENTÁLNÍCH AKTIVITÁCH DENNÍHO ŽIVOTA	20 BODŮ- NESOBĚSTAČNOST V INSTRUMENTÁLNÍCH AKTIVITÁCH DENNÍHO ŽIVOTA

Zdroj: Vlastní

Tabulka 3: Mini Mental State Examination klientky č. 1

TEST MMMSE	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ
1. Orientace	10 bodů	10 bodů
2. Paměť	3 body	3 body
3. Pozornost a počítání	1 bod	3 body
4. Krátkodobá paměť (výbavnost)	3 body	2 body
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti	8 bodů	8 bodů
CELKEM	25 BODŮ – PÁSMO NORMÁLU	26 DOBŮ- PÁSMO NORMÁLU

Zdroj: vlastní

Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS -15): 6 bodů – mírná deprese

Silné stránky: veselá nálada po většinu dne, spolupracující, motivovaná

Slabé stránky: nedodržení pravidel při terapii

Krátkodobý ergoterapeutický cíl a plán

Krátkodobý cíl: Klientka zvládne dle pokynů ergoterapeutky plnit jednotlivé úkoly spojené se smyslovou stimulací.

Krátkodobý plán: Pravidelná setkávání s klientkou za účelem zlepšení vnímání jednotlivými smysly.

Dlouhodobý ergoterapeutický cíl a plán

Dlouhodobý cíl: Zlepšení jednotlivých smyslů klientky, zlepšení schopnosti všechny smysly využívat pro podporu své soběstačnosti.

Dlouhodobý plán: Pravidelné intervence ergoterapeutky s cílem procvičovat jednotlivé smysly klientky.

8.2 Anamnéza pacienta č. 2

Jméno: Vratislava

Pohlaví: Žena

Věk: 80 let

Diagnóza: Alzheimerova demence – těžké stádium

Osobní anamnéza: prodělala běžné dětské nemoci, operace žlučnickových kamenů (1976), glaukom

Sociální anamnéza: vdova, dříve bydlela a manželem, po propuknutí nemoci u dcery a zetě, v nejmenovaném domově pro seniory od dubna 2022, žije v domově seniorů se spolubydlicí, pobírá příspěvek na péči (IV. stupeň – úplná závislost, 19 200 Kč), pobírá vdovský příspěvek, pobírá starobní důchod

Rodinná anamnéza: vdova, 1 dítě (dcera), oba rodiče zemřeli přirozeně v 90 letech, v rodině bez výskytu Alzheimerovy choroby

Pracovní anamnéza: zaměstnanec pošty před odchodem do důchodu, v důchodovém věku místopředseda bytového družstva (práce zadarmo)

Kompenzační pomůcky: žádné

Abusus: nekuřačka, nepije alkohol

Alergologická anamnéza: prach, pyl

Farmakologická anamnéza: léky na srdce, spaní, na alergie

Volný čas a zájmy před propuknutím nemoci: Klientka ráda tančila, chodila do společnosti za kulturou, luštila křížovky, hojně četla, jezdila na výlety a na chalupu, kde odpočívala (každý týden přes víkend)

Biografie klienta: Narodila se v Praze. Vyrůstala v Praze v části Vokovice a zde chodila i do základní školy. Byla z rozvedené rodiny, měla mladšího bratra. V dětství měla stres ze špatných vztahů v rodině, to způsobilo žaludeční vředy ve 30 letech. Vystudovala střední odborné učiliště s oborem jemná mechanická pro firmu Koh-i.noor. Roku 1968 se vdávala. V důchodovém věku začala pracovat jako místopředseda bytového družstva. Byla ve velkém

stresu a začala trpět nespavostí a úzkostí. Problém se spánkem se sama snažila korigovat léky na spaní, které užívala v nadměrném množství (7-10 tablet Stilnoxu/den). Byla jí diagnostikovaná úzkostná porucha a syndrom vyhoření. Po delší době propukla Alzheimerova choroba (2013).

Ergoterapeutické vyšetření

Aspekce: Klientka má hubenou postavu s rovnými zády. Schopná chůze samostatně. Při zvýšené únavě je chůze nejistá se ztrátou rovnováhy a sklonem k pádům. Lehký předsun hlavy.

Palpace: Snížený svalový tonus, reflexy přítomny.

Smysly: Zrak: Zřejmý zrakový deficit. Spíše se dívá do dálky než na věci před sebou.

Sluch: Citlivá na zvuky. Když je oslovena jménem, tak se za hlasem otočí.

Hmat: Snížený svalový tonus dle stisku ruky při úvodním setkání s klientkou.

Chuť: Bez obtíží

Čich: Jemnější a ovocné vůně hůře rozezná.

Smyslová stimulace: Klientka byla vždy při začátku terapie oslovena.

Zraková stimulace: Pohledy spíše z okna než na předměty. Klientka si předmětů všímá jen ve chvílích, kdy o ně má sama zájem. Na zjištění zrakové fixace byly použity předměty z různé vzdálenosti a z různých směrů.

Hmatová stimulace: Vkládání předmětů do ruky. Navedení prstů do úchopu. Předměty byly různé velikosti, různého materiálu a teploty.

Chuťová stimulace: Klientce dávány k ochutnání sladké a slané věci. Klientka není vybíravá a sní vše, co se v zařízení vaří.

Čichová stimulace: Klientce předkládány vůně, které zná.

Sluchová stimulace: Klientka poslouchala zvuky zvířat, různé hudební interprety, hudební nástroje a různé zvuky. Reakcí byla pozitivní nálada.

Průběh terapie: Terapie probíhala vždy v retro místnosti, kde se klientka cítila komfortně. Na začátku každé terapie jsem ji oslovila příjmením a přivítala za přítomnosti její dcery. Předem jsem si připravila pomůcky pro zvolenou stimulaci a klientce jsem sdělila instrukce, jak bude terapie probíhat. Klientka reagovala jen, když měla zájem ona. Na oslovení „Ahoj, Vratislavko“ nebo „Dobrý den, paní Vratislavko“ většinou reagovala úsměvem a odpověděla. Při každé terapii bylo nutné její upoutat pozornost. Dle aktuálního zdravotního stavu klientky jsem smysly stimulovala jednotlivě nebo více smyslů současně. Klientka vždy ochotně spolupracovala.

Při hmatové stimulaci seděla na židli u stolu, měla otevřené oči. Klientce jsem vkládala předměty do ruky a bylo nutné navést prsty do úchopu. Předměty (například žehlička, nůžky, brýle, hrnek, sponka do vlasů, štětec na malování, náhrdelník, plastový míček a další.) s mojí asistencí zkoumala přibližně 2 minuty. Klientka nebyla schopna často fixovat zrakem nabízený předmět z důvodu onemocnění zraku (glaukom). Zvýšená pozornost byla ale patrna při mnou prováděných výrazných gest.

Při chuťové stimulace seděla na židli, měla otevřené oči. Do úst jsem ji vkládala potraviny různé konzistence a chuti. Klientka s chutí ochutnávala různá jídla. Při mém dotazu, zda ji dané jídlo chutná odpověděla „Ano“. Zjistila jsem, že není v jídle vybíravá.

Při čichové stimulace seděla na židli u stolu s připravenými vůněmi. Například skořice, ocet, citron a další. V průběhu testování se vyjadřovala neverbálně (grimasy) a zvukovými projevy.

Při zvukové stimulaci seděla na židli. Zvuky a hudbu jsem ji pouštěla přes internetovou stránku YouTube. Interprety z jejího dětství a mládí snadno poznala a začala se usmívat a kývat hlavou do rytmu hudby. Bylo vidět, že se jí to velice líbí.

Zrakovou stimulace jsem prováděla u stolu, kdy jsem klientce předkládala předměty z různých stran, abych zjistila na jakou vzdálenost je schopna fixovat předměty zrakem (glaukom). Lépe registrovala velké a výrazně barevné předměty. Každá terapie byla opět ukončena poděkováním za spolupráci a podáním ruky na rozloučenou.

Hodnocení: Paní V. má ráda společnost, ale nekomunikuje, je pasivním účastníkem. Při hmatové stimulaci reagovala vulgarismy na studené a ostřejší předměty. Bylo nutné hlídat, aby si předměty nedávala do úst. Často si olizovala prsty (měla dojem, že na nich má kousky jídla). Se zvyšující se intenzitou terapie byly patrné pokroky v komunikaci. Sama vyhledávala kontakty s obyvateli domova a zaměstnanci. Více se verbálně projevovала smysluplnými

větami. Když se jí něco nelíbilo, slovně se ozvala (i s použitím vulgarismů). Na otázku, kdy je nutná odpověď ANO/NE, odpovídala častěji adekvátně a logicky. Díky dlouhodobější a pravidelné smyslové stimulaci dosáhla viditelného pokroku při kontaktu a komunikaci s lidmi.

Vyšetření kognitivních funkcí

Zjištěna Wernickeova afázie (přítomny i světlé záblesky).

Tabulka 4: Barthel index klientky č. 2

BARTHEL INDEX	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ
1. Příjem potravy a tekutin	Neprovede (0 bodů)	Neprovede (0 bodů)
2. Oblékání	Neprovede (0 bodů)	Neprovede (0 bodů)
3. Koupání	Neprovede – je koupána (0 bodů)	Neprovede (0 bodů)
4. Osobní hygiena	Neprovede (0 bodů)	Neprovede (0 bodů)
5. Kontinence moči	Klientka nosí pleny (0 bodů)	Klientka nosí pleny (0 bodů)
6. Kontinence stolice	Klientka nosí pleny (0 bodů)	Klientka nosí pleny (0 bodů)
7. Použití WC	Neprovede – klientka nosí pleny (0 bodů)	Neprovede – klientka nosí pleny (0 bodů)
8. Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci (15 bodů)	S pomocí (10 bodů)
9. Chůze po rovině	S pomocí 50 m (10 bodů)	S pomocí 50 m (10 bodů)
10. Chůze po schodech	Nevyzkoušeno (0 bodů)	Nevyzkoušeno (0 bodů)
CELKEM	25 BODŮ- VYSOCE ZÁVISLÁ	20 BODŮ- VYSOCE ZÁVISLÁ

Zdroj: vlastní

Tabulka 5: Barthel index instrumentálních ADL klientky č. 2

BARTHEL INDEX- INSTRUMENTÁLNÍ ADL	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ
1. Jízda dopravním prostředkem	Jezdí na vyšetření sanitkou, jinak neodchází z domova pro seniory (0 bodů)	Jezdí na vyšetření sanitkou, jinak neodchází z domova pro seniory (0 bodů)
2. Nákup potravin	Neschopna (0 bodů)	Neschopna (0 bodů)
3. Uvaření	Neschopna (0 bodů)	Neschopna (0 bodů)
4. Domácí práce	Neschopna (0 bodů)	Neschopna (0 bodů)
5. Vyprání osobního prádla	V zařízení ji perou prádlo (0 bodů)	zařízení ji perou prádlo (0 bodů)
6. Telefonování	Neschopna (0 bodů)	Neschopna (0 bodů)
7. Užívání léků	Léky dávány v určitou dobu sestřičkou (5 bodů)	Léky dávány v určitou dobu sestřičkou (5 bodů)
8. Odesílání peněz na poštu nebo zacházení s kartou	Neschopen – nevyhází z domova pro seniory (0 bodů)	Neschopen – nevyhází z domova pro seniory (0 bodů)
CELKEM	5 BODŮ- NESOBĚSTAČNOST V INSTRUMENTÁLNÍCH AKTIVITÁCH DENNÍHO ŽIVOTA	5 BODŮ- NESOBĚSTAČNOST V INSTRUMENTÁLNÍCH AKTIVITÁCH DENNÍHO ŽIVOTA

Zdroj: vlastní

Tabulka 6: Mini Mental State Examination klientky č. 2

TEST MMSE	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ
1. Orientace	0 bodů	0 bodů
2. Paměť	0 body	0 bodů
3. Pozornost a počítání	0 bod	0 bodů
4. Krátkodobá paměť (výbavnost)	0 body	0 bodů
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti	0 bodů	0 bodů
CELKEM	0 BODŮ – TĚŽKÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA	0 BODŮ – TĚŽKÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA

Zdroj: vlastní

Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS -15): 0 bodů – normální afekt

Silné stránky: veselá nálada po většinu dne.

Slabé stránky: spolupracuje jen, když ona chce. Je nutné ji zaujmout.

Krátkodobý ergoterapeutický cíl a plán

Krátkodobý cíl: Klientka dokáže zrakově fixovat předměty nejméně na 2 minuty. Klientka sama uchopí nabízené předměty při smyslové terapii.

Krátkodobý plán: Pravidelné provádění zrakové stimulace pomocí zajímavých předmětů větších velikostí a výrazných barev. Klientce bude při terapii naváděna ruka do úchopu se zakončením stisku ruky. Terapie bude zaměřena na navádění ruky do pěsti.

Dlouhodobý ergoterapeutický cíl a plán

Dlouhodobý cíl: Klientka sama uchopí předměty položené před ní. Zraková fixace na předměty po celou dobu terapie.

Dlouhodobý plán: Provádění zrakové stimulace a hmatové stimulace každý den. Při terapii bude klientce naváděna ruka do úchopu.

8.3 Anamnéza pacienta č. 3

Jméno: Božena

Pohlaví: Žena

Věk: 91 let

Diagnóza: demence

Osobní anamnéza: prodělala běžné dětské nemoci, operace žlučnickových kamenů (1979)

Sociální anamnéza: vdova, žije v domově seniorů se spolubydlící, pobírá příspěvek na péči (IV. stupeň – úplná závislost, 19 200 Kč), pobírá vdovský příspěvek, pobírá starobní důchod

Rodinná anamnéza: vdova, 2 děti (dcera a syn), oba rodiče zemřeli přirozeně v 90 letech, v rodině bez výskytu demence.

Pracovní anamnéza: sekretářka ředitele v České tiskové kanceláři

Kompenzační pomůcky: vlastní trekingové hole

Abusus: nekuřačka, nepije alkohol

Alergologická anamnéza: nejuje

Gynekologická anamnéza: 2 přirozené porody, 1 interrupce

Farmakologická anamnéza: nevýznamná

Volný čas a zájmy: Klientka má ráda společnost více osob, je aktivní a účastní se nabízených aktivit v zařízení. Navštěvuje společenské hry, trénink paměti, kreativní činnosti, biograf – promítání záhad, hudební odpoledne, poslech vážné hudby, smyslovou stimulaci. Ve volné chvíli ráda luští křížovky, chodí na zahrádku v zařízení, pečuje o sebe (líčení, úprava vlasů apod.). Nemá zájem o osmisměrky. Dříve hodně sportovala, společně se svými kamarády jezdila na akce a výlety.

Další informace: Důvodem k nástupu do zařízení byl stav deprese. Klientku pravidelně navštěvuje rodina.

Biografie klienta: Narodila se v Jugoslávii českým rodičům. Měla staršího bratra o 7 let. Klientka vyrostla v srbském prostředí a do 13 let se styděla před vrstevníky mluvit česky. Vystudovala v Jugoslávii základní školu a gymnázium. Mluvila dobře srbsky a neměla problém se dorozumět. Necítila se dobře v prostředí, ve kterém vyrůstala kvůli válce ve 12 letech. Jinak měla šťastné dětství a mnoho kamarádů. Díky komunikační schopnosti našla vždy mnoho kamarádů. S rodinou se vrátila do ČR po válce, byl to pro ni šok z nového prostředí a byla bez přátel. Pořádně nerozuměla českému jazyku a dění v Čechách. Postupně si zvykla a cítila se dobře i zde. Vystudovala obchodní akademii. Našla si první lásku, v 19 letech se vdala za Čecha. Brzy po svatbě se jí narodily děti (dcera a syn). S manželem žila několik let v zahraničí (Bulharsko, Rakousko). Pracovala pro dopravní společnost Metrans. Její další zaměstnání bylo v podniku zahraničního obchodu. Poté byla několik let v domácnosti.

Ergoterapeutické vyšetření

Aspekce: Vyšetření probíhalo v jejím přirozeném prostředí, kdy byla sledována její chůze, usednutí na židli. Klientka je schopná chůze za pomoci vlastních trekingových holí. Schopna chůze na krátkou vzdálenost i bez nich. Váhu při chůzi přenáší dopředu, tím dochází k hrbení páteře. Ve stoji lehká hyperkyfóza hrudní páteře. Bez holí provádí krátké kroky, s holemi se pohybuje s normální délkou kroku. Dle únavy nejistá rovnováha a provádění kratších kroků. Ve stoji viditelná protrakce. Prsty dlouhé bez vybočení DIP. Při únavě je chůze kolébavá.

Palpace: Zvýšené svalové napětí v oblasti šíje a krční páteře.

Smysly: Zrak: V případě nutnosti nosí brýle, jinak chodí bez nich.

Sluch: Zhoršení sluchu.

Hmat: Bez obtíží.

Chuť: Bez obtíží.

Čich: Bez obtíží.

Zraková stimulace: Pohledy spíše z okna než na předměty. Klientka si předmětů všímá jen ve chvílích, kdy o ně má sama zájem. Na zjištění zrakové fixace byly použity předměty z různé vzdálenosti a z různých směrů

Hmatová stimulace: Vkládání předmětů do ruky bez zrakové kontroly. Předměty snadno určí. Předměty byly různé velikosti, různého materiálu a teploty.

Chuťová stimulace: Klientce dávány k ochutnání sladké a slané věci. Klientka není vybíravá a sní vše, co se v zařízení vaří.

Čichová stimulace: Klientce předkládány vůně, které zná.

Sluchová stimulace: Klientka poslouchala zvuky zvířat, různé hudební interprety, hudební nástroje a různé zvuky. Reakcí byla pozitivní nálada.

Průběh terapie: Na začátku terapie byla klientka pozdravena a byla jí podána ruka na přivítanou. Klientka byla komunikativní, v dobré náladě, někdy i žertovala. Smysly byly stimulovány jednotlivě nebo více smyslů současně.

Při hmatové stimulaci klientka seděla na židli u stolu, měla zavřené oči. Do ruky jsem ji postupně vkládala předměty, které znala (například žehlička, nůžky, brýle, hrnek, sponka do vlasů, štětec na malování, náhrdelník a další.). Předměty zkoumala přibližně 2 minuty a poté jsem ji vyzvala, aby mi sdělila, co je to za předmět, z jakého materiálu je vyrobený, jakou má velikost a zda je teplý či studený.

Při chuťové stimulaci seděla na židli u stolu, měla zavřené oči. Do úst jsem jí vkládala potraviny různé konzistence a chuti. Přesně určila nabízené potraviny. Při ochutnávce si vybavila i jídla, která kdysi jedla a začala hovořit o receptech, které dříve vařila.

Při čichové stimulaci seděla klientka na židli u stolu s předem připravenými vůněmi. Nabízela jsem ji různé typy vůní (například čokoláda, ocet, skořice, hřebíček a další.). Ovocné vůně rozpoznala s obtížemi a zaměňovala za jiné. Poznala skořici, ocet, hřebíček.

Zrakovou stimulaci jsem prováděla s předměty položenými na stole. Klientku jsem požádala, aby se po dobu 2 minut pokusila tyto předměty zapamatovat. Poté jsem ji vyzvala, aby zavřela oči. Polohu předmětů na stole jsem změnila. Úkolem respondentky bylo říci, jaké na stole nastaly změny.

Zvuková stimulace probíhala opět probíhala v sedě u stolu. Zvuky a hudbu jsem pouštěla přes internetovou stránku YouTube. Interprety ze svého dětství a mládí snadno poznala a začala si prozpěvovat. Každou terapii jsem ukončila poděkováním za spolupráci a podáním ruky na rozloučenou. Na konci každé terapie proběhlo poděkování za spolupráci a podání ruky na rozloučenou.

Hodnocení: Paní B. je velmi přátelská. Pomocí svých komunikativních schopností dokáže maskovat problémy s pamětí. Při terapii spolupracovala a nevadilo by jí, kdyby trvala déle. Vyměřený čas si užívala. Při hmatové stimulaci byla velmi pohotová a všechny předměty snadno poznala. Po skončení každé terapie ji zajímalo, jak byla úspěšná, aby se ujistila, že vše provedla správně. Toto ujištění jí zvyšovalo sebevědomí. V průběhu terapie s autorkou navázala užší vztah a začala sdělovat svoje přání a potřeby. Po skončení intervence se klientka jeví jako celkově pohotovější (zlepšení pozornosti a vyjadřovacích schopností, rychlejší reakce). Zjištěna i větší citlivost v prstech.

Tabulka 7: Barthel index klientky č. 3

BARTHEL INDEX	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ
1. Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci (10 bodů)	Samostatně bez pomoci (10 bodů)
2. Oblékání	Samostatně bez pomoci (10 bodů)	Samostatně bez pomoci (10 bodů)
3. Koupání	Neprovede – je koupána (0 bodů)	Neprovede – je koupána (0 bodů)
4. Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci (5 bodů)	Samostatně bez pomoci (5 bodů)
5. Kontinence moči	Plně kontinentní (10 bodů)	Plně kontinentní (10 bodů)
6. Kontinence stolice	Plně kontinentní (10 bodů)	Plně kontinentní (10 bodů)
7. Použití WC	Samostatně bez pomoci (10 bodů)	Samostatně bez pomoci (10 bodů)
8. Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci (15 bodů)	Samostatně bez pomoci (15 bodů)
9. Chůze po rovině	S pomocí holí samostatně 50 m (10 bodů)	S pomocí holí samostatně 50 m (10 bodů)
10. Chůze po schodech	S pomocí (5 bodů)	Nechodí po schodech (0 bodů)
CELKEM	85 BODŮ- LEHKÁ ZÁVISLOST	80 BODŮ- LEHKÁ ZÁVISLOST

Zdroj: vlastní

Tabulka 8: Barthel index instrumentálních ADL klientky č. 3

BARTHEL INDEX- INSTRUMENTÁLNÍ ADL	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ
1. Jízda dopravním prostředkem	Jezdí na vyšetření sanitkou, jinak neodchází z domova pro seniory (0 bodů)	Jezdí na vyšetření sanitkou, jinak neodchází z domova pro seniory (0 bodů)
2. Nákup potravin	Nechodí nakupovat (0 bodů)	Nechodí nakupovat (0 bodů)
3. Uvaření	Neschopen (0 bodů)	Neschopen (0 bodů)
4. Domácí práce	Neschopen (0 bodů)	Neschopen (0 bodů)
5. Vyprání osobního prádla	V zařízení ji perou prádlo (0 bodů)	V zařízení ji perou prádlo (0 bodů)
6. Telefonování	Samostatně (10 bodů)	Samostatně (10 bodů)
7. Užívání léků	Léky davaný v určitou dobu sestřičkou (5 bodů)	Léky davaný v určitou dobu sestřičkou (5 bodů)
8. Odesílání peněz na poštu nebo zacházení s kartou	Neschopen – nevyhází z domova pro seniory (0 bodů)	Neschopen – nevyhází z domova pro seniory (0 bodů)
CELKEM	15 BODŮ- NESOBĚSTAČNOST V INSTRUMENTÁLNÍCH AKTIVITÁCH DENNÍHO ŽIVOTA	15 BODŮ- NESOBĚSTAČNOST V INSTRUMENTÁLNÍCH AKTIVITÁCH DENNÍHO ŽIVOTA

Zdroj: vlastní

Tabulka 9: Mini Mental State Examination klientky č. 3

TEST MMSE	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ
1. Orientace	7 bodů	7 body
2. Paměť	3 body	3 body
3. Pozornost a počítání	3 body	4 body
4. Krátkodobá paměť (výbavnost)	1 bod	1 bod
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti	8 bodů	8 bodů
CELKEM	22 BODŮ – LEHKÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA	23 BODŮ- STŘEDNĚ TĚŽKÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA

Zdroj: vlastní

Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS -15): 6 bodů – mírná deprese

Silné stránky: spolupracuje, motivovaná, pozitivně naladěná

Slabé stránky: hůře slyší, nutné být blízko klientky

Krátkodobý ergoterapeutický cíl a plán

Krátkodobý cíl: Klientka zvládne dle pokynů ergoterapeutky plnit jednotlivé úkoly spojené se smyslovou stimulací.

Krátkodobý plán: Pravidelná setkávání s klientkou za účelem zlepšení vnímání jednotlivými smysly.

Dlouhodobý ergoterapeutický cíl a plán

Dlouhodobý cíl: Zlepšení jednotlivých smyslů klientky, zlepšení schopnosti všechny smysly využívat pro podporu své soběstačnosti.

Dlouhodobý plán: Pravidelné intervence ergoterapeutky s cílem procvičovat jednotlivé smysly klientky.

Limity práce

S ohledem na platnou legislativu zabývající se ochranou osobních údajů, mezi které patří také lékařská anamnéza, byly zdravotní informace získány přímo rozhovorem s klientem, případně s jeho rodinou. U klientky, která trpí Wernickeovu afázií, byl proveden sběr dat rozhovorem s dcerou. Praktická část probíhala v době vymezené na individuální terapii. V domově pro seniory není k dispozici místnost speciálně určená pro stimulaci smyslů. Výzkum bylo tedy nutné provádět v klidném prostředí bez rušivých vnějších vjemů. Časový limit terapie se řídil schopnostmi klientů a byl uzpůsoben s ohledem na jejich únavu.

V průběhu výzkumného šetření klientky pravidelně navštěvovaly nabízené aktivity, a proto výsledky smyslové stimulace mohou být zkreslené.

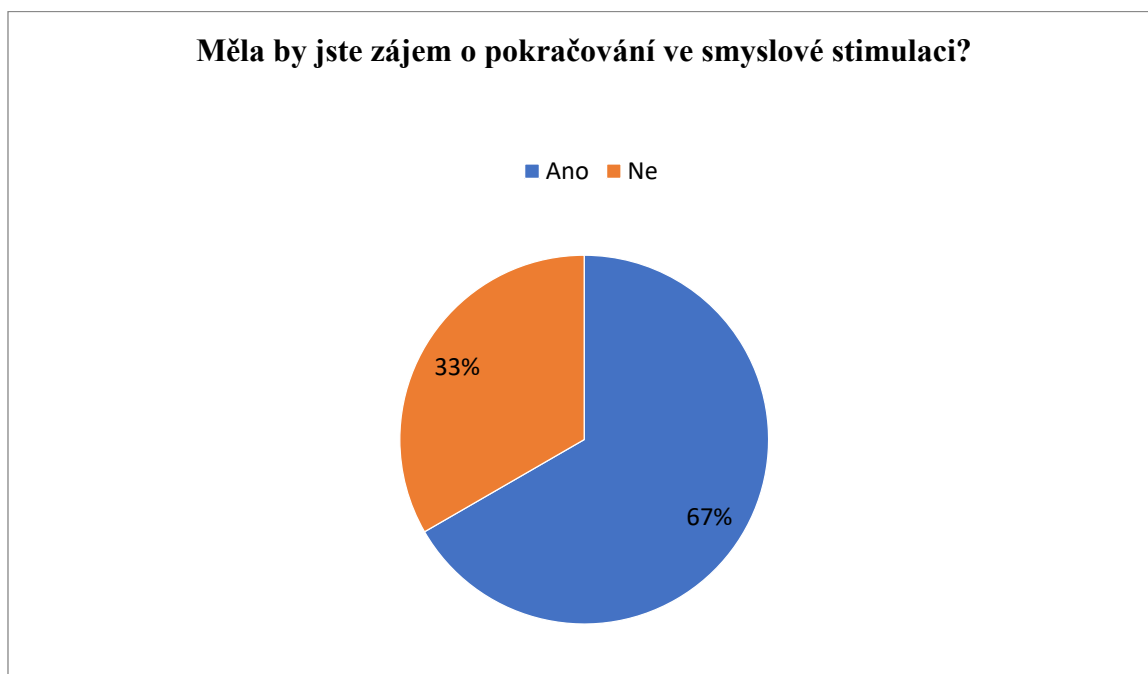
Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole jsou vyhodnoceny výsledky šetření. Ty jsou uvedeny v tabulkách a grafech. Za klientku č. 2 podávala informace o zpětné vazbě dcera.

Z výsledků kazuistického šetření vyplývá, že smyslová stimulace má pozitivní vliv u různých forem a stupňů demence.

Otázka č. 1: Měla byste zájem o pokračování ve smyslové stimulaci?

Graf 1: Zjištění zájmu o pokračování ve smyslové stimulaci

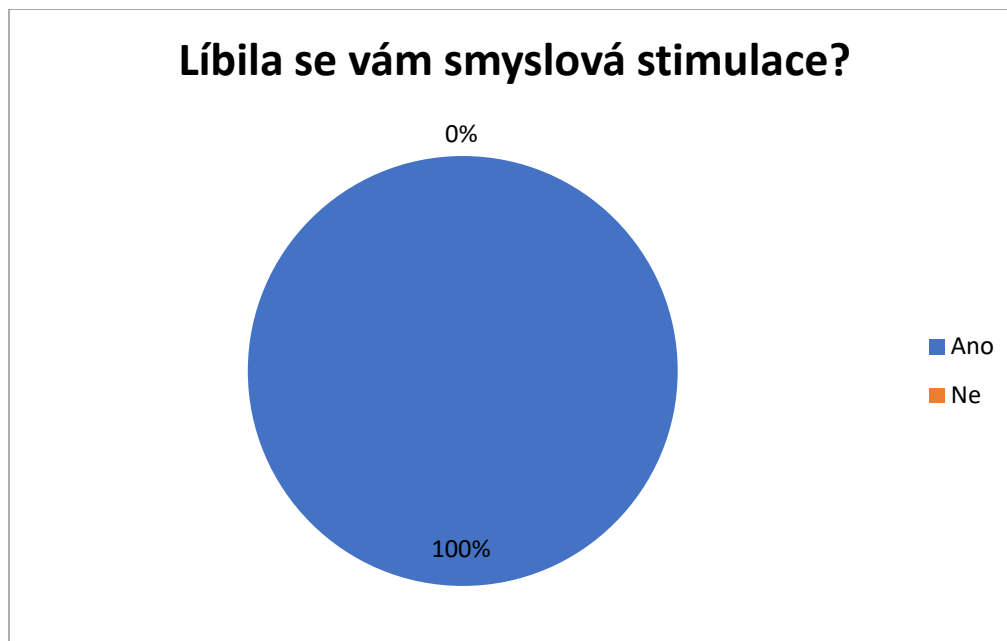


Zdroj: vlastní

Cílem bylo zjistit, zda by klientky měly zájem o delší terapii. Otázka byla položena otevřenou formou. Z výsledků vyplývá, že 2 klientky odpověděly „Ano“ a 1 klientka „Ne“. Procentuální zastoupení činí 67% pro pokračování a 33% nemá zájem.

Otázka č. 2: Líbila se vám smyslová stimulace?

Graf 2: Zjištění spokojenosti

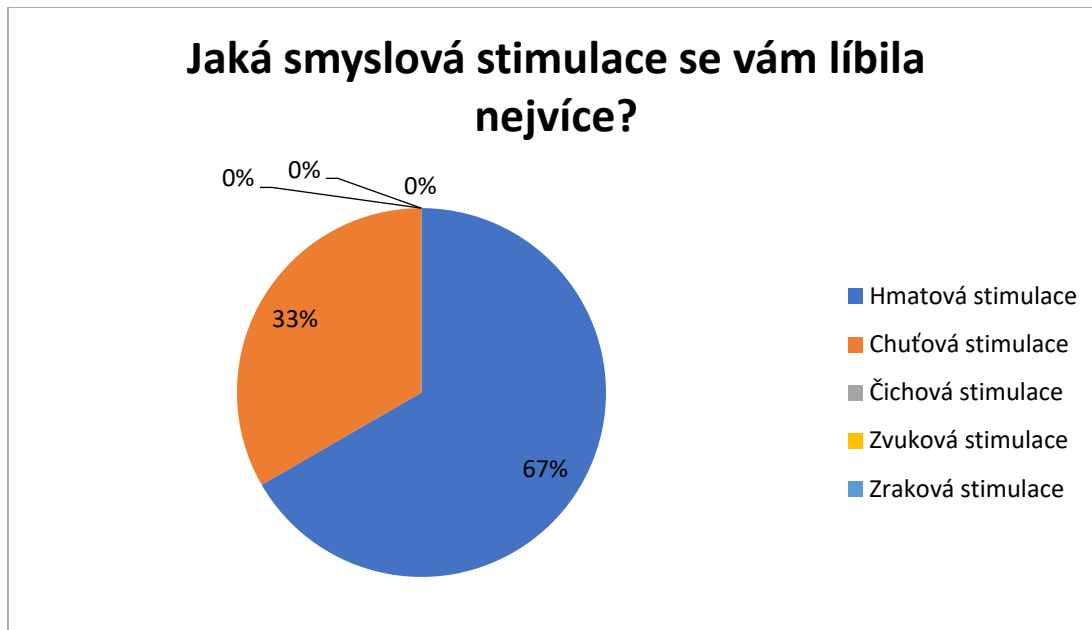


Zdroj: vlastní

Cílem otázky č. 2 bylo zjistit, zda byly klientky spokojené s touto formou terapie. Z výsledků je patrné, že všechny dotázané klientky hodnotily stimulaci pozitivně.

Otázka č. 3: Jaká smyslová stimulace se vám líbila nejvíce?

Graf 3: Hodnocení oblíbenosti druhů stimulace



Zdroj: vlastní

Otázka č. 3 zjišťuje atraktivnost druhu stimulace u klientek. Dvě klientky ze tří odpověděly, že se jim nejvíce líbila hmatová stimulace. Třetí klientce se nejvíce líbila stimulace chuťová. Zbývající prováděné smyslové stimulace žádná z klientek nevedla.

Otázka č. 4: Pozorovala jste na sobě/vaší mamince během terapie nějaké změny?

Tabulka 10: Účinky smyslové stimulace

Klientky	Odpovědi
Klientka č. 1	Ano, cítí zvýšení citlivosti v prstech a zlepšení pozornosti
Klientka č. 2	Ano, adekvátně odpovídá na dané otázky; opakuje slova, která zaslechla; je více pozitivně naladěná vůči okolí
Klientka č. 3	Ano, cítí zvýšenou citlivost v prstech. Další změny neudává.

Zdroj: vlastní

Cílem otázky č. 4 bylo zjistit, zda na sobě klientky upozorovaly nějaké změny po dokončení smyslové terapie. Ze získaných odpovědí je patrné, že změny klientky zaznamenaly. Dvě klientky ze tří uvedly zvýšenou citlivost v prstech. U jedné klientky byl zaznamenán pokrok v komunikaci s okolím. Klientky dále uvedly zvýšení pozornosti a zlepšení nálady.

Otázka č. 5: Byla nějaká stimulace, která se vám nelíbila?

Tabulka 11: Hodnocení méně oblíbených smyslových stimulací

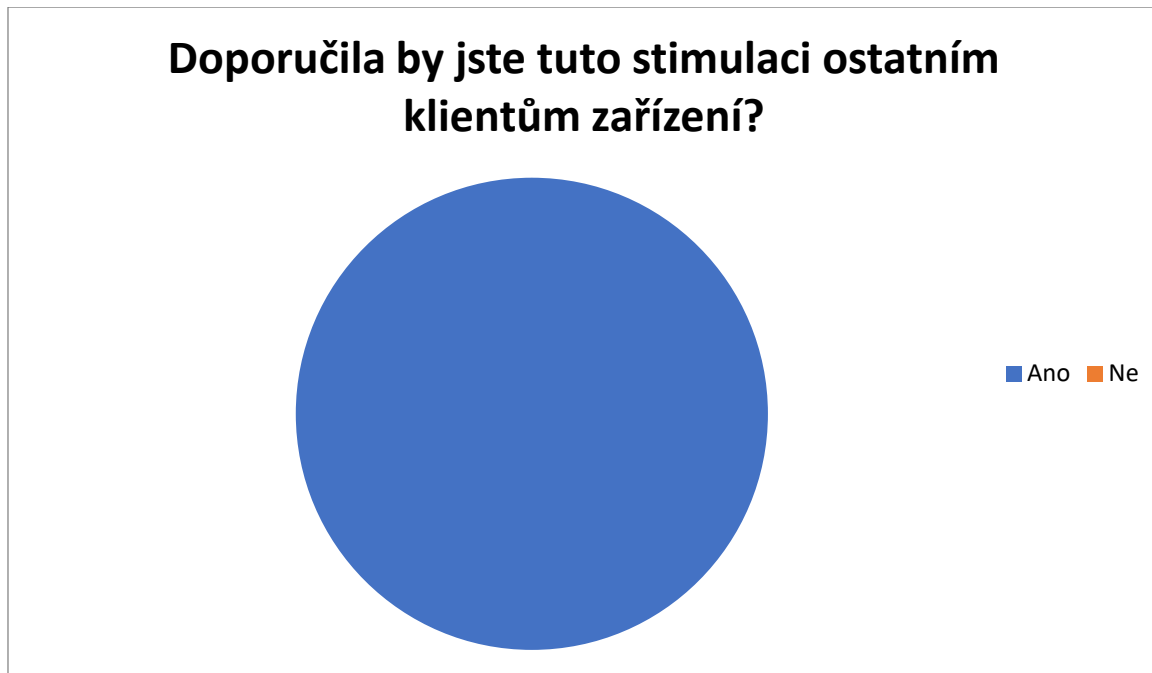
Klientky	Odpovědi
Klientka č. 1	Čichová stimulace
Klientka č. 2	Zraková stimulace
Klientka č. 3	Nelze posoudit. Byla spokojená se všemi.

Zdroj: Vlastní

Cílem otázky č. 5 bylo zjistit, jaké druhy stimulací nebyly u klientek v oblíbenosti. Z odpovědí vyplývá, že se klientka č. 1 nelíbila čichová stimulace. Klientka č. 2 uvedla zrakovou stimulaci a klientka č. 3 měla v oblíbenosti všechny druhy stimulace.

Otázka č. 6: Doporučila byste tuto stimulaci ostatním klientům zařízení?

Graf 4: Posouzení doporučení smyslové stimulace od klientek



Zdroj: Vlastní

Cílem otázky č. 6 bylo zjistit, zda by po svých zkušenostech s terapií tuto stimulaci doporučily ostatním. Ze zjištění vyplývá, že všechny klientky jsou spokojené a na základě své zkušenosti ji doporučují.

Otázka č. 7: Měla jste někdy během stimulace nějaké negativní pocity?

Graf 5: Zhodnocení negativních vlivů stimulace



Zdroj: vlastní

Cílem otázky č. 7 bylo zjistit, zda na sobě zaznamenaly zhoršení smyslů nebo negativní účinky na prováděnou terapii (např. bolest hlavy, alergická reakce na potraviny, únava, brnění v prstech). Z grafu je patrné, že žádná z tázaných na sobě nepoznala zhoršení či negativní účinky stimulace.

9 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo představit smyslovou stimulaci u osob s Alzheimerovou chorobou a s demencí z ergoterapeutického pohledu a představit její účinky.

Senioři s různou formou demencí mají pokles ve vnímání smyslů a lze u nich docílit zlepšení jejich trénování. Zhoršování je této diagnózy je nevyhnutelný proces, ale je možné jej zpomalit nebo zlepšit.

Terapie se v průběhu intervence přizpůsobuje klientovi. To zabezpečuje klidný průběh a prevenci negativních situací. Pro profesi ergoterapeuta je tato forma stimulace přínosná.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že klient vzhledem ke svému onemocnění bude mít zájem o SmA pouze krátkodobě.

Tato hypotéza byla vytvořena z důvodu zjištění, zda by zkoumaný klient měl zájem o dlouhodobou stimulaci senzorických funkcí. Byla potvrzena v otázce č. 1 u klientky č. 1, kdy ji dle jejích slov 4 týdny plně dostačovaly a při delší formě terapie by se cítila unaveně a činnost by konala přes její odpor. U klientek č. 2 a 3 byla odpověď, že by měly zájem. Za klientku hovořila dcera.

Haigh a Mytton (2016) „*Sensory interventions to support the wellbeing of people with dementia: A critical review*“ udávají, že smyslová stimulace je jedním z přístupů, které mohou pozitivně ovlivnit život osob s demencí. Má pozitivní vliv na náladu, na sociální roli jedince a na pracovní angažovanost. Je důležité znát i biografii jedince. Vliv smyslové stimulace dokládají z různých studií, ve kterých byly zkoumány její účinky.

Udávají, že se ergoterapeuti při nácviku smyslů pomocí senzorické integrace nesoustředí na diagnózu demence, ale mohou se cítit více jistí v provádění stimulaci smyslů. Někteří ergoterapeuti zde vyzdvihují více metod na podporu smyslové stimulace, například speciálně vytvořená a vybavená místnost Snoezelen. Výzkum udává, že smyslová stimulace má pozitivní výsledky na celkové zlepšení zdraví osob s demencí, zapojení do pracovních činností a na zlepšení jejich emočního zdraví.

Mileski et al. (2018) ve svém výzkumu „*Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities*“ zkoumá 30 článků z původních zkoumaných 364, které se zabývají smyslovou stimulací a tréninkem paměti u lidí s demencí v dlouhodobé péči. 71.2 % osob prokazuje zlepšení v komunikaci, zlepšení

v chování jedince, zlepšení v jeho kvalitě života a zlepšení kognitivních funkcí. Dále u 18.2% osob se zjistilo, že tato stimulace podporuje holistický přístup zaměřený na klienta. Ze všech zkoumaných článků bylo nejčastější zlepšení v komunikaci (verbální a neverbální) mezi personálem, klienty a rodinnými příslušníky.

Také udává, že aby byly tyto behaviorální metody nejúčinnější, je důležité mít odborně proškolený personál, ideálně s podporou vedení týmu. Pro neefektivnější terapii je nutný individuální přístup se zaměřím na jednoho jedince. Eliminujeme tím možnost negativní zpětné vazby na terapii. Udává pozitivní vliv smyslové stimulace a reminiscenční terapie na zlepšení všedních denních aktivit a zvýšený příjem potravy. Pro lepší výsledky se zde doporučuje vytvořit biografii klienta ve formě knihy. Autoři udávají omezení, která brání v pečovatelských zařízeních.

Yang, Hu, Luo, Tian, Wen (2021) ve své studii „*Benefits in Alzheimer’s disease of sensory and multisensory stimulation*“ zkoumají články od roku 2000 až do roku 2020 s vyhledávanými slovy „muzikoterapie; místnost Snoezelen; mutisenzorická stimulace; Alzheimerova choroba a další.

Ve své studii představují poznatek, že smyslová stimulace a multismyslová stimulace je snadno proveditelná neinvazivní terapie, která není náročná pro jedince s Alzheimerovou chorobou. Zde se prokazuje, že nemá téměř žádné vedlejší účinky, což je pro tuto diagnózu velice atraktivní. Popisují, že smyslová stimulace je čím dál více používána v terapiích pro lidi trpící demencí a Alzheimerovou chorobou.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že vzhledem k biografii klienta by mohla vzniknout negativní odezva na smyslovou stimulaci.

Vytvořením této hypotézy se sbíraly informace, jaká je spojitost mezi negativními vzpomínkami a určitými předměty, vůněmi, zvuky. Jedinec může mít hluboko v sobě uchované trauma a jakkoliv jej spustit či znovuoživit. V otázce č. 7 byla tato hypotéza zkoumaná. Z výsledků je patrné, že žádná z klientek neměla zhoršení smyslů či negativní odezvu.

Tato hypotéza se nepotvrdila, ale toto je výsledek od určitého zkoumaného vzorku. Při jiném složení klientů by se mohla tato hypotéza potvrdit. Každý jedinec je individuální a jeho biografie také. Tedy nelze s jistotou vyloučit, že je zde vždy pozitivní odezva na terapii.

Lykkeslet, Gjengedal, Skrondal, Storjord (2014) dělali empirickou studii s názvem „*Sensory stimulation – A way of creating mutual relationship in dementia care*“, která se soustředila na posílení vztahů mezi zaměstnanci a pacienty pomocí sensorické stimulace. Dále zkoumali, jak výzkum zaměstnanci prožívali. Výzkum probíhal 2 roky v norském domově pro seniory. S pacienty byla prováděna sensorická stimulace, multisenzorická stimulace a metoda Snoezelen. Samotné zkoumání bylo rozděleno do tří částí. A to na přípravu, akci a uzavření.

Přípravná část byla zaměřena na utužování vztahů mezi pacienty a zaměstnanci. Prováděli zde pozorování a vedli každodenní krátký rozhovor s pacienty. V druhé části – akce – bylo cílem naučit pracovníky jednat v obtížných situacích a tyto situace zvládnout pomocí smyslové stimulace. Zde se používaly různé metody smyslové stimulace, jako masáž rukou a chodidel, muzikoterapie, komprese kloubů a jiné.

V třetí části – uzavření – se hodnotilo prožívání pracovníků a jejich poznatky z intervence. Výsledkem byla důležitost vztahu mezi zaměstnanci zařízení a klienty, kdy se pomocí hlubšího vztahu mezi nimi dá předejít negativním situacím. Terapie smyslovou stimulací předcházela negativním emocím jedinců a navozovala klidnější spaní. V neposlední řadě se zde vyzdvihuje možnost přizpůsobit smyslovou terapii individualitě klienta a jeho aktuálnímu psychickému stavu.

Autoři Størm, Ytrehus a Grov (2016) ve svém článku jménem „*Sensory stimulation for person with dementia: a review of the literature*“ zkoumají účinky různých sensorických stimulací. A to muzikoterapii, metodu Snoezelen, reflexologii, akupresuru, světelnou terapii, aromaterapii, terapii panenkami, zooterapii, masáže. Hodnotily 55 studií, ve 30 z nich byl objeven pozitivní účinek na terapii. 76 % všech studií popisují snížení negativních projevů demencí a to agresivitu, úzkost, halucinace, deprese, apatii, ztrátu zábran klienta, rozrušení klienta a problémy se spaním.

Ve výstupním rozhovoru se hodnotil pohled klientek na provedenou stimulaci. Z jejich odpovědí vyplývá, že všechny na sobě cítily pokrok po sensorické stimulaci. Zlepšení proběhlo ve zvýšení citlivosti v prstech, u klientky č. 2 je viditelné zlepšení v komunikaci s okolím, kdy adekvátně odpovídá na dané situace, odpovídá na dané otázky a opakuje vyslovená slova.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala smyslovou stimulací u osob s Alzheimerovou chorobou a s demencí z pohledu ergoterapeuta. Cílem této bakalářské práce bylo zjištění účinku Smyslové stimulace z pohledu ergoterapeuta a poukázat na její výhody v ergoterapeutické intervenci pro tento typ onemocnění.

Pro splnění cíle bylo nutné načerpat teoretické znalosti o dané problematice z české a zahraniční literatury. Podrobně vytvořit anamnézu bez přístupu ke zdravotní dokumentaci.

V České republice není bohužel taková hojnost informací o jako v zahraniční literatuře. Smyslovou stimulaci propaguje a popisuje Ing. Bc. Hana Vojtová, která ji přenesla ze zahraničí do ČR.

Po zkušenostech autorky při provádění intervence je přínosné navštívit kurz Smyslové aktivizace pro prohloubení informací, jak pro ergoterapeuty, tak pro aktivizační pracovníky.

V teoretické práci byly uvedeny důležité informace o smyslech, smyslové stimulaci/ smyslové aktivizaci, jaké zásady dodržovat u osob s demencí a s ACH. V kapitolách demence a Alzheimerova choroba jsou popisovány příznaky. V kapitole ergoterapie ergoterapeutická intervence u osob s demencí.

Návrhem pro další pokračování práce by bylo zjištění, zda mají větší úspěšnost SmA u klientů aktivizační pracovníci anebo ergoterapeuti či vytvoření brožury pro ergoterapii pro snadnější intervenci.

Bakalářská práce by mohla sloužit jako pomocník pro další ergoterapeuty v jejich působení a jako studijní materiál pro studenty zdravotních oborů ergoterapie.

Ze zjištění vyplývá, že sensorické funkce se u ACH postupně zhoršují. U lehkého stádia není takové zhoršení výrazně jako u stádia těžšího. Zhoršení smyslů souvisí i s kognitivními funkcemi a soběstačností klienta. Je proto nutné aktivovat klienta pravidelně i sensoricky.

Literatura

AREVALO-RODRIGUEZ I, Smailagic N, Roqué-Figuls M, Ciapponi A, Sanchez-Perez E, Giannakou A, Pedraza OL, Bonfill Cosp X, Cullum S. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Jul 27;7(7):CD010783. doi: 10.1002/14651858.CD010783.pub3. PMID: 34313331; PMCID: PMC8406467.

BACKMAN, Chantal, Michelle CRICK, Danielle CHO-YOUNG, Megan SCHARF a Beverley SHEA. What is the impact of sensory practices on the quality of life of long-term care residents? A mixed-methods systematic review protocol. *Systematic Reviews* [online]. 2018, 7(1) [cit. 2023-07-13]. ISSN 2046-4053. Dostupné z: doi:10.1186/s13643-018-0783-9

BAJTOŠOVÁ, Radoslava, Iva HOLMEROVÁ a Robert RUSINA. New insights on the treatment of dementia. *Neurologie pro praxi* [online]. 2021, 22(3), 194-200 [cit. 2023-07-25]. ISSN 12131814. Dostupné z: doi:10.36290/neu.2021.014

BARTOŠ, Aleš. Pamatujte na POBAV – krátký test pojmenování obrázků a jejich vybavení sloužící ke včasnému záchytu kognitivních poruch. *Neurologie pro praxi.* 2018, 19(Suppl.), 5-10. ISBN 978-80-7471-224-1. ISSN 1213-1814.

BERÁNKOVÁ, Dagmar, P. KRULOVÁ, M. MRAČKOVÁ a kol. Addenbrookský kognitivní test – orientační normy pro českou populaci. *Cesk Slov Neurol N* [online]. 2015, 2015-03-15, 78/11(3), 300-305 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-3-8/addenbrooksky-kognitivni-test-orientacni-normy-pro-ceskou-populaci-52144/download?hl=cs>

Česká alzheimerovská společnost. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. Praha, 2015, 2015 [cit. 2021-02-04]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>

CREAVIN, Sam T, Susanna WISNIEWSKI, Anna H NOEL-STORR, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2023-07-14]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi: 10.1002/14651858.CD011145.pub2

FENCLOVÁ, Eliška, Jakub ALBRECHT, Pavel HARSA a Roman JIRÁK. Rizikové faktory Alzheimerovy nemoci. *Česká a slovenská psychiatrie: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně* [online]. Praha, 2020, July 2020, 02.07.2020, 116(2), 59-65 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/342623620_Risk_factors_for_Alzheimer's_disease se. 59-65

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

FRAKER, Joyce, Helen C. KALES, Mary BLAZEK, Janet KAVANAGH a Laura N. GITLIN. The Role of the Occupational Therapist in the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings. *Occupational Therapy In Health Care* [online]. 2013, 28(1), 4-20 [cit. 2023-07-14]. ISSN 0738-0577. Dostupné z: doi:10.3109/07380577.2013.867468

FRANKOVÁ, Vanda. Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Dobruška, 2015, 2015-12-01, 16(3), 79-82 [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201503-0002_Optimalizace_lecby_Alzheimerovy_choroby.php

HAIGH, Judith a Carol MYTTON. Sensory interventions to support the wellbeing of people with dementia: A critical review. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. 2016, 79(2), 120-126 [cit. 2023-03-27]. ISSN 0308-0226. Dostupné z: doi:10.1177/0308022615598996

HUDÁK, Radovan a David KACHLÍK. *Memorix anatomie*. Praha: Triton, c2013. ISBN 9788073876746.

JANOUTOVÁ, Jana, Martina KOVALOVÁ, Petr AMBROZ, et al. Possible prevention of Alzheimer's disease. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2020, 83/116(1), 28-32 [cit. 2023-07-25]. ISSN 12107859. Dostupné z: doi:10.14735/amcsnn202028

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

JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ. *Koncepce oboru ergoterapie* [online]. Česká asociace ergoterapeutů. 2007 [cit. 2022-10-15]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/ramcovedokumenty/koncepce-oboru/>

KANTORKOVÁ, Marie. Demence-vývojová stádia a doporučení. *Sestra*. Praha: 2011, 21 (2). ISSN 1210-0404.

KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5708-6.

KITTNAR, Otomar. *Přehled lékařské fyziologie*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1025-4.

KORÁBEČNÝ, Jan, Ondřej SOUKUP a Martin VALIŠ. *Alzheimerova nemoc: patofyziologie, klinika, farmakoterapie*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-643-6.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

LANE, C. A., J. HARDY a J. M. SCHOTT. Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology* [online]. 2018, 25(1), 59-70 [cit. 2023-07-14]. ISSN 13515101. Dostupné z: [doi:10.1111/ene.13439](https://doi.org/10.1111/ene.13439)

LIVINGSTON, Gill, Andrew SOMMERLAD, Vasiliki ORGETA, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet* [online]. 2017, 390(10113), 2673-2734 [cit. 2023-07-14]. ISSN 01406736. Dostupné z: [doi:10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

LUPIENSKÁ, Natálie. Ergoterapie v geriatrii: Možnosti individuální ergoterapie u seniorů v pobytovém zařízení. *Sociální služby* [online]. 2012, 2012-11-11, 14(10), 14-16 [cit. 2021-03-06]. ISSN 1803-7348. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/socialnapraca/ergoterapie-v-geriatrii>

LYKKESLET, Else, Eva GJENGEDAL, Torill SKRONDAL a May-Britt STORJORD. Sensory stimulation—A way of creating mutual relations in dementia care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* [online]. 2014, 9(1) [cit. 2023-03-27]. ISSN 1748-2631. Dostupné z: [doi:10.3402/qhw.v9.23888](https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23888)

MANSON, Alana, Carrie CIRO, Kristine N. WILLIAS a Sally MALISKI. Identity and perceptions of quality of life in Alzheimer's disease. *Applied Nursing Research* [online]. USA, 2020, 52 [cit. 2022-05-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151225>

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana. Complex geriatric assessment in elderly with cancer. *Onkologie* [online]. 2020, 14(1), 12-18 [cit. 2023-07-25]. ISSN 18024475. Dostupné z: [doi:10.36290/xon.2020.007](https://doi.org/10.36290/xon.2020.007) MILESKE, Michael, Joseph BAAR TOPINKA, Matthew BROOKS, Corie LONIDIER, Kelly LINKER a Kelsey VANDER VEEN. Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities. *Clinical Interventions in Aging* [online]. 2018, 13, 967-974 [cit. 2023-03-27]. ISSN 1178-1998. Dostupné z: [doi:10.2147/CIA.S153113](https://doi.org/10.2147/CIA.S153113)

NIKOLAI, Tomáš, Hana ŠTĚPÁNKOVÁ a Ondřej BEZDÍČEK. Mírná kognitivní porucha a syndrom demence – vyšetření kognitivních funkcí. *Medicína pro praxi* [online]. 2014 [cit. 2023-07-21]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/med-201406-0008_Mirna_kognitivni_porucha_a_syndrom_demence-vysetreni_kognitivnich_funkci.php

O'BRIEN, Jane Clifford a Susan M. HUSSEY. *Introduction to occupational therapy*. 5th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, [2018]. ISBN 978-0323444484.

Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2014, 68(Supplement_1), S1-S48 [cit. 2023-07-14]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: [doi:10.5014/ajot.2014.682006](https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006)

PINTO, Joana O., Artemisa R. DORES, Andreia GERALDO, Bruno PEIXOTO a Fernando BARBOSA. Sensory stimulation programs in dementia: a systematic review of methods and effectiveness. *Expert Review of Neurotherapeutics* [online]. 2020, 20(12), 1229-1247 [cit. 2023-03-27]. ISSN 1473-7175. [doi:10.1080/14737175.2020.1825942](https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1825942)

PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0876-3.

SCHELTENS, Philip, Bart DE STROOPER, Miia KIVIPELTO, Henne HOLSTEGE, Gael CHÉTELAT, Charlotte E TEUNISSEN, Jeffrey CUMMINGS a Wiesje M VAN DER FLIER. Alzheimer's disease. *The Lancet* [online]. 2021, 397(10284), 1577-1590 [cit. 2023-07-14]. ISSN 01406736. Dostupné z: [doi:10.1016/S0140-6736\(20\)32205-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32205-4)

SKUTIL, Martin. Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

Standards of Practice for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2022, 75(Supplement_3) [cit. 2023-07-14]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2021.75S3004

STRØM, Benedicte S, Siri YTREHUS a Ellen-Karine GROV. Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2016, 25(13-14), 1805-1834 [cit. 2023-03-27]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.13169

SUCHÁ, Jitka. Ergoterapie v péči o pacienty s demencí a na geriatrickém pracovišti. *Geriatric a gerontologie: odborný časopis České geriatrické společnosti*, 2013; 3: 149-151. ISSN 1805-4684.

SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0335-3.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Tomáš NIKOLAI, Jiří LUKAVSKÝ, Ondřej BEZDÍČEK, Monika VRAJOVÁ a Miroslav KOPEČEK. Mini-Mental State Examination – česká normativní studie. *Cesk Slov Neurol N* [online]. 10-11-2014, 78/111 (1), 57-63 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-1/mini-mental-state-examination-ceska-normativni-studie-50969/download?hl=cs>

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

ŠVESTKOVÁ, Olga. Ergoterapie. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2015, 22 (1), 38-44. ISSN 1211-2658

VALIŠ, Martin, Jiří MASOPUST a Zbyšek PAVELEK. Pharmacotherapy of non-Alzheimer's types of dementia. *Neurologie pro praxi* [online]. 2020, 21(1), 41-45 [cit. 2023-07-25]. ISSN 12131814. Dostupné z: doi:10.36290/neu.2020.024

VÍTEČKOVÁ, M. 2022. (2.upr. vyd.) *Metodika zpracování bakalářské práce*. Č. Budějovice: PF JU v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-689-0.

VOJTOVÁ, H. 2014. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání. ISBN 978-80-260-5804-5.

VOJTOVÁ, Hana, 2015. Koncept smyslové aktivizace. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 2015, 11 (11), 14-16 [cit. 2022-17-02]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/11/koncept-smysloveaktivizace/>

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

World's largest dementia study reveals two thirds of people still incorrectly think dementia is a normal part of ageing, rather than a medical condition. *Alzheimer's disease international* [online]. London UK, 2019, 2019-09-1 [cit. 2021-01-13]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/news-events/news/worlds-largest-dementia-study-reveals-two-thirds-of-people-still-incorrectly-think-dementia-is-a-normal-part-of-ageing-rather-than-a-medical-condition/>

YANG, Hong, Yinpei LUO, Qingrong HU, Xuelong TIAN a Huizhong WEN. Benefits in Alzheimer's Disease of Sensory and Multisensory Stimulation. *Journal of Alzheimer's Disease* [online]. 2021, 82(2), 463-484 [cit. 2023-03-27]. ISSN 13872877. Dostupné z: doi:10.3233/JAD-201554

ZHOU, Guangyu, Gregory LANE, Shiloh L. COOPE, Thorsten Kahn KAHN a Christina ZELANO. *Characterizing functional pathways of the human olfactory system* [online]. 2019 [cit. 2023-07-14]. Dostupné z: doi:10.7554/eLife.47177

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Gerontopsychiatrie v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-3465-6.

Seznam příloh

Příloha 1: Souhlas se zpracováním osobních údajů	82
Příloha 2: Barthelův test všedních denních činností (ADL)	83
Příloha 3: Test kognitivních funkcí – MMSE	84
Příloha 4: Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS- 15)	85
Příloha 5: Test instrumentálních všedních denních činností (iADL).....	86

Přílohy

Příloha 1: Souhlas se zpracováním osobních údajů

Já
souhlasím, že informace o mém zdravotním stavu mohou být použity do bakalářské práce Gabriely Merclové s názvem “ *Smyslová stimulace u osob s Alzheimerovou chorobou a s demencí z pohledu ergoterapeuta* “. V této práci budou s mým vědomím použity i osobní údaje a fotografie s ohledem na ochranu osobních údajů a zachováním etického kodexu ergoterapeutů.

Dne v

.....

Podpis

Zdroj: vlastní

Příloha 2: Barthelův test všedních denních činností (ADL)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně více než 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Hodnocení závislosti v základních denních činnostech 0–40 bodů – vysoce závislý 45–60 bodů – závislost středního stupně 65–95 bodů – závislost lehkého stupně 100 bodů – nezávislý		Celkem

Zdroj: Kubešová, 2020

Příloha 3: Test kognitivních funkcí – MMSE

Oblast hodnocení	Max. skóre
1. Orientace Který je teď rok? Které je roční období? Můžete mi říct dnešní datum? Který je den v týdnu? Který je měsíc? Ve kterém jsme státě? Ve kterém jsem kraji? Ve kterém jsme městě? Jak se jmenuje tato nemocnice? Ve kterém jsem poschodí?	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Všípivost Vyšetřující jmenuje 3 věci (květina, lopata, hodiny) a vyzve nemocného, aby je zopakoval. Za každou odpověď bez ohledu na pořadí udělí bod. Jestliže pacient nereprodukuje všechny, opakuje je tak dlouho, dokud se je pacient nenaučí.	3
3. Pozornost a počítání Vyšetřující vyzve nemocného, aby odečítal od čísla 100 po 7 celkem 5x (93-86-79-72-65). Za každou správnou odpověď získává nemocný 1 bod. Alternativou může být hláskování slova pozpátku – např. „pokrm“ nebo „bratr“.	5
4. Výbavnost Vyšetřující vyzve nemocného, aby opakoval 3 slova, která si měl zapamatovat, za každé vybavené slovo získává 1 bod.	3
5. Řeč, komunikace, konstrukční schopnosti Vyšetřující ukáže nemocnému 2 předměty (hodinky, tužka) a vyzve nemocného, aby je pojmenoval. Za každou správnou odpověď získává 1 bod. Vyšetřující vyzve nemocného, aby opakoval „žádná ale, jestliže, kdyby“. Za správné zopakování získává 1 bod. Vyšetřující dá nemocnému třístupňový příkaz (vezměte papír, přeložte jej na polovinu a položte jej na zem). Za každý provedený stupeň získává nemocný 1 bod. Vyšetřující ukáže nemocnému papír s nápisem „Zavřete oči“. Nemocný získává bod za zavření očí. Vyšetřující vyzve nemocného, aby napsal smysluplnou větu. Nemocný získává 1 bod, pokud věta obsahuje podmět a přísudek a dává smysl.	2 1 3 1 1
6. Konstrukční schopnosti Vyšetřující vyzve nemocného, aby obkreslil obrazec – dva protínající se pětiúhelníky. Nemocný získává bod, pokud je zachován počet stran pětiúhelníků a protnutí vytváří čtyřúhelník.	1
Hodnocení: 30–28 – norma 27–24 – minimální kognitivní deficit (MCI) 23–18 – lehká demence 17–13 – střední demence 12 a méně – těžká demence	

Zdroj: Kubešová, 2022

Příloha 4: Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS- 15)

Otázky	Odpověď
1. Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano/ne
2. vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano/ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ano/ne
4. Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano/ne
5. Máte vesměs dobrou náladu?	ano/ne
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ano/ne
7. Cítíte se převážně šťastný?	ano/ne
8. Cítíte se často bezmocný?	ano/ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?	ano/ne
11. Myslíte, že je krásné být ještě naživu?	ano/ne
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?	ano/ne
13. Cítíte se plný elánu a energie?	ano/ne
14. Myslíte si, že Vaše situace je beznadějná?	ano/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano/ne
Hodnocení: za odpověď „ano“ u otázky 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 po jednom bodu a za odpověď „ne“ u zbývajících otázek, tj. 1, 5, 7, 11 a 13, také po jednom bodu. Podle výsledků celkového skóre hodnotíme: 0–5 bodů: normální efekt bez deprese, 6–10 bodů: mírná deprese, nad 10 bodů: manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření	

Zdroj: Kubešová, 2022

Příloha 5: Test instrumentálních všedních denních činností (iADL)

Činnost	Provedení	Bodové skóre
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je zná několik čísel, odpovídá na zavolání nedokáže použít telefon	10 5 0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem cestuje, je-li doprovázen vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz atd.	10 5 0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit nakoupí s pomocí a radou druhé osoby neschopen bez podstatné pomoci	10 5 0
4. vaření	uvaří samostatně jídlo jídlo ohřeje jídlo musí být připraveno druhou osobou	10 5 0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžších prací provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu práce v domácnosti se neúčastní	10 5 0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně provede pod dohledem vyžaduje pomoc, neprovede	10 5 0
7. užívání léků	samostatně, ve správnou dobu, správnou dávku, zná názvy užívá, jsou-li připraveny a připomenuty léky musí být podány jinou osobou	10 5 0
8. finance	spravuje samostatně, zná příjmy a výdaje, platí účty zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi neschopen bez pomoci zacházet s penězi	10 5 0
Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních denních činnostech 0–40 závislý v IADL 45–75 částečně závislý v IADL 80 nezávislý v IADL		Celkem

Zdroj: Kubešová, 2022