

Terapeutické přístupy jako aktivizační programy pro seniory s demencí

Bc. Miroslava Šeredová

Diplomová práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Miroslava HEPNEROVÁ
Osobní číslo: H118424
Studijní program: N 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Terapeutické přístupy jako aktivizační programy pro seniory s demencí

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS. Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na terapeutické přístupy, které se využívají k aktivizaci seniorů se syndromem demence
- na kvalitu života seniorů a zaměření se na problematiku stáří
- na možnosti sociálního pedagoga v oblasti terapeutických směrů, které se využívají k aktivizaci seniorů s demencí.

Součástí práce bude kvalitativní výzkum, kde budou zpracovány kazuistiky seniorů se syndromem demence. Dále zde bude zaznamenáno pozorování těchto seniorů na vybraném úseku terapeutického pracoviště. Sledována bude především aktivizace a změna kognitivních funkcí u vybraných seniorů s demencí.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Bakošová, Z. Sociální pedagogika jako životná pomoc. Bratislava: Pubic Promotion, s.r.o., 2008.

Gajdalová, L. Pes lékařem lidské duše, aneb, canisterapie. Praha: Grada Publishing, 1999.

Grün, A. Umění stárnout. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009.

Hátllová, B., Suchá, J. Kinezioterapie demencí. Praha: Triton, 2005.

Hollý, K., Hornáček, K. Hipoterapie. Ostrava: Montanex, 2005.

Jiráček, R., a kol. Demence a jiné poruchy paměti. Praha: Grada Publishing, 2009.

Kalvach, J., Oderková, A. Stáří. Praha: Galén, 2006.

Křivošiková, M. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada Publishing, 2011.

Vedoucí diplomové práce:

prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2013

V Brně dne 30. listopadu 2011


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




PhDr. Miloš Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- беру на ве́доміі, же дипломова́ пра́це буде уложена в електроні́ккє по́добє в універзі́тнім інформа́цінім сі́стєму достапна́ к пре́зенці́ннєму на́гляднуді;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

MIROSLAVA ŠEREDOVA'

Jméno, příjmení studenta

V Brně 4.3 2013



Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchuzečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, u níž-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořeně žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přitlédně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Pojem stáří a s ním spojené stařecké onemocnění zahrnuje široký okruh otázek a odpovědí. Cílem této diplomové práce je jednak dopomoci alespoň k částečné orientaci v této problematice a dále pak nahlédnout do možností terapeutických přístupů, kterými se dá určitým způsobem zlepšit kvalita života seniorů s demencí. V praktické části pak nalezneme zpracované kazuistiky čtyř seniorů s demencí. Tito senioři jsou pozorováni na jednom z terapeutických pracovišť a to na hiporehabilitaci a je u nich sledována především změna v aktivizaci a ve spolupráci.

Klíčová slova: stáří, demence, canisterapie, ergoterapie, muzikoterapie, kinezioterapie, hiporehabilitace, medikace

ABSTRACT

The concept of an old age and associated old diseases includes the wide range of questions and answers. The aims of this thesis are both, to help with at least a partial orientation in this issue and then to look into the possibility of therapeutic approaches, which can, in some way, improve the quality of life of seniors with dementia. In the practical part, there are processed the four cases of the elderly with dementia. These seniors are observed at one of the therapeutic sites, namely in hiporehabilitation, and the change in their activation and cooperation is watched primarily.

Keywords: old age, dementia, animal assisted therapy, occupational therapy, music therapy, hippotherapy, physiotherapy, medication

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu diplomové práce prof. PhDr. Pavlovi Mühlpachrovi, Ph.D. za odbornou pomoc a vedení, které mi poskytoval po dobu vzniku této práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 FENOMÉN STÁŘÍ	11
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	11
1.2 CHARAKTERISTIKA PROCESU STÁRNUTÍ	12
1.3 TĚLESNÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	13
1.4 STÁŘÍ A PSYCHIKA.....	14
1.5 GERIATRICKÉ SYNDROMY DOPROVÁZEJÍCÍ OBDOBÍ STÁŘÍ.....	15
1.6 DÍLČÍ ZÁVĚR	17
2 SYNDROM DEMENCE	18
2.1 VÝSKYT A PŘÍČINA SYNDROMU DEMENCE	18
2.2 PROJEVY SYNDROMU DEMENCE.....	20
2.3 STÁDIA DEMENCE.....	21
2.4 DIAGNOSTIKA SYNDROMU DEMENCE	23
2.5 MOŽNOSTI OVLIVNĚNÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ SE SYNDROMEM DEMENCE.....	24
2.6 DÍLČÍ ZÁVĚR	26
3 KLASIFIKACE DEMENCÍ	27
3.1 PRIMÁRNĚ DEGENERATIVNÍ (ATROFICKO – DEGENERATIVNÍ) DEMENCE	27
3.2 ISCHEMICKO – VASKULÁRNÍ DEMENCE.....	32
3.3 SEKUNDÁRNÍ DEMENCE (SYMPTOMATICKÉ).....	34
3.4 DÍLČÍ ZÁVĚR	35
4 TERAPEUTICKÉ NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY U SENIORŮ S DEMENCÍ	36
4.1 PET-TERAPIE (ZOOTERAPIE)	36
4.2 ERGOTERAPIE.....	40
4.3 MUZIKOTERAPIE	42
4.4 KINEZIOTERAPIE	44
4.5 LOGOTERAPIE.....	44
4.6 DÍLČÍ ZÁVĚR	45
II PRAKTICKÁ ČÁST	46
5 TERAPEUTICKÉ AKTIVITY (AVK A PPK) SE SENIORY S DEMENCÍ	47
5.1 CÍL PRÁCE A VYUŽITÉ METODY	48
5.2 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH KLIENTŮ	49
5.3 KAZUISTIKY	50
5.4 KOMPARACE KAZUISTIK.....	62
5.5 VLASTNÍ VYHODNOCENÍ.....	63
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	68

SEZNAM OBRÁZKŮ	69
SEZNAM TABULEK.....	70
SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Velmi časté téma dnešních debat je problematika stáří a důchodové reformy. Dnešní společnost se v průměru dožívá vyššího věku než v dobách dřívějších a můžeme tedy říci, že lidská populace stárne. Stáří je ale součástí koloběhu života každého z nás a je třeba, abychom se na něj důkladně připravovali a tudíž i přizpůsobili svůj životní styl a životosprávu. Je třeba, abychom ke stáří přistupovali s úctou a byli jsme připraveni na složité životní situace a změny, které nastanou právě v posledním vývojovém období a to v období stáří. S problematikou stáří se automaticky pojí nemoci různého typu a následné handicapy ztěžující život seniora ve společnosti. Mezi nejkritičtější úskalí v tomto pozdním věku je zhoršení zdravotního stavu. Staří lidé obvykle trpí polymorbiditou. Několik zdravotních potíží se prolíná u jednoho jedince najednou a právě mezi nejčastěji se vyskytující chorobu u starého člověka shledáváme syndrom demence. V podstatě syndrom demence nenávratně zhoršuje kvalitu života u postiženého jedince a právě proto je třeba umět se orientovat v problematice, která tento termín obklopuje.

Syndrom demence je zapříčiněn degenerativními změnami v mozkové tkáni, při které dochází k progresivním změnám rozumových schopností a osobnosti člověka. Dle výskytu a příznaků se rozděluje do tří skupin a to na: Atroficko-degenerativní, Ischemicko-vaskulární a Symptomatické. Lidé s tímto syndromem potřebují pomoc druhých, a jelikož je tato choroba progresivní a v podstatě se příznaky v určitém časovém sledu zhoršují, je třeba udržovat jedince s tímto syndromem v určité možné kondici a respektovat jeho možnosti ohledně zlepšení kvality života. Jednou z možností, jak udržet takového člověka v jeho možném životním stylu je využití terapeutických přístupů, kde pod vedením zkušených terapeutů si senioři s různým postižením demence upevňují denní návyky, trénují paměť, udržují motorické schopnosti a sociální kontakt.

Cílem práce je analýza dostupné literatury s problematikou stáří, syndromem demence a terapeutických přístupů. Praktická část je pak zaměřena na pozorování vybraných jedinců se syndromem demence při aplikaci jednoho z nefarmakologických přístupů. V rámci pozorování se zaměřuji na změnu v aktivizaci a změnu ve spolupráci u vybraných seniorů na již zmiňovaném pracovišti a to vše v rámci zlepšení kvality života seniorů s demencí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 FENOMÉN STÁŘÍ

Nezvratný běh času nám každému udává směr našeho bytí a žití. Každý z nás stárne, a i když si to někteří nepřipouští, anebo si to připustit nechtějí, stáří potká každého z nás bez výjimky. Pouze přibývajících roky života a vrásky na obličeji nás utvrdí v tom, že toto období se nevyhne nikomu a že snad pouze je šťastný ten, jemuž se podaří i ve stáří najít smysl života, který se ovšem do jisté míry liší od toho původního, který jsme žili před několika lety.

Fenomén stárnutí se dotýká každého z nás a je to proces, který má i svůj určitý smysl.¹ Pouze ten, který objeví smysl stárnutí a je připraven na významné změny ve svém životě, je schopen správně stáří přijmout a prožít ho.

Mnoho budoucích seniorů má obavy ze samoty, z chorob, které je potkají a hlavně ze ztráty samostatnosti, soběstačnosti a nepotřebnosti. Tyto obavy směřují již k daným mezinárodním prioritám, mezi něž patří integrace seniorů do společnosti, mezinárodní tolerance, ageismus, účelné využití všech forem péče, služeb a čerpání nákladů vzniklých služeb.²

Samo stáří je však velmi těžko identifikovatelné a díky rozdílným přístupům v udržení kondice a určité polymorbiditě jednotlivých seniorů je i těžko popsatelné. Jedno je ale jisté. Podle demografických tabulek je dokázáno, že očekávaná doba života je u žen v průměru o 6 let vyšší, nežli u mužů a tím narůstá i ovdovělost ze strany žen. Avšak stárnutí každého je určitý proces individualizace. U každého jedince probíhá odlišným způsobem a odráží se v ní jak socializační vlivy a psychické procesy, tak i genetické dispozice a někdy i osud, který jedincům život přichystá.

1.1 Vymezení pojmů stárnutí a stáří

Stárnutí jako běh našeho života. Stárnutí vlastně začíná hned po tom, co se narodíme, tedy pokud pomíneme naše stárnutí a vývoj v plodové vodě u matky v bříšku. Každý z nás si prochází určitými vývojovými obdobími a fázemi. Každé toto období je pro nás individuálně specifické a významné. V literatuře se obvykle setkáváme se čtyřmi fázemi života:

¹ Srov. Grün, A., *Umění stárnout*. Karmelitánské nakladatelství. Kostelní Vydří 2009, s. 11

² Srov. Mühlpachr, P., *Gerontopedagogika*. IMS. Brno 2009, s. 17

První fáze života – mládí (od narození do dosažení dospělosti 0 – 30 let)

Druhá fáze života – střední věk (doba dospělosti 30 - 65 let)

Třetí fáze života – život v době důchodu (65 – 85 let)

Čtvrtá fáze života – příprava na odchod (exit) (85 let a více)³

„Stárnutí představuje komplexní a dynamický proces zahrnující vzájemně propletené procesy stárnutí biologického, psychologického a sociálního.“⁴

Mezi poslední ontogenetická vývojová období života patří stáří. Stáří je u jednotlivců těžko identifikovatelné. V dnešní době plastických operací, chirurgických zákroků a mnoha kosmetických přípravků těžko udáváme věk seniorům, kteří o sebe takto dbají. V tomto případě je důležité znát kalendářní věk, chronologický věk či matriční věk, který je odvozen od data narození. Tyto údaje jsou praktické, neboť vypovídají o reálném věku a na základě nich můžeme posoudit, zda se nám konkrétní osoba jeví mladší či starší.⁵ Existuje mnoho dělení stáří, ale téměř vždy je shodně datováno od 60 roku jedince.

Chronologické stáří dělíme dle Haškovcové na:

- 60 - 74 let = vyšší věk, nebo rané stáří
- 75 - 89 let = stařecký věk, neboli sénium, vlastní stáří
- 90 let a více = dlouhověkost⁶

Dále jej můžeme dělit dle Vágnerové na:

- 60 - 75 let = období raného stáří

1.2 Charakteristika procesu stárnutí

Proces stárnutí neboli ontogeneze je pro každého člověka velmi specifický a individuální. V každém ontogenetickém vývojovém období nastávají určité fyziologické a psychologické změny, které jsou charakteristické pro toto období. Avšak ne vždy tyto změny nastávají

³ Srov. Křivohlavý, J., *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Grada. Praha 2011, s. 18

⁴ Sýkorová, D., *Autonomie ve stáří*. Sociologické nakladatelství. Praha 2007, s. 47

⁵ Srov. Haškovcová, H., *Fenomén stáří*. Havlíček Brain Team. Praha 2010, s. 24

⁶ Ibid., s. 20

tak, jak by bylo příhodné a žádoucí. Stárnutí je ovlivněno mnoha faktory a vlivy, které v průběhu života jedince ovlivňovali jeho vývoj a to jak po stránce osobnostní, tak i po stránce fyzické a socializační. Proces stárnutí, by nás měl vést ke zdokonalování, sebeuvědomění a moudrosti. Svě zkušenosti a vědomosti nasbírané v průběhu života by měl umět člověk se ctí předávat a zároveň by měl umět přijímat názory a kritiku druhých.

Stáří není nemoc. Je to plnohodnotné vývojové období, jako každé jiné. „ *Stáří není konec života, teprve smrt přináší konec života.*“⁷ Starý člověk v dnešní době má mnoho možností, jak se realizovat, sebevzdělávat a obohacovat svým věděním okolí, ve kterém žije. Je třeba vychovávat společnost k tomu, aby ke stáří přistupovali s úctou a vytvářeli podmínky, ve kterých by se senioři dokázali realizovat, přijímali své fyziologické a psychologické změny s nadhledem ba naopak je zúročili v modrosti druhých.

1.3 Tělesné změny ve stáří

Tělesné změny můžeme označit i jako biologické změny organismu, které probíhají na fyziologické úrovni. Tělesné projevy bývají označovány jako fenotyp stáří. Tyto změny probíhají u každého jedince různorodě a postihují tělesné tkáně a orgány.⁸ Jedním z příčin fyziologických projevů stárnutí je genetická dispozice. DNA, jako nositel genetické informace, se v určité době aktivuje a má vliv na průběh stárnutí. Pravděpodobně ale závisí na interakci mnoha genů a vlivů vnějšího prostředí. Dále průběh procesu stárnutí ovlivňuje vnější prostředí.⁹ Způsob života a životní styl se promítá na vzhledu každého a odráží se i na tělesných funkcích organismu. Velký význam má i s přibývajícím věkem zvýšená četnost nemocí, čili polymorbidita. Mezi nejčastěji se objevované somatické změny patří:

Změna pohybového systému – snižuje se výška těla, ubývá kostní hmoty. Ubývá svalové hmoty a pohyby jsou pomalejší. Přibývá fraktur díky řídnutí kostí a dochází k zužování cév a tepen.

Změna v kardiopulmonálním systému – klesá kapacita plic a funkce plic se snižuje. Ve stáří dochází k plicnímu emfyzému. Snižuje se elasticita cév a tím je narušena regulace krevního tlaku.

⁷ Klevetová, D., Dlabalová, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. Grada. Praha 2008, s. 11

⁸ Srov. Klevetová, D., Dlabalová, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. Grada. Praha 2008, s. 19 (in Pacovský 1994)

⁹ Srov. Vágnerová, M., *Vývojová psychologie II*. Karolinum. Praha 2007, s. 311-312

Změna v trávicím systému – ztráta chrupu, nižší množství trávicích šťáv a celkově snížená funkce trávicího traktu. Často bývají zácpy a bolesti bederní části

Nervový systém – díky ukládání lipofusinu v nervových buňkách, játrech a svalech, dochází k biochemickým změnám v neuronech. Zpomaluje se nervové vedení a změny hlubokého cití se projevují poruchami chůze a rovnováhy.¹⁰

Mezi fenotypické změny dále můžeme řadit např.: změny výrazu obličeje (prodlužování ušních lalůčků, pokles tváří a pokles horního víčka). Výrazná změna nastává i u smyslových orgánů. U zraku se projevují změny akomodace, zorničky jsou v průměru užší a objevuje se šedavý prstenec kolem duhovky. Nastává úbytek sluchové ostrosti pro vysoké tóny a chuť i čich klesá především u kuřáků.¹¹

1.4 Stáří a psychika

Studování psychických změn ve stáří se stalo předmětem odborné veřejnosti až ve 20. století.¹² Dříve se lidé spíše zaobírali fyzickými změnami a měli mnohdy jiné priority, nežli se hlouběji zaobírat involucemi duševními. V dnešní době se odborníci věnují kromě fyziologických změn u člověka i změnám duševním.

Proces stárnutí má za následek strukturální i funkční změny mozku, které se právě projevují v psychické oblasti. Díky zmenšování neuronů ubývá mozkové tkáně a v důsledku atrofických změn klesá hmotnost mozku, tloušťka mozkové kůry a zvyšuje se objem mozkových komor. Snižování počtu synaptických spojení a nižší produkce klíčových neurotransmiterů mají za následek to, že člověk nemůže plně využívat všechny informace, neboť chybí dostatečně rychlé zpracování a je zde absence v uvažování o více věcech najednou.¹³

Proces stárnutí doprovází především změna kognitivních funkcí. Změny nastávají především v kódování, ukládání a znovu si vybavování informací. Z psychologického hlediska jsou intenzivně studovány poruchy paměti. Za tyto poruchy bývá často označována zapo-

¹⁰ Srov. Klevetová, D., Dlabalová, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. Grada. Praha 2008, s. 21 - 22

¹¹ Srov. Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. a kol., *Geriatric a gerontologie*. Grada. Praha 2004, s. 101

¹² Srov. Haškovcová, H., *Fenomén stáří*. Havlíček Brain Team. Praha 2010, s. 145

¹³ Srov. Vágnerová, M., *Vývojová psychologie II*. Karolinum. Praha 2007, s. 316

mětlivost, která ovšem nemusí být vždy spojována se starým člověkem, avšak může seniorovi komplikovat život.¹⁴

Velmi často se setkává s tím, že staří lidé se velmi podceňují, obtížně si zvykají na nové prostředí a těžko navazují nové vztahy. V tomto kontextu se nám objevuje termín agismus, neboli věková diskriminace starých lidí. Senioři tím mohou ztrácet svoji identitu, obranyschopnost a v podstatě můžeme říci, že tato diskriminace postihuje především jejich psychickou stránku. „ *K typickým agistickým projevům patří podceňování psychických schopností, potřeb a prožitků starých a zvláště velmi starých lidí.*“¹⁵

1.5 Geriatrické syndromy doprovázející období stáří

Stáří se vyznačuje především tím, že je doprovázeno zvýšenou nemocností. Nemoci se různým způsobem prolínají a můžeme říci i doplňují. U každého jedince však probíhají a vyskytují se zcela individuálně. Záleží též i na nemocnosti a úrazovosti v průběhu života. Psychosomatické choroby jsou často výsledkem dlouhodobého a intenzivního působení stresu na lidský organismus. Každé prodělané onemocnění může do značné míry ovlivnit somatický a psychický stav seniora. Zvláště náchylní na tyto choroby jsou lidé s poruchou adaptability.¹⁶ Zdravotní stav seniora se může náhle a lehce dekompenzovat a proto lékaři mluví o nemocných seniorech jako o křehkých pacientech. Lékaři uvádějí pojem *dominový efekt*, čímž mají na mysli, že jedna nemoc vyvolá další, anebo zhorší ostatní onemocnění.¹⁷

Topinková a Kalvach a kol. uvádějí, že geriatrické syndromy můžeme najít jak v oblasti somatické a psychické, tak i v oblasti sociální.

Somatické syndromy:

- hypomobilita, dekonidice, imobilita
- inkontinence
- poruchy příjmu potravy
- poruchy termoregulace

¹⁴ Srov. Haškovcová, H., *Fenomén stáří*. Havlíček Brain Team. Praha 2010, s. 146

¹⁵ Kalvach, Z., Onderková, A., *Stáří*. Galén. Praha 2006, s. 11

¹⁶ Srov. Bayerová, M., in Mühlpachr, P., *Schola gerontologica*. Masarykova universita. Brno 2005, s. 171

¹⁷ Srov. Haškovcová, H., *Fenomén stáří*. Havlíček Brain Team. Praha 2010, s. 251

Psychické syndromy:

- demence
- deprese
- delirium
- poruchy chování a poruchy adaptace

Sociální syndromy:

- ztráta soběstačnosti
- závislost na pomoci druhých
- sociální izolace
- týrání a zneužívání seniorů
- dysfunkce rodiny¹⁸

Topinková uvádí statistické údaje ohledně onemocnění osob starších 65-ti let, že ze 100 osob nad 65 let trpí v ČR:

- 3 onemocněním srdce a cév
- polovina má zvýšený krevní tlak (hypertenzi)
- 37 ischemickou nemoc srdce
- 42 má závažné postižení kloubů nebo kostí
- 20 má zažívací potíže
- 16 má cukrovku
- 15 má psychiatrické onemocnění
- 4 mají nádorové onemocnění
- jen 4 jsou bez chronického onemocnění¹⁹

Starým a nemocným člověkem se zabývá medicínský obor zvaný geriatric, nebo též klinická gerontologie.

¹⁸ Srov. Ondrušková, J., *Stáří a smysl života*. Karolinum. Praha 2011, s. 29-30

¹⁹ www.ordinace.cz/clanek/nemoci-ve-stari/, aktualizováno dne 9. 10. 2012

1.6 Dílčí závěr

Proces stárnutí probíhá periodicky po celou dobu našeho života. V jednotlivých ontogenetických vývojových etapách se utváří naše osobnost a na základě různých interakcí se utváříme v bytost, která je jedinečná. Mezi poslední vývojové období patří stáří. Stáří ale neznamená konec života, jak to dřívější mýty uváděly. Stáří je plnohodnotný podzim života, který skrývá ještě mnoho nepoznaného. Staří lidé by měli nacházet smysl života a jejich okolí by je v tom mělo podporovat. S přibývajícím rokem se načítá i četnost onemocnění, které ztěžují život seniorům. I v tomto případě je dobré se orientovat v situacích, které mohou být pro seniory ohrožující a utvářet tak preventivní, případně rehabilitační programy.

2 SYNDROM DEMENCE

Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy. Demence je organicky podmíněný a nezvratný pokles intelektu. Při tomto takřka nejčastějším onemocnění seniorů dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí. Postižena je paměť, orientace, myšlení, schopnost učení, pozornost, jazyk a úsudek. Změna v kognitivních funkcích se projevuje především ve zhoršení emočního prožívání, sociálních interakcí a způsobuje poruchy v aktivitách denního života. Kódové označení tohoto syndromu je F00 – F03 a najdeme je v MKN – 10.²⁰

2.1 Výskyt a příčina syndromu demence

Demence jsou choroby, které postihují především člověka, který se dožije vyššího věku a ve zhruba 70 procentech případů je jejím důvodem Alzheimerova choroba. Nejdříve postihují poznávací (kognitivní) funkce a postupně se přidávají poruchy dalších funkcí. Demence není onemocnění jednoho člověka. Tento syndrom postihuje především i ty, kteří se o takto postižené jedince starají, rodinné příslušníky a v podstatě celou lidskou populaci. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) agentura AP uvedla, že zatímco v roce 2010 na světě žilo s demencí 35,6 milionu lidí, v roce 2030 už to má být téměř dvojnásobných 65,7 milionu a v roce 2050 dokonce 115,4 milionu.²¹

Příčinou demence je difuzní onemocnění mozkových hemisfér. Toto onemocnění se vyskytuje především u mozkové kůry a hipokampů.²² Demence může být výsledkem rozličných skupin poruch a stavů. Při určité etiologii je demence chronická, progresivní a ireverzibilní. Faktorů, které jsou schopny způsobit demenci, narůstá s věkem pacientů. Existuje velmi mnoho studií, přičemž některé uvádějí větší provalení demence u negramotných a méně vzdělaných lidí. Jiné studie berou v potaz úraz hlavy, deprese a dlouhodobé hladovění. A v neposlední řadě mnoha studií jsou uváděny i genetické faktory a zvýšené užívání analgetik s obsahem fenacetinu.²³

²⁰ Srov. Jirák, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004, s. 19

²¹ Srov. www.celostnimediceina.cz, aktualizováno dne 11. 10. 2012

²² Srov. Seidl, Z., Obenberger, J., *Neurologie pro studium v praxi*. Grada. Praha 2004, s. 283

²³ Srov. Hátlová, B., Suchá, J., *Kinezioterapie demencí*. Triton. Praha 2005, s. 16

Onemocnění a látky, které vyvolávají příznaky demence:**Onemocnění:**

Endokrinní poruchy – Nemoc štítné žlázy, příštítných tělísek, nadledvinek a hypofýzy

Infekce – AIDS, Creutzfeld-Jakobova choroba a jiné encefalitidy, Kryptokokóza, Leptomeningitida, Neurosyfilis a progresivní multifokální leukoencefalopatie

Neurologická onemocnění – Alzheimerova choroba, Amiotrofická laterální skleróza, Huntingtonova choroba, Demence s Lewyho tělísky, Multisystémová atrofie, Normotenzní hydrocefalus, Pickova choroba, Parkinsonova choroba a Progresivní supranukleární obrna.

Poruchy výživy – Deficience kyseliny listové, Deficience tiamínu a Pellagra (vitamínu B).

Léze zabírající prostor – Primární a metastatický mozkový tumor, Subdurální hematom a obstrukční hydrocefalus.

Vaskulární onemocnění – Ateroskleróza a arterioskleróza, Hypertenze, Vaskulitýda a opakované epizody cerebrální ischemie nebo hypoxie.

Systémové onemocnění – Anémie, plicní choroby s hypoxií a hyperkapnií, Paraneoplastická demence.

Látky:

Léky – Kortikosteroidy, opiáty a syntetické narkotika, antihypertenziva

Jiné chemikálie – Olovo, mangan, kysličník uhelnatý a rtuť

Většina návykových látek²⁴

V současné době výskyt demencí roste. Masivní až epidemický výskyt demencí je cenou, kterou lidé platí za čím dál více efektivnější diagnostické metody, kvalitní farmaka a samozřejmě i za dlouhověkost.²⁵

²⁴ Srov. Spar, J., La Rue, A., *Geriatrická psychiatria*. Vydavatelství F. Trenčín 2003, s. 128-129

²⁵ Srov. Haškovcová, H., *Fenomén stáří*. Havlíček Brain Team. Praha 2010, s. 261

2.2 Projevy syndromu demence

Klinické příznaky mohou být různé a to dle typu demence. Globálně ale vzato, onemocnění počínaje plíživě, s plynulou progresí, anebo začne po cévní příhodě, kdy po každé následující příhodě progreduje. Odborníci uvádějí, že k plnému rozvoji nemoci může dojít až po dvanácti letech od jeho počátku. V prvé řadě ztrácí nemocný přehled o čase, po té o prostoru a v závěru o sobě. Chybí vlastní úsudek, je postiženo abstraktní myšlení, nepoznává známé lidi a padají základní společenské zábrany. Chování nemocného je na první pohled nápadné. Senior, který trpí syndromem demence, může být agresivní, dochází u něj k častému výkyvu nálad a objevuje se i „odbržděné“ chování. V tomto případě má nemocný povznesenou náladu, je roztržitý a naopak může být i apatický.²⁶

Společné projevy u všech typů demence:

- a) Ztráta náhledu, poruchy chování
- b) Odpadají zábrany
- c) Ztráta sebejistoty a introspekce
- d) Zhoršení ovládnání běžných pracovních postupů a sebeobsluhy
- e) Dlouhodobá a každodenní péče
- f) Inkontinence a mutismus²⁷

Poruchy paměti se vyskytují již v raném stádiu demence a nalézáme je u většiny typů demence. Nejdříve je zasažena krátkodobá paměť a později je zasažena i dlouhodobá paměť, přičemž je porušena deklarativní, neboli vědomá paměť.

Poruchy řeči se vyskytují téměř u všech pacientů s nějakým typem demence. Nemocný těžko nachází slova, má problém přiřadit správná slova a špatně artikuluje. Objevuje se tedy afázie, což je porucha vyjadřování a chápání jazyka. Dále se může vyskytovat apro-zódie, což je monotónní řeč bez melodiky a dysartie, což je charakterizováno špatnou artikulací.²⁸

Poruchy emotivity jsou standartním příznakem demencí. Zde se objevuje zhoršení kontroly emočního naladění a citová nestabilita. Naladění může být euforické, úzkostné, emočně

²⁶ Srov. Haškovcová, H., *Fenomén stáří*. Havlíček Brain Team. Praha 2010, s. 263

²⁷ Srov. Seidl, Z., Obenberger, J., *Neurologie pro studium v praxi*. Grada. Praha 2004, s. 284

²⁸ Srov. Jiráček, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004, s. 43 - 47

labilní a někdy až podrážděné a agitované. V počáteční fázi demence může být člověk neklidný a neustále stereotypně vykonává stejný pohyb. V pozdější fázi demence je emočně a citově oploštělý a může být až apatický.²⁹

Behaviorální a psychologické symptomy demence se vyskytují především u středně těžkých a pokročilých stádiích demence. Mezi nejčastější řadíme poruchy chování a emotivity, poruchy cyklu spánků – bdění a přidružené psychotické příznaky (bludy, halucinace). Poruchy chování jsou spojené s agresivitou, dále pak útky, upoutávání pozornosti na sebe a agitovanost.³⁰

Poruchy aktivit denního života velmi často doprovázejí syndrom demence. Nejprve jsou postiženy aktivity složitější, což je například profesní specializace a později se postižení objeví i u aktivit běžného denního života, což je např. dodržení hygieny, oblékání a stravování.

2.3 Stádia demence

K posouzení a určení hloubky demence je vypracováno mnoho stupnic a mezi uváděnými v literatuře patří:

Diagnostický a statistický manuál (DSM-IV), který je využíván především v USA a dalších zemích a sleduje hloubku demence v následujících kritériích:

- 1) Kognitivní poruchy – porucha paměti a porucha kognitivních funkcí (agnózie, apraxie, afázie a porucha v řídicí funkci)
- 2) Kognitivní poruchy, které představují významný pokles předchozí životní úrovně a jsou zapříčiněny právě poruchou paměti a poruchou kognitivních funkcí.
- 3) Trvalý a postupný nástup zhoršování poznávacích funkcí.³¹

Glennner ve své literatuře popisuje tři fáze demence a to :

- a) První fáze – počínající demence. Tato fáze je těžko identifikovatelná a je těžké ji rozpoznat. Objevuje se zde krátkodobé zhoršení paměti, snížená pozornost, mohou

²⁹ Srov. Vágnerová, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál. Praha 1999, s. 138

³⁰ Srov. Jiráček, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004, s. 82

³¹ *Ibid.*, s. 19-20

se objevit i deprese, snížení racionálního uvažování a patrné obtíže se sebeobsluhou.

- b) Druhá fáze – rozvinutá demence. Jsou to v podstatě všechny příznaky popsané v první fázi, ale jsou mnohem razantnější. Mimo jiné, jsem patří také již zmíněná agitovanost, dezorientovanost na místech, kde to pacient zná, problémy s motorikou, zhoršená koordinace a patrná ztuhlost, inkontinence, obtíže při zvládnání aktivit denního života a pokles dlouhodobé paměti.
- c) Třetí fáze – pokročilá, terminální demence. V tomto případě je již nutná trvalá kontrola pacienta. Mohou se objevit bludy, halucinace, neuvědomění si okolního dění, možnost vdechnutí předmětu, potravy, které je způsobeno obtížným polikáním.³²

Za nejlépe vystihující stupnici, která popisuje stupeň demence je považován Global Deterioration Scale, kterou stvořil Reisberg roku 1982 a tato stupnice je tvořena 7 stádií vývoje demence.

- 1) Kognitivní funkce nejsou postiženy, nejsou patrné žádné poruchy paměti.
- 2) Prvotní příznaky v postižení kognitivních funkcí, kdy poruchy nejsou tak zřetelné, ale pacient si stěžuje na zapomínání jmen u známých lidí a nevybavuje si, kam uložil předměty, které pravidelně používá.
- 3) Objevují se lehké postižení kognitivních funkcí, kdy klesá pracovní výkon, je nízká reprodukce čteného textu, ztráta cenných věcí a nezapamatování si nových jmen. Bývá zde i často zmatenost v novém prostředí.
- 4) Středně těžké postižení kognitivních funkcí, kdy se objevuje zmatenost a porucha orientace v čase a místě. Je postiženo abstraktní myšlení, vyskytují se paměťové poruchy a je postižena především krátkodobá paměť. Začínají se projevovat i poruchy v aktivitách denního života.
- 5) Pokročilé postižení kognitivních funkcí, je fází časného, či mírného stupně demence. Ztráta soběstačnosti, dezorientace v čase, zpomalení řeči a pacient si nevybavuje názvy věcí.

³² Srov. Glenner, J., A., a kol. *Péče o člověka s demencí*. Portál. Praha 2012, s. 16-17

- 6) Těžké postižení kognitivních funkcí je středně těžká až pokročilá fáze demence. Kompletní dezorientace a potřeba celodenní péče. Myšlení je nevypravné a chudé. Objevují se i bludy, agitovanost a agrese.
- 7) Velmi těžké postižení kognitivních funkcí, což je fází pozdní či těžké demence. Pacient pomalu přestává chodit, může být inkontinentní a je neschopný řečového projevu.³³

2.4 Diagnostika syndromu demence

Včasná diagnostika odkrývající syndrom demence je vždy velmi důležitá. Obecně ale platí, že čím dříve se odkryjí počátky demence, tím lépe se dá na progredující syndromu pracovat a postupně oddálit jeho důsledky. Ke zjištění a klasifikaci demencí se využívá nejen mnoho testů, ale je třeba prostudovat i celkovou anamnézu pacienta a sledovat jeho současný psychický stav. U fyzikálního vyšetření musíme pátrat po hypertenzi a zaměřit se na patologicko - neurologické příznaky.³⁴

Mezi nejčastěji používané testy patří test Folsteinův MMSE (Mini-Mental State Examination), který je ale jednoduchý a není vhodný jako samostatně diagnostikující test na rozpoznání demence. Dále se využívá k diagnostice test řečové plynulosti, Wechslerova škála paměti, Bender – Gestaltův test, WAB a test kreslení dráhy.³⁵

Dle Pidrmána bychom měli při určení demence postupovat v následujících krocích:

- 1) Lokalizování a následné popsání základních symptomů (např. poruchy nálady a poruchy paměti)
- 2) Vyhodnocení lokalizovaných symptomů a následné přiřazení syndromu (demence, delirium)
- 3) Stanovení diagnózy dle tabulky, která jednotlivé druhy demencí rozděluje a popisuje³⁶ (viz. příloha A)

³³ Srov. Mühlpachr, P., *Gerontopedagogika*. IMS. Brno 2009, s. 53

³⁴ Srov. Pidrman, V., *Demence*. Grada. Praha 2007, s. 21

³⁵ Srov. Jirák, R., Holmerová, I., Borzová, C., *Demence a jiné poruchy paměti*. Grada. Praha 2009, s. 27-28

³⁶ Srov. Pidrman, V., *Demence*. Grada. Praha 2007, s. 22

MMSE (viz. příloha B)

Široká využitelnost tohoto testu zajišťuje jeho vysokou popularitu. Tento test byl přeložen do několika jazyků a je dostupný v modifikované formě i pro sluchově postižené. Vyšetřuje pouze stěžejní funkce neuropsychologické oblasti, které jsou postiženy syndromem demence (řeč, orientace v čase a prostoru, paměť). Folstein a jeho spolupracovníci však uvádějí, že MMSE nestanovuje diagnózu demence, ale jako všechny ostatní instrumenty identifikuje jedince s možným kognitivním postižením, které může vyžadovat další zhodnocení. Pro další hodnocení kognitivních funkcí existuje mnoho dalších testů, které je třeba kombinovat, dle získaných anamnestických a zdravotnických informací.³⁷ (viz. příloha C)

Dále je k diagnostice nezbytné laboratorní vyšetření. Do těchto vyšetření řadíme: biochemický, hematologický a sérologický screening. Biochemické vyšetření nám vyloučí nebo potvrdí sekundární, metabolické demence. Hematologické vyšetření nám pomůže odhalit anémie, které se mohou podílet na vzniku demence. Sérologické vyšetření nám ukazují na možnost luetického onemocnění, lymeské borreliózy a AIDS, jako příčiny vzniku demence.³⁸

Nezbytné je mnohdy doplňující vyšetření, které nám umožní zobrazení centrální nervové soustavy. Mezi tato vyšetření řadíme: magnetickou rezonanci (MRI), výpočetní tomografii (CT), elektroencefalogram (EEG), jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT) a pozitronová emisní tomografie (PET).

Obecně ale platí, že neuropsychologické vyšetření by mělo zmapovat komplexně kognitivní stránku pacienta a vyšetřit mozkové laloky. Jedná se především o frontální lalok, temporální lalok, okcipitální lalok a parietální lalok.³⁹

2.5 Možnosti ovlivnění kvality života seniorů se syndromem demence

Primárně musí být pacient komplexně vyšetřen a na základě vyšetření se indikují farmaka, která určitým způsobem ovlivňují průběh onemocnění a zabránění progresu nemoci. Na základě patogenetických ukazatelů se pak zaměřujeme na jednotlivé symptomy nemoci.

³⁷ Srov. Spar, J., La Rue, A., *Geriatrická psychiatrie*. Vydavatelství F. Trenčín 2003, s. 118

³⁸ Srov. Jiráček, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004, s. 88

³⁹ Srov. Rektorová, I., *Kognitivní poruchy a demence*. Triton. Praha 2007, s. 13-14

Obecně se farmakologické a nefarmakologické přístupy shrnují pod pojem terapie. Terapie demencí by se měla kombinovat a prolínat by se měli biologické přístupy s přístupy psychosociálními, neboli nebiologickými.⁴⁰

1) **Biologické přístupy, neboli farmakoterapie**

Farmakoterapie demencí tedy obsahuje jak léčbu kognitivních poruch, tak i léčbu behaviorálních a psychologických symptomů demence (BPSD). Mezi dále uváděné v odborné literatuře patří i farmakoterapie nekognitivních poruch.

Farmakoterapie kognitivního postižení

Tuto indikaci léčiv předepisuje odborník a využívají se u Alzheimerovy choroby. Farmaka kognitivního postižení dělíme na:

- a) Inhibitory acetylcholinesteráz, neboli kognitiva, která zlepšují acetylcholinergní systém, který je důležitý pro kognitivní funkce.
Do této oblasti spadají inhibitory – Donepezil, Rivastigmin, Galantamin a farmaka, jejichž použití není založeno na důkazech.
- b) Parciální inhibitory ionotropních receptorů excitačních aminokyselin (NMDA). Do této kategorie patří Memantin.

Terapie behaviorálních a psychologických symptomů demence

Tento název obsahuje vyhledání podmínek a příčin v prostředí postiženého. Následuje nefarmakologický přístup, který spočívá především ve změně přístupu okolí a přizpůsobení se okolí. Dále pak specializovaný přístup ze strany ošetřujícího personálu a v neposlední řadě již zmiňovaný farmakologický přístup.⁴¹

Při terapii BPSD se ovlivňují poruchy nálad a afektů, poruchy chování, poruchy vnímání, poruchy spánku, psychotická symptomatologie a možná deliria. (viz. příloha D)

2) **Nebiologické přístupy**

Do těchto přístupů zahrnujeme reedukační techniky, psychoterapie, rehabilitace a součástí je i práce s rodinnými příslušníky. S pacientem, který trpí demencí je třeba neustále nacvi-

⁴⁰ Srov. Jirák, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004, s. 90

⁴¹ Srov. Jirák, R., Laňková, J., *Demence. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. ČLS JEP. Praha 2007, s. 5-6

čovat aktivity, které běžně užívá ke své obsluze a zaměřujeme se především na ty, které ještě nezapomněl. Je vhodné ho jakýmkoliv způsobem aktivizovat a vytvářet podmínky na zlepšení kvality jeho života. K procvičování kognitivní funkcí se užívá tzv. reminiscenční terapie, při které se pacientovi vybavují staré události. Dále se dá využít realitně orientovaná terapie, které spočívá v dodržování jasně stanovených postupů a v prezentaci jasně označených věcí.⁴²

2.6 Dílčí závěr

Syndrom demence je velmi časté onemocnění, které postihuje především starší populaci. Z počátku se velmi těžko rozezná, zda jde o počínající demenci a proto by především lidé kolem seniora měli být všímavější a informovanější o syndromu demence. V tomto případě je velmi důležité, podchytit léčbu a terapii včas a tím zabránit jejímu progredujícímu charakteru. Hlavní prioritou při práci se seniory s demencí je co nejdéle možný pobyt v domácím prostředí a tím určitým způsobem zajistit kvalitu života postiženého.

⁴² Srov. Jirák, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004, s. 105

3 KLASIFIKACE DEMENCÍ

Po vyřčení pojmu demence si mnozí z nás představí především masově známou Alzheimerovu nemoc. Je pravda, že tato choroba je nejpočetněji zastoupena v lidské populaci, ale bohužel se vyskytuje mnohem více druhů demence, které se různým způsobem dělí. Základem identifikace demence je především včasná diagnostika a následné etiologické určení demence. Dle etiologie se nejčastěji objevuje v literatuře dělení na primárně degenerativní, ischemicko – vaskulární a symptomaticko – sekundární demence.

3.1 Primárně degenerativní (Atroficko – degenerativní) demence

Alzheimerova nemoc

Alzheimerova demence je nejčastěji se vyskytujícím typem demence. Tuto nemoc řadíme mezi primární onemocnění, neboť je primárně postižena šedá kůra mozková. Onemocnění se vyvíjí plíživě a její průběh může trvat i 9 let. Postupně progreduje a může postihnout všechny psychické funkce člověka.⁴³

Největší riziko pro vznik Alzheimerovy choroby je věk. Může se vyskytovat už v období před 50. rokem života a v raném stáří. Avšak vyšší nárůst této choroby je zachycen po 65. roku života. Studie ukazují, že 1 z 20 osob ve věku 65 let a více trpí Alzheimerovou chorobou. Dále se ukazuje, že touto demencí trpí více ženy, nežli muži a zvýšený počet je i u lidí s minimálním vzděláním. Neopomenutelným faktorem je i genetická predispozice. V případech, kde v rodině je toto zdravotní zatížení, se u daného jedince v rané formě Alzheimerovi choroby podílí mutace na chromozomu 14, chromozomu 1 a chromozomu 21. Toto genetické dominuje asi u 2 % a zbytek je zapříčiněn sporadicky, jehož výsledek vznikl interakcí mezi genetickou náchylností a faktory prostředí.⁴⁴

Alzheimerova demence se vyvíjí pomalým tempem a postupem času jsou patrné mnohčetné příznaky. Mezi tyto příznaky patří především změna osobnosti a poruchy chování, zhoršení kognitivních funkcí a porucha paměti, což vede k dezorientaci v čase a v prostoru,

⁴³ Srov. Pidrman, V., *Demence*, Grada. Praha 2007, s. 34

⁴⁴ Srov. Spar, J., La Rue, A., *Geriatrická psychiatria*. Vydavatelství F. Trenčín 2003, s. 130 - 131

vytrácí se logické uvažování, neschopnost porozumět verbálnímu projevu a též se vyskytují časté změny nálad. Takto postižení senioři jsou emočně oploštění až apatičtí.⁴⁵

Průběh Alzheimerovy choroby můžeme také pozorovat v třech stádiích.

- 1) Lehké stádium se vyznačuje tím, že k poruchám paměti dochází ve všech složkách. Nejčastěji však v oblasti časové a prostorové paměti. Na rozdíl od ischemicko-vaskulárních demencí zde dochází k degradaci osobnosti.
- 2) Středně těžké stádium demence je doprovázeno razantním zhoršením paměti a dochází k deterioraci intelektu. Pacienti si nejsou schopni vštípit do krátkodobé paměti informace a tím dochází k dezorientaci v prostoru. Jsou zde výrazněji postiženy denní aktivity a nemocní tak přestávají být soběstační. Své zastoupení zde mají i behaviorální a psychologické příznaky demence, mezi něž patří právě poruchy chování, poruchy cyklu bdění a spánek, agitovanost a agresivita. V tomto období se může vyskytovat inkontinence moči a případně i stolice.
- 3) Těžké stádium demence představuje silné poruchy paměti a postižený je plně dezorientovaný v čase, místě, nepoznává příbuzné a jsou plně odkázáni na pomoc druhých. Aktivity denního života nejsou schopni ani v malé míře zvládnout. Behaviorální a psychologické příznaky se zhoršují a v důsledku úrazu, anebo interkurentní choroby umírají.⁴⁶

Diagnostika

Diagnostiku Alzheimerovy demence je třeba brát, jako každou jinou, komplexně a celistvě. Základem je psychiatrické a psychologické vyšetření, při čemž se využívá mnoha již výše zmíněných testů, pohovorů a zobrazovacích metod.

Testy se využívají jak jednoduché, jako je například MMSE, tak i složitější, mezi něž řadíme např. ADAS (Alzheimer disease assessment scale). Morfologické zobrazovací metody vyloučí jiné příčiny, mezi něž patří např. tumor.⁴⁷ Lékař může též rozhodnout o stereotaktické biopsii mozku a to v případě, že je demence progresivní a nejasného původu.

⁴⁵ Srov. Vágnerová, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál. Praha 1999, s. 140 - 141

⁴⁶ Srov. Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. a kol., *Geriatric a gerontologie*. Grada. Praha 2004, s. 548 - 594

⁴⁷ Srov. Seidl, Z., Obenberger, J., *Neurologie pro studium v praxi*. Grada. Praha 2004, s. 285

Mezi moderní typy vyšetření patří radiofarmaka, která se aplikují nitrožilně, a následně se tomografem snímkuje kvalita prokrvení mozkové tkáně.⁴⁸

Terapie

Mezi biologické faktory patří jako nejdůležitější farmakoterapie, neboli medikace inhibitorů, kteří postupný progresivní vývoj nemoci zpomalují a zlepšují kvalitu života jedince s Alzheimerovou demencí. Bohužel, farmakoterapie u demence nedokáže dané symptomy léčit a proto postupem času dochází ke zhoršení zdravotního stavu. Využití je především enzymu acetylcholinesteráze, který napomáhá vytvářet nové spoje mezi buňkami v mozku. Mezi používané inhibitory patří: Aricept (donepezil), Reminyl (galantimin) a Exelon (rivastigmin).⁴⁹ Mezi další důležitou formu terapie patří nefarmakologické přístupy, které budou detailněji popsány níže a patří mezi ně např.: aktivity denního života, ergoterapie, muzikoterapie, canisterapie, hiporehabilitace, logoterapie a arteterapie.

Demence s Lewyho tělísky

Demence s Lewyho tělísky, nebo také korová nemoc s Lewyho tělísky je v lidské populaci vcelku hojně zastoupena. Občas bývá zaměňována s Alzheimerovou demencí a případně i s demencí při Parkinsonově chorobě. Při této demenci je nález v podobě intraneuronálních Lewyho tělísek v neuronech bazálních ganglií a v kortikálních neuronech.⁵⁰

Anamnéza u demence s Lewyho tělísky vypadá asi takto:

- Dochází k postupnému a progresivnímu úpadku intelektových funkcí a řádově ve dnech značné kolísání kognitivních funkcí a to především v oblasti paměti, usuzování, řeči a jazyka
- Paranoidita
- Objevuje se zde i častý výskyt přidružených delirií
- Opakovaně jsou vizuální halucinace s obsahem zvířat, objektů a lidí a tyto halucinace jsou považovány za skutečnost

⁴⁸ Srov. Halová, M., *Nemocný v domácí péči II. Demence a demence Alzheimerova typu*. Nakladatelství P. Hala. Bouzov 2010, s. 101

⁴⁹ Srov. Glenner, J., A., a kol. *Péče o člověka s demencí*. Portál. Praha 2012, s. 24 -25

⁵⁰ Srov. Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Závazalová, H., Sucharda, P. a kol., *Geriatric a gerontologie*. Grada. Praha 2004, s. 550

- Vyskytují se i opakované pády, přechodné ztráty vědomí a systematizované bludy
- Mohou nastat i vedlejší extrapyramidové reakce na běžná neuroleptika a to především I. generace⁵¹

Terapie

Jelikož je to velmi podobný typ postižení jako u Alzheimerovy demence, jsou farmaka dávkována analogicky a téměř shodně s touto demencí. Někdy jsou přidávány přípravky na zkvalitnění kognitivních funkcí (piracetam, nicergolin, Ginko biloba) a vitamíny E a B jako nosiče volných kyslíkových radikálů. Upřednostňuje se podávání antipsychotik druhé generace, vzhledem ke strategii extrapyramidové symptomatiky. Neopomenutelní význam mají stejně jako u Alzheimerové demence nefarmakologické přístupy, které umožňují udržet určitou kvalitu života postižených seniorů.

Demence při Parkinsonově chorobě

Demence při Parkinsonově chorobě se na základě výzkumů jeví jako heterogenní. Jako faktory, které způsobují toto onemocnění, sledáváme klinické, genetické, patologickoanatomické a genetické. Její příčina není tak úplně známá a velmi častý je výskyt kombinací s jinými typy demencí. Tato demence se objevuje u různých věkových skupin, ale obecně platí, že čím je člověk starší, tím je náchylnější na vznik Parkinsonovy choroby. Její nástup je pomalý a plynulý.⁵²

Vznik Parkinsonovy choroby často předchází porucha kognitivních funkcí a to v lehké podobě. V první dekádě nemoci je možné pozorovat somatické bolesti pohybového aparátu, bolesti svalů, upadá výkonost a mohou být poruchy spánku. Hlavním obrazem je však porucha paměťových funkcí, abstraktního myšlení a exekutivních funkcí. Velmi nápadné je zpomalení verbální komunikace, vyskytují se psychotické stavy a je možný výskyt depresivní symptomatologie. Avšak mezi základní projevy, které jsou typické pro tuto chorobu, řadíme např. poruchu vštípení si nových informací a znovu vybavení si těchto informací, poruchu prostorové orientace, praktické a gnostické poruchy. Mezi základní diagnostické kritérium patří hlavně přítomnost neurologické symptomatologie. Ovšem toto dia-

⁵¹ Srov. Spar, J., La Rue, A., *Geriatrická psychiatrie*. Vydavatelství F. Trenčín 2003, s. 158

⁵² Srov. Jiráček, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004, s. 199

gnostické vodítko může být zavádějící a to především s demencí Alzheimerovou a demencí s Lewyho tělísky.⁵³

Terapie

Mezi farmakoterapeutické přípravky pro využití léčby Parkinsonovy choroby patří především: preparát L-DOPA, agonisté dopaminu, inhibitory monoaminoxydázy typu B (preparát Selegilin), léky s anticholinergním účinkem, inhibitory katechol-O-metyltransferázy a preparát Amantadin. Využitím farmakologie a nefarmakologických přístupů v terapii lze potlačit určité symptomy onemocnění.⁵⁴

Huntingtonova choroba

Na vzniku Huntingtonovy se podílí především genetické zatížení v rodině. Je to neurodegenerativní onemocnění, které se může projevit již mezi 30 a 40 rokem života. Tato choroba je typická mimovolnými pohyby a posunkovými záškuby. Etiologie ve zkratce je asi taková, že v mozečku a mozkové kůře dochází k postupnému zániku neuronů a tím nastává atrofie šedé i bílé hmoty.⁵⁵

Příznaky Huntingtonovy choroby se dělí v odborné literatuře do tří základních skupin:

- Psychiatrické projevy, jež jsou nedílnou součástí příznaků této choroby. Patří mezi ně např. poruchy chování a změny v osobnosti pacienta.
- Neurologické projevy, kde se objevují již zmíněné mimovolní pohyby, které se mohou vyskytovat kdekoli na těle postiženého.
- Neuropsychologické projevy, kde převládají poruchy pozornosti a postupně se objevuje dysexekutivní syndrom.⁵⁶

Terapie

Podobně jako u předchozích demencí, by měla terapie u Huntingtonovy choroby zahrnovat jak biologické přístupy, tak i nebiologické. Z biologické terapie se upřednostňuje pře-

⁵³ Srov. Jirák, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004, s. 203 -204

⁵⁴ www.parkinsonky.estranky.cz, aktualizováno dne 3. 2. 2013

⁵⁵ Srov. Halová, M., *Nemocný v domácí péči II. Demence a demence Alzheimerova typu*. Nakladatelství P. Hala. Bouzov 2010, s. 78 - 79

⁵⁶ www.huntington.cz, aktualizováno dne 4. 2. 2013

devším farmakoterapie, mezi kterou se řadí neuroleptika (haloperidol), benzodiazepiny (Rivotril, Antelesin) a inhibitory acetylcholinesteráz. Neopomenutelný význam mají opět nebiologické a psychosociální přístupy a musíme brát na paměti, že terapie je indikována individuálně, dle potřeb každého pacienta.⁵⁷

Pickova choroba

Tuto demenci řadíme mezi frontotemporální degenerace a začíná obvykle poruchami chování a na rozdíl od demencí kortikálních a subkortikálních mohou být dlouhodobě zachovány poruchy paměti. Degenerativní změny nacházíme především právě ve frontálních a temporálních lalocích.⁵⁸

V případě Pickovi choroby můžeme zaznamenat změnu v osobnosti člověka a velmi časté jsou i znovu vybavení si duševních dějů. V pokročilém stádiu pak nastává problém s prostorovou orientací, euforií, dochází ke ztrátě vůle, poklesu paměti a též i zhoršení řeči. Naopak intelekt může být dlouho zachován.⁵⁹

Terapie

Terapie farmakologická není v odborné literatuře nijak zvláště hojně uváděna. Využívají se především přípravky, které obstarávají přenos serotoninu. Dále se užívají neuroleptika a antidepresiva. Na škodu není v rámci komplexní péče i zařazení psychosociálních a nefarmakologických přístupů.⁶⁰

3.2 Ischemicko – vaskulární demence

Multiinfarktová demence

Multiinfarktová demence je zapříčiněna ischemickými změnami v centrální nervové soustavě a mezi prvotní nebezpečí vzniku této choroby je ateroskleróza. Ateroskleróza je

⁵⁷ Srov. Jiráček, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004, s. 239 - 240

⁵⁸ Srov. Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., *Demence a jiné poruchy paměti*. Grada. Praha 2009, s. 22

⁵⁹ Srov. Halová, M., *Nemocný v domácí péči II. Demence a demence Alzheimerova typu*. Nakladatelství P. Hala. Bouzov 2010, s. 53 - 54

⁶⁰ Srov. Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Závazalová, H., Sucharda, P. a kol., *Geriatric a gerontologie*. Grada. Praha 2004, s. 551

vlastní téměř každému, kdo se dožívá vyššího věku. Toto onemocnění vzniká v podstatě degenerativními změnami tepen a dochází u nich ke ztrátě elasticity a zúžení lumina.⁶¹

Malými a teritoriálními infarkty se poškozuje šedá i bílá hmota v mozku, což může způsobovat vznik afázie, apraxie, agnózie a konstrukční poruchy. Zároveň je postižena paměťová oblast a to ve všech svých fázích. Zasažena je oblast vstípení si informací, ukládání si informací a znovu vybavení si. Někdy je v projevech postiženého patrná emoční labilita.⁶²

Terapie

Terapie je komplexní, jako u ostatních demencí, ale přímo určitá léčba není v odborné literatuře v širší míře popsána. Jelikož je vystaveno nebezpečí nervového, oběhového a cévního systému, je třeba v těchto oblastech dbát na prevenci vzniku a pravidelně kontrolovat krevní tlak, předcházet vzniku cukrovky a dodržovat zdravý životní styl.

Vaskulární demence

Rizikovými faktory vaskulární demence jsou takové, které jsou spojeny s náhlými cévními mozkovými příhodami, což je krom aterosklerózy například i arteriální hypertenze. Dále mezi riziky nacházíme nízké vzdělání, abusus alkoholu a srdeční choroby. V anamnéze se však neobjevuje abnormalita postoje a chůze, nebo mimovolní pohyby, ale nacházíme zde abnormální postižení kognitivních funkcí, emoční labilitu a depresivní náladu. Osobnost bývá dlouhodobě zachována. Avšak vyšetření může ukázat odchýlené nálezy a velmi často se objevuje demence smíšeného typu a to především s Alzheimerovou chorobou, Huntingtonovou chorobou a Creutzfeld-Jakobovou chorobou.⁶³

Co se terapie týče, platí to samé, co u multiinfarktové, neboť postiženy jsou v podstatě ty samé tělesné a neurologické oblasti. Mezi prioritní přístup patří především již zmiňovaná prevence a zdravý životní styl.

⁶¹ Srov. Kalvach, P., *Mozkové ischemie a hemografie*. Grada. Praha 1997, s. 89

⁶² Srov. Jirák, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004, s. 182

⁶³ Srov. Spar, J., La Rue, A., *Geriatrická psychiatria*. Vydavatelství F. Trenčín 2003, s. 162 - 163

Binswangerova choroba

Tento typ demence vzniká na základě poškození mozku vysokým krevním tlakem neboli hypertenzní encefalopatií. Její vznik může vyvolat i nedokrevnost v subkortikální oblasti. Mezi diagnostická kritéria patří:

- Musí obsahovat alespoň dva ukazatele z následujících činitelů: příznaky subkortikální, cerebrovaskulární onemocnění, anebo hypertenzi (případně jiné onemocnění vaskulárního typu)
- Prokázaná demence
- Mnohočetné postižení bíle hmoty, které je průkazně zjištěno na CT nebo při pitvě na MR.⁶⁴

3.3 Sekundární demence (Symptomatické)

Demence infekčního původu

Demence u AIDS

Tato demence je nejčastěji zaznamenána ji v ranějším věku, nežli je období stáří. Existuje několik studií, které popisují etiologii této demence. Jednou z nich je, že vlivem infekce jsou napadené buňky, které jsou schopné usmrcovat částice, jako jsou například bakterie. Jiné studie zase mluví o tom, že obalový protein viru HIV je schopný blokovat dělení nervových kmenových buněk a to může mít za následek právě pokles kognitivních funkcí. Zásadní je ale skutečnost, že lidský organismus a jeho imunitní systém je oslabený.⁶⁵

Prionové demence

Jsou způsobené infekčními onemocněními, která mají dlouhou inkubační dobu a přenosným patogenem je spongiformní encefalopatie. Mezi nejčastěji se objevovanou prionovou demencí řadíme: **Creutzfeldtova-Jakobova choroba**.⁶⁶

⁶⁴ Srov. Jirák, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004, s. 183

⁶⁵ www.osel.cz, aktualizováno dne 7. 2. 2013

⁶⁶ Srov. Srv. Kalvach, Z., Zadák, Z., Jirák, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. a kol., *Geriatric a gerontologie*. Grada. Praha 2004, s. 553

Creutzfeldtova-Jakobova choroba postihující lidé i zvířata. Prionová onemocnění, jež způsobují bílkovinné proteiny, mají za následek záněty centrální nervové soustavy a následně tak i rozvoj této choroby. Mezi další prionové demence řadíme demence při lymeské borrelióze, neboť způsobuje zánětlivé onemocnění mozku.⁶⁷

Demence při mozkových nádorech

Demence způsobena jak maligními, tak i metastatickými tumory (karcinomy). Tato demence může vznikat i ve středním věku a vše je závislé na včasné diagnostice a lokalizaci tumoru. Zobrazovací metody jsou nezbytné pro diagnostiku a následnou terapii.⁶⁸

Další sekundární demence

- Pouřazové demence
- Demence u hypovitaminóz
- Intoxikační demence
- Posttraumatické demence
- Demence při poruchách žláz s vnitřní sekrecí
- Metabolicky podmíněné demence⁶⁹

3.4 Dílčí závěr

Jak již bylo zmíněno, lidská populace stárne a syndrom demence je nejrozšířenější nepřítel člověka v období senia. Studie prokazují, že touto chorobou postupem času trpět mnohem více lidí, než je tomu posud. Typů demencí je velké množství a může potkat každého z nás. Obecně ale platí, že prevence je základ. To platí i pro vznik demence. Každý z nás by si měl být vědom, že syndrom demence ho může postihnout a proto je třeba znát počínající příznaky alespoň základních typů demence a včas proti tomuto onemocnění bojovat.

⁶⁷ Srov. Halová, M., *Nemocný v domácí péči II. Demence a demence Alzheimerova typu*. Nakladatelství P. Hala. Bouzov 2010, s. 62

⁶⁸ Srov. Jirák, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004, s. 286

⁶⁹ Srov. Mühlpachr, P., *Gerontopedagogika*. IMS. Brno 2009, s. 52

4 TERAPEUTICKÉ NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY U SENIORŮ S DEMENCÍ

Komplexní léčba jakékoliv demence je úspěšný základ pro udržení seniora v potřebné kondici a zároveň je tím pro něho umožněna dostatečná kvalita života v nejlepší možné míře. Kromě biologické, neboli farmakologické terapie existuje mnoho aktivizačních terapeutických přístupů, které mohou postižení senioři využívat a naopak jsou jim cíleně, dle diagnózy a schopností tyto služby odborně poskytovány. V následujících podkapitolách se pokusím přehledně popsat výčet těchto nefarmakologických aktivizačních přístupů, kterými je možno ovlivňovat kvalitu života seniorů s demencí.

4.1 Pet-terapie (zooterapie)

Pet – terapie, neboli zooterapie je využívání domácích zvířat při psychických (duševních), psychosomatických a neurologických onemocnění. Dále pak ve výchovných, resocializačních a edukativních oblastech sociální, speciální, školní pedagogiky a andragogiky. Ve školní pedagogice se pomocí zooterapie dá zaměřit i na rozvoj klíčových kompetencí u dětí. U seniorů pak hlavně sledujeme kvalitu jejich života. Mezi nejvíce užívané patří především využití koně a to pod souhrnným názvem hiporehabilitace a dále pak využití psa, což nese odborný název canisterapie.

Hiporehabilitace

Historické kořeny této metody jsou velmi hluboké a právě v antice, díky lékaři Galenovy, jsou známy spisy, které indikují léčbu pomocí koně. Tuto metodu využívá i sám císař Marcus Aurelius a v knize *Hovory k sobě* se jí snaží i rámcově popsat. Mezi další zajímavé historicky známé osobnosti v rozvoji této metody můžeme řadit např.: Ludovíta Štúra, lékaře Marie Terezie a T. G. Masaryka.⁷⁰

Rozvoj hiporehabilitace v bývalém Československu je datován od 80. let 20. století a to v rehabilitačním ústavu Chuchelná. Od této doby její rozvoj šel razantně kupředu a nyní je

⁷⁰ Srov. Hollý, K., Hornáček, K., *Hipoterapie*. Montanex. Ostrava 2005, s. 13 - 15

vykonávána, jak v mnoha státních zdravotnických organizacích, tak i v hojném počtu soukromých poskytovatelů, dětských domovech a ústavech sociální péče. V České republice tuto metodu zaštiťuje Česká hiporehabilitační společnost, na jejíchž stránkách lze nalézt aktuální dělení jednotlivých sekcí a jednotlivé standardy, obecnou metodiku a veškeré potřebné informace ohledně hiporehabilitace.⁷¹

Kůň je jakým si zprostředkovatelem mezi námi samotnými a zároveň naší spontánní stránkou. Každý kdo je v přítomnosti koně, musí nějakým způsobem reagovat na jeho pohyby, chování a hierarchické postavení. V jeho přítomnosti se dají zažít velmi silné pocity a ty pak vystupují z hlubin svého „Já“. Práce s koňmi je velmi intenzivní a tím vzniká možnost kultivace své osobnosti.⁷²

Indikace hiporehabilitace u seniorů s demencí

Touto cílovou skupinou se zabývá sekce hiporehabilitace, která se nazývá Psychoterapie pomocí koní (PPK) a Aktivity s pomocí koní (AVK). AVK se zaměřuje především na oblast pedagogickou a sociální a po stránce psychologické a psychoterapeutické se zaobírá terapeutický přístup PPK. V rámci těchto přístupů směrem k ovlivnění kvality života seniorů s demencí se využívá různých technik a aktivit, jejichž působením se dá zaměřit na ovlivnění emocionální stránky, aktivizace, kognitivní funkce, spolupráce, komunikace a motivace.

V závislosti na příčině vzniku demence se dá určitým způsobem pomocí hiporehabilitace jejich průběh zmírnit a zpomalit. Hiporehabilitace klade velké nároky na motivaci klienta ve spolupráci, jelikož je v rámci organického psychosyndromu postižena i volná složka psychiky.⁷³ Mnozí senioři se rádi vrací do svého mládí a reprodukují tak své zkušenosti a zážitky se zvířaty. Mnozí z nich žili na statku, pracovali v zemědělských družstvech a sledovali práci s koňmi na polích. Dlouhodobá paměť je u nich vcelku dobře zachována a senioři se výrazně aktivizují ve verbální komunikaci a v kolektivu ostatních. Jelikož je velmi často díky přidruženým psychosomatickým onemocněním nemožné jezdit na koni,

⁷¹ Srov. Hepnerová, M., *Hiporehabilitace a děti s ADHD z pohledu sociálního pedagoga*. Bakalářská práce 2011, s. 6

⁷² Srov. Kolektiv autorů, *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. Dona. České Budějovice 2007, s. 255

⁷³ Srov. Hollý, K., Hornáček, K., *Hipoterapie*. Montanex. Ostrava 2005, s. 153

využívá se především kontaktní terapie, práce s koněm ze země a hry. V tomto případě mají přednost hry, při kterých každá malá skupina, nebo také celá skupina musí řešit nějaký problém a je možno i více řešení (např. najít cesty labyrintem a někoho dalšího při tom vést, nebo nalézt kolik cest je možné k cíli) a hry, které mohou každého přiměřeně k jeho možnostem/síle zaujmout mají v AVK a PPK přednost před soutěživými hrami. Takové hry vybízejí ke kreativité jednotlivce a skupiny. Soutěživé hry nejsou zakázány, ale musí se zvážit při práci se skupinou, jaký konfliktní potenciál tyto hry obsahují.⁷⁴

V rámci výše zmiňovaných aktivit se též procvičuje jemná a hrubá motorika a nechybí i sladění koordinace pohybů. K těmto technikám bych se ráda věnovala podrobněji v praktické části této diplomové práce.

Canisterapie

Pes, stejně tak jako kůň doprovázel člověka od starověku. Stal se u člověka prevencí proti sociální opuštenosti a tím vlastně předcházel depresím a zármutkům především u starých lidí.⁷⁵ Pes stál po boku každého babylonského lékaře, neboť jeho sliny měli léčivou moc při ošetřování ran. V té době byl tento živočich uctíván v každé kultuře a na statut psycho-terapeuta se dostává již v novověku a po první světové válce se jeho využití umocňuje při rehabilitaci zraněných. V 70. letech pak dochází ke vzniku pojmu canisterapie, kdy se využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. V tomto případě je již zdraví myšleno dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO).⁷⁶

Canisterapie je taková terapie, která využívá různé formy terapeutického kontaktu člověka se psem. Uplatnění nachází u seniorů, tělesně i duševně postižených lidí, dětí, dospělých a můžeme ji nalézt i v oblasti penitenciární. Pokud se dostává člověk do kontaktu se zvířetem, nenechá ho to bez adekvátní reakce vůči němu. Jsou zde patrné emocionální aspekty a zjednodušuje se i navázání nového kontaktu, a to jak se živým tvorem, tak i s ostatními

⁷⁴ Srov. Kröger, A., *Partnerschaftlich miteinander umgehen*, FNbuch. Warendorf 2005, s. 225

⁷⁵ Srov. Gajdalová, L., *Pes lékařem lidské duše, aneb Canisterapie*. Grada. Praha 1999, s. 11

⁷⁶ *Ibid.*, s. 23-24

lidmi. Zvíře umocňuje i neverbální stránku komunikace a schopnost empatie. Je spolehlivý zdroj citového uspokojení a jistoty.⁷⁷

Canisterapii je možné indikovat pro širokou škálu klientů, s různým typem postižení. Psa v roli terapeuta shledáváme například u pacientů se srdeční arytmií, u lidí trpících depresi a úzkostnými poruchami, u dětí s poruchami chování a hyperaktivitou a využívá se jich právě i u neurologických pacientů a u stařecké demence s různým nástupem. V současné době je již mnoho psích plemen, které se využívají pro tuto práci a u nás v České republice získávají právě svoji způsobilost vykonáním canisterapeutických zkoušek.⁷⁸

Indikace canisterapie u seniorů s demencí

Aktivit, které se dají provádět pomocí psů je velmi mnoho a opět záleží na individuálním přístupu a zohlednění potřeb daného jedince, v tomto případě seniora. Nežli terapeut (pedagog, sociální pracovník) zahájí lekce canisterapie u pacienta/klienta, je třeba si důkladně prostudovat jeho rodinou, sociální a osobní anamnézu. Mezi důležité informace patří i současný psychický a fyzický stav. Na základě těchto informací má možnost se dostatečně a kvalitně připravit na následující terapeutickou jednotku a zároveň si může předběžně stanovit cíle, kterým se bude snažit přiblížit.

Jelikož zde mluvíme o klientech/pacientech, kteří jsou postiženi demencí, dá se předpokládat, že mezi problémy, které se budeme snažit ovlivnit, patří např.: porucha komunikace, nekritičnost, ztráta zájmů a koníčků, porucha paměti, úzkost a celková dezorientace.⁷⁹

Díky pejskovi mění senior své uvažování. Má společníka, který ho potřebuje, aby jej nakrmil, vyvenčil a i si s ním pohrál. Senior naopak nemá pocit osamění a své city mu pes opětuje bez omezení a s adekvátní nezaujatou zpětnou vazbou. Mezi používané techniky v canisterapii patří: nácvik jemné a hrubé motoriky pomocí péče a kontaktu se psem, v rámci her pak zlepšení spolupráce v kolektivu a tím i neopomenutelná verbální komunikace, nácvik kognitivních funkcí pomocí učení se povelů a volání na psa jeho jménem.

⁷⁷ Srov. Pipeková, J., Vítková, M., *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Paido. Brno 2001, s. 135

⁷⁸ Srov. Nerandžič, Z., *Animoterapie*. Albatros. Praha 2006, s. 54

⁷⁹ Srov. Mičulková, O., Fejkusová, H., *Canisterapie v praxi*

K této technice patří i předávání informací o etiologii psů a jiných zajímavých informací s touto tematikou.

4.2 Ergoterapie

Historické kořeny tohoto přístupu sahají do 18. století a bodový zlom nastal roku 1793, kdy psychiatr Pinel zavedl tento humanistický model do praxe. Snažil se duševně nemocné začlenit do aktivit běžného života a tím je začlenit do společnosti. Ve 20. století se pak pohled a postoj ergoterapie pozměnil a přetvářel. Paradigma ergoterapie směřovalo k právům postižených zapojit se do každodenního života v kontextu prostředí ergoterapie.⁸⁰

Nová éra rozvoje ergoterapie započala vznikem Světové federace ergoterapeutů, jejímž cílem je propagace ergoterapie na celosvětové úrovni. Tato federace se těšila širokospektrým rozvojem. Byla přijata za oficiálního člena Světové zdravotnické organizace, byla uznána za nevládní organizaci Organizací spojených národů a po jejím boku se tvořili nové ergoterapeutické organizace, jako např. Rada ergoterapeutů a Evropská síť ergoterapie ve vyšším vzdělávání. V této síti nacházíme university a instituce, které vzdělávají ergoterapeuty.⁸¹

Při ergoterapii vzniká lidem možnost vykonávat každodenní činnosti a to i na úkor jejich postižení. Činnosti, které vykonávají, by pro ně měli být smysluplné a důležité. Toto zaměstnávání pomocí činností rozděluje Krivošíková do tří skupin a to:

1. Všední denní činnosti
2. Práce a produktivní činnosti
3. Hra a volný čas⁸²

Ergoterapie participuje jedince, s různým typem postižení do jeho běžného života a při tom respektuje osobnost daného jedince. Využívá k tomu různé techniky a metody. Mezi základní patří např.:

⁸⁰ Srov. Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L., *Ergoterapie*. Portál. Praha 2009, s. 21

⁸¹ Ibid., s. 25-26

⁸² Srov. Krivošíková, M., *Úvod do ergoterapie*. Grada. Praha 2011, s. 13

- ergoterapeutické vyšetření (analýza činností)
- poradenství (oblast adaptace a úpravy domácího prostředí)
- nácvik běžných denních aktivit (ADL) (osobní hygiena, příprava a přijímání potravy, oblékání, nakupování, úklid a manipulace s penězi)
- sestavení plánu terapie
- ergodiagnostické vyšetření (analýza pracovního potencionálu a pracovních činností)⁸³

Indikace ergoterapie u seniorů s demencí

Mezi první intervence využívané v přístupech k seniorům s demencí jsou již zmiňované ADL (všední denní činnosti). Do těchto oblastí spadají sociální a behaviorální aktivity, které v průběhu běžného dne vykonáváme. Každodenní nácvik těchto činností v uměle připraveném prostředí a dopomocí ergoterapeuta umožňuje lidem s demencí udržovat určitou svoji autonomii a soběstačnost.

Mezi další možný směr patří ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností. Formou modelových činností se senior má možnost navrátit do původních dovedností. Nacházejí se i jiné pracovní uplatnění a to především u osob, kde vlivem nemoci dochází k nevratným trvalým neurofyzilogickým následkům. Na toto navazuje ergoterapie zaměstnáváním, kde se využívají především rukodělné činnosti, společenské hry a pohybové aktivity.⁸⁴ Vždy je třeba mít na paměti, že zvolené činnosti by měly co nejvíce zajímat a zaujmout jedince a je dobré využívat dřívějších zkušeností a motivace jedince k dané aktivitě.

Velmi významnou funkci plní i ergoterapie zaměřená na postižené funkce u seniorů, kde se procvičují konkrétně a cíleně postižené oblasti. Mezi tyto komponenty výkonu patří: kognitivní, psychosociální a senzomotorická složka.⁸⁵

⁸³ www.ergoterapie.cz, aktualizováno dne 18. 2. 2013

⁸⁴ Srov. Krivošíková, M., *Úvod do ergoterapie*. Grada. Praha 2011, s. 25-26

⁸⁵ Ibid., s. 27

4.3 Muzikoterapie

Z historického hlediska je využíváno hudby, jako transformace vlastní zkušenosti a jejího následného prožívání, již v dobách dávno minulých, kdy byla využívána k rituálům a k navození určitých psychických stavů. Již v pravěku se rytmicky tlouklo tyčemi o sebe a podupávalo se při zpěvu a tanci. Šamani navodili rytmus a tanec, čímž navodili změnu stavu vědomí a globálně vzato, vše bylo a je stavěno na dynamice lidské práce a spolupráce. Pomocí těchto rituálů se uvolňovali emoce a tím docházelo k duševní psychohygieně.⁸⁶

Starý zákon píše, že pomocí harfy se vyléčil král Saula z depresí. Lékař Galenos indikoval hudbu při uštknutí hadem. Léčitel Aeskulap ordinoval hudební terapii citově oploštěným pacientům a mnoho dalších významných myslitelů, řečníků a představitelů starověku se hluboce zaobíralo hudbou.⁸⁷

Mezi základní elementy v muzikoterapii jsou klient-hudba-terapeut. Mezi těmito elementy jsou velmi dynamické vztahy, které mohou být popsány jako intrapersonální, interpersonální, intrahudební, interhudební, sociokulturní a environmentální.⁸⁸

Nejčastější rozvoj při muzikoterapii uvádí odborná literatura v oblasti senzomotorické, sociálních dovednostech, komunikaci a ve výchovné terapii. Cíle, které jsou kladeny na muzikoterapii, bývají velmi rozsáhlé a záleží opět na individuálním přístupu. Mezi obecné cíle patří např.: podpora identity a integrace s prostřednictvím interakcí, hodnotový systém, porozumět sobě a svému okolí a rezistence ohledně zátěže. Dále muzikoterapie umožňuje přijímat zodpovědnost sám za sebe a i za druhé a uplatnění sebe sama ve svém životě. V České republice se užívá tato terapie ve stacionářích, ústavech sociální péče, speciálních školách, volnočasových centrech a ve zdravotnických zařízeních.⁸⁹

Terapeutické situace v muzikoterapii:

- Uspadnění orientace a zvládnání školního kurikula – vlivem dysfunkcí bývá narušena schopnost orientace ve svém prostředí a je též narušena schopnost učení. Díky

⁸⁶ Srov. Zeleiová, J., *Muzikoterapie*. Portál. Praha 2007, s. 16

⁸⁷ Srov. Šimanovský, Z., *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Portál. Praha 1998, s. 18-19

⁸⁸ Srov. Kantor, J., Lipský, M., Weber, J a kol. *Základy muzikoterapie*. Grada. Praha 2009, s. 24

⁸⁹ *Ibid.*, s. 39

hudbě, která strukturuje čas a zvyšuje schopnost koncentrace je možné tyto defekty zmírnit.

- Osvojování si nových způsobů chování – v tomto případě se zohledňuje pozitivní reakce klienta a poslech oblíbené skladby, která navodí zlepšenou náladu a tím se snižuje pocit napětí, agrese a lépe se upevňuje žádoucí chování.
- Relaxace a zvládnání zátěže – využívání různých relaxačních metod při hudbě, které slouží jako podbarvení a kontext pro projev pocitů, emocí a myšlenek.
- Nácvik komunikačních, emočních a sociálních dovedností – zde se objevuje veškerá práce s hlasem, podpora sociálních dovedností a schopností interakce s druhými.
- Reedukace narušených funkcí – nácvik u narušených funkcí a jejich rozvoj. Do této oblasti spadají např.: kognitivní funkce a pozornost. Je zde zapojen úchop nástroje, koordinace ruky a oka, motorika jemná i hrubá a již zmíněná koncentrace.
- Podpora celkového vývoje klienta – důležitou roli zde hraje vztah klienta a terapeuta. Dalším faktorem je motivace klienta a podpora jeho kreativity. No a neopomenutelný je i proces vývoje klienta a překonávání překážek v průběhu tohoto dění.⁹⁰

Indikace muzikoterapie u seniorů s demencí

Při využití hudby ke zlepšení kvality života u seniorů s demencí můžeme využít veškeré terapeutické situace, které jsou popsány výše. Mezi nejvíce uváděný přístup je však behaviorální. Behaviorální přístup v muzikoterapii se zaměřuje na jasné a pozorovatelné chování a na možnost jeho následného ovlivnění. Na ustálení žádoucích vzorců v chování se využívají především operantní a klasické kondiční techniky a tyto techniky se kombinují s technikami hudebně-expresivními. Dále se využívají techniky haptické (dotekové), trénink asertivity, sebe korektivní programy a metody systemické desenzibilizace.⁹¹

⁹⁰ Srov. Kantor, J., Lipský, M., Weber, J a kol. *Základy muzikoterapie*. Grada. Praha 2009, s. 41-42

⁹¹ *Ibid.*, s. 48-49

4.4 Kinezioterapie

Kinezioterapie prodělala a stále prodělává svůj určitý historický vývoj a mezi prvního kineziologa je považován Leonardo da Vinci a vzhledem ke své komplexnosti má multi-dimenzionální povahu.⁹²

Kinezioterapie je souhrnný název pro vliv pohybu na lidskou psychiku, osobnost nemocného a na vliv jeho duševních procesů. U předem připraveného programu sledujeme pohybové hry, individuální cvičební plán a dle možností nemocného i sportovní disciplíny.⁹³

Indikace kinezioterapie u seniorů s demencí

Cílem této terapie u takto postižených lidí, je poskytnout a umožnit zkušenost prožít a vnímat sebe sama, jako potřebnou bytost pro ostatní. Dále pak je její využití dobré pro udržení kvality života seniorů a napomoci najít smysl života ve stáří.

Vždy je třeba respektovat zákonitosti vývoje člověka a přihlídnout k jeho fyzickému a duševnímu stavu. Cvičení se dá provozovat jak v místnosti, tak i v přírodě a je možné využít mnoho kompenzačních pomůcek. Jedinec může cvičit jak ve stoje, tak i v sedu, kdy je možné využít opory, anebo případně i židle. Samotná terapeutická jednotka má tři části, kdy v úvodní době se snažíme namotivovat jedince, uvolnit jeho napětí např. dýcháním a zopakujeme si aktuální realitní informace o čase, místě, datu a dni. V další části probíhá samotné cvičení dle plánu a na závěr se provádí reflektování skupiny a oficiální ukončení.⁹⁴

4.5 Logoterapie

Tento psychoterapeutický směr, který založil Viktor Emanuel Frankl a její podstatou je hledání a pochopení smyslu. Jedná se především o hledání smyslu života, kdy mnozí

⁹² Srov. www.krtvl.upol.cz, aktualizováno dne 20. 2. 2013

⁹³ Srov. Hátlová, B., Suchá, J., *Kinezioterapie demencí*. Triton. Praha 2005, s. 29

⁹⁴ *Ibid.*, s. 35

s populace právě tento smysl postrádají, trpí pocitem prázdnoty a postrádají odpověď na existencionální otázky. Na základě tohoto tápání o vlastní potřebnosti na tomto světě pak nastává to, že život je pro daného jedince frustrující, depresivní a úzkostný. Tento přístup však neposkytuje možnost tyto problémy odstranit, avšak především dopomáhá poskytovat širší pohled na podstatu věci a terapeut nabízí právě možnost hledání smysluplného bytí.⁹⁵

Indikace logoterapie u seniorů s demencí

Smyslem logoterapie u hledání smyslu života je sebetranscendence a zaměření se na vlastní osobu, ale ne ve smyslu seberealizace, ale v pojetí sebepřesahu. Mezi další pojmy v tomto směru shledáváme svobodu a odpovědnost a naplňování smyslu života v čase.⁹⁶

V současné době je popsáno několik technik, které se využívají při logoterapii. Ondrušková ve své knize popisuje techniku paradoxní intence, která je stavěna na sebeodstupu a klient si přeje to, čeho se nejvíce bojí. Mezi další uvádí techniku dereflexe, čehož je podstata sebepřesahu, neboli odklon od pozorování sebe sama a do třetice se zmiňuje o změně postoje, jež je založena na „triádě hodnot“. Vysoko postavená u seniorů je právě, ve smyslu neschopnosti sebepřijetí, tato triáda, která obsahuje utrpení, vinu a smrt. Pokud starý člověk zaujme negativní postoj ke svému životu, pak propadá beznaděži a nemocím. Je proto dobré najít nový smysl života a překonat překážky, které ho omezují a trápí.⁹⁷

4.6 Dílčí závěr

Existuje mnoho terapeutických přístupů a v rámci komplexní léčby je dobré zařadit do preventivního a léčebného plánu právě nefarmakologické typy těchto prostředků. Staří lidé, kteří jsou postiženi demencí, potřebují o to více stimulačních podnětů, neboť jejich kognitivní funkce a psychomotorické oblasti jsou nenávratně postiženy a demence, jak je známo má progredující a nenávratný charakter. Už jen na základě těchto informací je jasné, že je třeba zařadit do preventivního a léčebného plánu některé z těchto přístupů, které pod odborným vedením mohou napomoci v nástupu a ke zpomalení syndromu demence.

⁹⁵ Srov. www.svetgralu.cz/clanky/Logoterapie, aktualizováno dne 25. 2. 2013

⁹⁶ Srov. Ondrušková, J., *Stáří a smysl života*. Karolinum. Praha 2011, s. 68-69

⁹⁷ *Ibid.*, s. 73-75

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 TERAPEUTICKÉ AKTIVITY (AVK A PPK) SE SENIORY S DEMENCÍ

Jak již bylo psáno výše, senior s demencí je velmi rizikovou skupinou ohledně sociální izolace, pocitů méněcennosti a nepochopením. Terapeutické směry, které využíváme k ovlivnění kvality života seniorů s demencí, zprostředkovávají pedagogické, sociální a psychologické aspekty a prostředky. Tyto prostředky se volí dle individuální potřeby pacienta/klienta a jsou mu poskytovány tzv. „na míru“. Jednotlivé lekce jsou sestavovány systematicky a předchází jim důkladná metodická příprava. Dle potřeb jedince se při lekcích AVK a PPK snažíme ovlivnit spolupráci a komunikaci, jemnou a hrubou motoriku, zlepšit paměťové funkce, emoční oblast a pokoušíme se o aktivizaci pacienta/klienta. Velmi se nám osvědčila koedukovaná skupina, kdy v takto sestavené skupině je patrný i zvýšený zájem právě o druhé pohlaví.

Každá terapeutická lekce začíná přivítáním se a sdělením základních informací o realitě ohledně dne, času a místa. Následuje štafeta s podkovou, která umožní tomu, kdo ji drží, aby něco málo řekl o sobě, jak se cítí a jak se těšil. Po té následuje opakování z předešlé lekce a nácvik kognitivních funkcí. Při lekcích AVK a PPK využíváme nácvik kognitivních funkcí pomocí zvířat. Senioři se učí jména koní, jejich barvy, plemena a stáří. Při nácviku kognitivních funkcí a získávání nových informací se mi velmi osvědčilo to, kdy senioři se učí s co nejvíce možným vizuálním materiálem. Takto si mnohem rychleji zapamatují novou věc a jsou nenásilně aktivizováni k zapojení se do teoretické části hodiny. Zvíře mají možnost vidět jak živé, tak i na obrázku a informace o koních přiřazují pomocí lístečků s názvy. Každý si vytáhne lísteček a jde přiřazovat k danému obrázku jméno koně, barvu atd.



Obr. 1: Nácvik kognitivních funkcí

Při kontaktní terapii se využívají techniky pro zlepšení motoriky a emočního oživení. Velmi důležité je v tomto případě postupné prohlubování citových vazeb ke zvířeti. Kůň přispívá i k navázání sociálních interakcí mezi pacientem/klientem a terapeutem a následně mezi ostatními pacienty/klienty navzájem. Senioři zvířata hladí, čistí a krmí. Při náročnějších aktivitách s koněm se vyžaduje celková koordinace pohybů, což mnozí senioři často již nejsou schopni vykonat, ale zvíře je pro ně velmi motivující a oni přirozeně respektují jeho potřeby a tudíž jsou u nich pohyby více sladěné. Při těchto aktivitách pacienti/klienti koně vodí, hrají se hry a pokud to zdravotní stav umožní a nejsou žádné kontraindikace, tak si mohou na koně i sednout a jezdit.



Obr. 2: Jízda na koni a vzájemná spolupráce

5.1 Cíl práce a využití metody

Mým povoláním je terapeut v oblasti hiporehabilitace a tuto profesí již vykonávám několik let. Po dobu mé praxe se zaměřuji mimo jiné i na seniory s různým typem demence, kteří jsou hospitalizováni v ústavní péči. Jedná se o pacienty/klienty Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod, kteří trpí určitou duševní poruchou, nebo syndromem. Při docházení ke zvířatům, konkrétně ke koním, se dá ovlivnit mnoho problémů a já si vybrala, jako cíl zjistit, jak v průběhu těchto lekcí se u vybraných pacientů/klientů ovlivňuje:

- 1) Jejich aktivizace v průběhu lekcí AVK a PPK
- 2) Jejich spolupráce v průběhu lekcí AVK a PPK

Jako metodu mého průzkumu jsem použila pozorování a rozhovor a to vše po dobu 6 - ti terapeutických jednotek. V průběhu těchto lekcí jsem se snažila důkladně a co nejobjektivněji zaznamenat změny ze stran pacientů/klientů, které probíhaly po dobu docházení na lekce hiporehabilitace. Jednalo se především o změny v oblasti aktivizace a spolupráce u vybraných čtyřech pacientů/klientů, kteří trpí demencí. Díky metodě kazuistiky, jsem zpracovala anamnestické údaje a průběh jednotlivých lekcí, na jejichž závěru je uvedena komparace zpracovaných kazuistik.

5.2 Charakteristika vybraných klientů

Osoby, které byly zařazeny do mého výzkumu, byly v té době hospitalizovány na geriatrickém oddělení Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod. Jedná se o čtyři pacienty/klienty, kteří trpí určitou demencí, jež spadá do primárně degenerativních typů demence. Věkové rozmezí pacientů/klientů je od 65 do 75 let a shodují se genetickým zatížením v rodinné anamnéze syndromem demence. Liší se u nich pohlaví, intelekt a přidružené psychosomatické potíže. U vybraných vzorků jsou patrné poruchy chování, nízká aktivizace a nespoupráce.

5.3 Kazuistiky

Kazuistika A

Klient/pacient s diagnózou lehká demence u M. Parkinson F. 02.3. První pobyt v léčebně a před hospitalizací v ambulantní léčbě.

Osobní anamnéza:

Jedná se o šedesáti sedmiletého muže, který se již pět let v ambulantní péči léčí s Parkinsonovou chorobou. Muž je ve starobním důchodu, bydlí s manželkou a dcerou v rodinném domku. Absolvoval vysokou školu a to bez obtíží. V dětství prodělal běžné dětské nemoci, po operaci obou kyčelních kloubů. Léky bere pravidelně, abusus cigaret není a alkohol jen příležitostně. Mezi jeho zájmy patří práce na chatě a práce se zvířaty. Vlastní řidičský průkaz, nikdy nebyl trestán.

Rodinná anamnéza:

Jeho otec zemřel v 79 - ti letech a trpěl Parkinsonovou chorobou. Léky prý bral pravidelně, ale ke konci života měl velké problémy se sebeobsluhou, neustále někoho volal a dožadoval se pozornosti. Matka zemřela v 69 – ti letech na embolii plic, demence neuvedena. Pacient/klient má dvě děti, dceru, která se léčí na schizofrenii a syna, který žije v zahraničí.

Průběh hospitalizace v PL:

Pacient hospitalizován pro zmatečnost, ulpívavé myšlení, agresivitu, obtížné si vybavování a odmítání léků při hospitalizaci ve fakultní nemocnici, neboť při pádu na silnici si značně poranil obličej a dle CT je nález fraktura nosních kůstek a maxilárních dutin. Při šití dostal epileptický záchvat. Jelikož byl v nemocnici velmi naléhavý, paranoidní a těžko usměrnitelný, je po dohodě s psychiatrem doporučena hospitalizace v PL.

Při příjmu je dezorientován časem, místem a situací. Neudrží myšlenkovou linii, je výrazně zabíhavý a vyskytují se četné konfabulace. V průběhu vyšetření si sám odpovídá, myšlenky až inkoherentní a bludy se neprokazují. Halucinace a ani halucinatorní chování se neprokazuje.

Z počátku hospitalizace nespolupracuje, negativistický a odmítá léky. Domáhá se rozhovorů a potřebuje neustále objasňovat svoje věci. Neustále má potřebu vysvětlovat různé souvislosti, indicie a obhajovat se, že není blázen. Nedokáže vyjadřovat své pocity a emoce.

V terapeutickém plánu je uvedeno zaměření na aktivizaci, spolupráci, motoriku a komunikaci.

MMSE test: 24 bodů

Farmakoterapie: Tiapridal, Nutrolin B, Omeprazol, Isicom. Později přidán Evertas

Nefarmakologická terapie: hiporehabilitace, canisterapie, muzikoterapie, kognitivní trénink, ergoterapie

Průběh lekcí AVK a PPK:

1. lekce: Úvodní lekce – seznámení se stájí a s jejím prostředím, základní pravidla o chování ve stáji a u koní – bezpečnost. Seznámení s koňmi, kontakt s nimi a následné vodění, překonávání překážkové dráhy s koněm a soutěžení se spolu pacienty v projití překážkové dráhy. Krmení koně z ruky chlebem a závěrečné reflektování skupiny. Pacient/klient je při příchodu na lekci velmi naléhavý, neustále objasňuje, že není „blázen“ a že sem nepatří. Stále má zadrátované ústa z již zmiňované nehody a tudíž špatně vyslovuje. Jeho chování v průběhu lekce je nestabilní, spolupráce s ostatními pacienty je velmi slabá a aktivizace patrná a to především v kontaktu s koněm. Zvířat se nebojí, celý život s nimi pracoval.
2. lekce: Opakování informací z předešlé lekce, nácvik kognitivních funkcí pomocí lístečků s názvy koní, jejich barev, plemene a věku. Skupinové hry s účastí koně – přehazování míče si mezi sebou navzájem, přehazování ho i přes koně a štafeta. Závěrečné reflektování skupiny. V této lekci pacient stále ohajuje svoji hospitalizaci v léčebně a jeho chování je i nadále nestabilní. Je třeba ho průběžně usměrňovat, což jde lépe v kontaktu s koněm. Stále není příliš aktivní a nespolupracující. Mnoho času tráví spíše mluvením o svých problémech.
3. lekce: Nácvik kognitivních funkcí, opět pomocí lístečků, ale v jiném sledu, jak v předchozí lekci. Potřeby pro čištění koně a teoretická příprava pro čištění koně, následné přivítání se se zvířetem a jeho čištění. Závěrečné krmení a reflektování skupiny. V této lekci se u pacienta zlepšuje jeho chování a snaží se přiměřeně zapojit do lekce. Velmi dobře začíná spolupracovat s ostatními a to především při práci s koněm. Naléhavá komunikace z jeho strany je již pouze ojedinělá a z jeho přístupu ke zvířeti je patrné, že s nimi zkušenosti má a že se nebojí. Výrazné emoční oživení je u něj patrné v kontaktu s koněm.

4. lekce: Návčik kognitivních funkcí, kontakt s koněm, vodění koně, procházka po areálu léčebny, krmení chlebem, závěrečné reflektování skupiny. Pacient je ji dobře socializovaný, v kontaktu s koněm dobře spolupracuje a aktivizace v průběhu lekce je výrazná. Pouze částečně si pamatuje získané informace a nové si dokáže těžko vštípit. Podporuje ostatní pacienty v aktivitách a stále horší je pouze koordinace pohybů a jemná motorika. Na lekce se velmi těší a při vycházkách chodí vždy k ohradám pozorovat koně.
5. lekce: Návčik kognitivních funkcí, předávání informací o komunikaci s koněm, práce s koněm ze země, krmení chlebem, závěrečné reflektování skupiny. V této lekci pacient již velmi dobře ovládal své chování, zapojoval se přiměřeně do opakování informací a celkem dobře si vybavil získané informace. Dopomáhal i ostatním ve skupině. V aktivitě, která byla pro tuto skupinu připravena, se velmi zklidnily jeho typické Parkinsonovy pohyby a chůze byla jistější. V této lekci byl po celou dobu aktivní a posun je zaznamenán právě i ve spolupráci.
6. lekce: Návčik kognitivních funkcí a to pomocí opakování informací o koních – přiřazování lístečků k potřebám pro koně. Kontakt s koňmi, překonávání překážkové dráhy ve dvojici a pro naladění atmosféry při této aktivitě je puštěna hudba s rytmickým podbarvením. Závěrečné reflektování skupiny. Pacient velmi dobře spolupracoval s ostatními ve skupině. Do dvojice si vybral muže, který je z jeho oddělení a velmi pěkně zvládli přejít dráhu, kde bylo za potřebí aktivní spolupráce např. v přenášení předmětu z místa na místo a při tom vést koně, přehazování míče přes koně a předávání si koně v určitých místech. Jejich synchronizaci a spolupráci podpořila i jemně puštěná hudba, která nevědomky udávala rytmus celé skupiny.

Závěr:

U klienta A došlo ke kladnému posunu směrem k naplnění cílů AVK a PPK, a to jak v aktivizaci, tak i ve spolupráci. Značný posun je zaznamenán od čtvrté lekce a domínuje především zvýšená aktivita právě v kontaktu s koněm.

Kazuistika B

Klientka/pacientka s diagnózou demence při M. Alzheimer F 00.1. První pobyt v léčebně, před hospitalizací ambulantní psychiatrická péče.

Osobní anamnéza:

Jedná se o sedmdesáti dvou letou ženu, která je již šest let v ambulantní péči psychiatra pro demenci Alzheimerového typu s pozdním začátkem. U této ženy proběhl porod i psychomotorický vývoj v normě, celý život žila na vesnici v rodinném domku, vystudovala základní vzdělání a celý život pracovala v zemědělství. Prodělala běžné dětské onemocnění, v mládí operaci sítnice, operace varixů na DKK, ICHS (zavedení dvou stentů), hypertenze a zánět n. trigeminus (trojklaného nervu). Bez alergie, alkohol, cigarety drogy neguje.

Rodinná anamnéza:

Nikdo z rodiny se na PL neléčil, neměl problémy s návykovými látkami a neměl duševní poruchu. Vdávala se ve dvaceti letech a po deseti letech se rozvedla, z manželství má tři syny a dále pak 6 vnoučat.

Průběh hospitalizace v PL:

Klientka/pacienta B je přijata na doporučení jejího ambulantního psychiatrického lékaře, kdy dle vnučky je posledním rokem více zapomětlivá, volává v noci rodině, že u ní v domku vybuchne a naopak s rodinou odmítá mluvit, dává hlavu do kotle, zapomíná zapnout mikrovlnou troubu a tak jí maso zmrzlé. Nezvládá aktivity denního života, nevaří si, nepije a vyskytují se opakované pády. Stal se jí úraz při sekání dříví, kdy se sekla sekyrkou do ruky.

Při příjmu je z počátku nepřesně orientována, po chvilce zlepšení, PMT pomalejší, bez podivností chování, nálada euthymní, bez deprese nebo anxiety, mírně otupělá. Myšlení souvislé, bez bludných obsahů. Zhoršení schopnost sebe péče, s ostrůvkovitými poruchami paměti. Intelekt a osobnost bez výraznější deteriorace. S počátku hospitalizace je třeba zvýšený dohled na péči o sebe a postupná úprava medikace.

V terapeutickém plánu je uvedeno zaměření na aktivizaci, spolupráci, motoriku a komunikaci.

MMSE: 25 bodů

Farmakoterapie: zpočátku doplnit Na, K, Mg, Ca (Troponin, Tritace, Tensionin na TK), dále pak Alzil, Triapridal (při neklidu), Ifirmasta, Preduetal, Godosal, Nofardom, Lactulosa a při nespavosti Dormicum.

Poslední medikace po celkové stabilizaci: Donepezil, Quetiapin, Ifirmasta, Protevasc, Nofordam a při nespavosti Stilnox

Nefarmakologická terapie: hiporehabilitace, canisterapie, kognitivní trénink, ergoterapie, autogenní trénink

Průběh lekcí AVK a PPK:

1. lekce: Úvodní lekce – seznámení se stájí a s jejím prostředím, základní pravidla o chování ve stáji a u koní – bezpečnost. Seznámení s koňmi, kontakt s nimi a následné vodění, překonávání překážkové dráhy s koněm a soutěžení se spolu pacienty v projití překážkové dráhy. Krmení koně z ruky chlebem a závěrečné reflektování skupiny. Pacientka od počátku dodržovala společenské normy, byla spíše uzavřená, pasivní a minimálně spolupracující. Komunikace byla o něco aktivnější s terapeutem, ale s ostatními pacienty se do komunikace nezapojovala. Výrazné emoční zlepšení nastalo v kontaktu s koněm, kdy pacientka mluví o zvířatech, se kterými za mlada pracovala. Zlepšení bylo i v celkové aktivizaci a to především při práci s koněm a připravenou aktivitu zvládla dle svých možností dobře.
2. lekce: Opakování informací z předešlé lekce, nácvik kognitivních funkcí pomocí lístečků s názvy koní, jejich barev, plemene a věku. Skupinové hry s účastí koně – přehazování míče si mezi sebou navzájem, přehazování ho i přes koně a štafeta. Závěrečné reflektování skupiny. Pacientka si částečně vybavuje informace z předešlé lekce, na koně se prý velmi těšila a prohlubuje se i její spolupráce s terapeutem. Horší je koordinace pohybů a orientace v prostoru, což je částečně zapříčiněno jejím špatným zrakem. V průběhu lekce se postupně sama zapojovala do aktivit s koněm a je patrnější i spolupráce s ostatními pacienty.
3. lekce: Nácvik kognitivních funkcí, opět pomocí lístečků, ale v jiném sledu, jak v předchozí lekci. Potřeby pro čištění koně a teoretická příprava pro čištění koně, následné přivítání se se zvířetem a jeho čištění. Závěrečné krmení a reflektování skupiny. Pacientka přichází na lekci s dobrou náladou, což se odráží i na další její práci. Emoce jsou u ní velmi výrazné, je již znatelná její adaptace v prostředí stáje a s koněm se velmi dlouze kontaktu, dává k němu tvář a hladí ho. Při čištění koně je

horší jemná motorika, ale tuto aktivitu zvládne dle svých možností dobře. Je spokojená a uvolněná. Těší se na další lekci.

4. lekce: Návuk kognitivních funkcí, kontakt s koněm, vodění koně, procházka po areálu léčebny, krmení chlebem, závěrečné reflektování skupiny. V této lekci se pacientky opět dobře zapojují do připravených aktivit, spolupráce dobrá už i s ostatními pacienty. Při připravené aktivitě je znatelná opět horší koordinace pohybů a procházka, i když byla krátká a pomalá, ji zmohla. Při závěrečném reflektování skupiny si však proběhlou lekci chválí a je u ní patrné zlepšení nálady a celkové uvolnění.
5. lekce: Návuk kognitivních funkcí, předávání informací o komunikaci s koněm, práce s koněm ze země, krmení chlebem, závěrečné reflektování skupiny. Pacientka přichází na lekci bez nálady a při úvodním přivítání se nezapojuje. V kontaktu s koněm sděluje terapeutce, že se necítí moc dobře a je unavená. I když se pacientka takto cítí, je patrné v kontaktu s koněm a při práci s ním, že je emoční oživení a kůň, jako její obraz jí klidným tempem následuje a jemně vybízí k aktivitě. Pacientka s koněm spolupracuje a opětuje mu jeho pozornost. V této lekci došlo k posunu a aktivizaci a spolupráci pouze částečně a to především v přítomnosti koně.
6. lekce: Návuk kognitivních funkcí a to pomocí opakování informací o koních – přiřazování lístečků k potřebám pro koně. Kontakt s koňmi, překonávání překážkové dráhy ve dvojici a pro naladění atmosféry při této aktivitě je puštěna hudba s rytmickým podbarvením. Závěrečné reflektování skupiny. Pacientka velmi kladně reaguje na puštěnou hudbu a je vidět, že má k muzice velmi blízko. Snaží se spolupracovat ve dvojici a překonat připravenou dráhu. V této skupině došlo celkově k dobrému naladění a tím došlo i u pacienty k dobré spolupráci ve skupině. V tomto případě kladně hodnotím i aktivizaci v průběhu celé lekce.

Závěr:

U klientky B došlo ke kladnému posunu směrem k naplnění cílů AVK a PPK, a to jak v aktivizaci, tak i ve spolupráci. Tento posun však nebyl pravidelný u každé lekce a to v závislosti na celkovém psychickém stavu pacientky.

Kazuistika C

Klient/pacient s diagnózou presenilní demence Alzheimerova typu F 00.0. První pobyt v léčebně a před hospitalizací v ambulantní léčbě.

Osobní anamnéza:

Jedná se o šedesáti pěti letého muže, který je rok hospitalizován v Psychiatrické léčebně a před hospitalizací byl měsíc na psychiatrické oddělení jiného města, kde byl přijat pro nápadnosti v chování. V mládí prodělal běžné onemocnění, kolem pět a dvacátého roku měl nehodu na motocyklu, kdy prodělal otřes mozku a zlomeninu levé stehenní kosti. Vyučen potrubářem a následně si dodělal střední školu zakončenou maturitou. Po té pracoval ve veřejném sektoru a po dvaceti letech odchází s výsluhou. Následně si hledá práci a vykonává pouze chvílkové zaměstnání a to především u hlídacích agentur. V současné době má plný invalidní důchod. Abusus cigaret a alkoholu (před hospitalizací denně 1-2 piva), rád hraje automaty.

Rodinná anamnéza:

Otec měl údajně problémy s alkoholem, od šedesátého roku se u něj vyvíjel syndrom organické demence a umřel na srdeční kolaps. Matka stále žije, bez psychického zatížení, počínající stařecká demence. Na PL se nikdo neléčil. On sám je rozvedený, má dva syny, kteří jsou dospělí a žijí každý svůj život.

Průběh hospitalizace v PL:

Pacient/klient C je přijat překladem z psychiatrického oddělení z jiného města, neboť jeho chování bylo velmi nápadné. Údajně sbíral po ulicích odpadky, podle něj propagační letáky, které bude rozesílat, aby si vydělal peníze. Změny v chování registrovala i tehdy jeho bývalá žena, kdy ji osočoval, že na něj volá policii, chce ho udat, aby ho zavřeli. Nápadnosti v chování trvali několik měsíců. Pacient/klient byl přeložen na PL pro plíživý rozvoj závažného onemocnění.

Při příjmu byl pacient/klient časem, místem a datem orientován, hypomimický, emotivita se jeví jako oploštělá, námitky lékaře neopravuje, pouze opakuje stereotypně „jo,jo“. Myšlení pomalé, rigidní, nevýpravné, bludy nezachyceny.

Při hospitalizaci zjištěno pomocí CT na mozku difusní korová atrofie, intelekt zjištěn jako nevyrovnaný, projevy deteriorace a paranoidní rysy. Je třeba dbát dohled nad pacientem, přejídá se a přepijí se, osobní hygiena.

V terapeutickém plánu je uvedeno zaměření na aktivizaci, spolupráci, stanovení hranic a motorika.

MMSE test: 23 bodů

Farmakoterapie: postupné zkoušení léků, z počátku Tiapridal, Moditen, Haloperidol (při neklidu), Rohypnol (při nespavosti). Změna na Nootropil, Seroguel a Tebokan, dále pak změna na Piracetam a Buronil, následně Tisercin

Nefarmakologická terapie: hiporehabilitace, ergoterapie, autogenní trénink.

Průběh lekcí AVK a PPK:

1. lekce: Úvodní lekce – seznámení se stáji a s jejím prostředím, základní pravidla o chování ve stáji a u koní – bezpečnost. Seznámení s koňmi, kontakt s nimi a následné vodění, překonávání překážkové dráhy s koněm a soutěžení se spolu pacienty v projití překážkové dráhy. Krmení koně z ruky chlebem a závěrečné reflektování skupiny. Pacient při povídání se dokáže soustředit pouze omezenou dobu, musí se usměrňovat jeho chování, neustále někam odchází. Ani na vodění koně se nedokáže plně soustředit a jeho spolupráce je velmi slabá. Aktivizaci vůči požadované aktivitě je slabá.
2. lekce: Opakování informací z předešlé lekce, nácvik kognitivních funkcí pomocí lístečků s názvy koní, jejich barev, plemene a věku. Skupinové hry s účastí koně – přehazování míče si mezi sebou navzájem, přehazování ho i přes koně a štafeta. Závěrečné reflektování skupiny. Pacient se opět špatně soustředí, získané informace si dokáže pouze částečně vybavit. V kontaktu s koněm je patrné zvýšení aktivity, emoce jsou stále mírné až oploštělé. Spolupráce s koněm je patrnější, ale s ostatními pacienty je téměř nulová.
3. lekce: Nácvik kognitivních funkcí, opět pomocí lístečků, ale v jiném sledu, jak v předchozí lekci. Potřeby pro čištění koně a teoretická příprava pro čištění koně, následné přivítání se se zvířetem a jeho čištění. Závěrečné krmení a reflektování skupiny. Pacient se stále nedokáže plně soustředit na požadované aktivity, jméno, barvu a plemeno koně si již pamatuje a při práci je patrné zlepšení v aktivizaci. Právě u čištění koně se patrně zlepšila spolupráce i s terapeutem, kdy potřebuje pomoc a žádá si o ni.
4. lekce: Nácvik kognitivních funkcí, kontakt s koněm, vodění koně, ježdění na koni, krmení chlebem, závěrečné reflektování skupiny. Pacient se při opakování infor-

mací snažil dle svých možností, při ježdění na koni prý nemá strach a ten není ani patrný. Při této aktivitě je nenásilně nucen k vyšší aktivitě a spolupráci, neboť jízda sama o sobě je velmi náročná a pacienta donutí k nějaké reakci a zpětné vazbě. Je patrné i emoční oživení a za tuto lekci děkuje.

5. lekce: Nácvik kognitivních funkcí, předávání informací o komunikaci s koněm, práce s koněm ze země, krmení chlebem, závěrečné reflektování skupiny. Komunikace s terapeutem je opět minimální, je ho třeba občas usměrnit a pomocí koně ho vybízet k aktivitě. Kůň za ním neustále chodí a pacient na to reaguje, hladí ho, odstrkuje a oslovuje ho. Jinak je spolupráce s terapeutem velmi slabá.
6. lekce: Nácvik kognitivních funkcí a to pomocí opakování informací o koních – přiřazování lístečků k potřebám pro koně. Kontakt s koňmi, překonávání překážkové dráhy ve dvojici a pro naladění atmosféry při této aktivitě je puštěna hudba s rytmickým podbarvením. Závěrečné reflektování skupiny. V rámci skupiny se pacient snažil o zapojení a to především při společných aktivitách, bez výraznější komunikace. Mimo aktivitu s koněm byl spíše pasivní a koukal do země.

Závěr:

U klienta C došlo pouze k mírnému posunu směrem k naplnění cílů AVK a PPK, a to jak v aktivizaci, tak i ve spolupráci. Cíle byly naplněny především ve vztahu ke koni a nikoliv k terapeutovi a k ostatním pacientům ve skupině.

Kazuistika D

Klient/pacient s diagnózou smíšené demence F 00.2 a je to jeho druhý pobyt v PL s odstupem jednoho roku.

Osobní anamnéza:

Jedná se o sedmdesáti pěti letého muže, který je již po druhé hospitalizován v PL. PMT vývoj v normě, vystudoval střední školu s maturitou, celý život pracoval v obchodní oblasti – prodával. Laparotomie pro obstrukční ileus při nekroticky epiploické appendicitidě a ischemická choroba srdeční a rychle progredující demence a delirijní stavy. V současné době starobní důchod. Abusus návykových látek neguje.

Rodinná anamnéza:

Pacient/klient je ženatý, má jednu dceru a celý život žili na vesnici. Jeho otec i matka bez psychické zátěže, nikdy se nikdo neléčil v PL. Otec vystudoval vysokou školu s titulem Ing. a matka střední obchodní akademii. Má dva sourozence, kteří jsou mladší a jedná se o sestru a bratra. Ty také bez psychického zatížení.

Průběh hospitalizace v PL:

Pacient/klient přijat na doporučení nemocnice neurologického oddělení, kde byl přijat pro kolapsový stav. Na odd. probíhaly noční delirantní stavy. Při pohovoru s pacientem je špatná komunikace a jsou patrné poruchy paměti, spolupracuje částečně, neorientovaný. Nezvládá aktivity denního života, neustálý dohled.

V terapeutickém plánu je uvedeno aktivizace, fixování nových návyků, spolupráce a komunikace s ostatními.

MMSE test: 7 bodů

Farmakoterapie: Tritace, Zocor, Buronil, Exiba, Laktulosa, Ferronat, Haloperidol (při neklidu), Hypnogen (při nespavosti)

Nefarmakologické terapie: nácvik kognitivních funkcí, hiporehabilitace, canisterapie

Průběh lekcí AVK a PPK:

1. lekce: Úvodní lekce – seznámení se stáji a s jejím prostředím, základní pravidla o chování ve stáji a u koní – bezpečnost. Seznámení s koňmi, kontakt s nimi a následné vodění, překonávání překážkové dráhy s koněm a soutěžení se spolu pacienty v projití překážkové dráhy. Krmení koně z ruky chlebem a závěrečné reflektování skupiny. Komunikace je zcela mimo realitu, zmatená, spolupráce je částečná, zapojuje se do aktivit pouze na výzvu. Bez emočního projevu.
2. lekce: Opakování informací z předešlé lekce, nácvik kognitivních funkcí pomocí lístečků s názvy koní, jejich barev, plemene a věku. Skupinové hry s účastí koně – přehazování míče si mezi sebou navzájem, přehazování ho i přes koně a štafeta. Závěrečné reflektování skupiny. Pacient si částečně pamatuje informace z předešlé lekce, do aktivit se musí vybízet, ale pokud jde, tak ho aktivita zaujme a po omezenou dobu se snaží spolupracovat. V kontaktu s koněm je patrné mírné emoční oživení.
3. lekce: Nácvik kognitivních funkcí, opět pomocí lístečků, ale v jiném sledu, jak v předchozí lekci. Potřeby pro čištění koně a teoretická příprava pro čištění koně, následné přivítání se se zvířetem a jeho čištění. Závěrečné krmení a reflektování skupiny. Pacient se do lekce zapojuje po výzvě, čištění koně zvládá dle svých možností dobře, komunikace je živá a zmatená. Lépe spolupracuje s terapeutem, neboť potřebuje častější pomoc při čištění a je patrný i strach.
4. lekce: Nácvik kognitivních funkcí, kontakt s koněm, vodění koně, ježdění na koni, krmení chlebem, závěrečné reflektování skupiny. Komunikace je opět zmatená, živá. Prý se na lekci těšil a snaží se spolupracovat, ale až přehnaně, musí se usměrnit. Na koně si pouze sedl u rampy, a protože měl strach, tak dále nejel. Je patrné zvýšení aktivizace a i spolupráce avšak jen k terapeutovy. Terapeutovy pokyny respektuje.
5. lekce: Nácvik kognitivních funkcí, kontakt s koněm, vodění koně, procházka po areálu léčebny, krmení chlebem, závěrečné reflektování skupiny. Pacient je v kontaktu s koněm spokojený, občas je třeba usměrnit, téměř nic si nevybavuje, respektuje pokyny terapeuta, patrná aktivizace a spolupráce.
6. Nácvik kognitivních funkcí a to pomocí opakování informací o koních – přiřazování lístečků k potřebám pro koně. Kontakt s koňmi, překonávání překážkové dráhy ve dvojici a pro naladění atmosféry při této aktivitě je puštěna hudba s rytmickým

podbarvením. Závěrečné reflektování skupiny. Z jeho strany je částečný zájem o aktivity, komunikace se musí opět usměřňovat, téměř nic si nepamatuje. V kontaktu s koněm je patrné emoční oživení a spokojenost. Na závěr lekce děkuje.

Závěr:

U klienta D došlo pouze k mírnému posunu směrem k naplnění cílů AVK a PPK, a to jak v aktivizaci, tak i ve spolupráci. V aktivizaci bylo zlepšení více patrné, nežli ve spolupráci.

5.4 Komparace kazuistik

Cílem pozorování bylo zvýšení aktivizace a spolupráce seniorů s demencí v průběhu lekcí AVK a PPK.

Klient A

U klienta A došlo ke kladnému posunu směrem k naplnění cílů AVK a PPK, a to jak v aktivizaci, tak i ve spolupráci. Značný posun je zaznamenán od čtvrté lekce a dominuje především zvýšená aktivita právě v kontaktu s koněm.

Klient B

U klientky B došlo ke kladnému posunu směrem k naplnění cílů AVK a PPK, a to jak v aktivizaci, tak i ve spolupráci. Tento posun však nebyl pravidelný u každé lekce a to v závislosti na celkovém psychickém stavu pacientky.

Klient C

U klienta C došlo pouze k mírnému posunu směrem k naplnění cílů AVK a PPK, a to jak v aktivizaci, tak i ve spolupráci. Cíle byly naplněny především ve vztahu ke koni a nikoliv k terapeutovi a k ostatním pacientům ve skupině.

Klient D

U klienta D došlo pouze k mírnému posunu směrem k naplnění cílů AVK a PPK, a to jak v aktivizaci, tak i ve spolupráci. V aktivizaci bylo zlepšení více patrné, nežli ve spolupráci.

5.5 Vlastní vyhodnocení

Tabulka č. 1 – naplnění cíle vzhledem k aktivizaci pacienta v lekcích AVK a PPK

Klient A	Výrazné zlepšení v aktivizaci
Klient B	Výrazné zlepšení v aktivizaci
Klient C	Částečné zlepšení v aktivizaci
Klient D	Mírné zlepšení v aktivizaci

Tabulka č. 2 – naplnění cíle vzhledem ke spolupráci

Klient A	Výrazné zlepšení ve spolupráci
Klient B	Výrazné zlepšení ve spolupráci
Klient C	Částečné zlepšení ve spolupráci
Klient D	Mírné zlepšení ve spolupráci

Sledovaný cíl č. 1

Při pozorování pacientů směrem ke sledovanému cíli došlo z 50% k výraznému zlepšení aktivizace, z 25% k částečnému zlepšení v aktivizaci a z 25% pouze k mírné aktivizaci.

Sledovaný cíl č. 2

Při pozorování pacientů směrem ke sledovanému cíli došlo z 50% k výraznému zlepšení spolupráce, z 25% k částečnému zlepšení ve spolupráci a z 25% pouze k mírnému zlepšení ve spolupráci.

ZÁVĚR

Stáří a s ním spojené onemocnění je velmi složité téma, které čeká každého z nás. Je dobré, aby člověk se na toto vývojové období průběžně připravoval a naučil se ho přijímat. Ne snad jen ohledně sebe, ale i ohledně svého okolí, které je s tím neodmyslitelně spjato. Mezi nejvíce zastoupené onemocnění ve stáří patří nepochybně demence.

Ve své diplomové práci jsem se pokusila nahlédnout do problematiky stáří a stárnutí a zmapovat procesy s tím spojené. Dále jsem se zabírala syndromem demence, jeho příčinou, projevy, diagnostikou a možnostmi ovlivnění kvality života seniorů, kteří trpí právě tímto syndromem. V poslední části diplomové práce je uvedena klasifikace demencí a jejich popis.

V teoretické části jsou zpracovány kazuistiky, které nastiňují anamnézy pacientů, kteří jsou postiženi demencí a to demencí z okruhu primárně degenerativních. V těchto kazuistikách je možné vidět, jaké pozorovatelné změny nastávají u člověka, který získal onemocnění typu demence. Je zde patrné i genetické zatížení, vliv stresu a návykových látek na rozvoj tohoto syndromu. Součástí kazuistik je i zaznamenán průběh lekcí AVK a PPK a pozorování jsou zachyceny změny směrem ke stanoveným cílům.

Ve vyhodnocení je patrné, že kladný posun směrem k naplnění cílů je u všech pacientů, avšak pokaždé s jinou intenzitou. Velký vliv na zlepšení aktivizace a spolupráce má u pacienta současný psychický stav, momentální nálada, předchozí zkušenosti a mnohdy i polékový syndrom. Také záleží na stádiu demence u daného pacienta. Jedno je však zřetelné, že senior, ať má jakékoliv postižení, se do kontaktu se zvířetem bez předsudků zapojí, neboť zvíře není vůči němu zaujaté, reaguje na jeho potřeby a je nekritické.

Téma, kterému se věnuji v této práci je natolik rozsáhlé a diskutabilní, že nebylo v mých silách jej více rozpracovat, i když by to bylo velmi zajímavé a jistě by se objevilo mnoho nových poznatků v této oblasti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bayerová, M., in Mühlpachr, P., *Schola gerontologica*. Masarykova universita. Brno 2005
ISBN 80-210-3838-1

Gajdalová, L., *Pes lékařem lidské duše, aneb Canisterapie*. Grada. Praha 1999 ISBN 80-7169-789-3

Glenner, J., A., a kol. *Péče o člověka s demencí*. Portál. Praha 2012 ISBN 978-80-262-0154-0

Grün, A., *Umění stárnout*. Karmelitánské nakladatelství. Kostelní Vydří 2009 ISBN 978-80-7195-316-6

Haškovcová, H., *Fenomén stáří*. Havlíček Brain Team. Praha 2010 ISBN 978-80-87109-19-9

Halová, M., *Nemocný v domácí péči II. Demence a demence Alzheimerova typu*. Nakladatelství P. Hala. Bouzov 2010 ISBN 978-80-904-6110-9

Hátlová, B., Suchá, J., *Kinezioterapie demencí*. Triton. Praha 2005 ISBN 80-7254-564-7

Hepnerová, M., *Hiporehabilitace a děti s ADHD z pohledu sociálního pedagoga*. Bakalářská práce 2011

Hollý, K., Hornáček, K., *Hipoterapie*. Montanex. Ostrava 2005 ISBN 80-7225-190-2

Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L., *Ergoterapie*. Portál. Praha 2009 ISBN 978-80-7367-583-7

Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., *Demence a jiné poruchy paměti*. Grada. Praha 2009
ISBN 978-80-247-2454-6

Jiráček, R., Koukolík, F., *Demence*. Galén. Praha 2004 ISBN 80-7262-268-4

Jiráček, R., Laňková, J., *Demence. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. ČLS JEP. Praha 2007 ISBN 80-86998-XX-X

Kalvach, P., *Mozkové ischemie a hemografie*. Grada. Praha 1997 ISBN 80-7169-109-7

Kalvach, Z., Onderková, A., *Stáří*, Galén. Praha 2006 ISBN 80-7262-455-5

Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. a kol., *Geriatric a gerontologie*. Grada. Praha 2004 ISBN 80-247-0548-6

- Kantor, J., Lipský, M., Weber, J a kol. *Základy muzikoterapie*. Grada. Praha 2009 ISBN 978-80-247-2846-9
- Klevetová, D., Dlabalová, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. Grada. Praha 2008 ISBN 978-80-247-2169-9
- Kolektiv autorů, *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. Dona. České Budějovice 2007 ISBN 978-80-7322-109-6
- Krivošíková, M., *Úvod do ergoterapie*. Grada. Praha 2011 ISBN 978-80-247-2699-1
- Kröger, A., *Partnerschaftlich miteinander umgehen*, FNbuch. Warendorf 2005 ISBN 978-3885424659
- Křivohlavý, J., *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Grada. Praha 2011 ISBN 978-80-247-3604-4
- Mičulková, O., Fejkusová, H., *Canisterapie v praxi*. ISBN nemá
- Mühlpachr, P., *Gerontopedagogika*. IMS. Brno 2009
- Nerandžič, Z., *Animoterapie*. Albatros. Praha 2006 ISBN 80-00-01809-8
- Ondrušková, J., *Stáří a smysl života*. Karolinum. Praha 2011 ISBN 978-80-246-1997-2
- Pidrman, V., *Demence*. Grada. Praha 2007 ISBN 978-80-247-1490-5
- Pipeková, J., Vítková, M., *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Paido. Brno 2001 ISBN 80-7315-010-7
- Rektorová, I., *Kognitivní poruchy a demence*. Triton. Praha 2007 ISBN 978-80-7387-017-1
- Seidl, Z., Obenberger, J., *Neurologie pro studium v praxi*. Grada. Praha 2004 ISBN 80-247-0623-7
- Spar, J., La Rue, A., *Geriatrická psychiatria*. Vydavatelství F. Trenčín 2003 ISBN 80-88952-13-1
- Sýkorová, D., *Autonomie ve stáří*. Sociologické nakladatelství. Praha 2007 ISBN 978-80-86429-62-5
- Šimanovský, Z., *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Portál. Praha 1998 ISBN 80-7178-557-1

Vágnerová, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál. Praha 1999 ISBN 80-7178-214-9

Vágnerová, M., *Vývojová psychologie II*. Karolinum. Praha 2007 ISBN 978-80-246-1318-5

Zelevá, J., *Muzikoterapie*. Portál. Praha 2007 ISBN 978-80-7367-237-9

Internetové zdroje

www.celostnimedicina.cz

www.ergoterapie.cz

www.huntington.cz

www.krtvl.upol.cz

www.ordinace.cz

www.osel.cz

www.parkinsonky.estranky.cz

www.svetgralu.cz/clanky/Logoterapie

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADAS	Alzheimer disease assessment scale
ADL	Nácvik běžných denních aktivit
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AVK	Aktivity s pomocí koní
BPSD	Behaviorální a psychologické symptomy demence
CT	Výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostický a statistický manuál
HIV	virus (Human immunodeficiency virus)
IMS	Institut mezioborových studií
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MMSE	Mini-Mental State Examination
MR	Magnetická rezonance
PMT	Psychomotorické tempo
PPK	Psychoterapie pomocí koní
PL	Psychiatrická léčebna
TK	Krevní tlak
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Nácvik kognitivních funkcí

Obr. 2: Jízda na koni a vzájemná spolupráce

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – naplnění cíle vzhledem k aktivizaci pacienta v lekcích AVK a PPK

Tabulka č. 2 – naplnění cíle vzhledem ke spolupráci pacienta v lekcích AVK a PPK

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I. - Tabulka pro základní orientaci v diagnostice dle Pidrmana

Příloha II. - Orientační diagnostický test MMSE

Příloha III. - Testy na vyšetření kognitivních funkcí

Příloha IV. - Tabulka farmakoterapie behaviorálních a psychologických příznaků demence

Příloha I.

Tabulka pro základní orientaci v diagnostice dle Pidrmána

	<i>Ztráta paměti</i>
Symptomy	<i>Obtíže s vyjadřováním</i> <i>Deprese, úzkost, psychotické příznaky</i>
Syndromy	<i>Amnézie</i> <i>Delirium</i> <i>Demence</i>
Nemoci	<i>Alzheimerova nemoc</i> <i>Vaskulární nemoc</i> <i>Demence s Lewiho tělísky</i>
	<i>Fronto-temporální degenerace</i> <i>Mnohočetné vzácné demence</i>

Příloha II.

Orientační diagnostický test (MMSE)

Za každý správně provedený úkol zatrhněte x, tj. 1 bod.

1. ORIENTACE - odpověď do 10 s

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

2. ZAPAMATOVÁNÍ

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

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

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

"A nyní prosím tato slova opakujte."

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

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

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

93 86 79 72 65 (... ..)

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

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

4. VYBAVOVÁNÍ

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

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

- "Co je to?" (ukážte hodinky)
- "Co je to?" (ukážte tužku)

6. OPAKOVÁNÍ

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

"Opakujte!: "První pražská paroplavba." (...)

7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

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

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

8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

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

"Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!"

Jeden bod přidejte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy. (...)

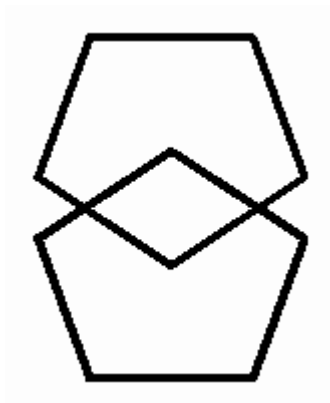
9. PSANÍ

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

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

10. OBKRESLOVÁNÍ

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



Dosažené skóre

HODNOCENÍ

Maximální počet je 30 bodů.

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

Příloha III.

Testy na vyšetření kognitivních funkcí

<i>Test</i>	<i>Popis</i>
Mental Status Questionnaire (MSQ) <i>Duševní stav – dotazník</i>	10- ti položkové hodnocení orientace místem a časem, věk, datum narození, prezidenti
Orientation - Memory – Concentration (OMCT) <i>Orientace - Memory – Koncentrace</i>	6 položek hodnotí časovou orientaci, zapamatování si adresy, mentální kontrolu
Mini – Mental – State Exam (MMSE) <i>Mini – Mental test</i>	11 položek, 30 - bodová škála hodnotí orientaci, registraci a oddálení odpovědi, řeč, pozornost, vizuální konstrukci
Cognistat (Neurobehavioral Cognitive Status Examination NCSE)	Osobnostní škály hodnotící pozornost, orientaci, řeč, paměť, vizuální konstrukci, počítání, úsudek
Dementia Rating Scale (DRS) <i>Demence – klasifikační stupnice</i>	Škály hodnotící pozornost, konceptualizaci, paměť, iniciativu a vytrvalost, vizuální konstrukci
Cognitive Assessment Screening Instrument (CASI) <i>Kognitivní hodnocení</i>	20 položek z modifikované formy MMSE a Hasegawa Dementia Screening Scale, plus otázka na úsudek

Příloha IV.

Tabulka farmakoterapie behaviorálních a psychologických příznaků demence

Příznak	Skupina farmak
Poruchy chování, agitovanost	Antipsychotika (neuroleptika) převážně 2. generace
Deprese	Antidepresiva (s výjimkou tricyklických)
Úzkost	Anxiolytika působící na serotoninových receptorech 5 _{1A} , malé dávky atypických antipsychotik, některá antidepresiva
Poruchy cyklu spánek-bdění	Nebenzodiazepinová hypnotika, menší dávky atypických antipsychotik
Přidružené psychotické příznaky (bludy, halucinace/iluze)	Atypická antipsychotika

