

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Dagmar Weiserová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Aktivity seniorů s Alzheimerovou demencí ke zlepšení schopnosti v ADL  
v domovech se zvláštním režimem

Dagmar Weiserová

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dagmar Weiserová**  
Osobní číslo: **Z14104**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Aktivity seniorů s Alzheimerovou demencí ke zlepšení schopnosti v ADL v domovech se zvláštním režimem ve vybraném kraji ČR**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. LA TOURELLE, Maggie. Dar jménem Alzheimer: nové náhledy na potenciál Alzheimerovy choroby a její léčby. Překlad Richard Herlich. Praha: Dobrovský s.r.o., 2016, 250 s. ISBN 978-80-7390-308-4.
2. ČESKOVÁ, Eva a PŘIKRYL Radovan. Praktická psychiatrie. Praha: Maxdorf, 2013, 143s. ISBN 978-80-7345-310-9.
3. CALLONE, R. Patricia a kolektiv. Alzheimerova nemoc. Přeložila J. Klinkerová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 118 s. ISBN 80-2472-320-4.
4. TAYLOR, Richard. Život s Alzheimerem. Přeložila S. Králová. 1. vyd. Praha: Ikar, 2015, 336 s. ISBN 978-80-249-2684-1.
5. LUŽNÝ Jan. Gerontopsychiatrie. Praha: Triton, 2012, 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.
6. BRYDENOVÁ, Christine. Jaká budu umírat. Přeložil Václav Petr. Praha: Triton, 2013, 190 s. ISBN 978-80-7387-641-8.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mgr. Ivana Duková  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 21. července 2017

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 7. května 2018

Dagmar Weiserová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěla poděkovat za vedení mé bakalářské práce PhDr. Mgr. Ivaně Dukové.

Dále také všem nelékařským zdravotním pracovníkům z domovů se speciálním režimem Pardubického kraje, kteří se podíleli na výzkumu při vyplňování dotazníku a tím mi velmi pomohli při zpracování mé závěrečné práce.

## **ANOTACE**

Tato práce se zabývá aktivitami seniorů s Alzheimerovou demencí, které vedou ke zlepšení v každodenních činnostech. V teoretické části práce je popsáno, co je to Alzheimerova nemoc a typické příznaky pro jednotlivá stádia onemocnění dle dostupných zdrojů. Práce obsahuje charakteristiku nejčastěji nabízených metod a aktivit pro seniory s touto chorobou v domovech se zvláštní péčí. Praktická část práce obsahuje kvantitativní výzkum metodou nestandardizovaného dotazníku určeného pro nelékařský zdravotnický personál. Výzkum je zaměřen na nejčastěji využívané a preferované metody v jednotlivých zařízeních. Jeho cílem je porovnat rozdílnost jednotlivých zařízení v jejich preferencích.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Alzheimerova nemoc, demence, domovy se zvláštní péčí, seбepéče

## **TITLE**

Activities for seniors with Alzheimer's dementia to improve the ability of ADL in homes with special regime

## **ANNOTATION**

The Bachelor's dissertation relates to activities of seniors with Alzheimer's disease which leads to improvement in their daily activities. The theoretical part describes what is Alzheimer's disease, and typical symptoms of each stage of the disease according to available resources. The dissertation also contains characteristics of the methods and activities most commonly offered to seniors with the disease in homes with special care. The practical part contains quantitative research based on a non-standardized questionnaire received and responded to by paramedical staff. The research is focused on the most commonly used and preferred methods in particular homes with special care, and the objective is to compare differences in preferences of the particular homes with special care.

## **KEYWORDS**

Alzheimer's disease, dementia, homes with special care, activities, selfcare

# OBSAH

0	ÚVOD .....	11
1	TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1.1.	Alzheimerova choroba .....	12
1.1.1	Změny na mozku v průběhu onemocnění .....	13
1.1.2.	První příznaky onemocnění .....	13
1.1.3.	Typy Alzheimerovy choroby .....	14
1.1.4.	Stádia Alzheimerovy choroby .....	15
1.2.	Diagnostika Alzheimerovy choroby .....	16
1.3.	Léčba a prevence Alzheimerovy choroby .....	18
1.3.1	Rizikové faktory a prevence .....	18
1.3.2	Farmakologická léčba .....	18
1.3.3	Nefarmakologická léčba .....	19
1.4	Metody ke zlepšení schopnosti ADL .....	19
1.4.1	ADL .....	19
1.4.2	Fyzioterapie a rehabilitace .....	20
1.4.3	Kognitivní rehabilitace a sensorická terapie .....	21
1.4.4	Reminiscenční terapie .....	21
1.4.5	Muzikoterapie .....	22
1.4.6	Pet-terapie .....	23
1.4.7	Ergoterapie .....	24
1.4.8	Bazální stimulace .....	24
1.4.9	Paliativní péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou .....	25
2	PRAKTICKÁ ČÁST .....	27
2.1	Cíle výzkumu .....	27
2.2	Výzkumné otázky .....	27
2.3	Metodika výzkumu .....	27



2.4	Interpretace získaných údajů.....	28
3	DISKUZE .....	44
4	ZÁVĚR .....	50
5	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	52
6	PŘÍLOHY .....	54

## SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf č. 1 Délka praxe respondentů v domově se zvláštním režimem.....	28
Graf č. 2 Dosažené vzdělání respondentů.....	29
Graf č. 3 Nejčastěji využívané metody ke zlepšení ADL v jednotlivých domovech .....	30
Graf č. 4 Aktivita s největším zájmem klientů .....	31
Graf č. 5 Domov A, Aktivity s největším zájmem klientů .....	32
Graf č. 6 Domov B, Aktivity s největším zájmem klientů .....	33
Graf č. 7 Domov C, Aktivity s největším zájmem klientů .....	34
Graf č. 8 Domov D, Aktivity s největším zájmem klientů .....	35
Graf č. 9 Podíl rodinných příslušníků na péči o klienty .....	36
Graf č. 10 Nejefektivnější aktivita na podporu paměti a orientace .....	37
Graf č. 11 Nejefektivnější aktivity pro nácvik každodenních činností.....	38
Graf č. 12 Aktivity na zmírnění progresu onemocnění.....	39
Graf č. 13 Aktivity, které lze provádět v prvním stádiu onemocnění.....	40
Graf č. 14 Aktivity, které lze využít po celou dobu onemocnění .....	41
Graf č. 15 Nejvhodnější aktivity pro klienty v posledním stádiu onemocnění.....	42
Graf č. 16 Vhodný počet klientů pro skupinovou terapii .....	43

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
ADL	Activities Of Daily Living, Barthelův test základních všedních činností
RTG	Rentgenový snímek
MRI	Magnetická rezonance
SPECT	Tomografická scintigrafie
PET	Pozitronová emisní tomografie
MMSE	Mini Mental State Examination
CDT	Clock Drawing Test (Test hodin)
MCI	Mild Cognitive Impairment (mírné kognitivní poruchy)
iAChE	Inhibitory Acetylcholinestázy
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

## 0 ÚVOD

Téma bakalářské práce je zaměřené na metody vedoucí ke zlepšení sebeděče u pacientů s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou a na metody, které u nich podporují jednotlivé schopnosti ADL. Toto téma je v současné době velmi diskutované a s Alzheimerovou nemocí se můžeme setkat čím dál častěji. Alzheimerova choroba bývá nejčastější příčinou vzniku demence a stále patří mezi nevyléčitelná onemocnění. Problematika příčiny onemocnění a jeho léčba je v současné době rovněž neméně diskutované téma, a to především vzhledem ke stárnutí populace. Přestože onemocnění bylo poprvé popsáno již v roce 1906, německým lékařem Aloisem Alzheimerem, dodnes je s ním spojeno mnoho otázek, na něž nedokážeme odpovědět.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozčleněna na kapitoly, které se zaměřují na Alzheimerovu chorobu včetně příznaků a možnosti léčby, které současná medicína nabízí. V neposlední řadě jsou v práci popsány také některé z nejčastějších aktivit nabízených seniorům v domovech se speciálním režimem. V praktické části je proveden kvantitativní výzkum pomocí nestandardizovaného dotazníku na nejčastěji využívané a preferované metody vedoucí ke zlepšení schopnosti pacienta realizovat běžné denní činnosti v domovech se zvláštním režimem. Cílem této práce je zjistit, jaké metody to jsou, a porovnat jednotlivá zařízení v jejich preferencích.

Cílem práce je zjistit nejčastěji využívané metody, které vedou u klientů trpících Alzheimerovou chorobou k realizaci každodenních činností v domovech se zvláštním režimem v Pardubickém kraji. Jedním z dílčích cílů práce je porovnat efektivitu jednotlivých metod včetně toho, kterým aktivitám dává přednost nelékařský zdravotnický personál, popř. zjistit, zda zařízení využívá některé z alternativních metod. Podle výsledků mého výzkumu je sestavena brožura s přehledem jednotlivých metod, které vedou ke zlepšení ADL a postupem jejich provedení.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1. Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých neuronů (mozkových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii. To má za následek vznik syndromu demence. V mozkové tkáni nemocných trpících Alzheimerovou chorobou dochází k ukládání patologicky vzniklé bílkoviny, která se nazývá beta-amyloid. Tato bílkovina tvoří v mozku krystalky, kolem nichž dochází k řadě neurodegenerativních dějů. Vznikají tak útvary, kterým se říká neurotické plaky. Čím více je plaků v určité oblasti mozkové kůry, tím více je tato mozková oblast postižena funkčně (Jirák, 2009, s. 29).

Beta-amyloid vzniká z bílkoviny, která je v mozkových buňkách přítomna za normálních okolností, je tělu vlastní a nezbytná. Tato bílkovina se nazývá amyloidový prekurzovaný protein, který je za normálních okolností štěpen enzymem alfa-sekretázou na krátké, rozpustné fragmenty. Jejich účinek zatím není zcela jasný, zřejmě se podílejí na plasticitě nervových buněk a chrání je před poškozením. Za patologických podmínek je amyloidový prekurzovaný protein štěpen beta a gama sekretázou, které vytvářejí podstatně delší fragmenty. Ty neplní své fyziologické úkoly, přestávají být rozpustnými, srážejí se a polymerují (spojují se v dlouhé řetězce). Tak vzniká beta-amyloid. Druhá základní neuropatologická změna u Alzheimerovy choroby se odehrává přímo v neuronech. Dochází tam k degeneraci bílkoviny, jež se nazývá tau-protein. Změněný tau-protein vytváří vlákna, která jsou podkladem útvarů, kterým se říká neurofibrilární klubka (tangles). Neurony obsahující neurofibrilární klubka neplní svou funkci a postupně zanikají. Kromě tvorby patologických bílkovin dochází k řadě dalších degenerativních změn, které jsou na sobě vzájemně závislé (Jirák, 2009, s. 29 – 31).

Alzheimerova choroba vzniká na podkladě atroficko-degenerativních změn, které jsou spojeny s tvorbou a ukládáním patologických bílkovin v buňkách mozku, které vedou k poruchám činnosti buněk na různých úrovních a k jejich postupnému zániku. Alzheimerova choroba v čisté podobě představuje asi 50 % všech demencí. Vzhledem k celosvětovému trendu stárnutí populace se demence stává jedním z nejčastějších onemocnění (Petr, 2014, s. 185).

Demence znamená ztrátu paměti, oslabení inteligence, rozpad osobnosti. Příčin demence může být až sedmdesát, z nich nejběžnější je však Alzheimerova choroba, která představuje reálné onemocnění mozku. Jednoduše řečeno, mozek chřadne, přestává fungovat a s postupnou progresí choroby se také mění chování postižené osoby. Pomocí speciálního snímkovacího přístroje (RTG, MRI, SPECT, PET) můžeme na mozku člověka postiženého Alzheimerovou

chorobou pozorovat určité rozdíly. Mozkové komory jsou větší, závity užší a rýhy širší, takže mozek vykazuje méně cerebrálního kortexu, zvláště v oblasti spánkových laloků (Brydenová, 2013, s. 158 – 162).

### **1.1.1 Změny na mozku v průběhu onemocnění**

Zkáza se nevyhýbá ani nervovým buňkám, jež produkují specifické chemické posly, neurotransmitery, takže v důsledku rozvoje amyloidních plaků a klubek neubývá jen nervových buněk, ale i chemických poslů, potřebných k předávání signálů mezi sousedními buňkami. Úbytek neurotransmiterů znamená, že s rozesíláním zpráv má potíže i zbývající část mozku. Alzheimerova choroba nejvíce postihuje následující neurotransmitery:

- Acetylcholin, jenž může být u osoby trpící Alzheimerovou chorobou omezen až o 80 %. Jeho hladina je u pacientů s Alzheimerovou chorobou postižena nejvíce, je na něj zacílená léčba.
- Noradrenalin a serotonin, jejich hladina je obvykle mnohem nižší u osob s raným nástupem choroby než u osob starších. Výsledkem nízkých hladin těchto neurotransmiterů jsou poruchy spánku a narušení poznávacích procesů.
- Somatostatin, jehož nedostatek ovlivňuje schopnost učit se a ovládat emoce (Brydenová, 2013, s. 161).

### **1.1.2. První příznaky onemocnění**

Alzheimerova choroba se zjišťuje obtížně. Neprojevuje se totiž u všech nemocných stejně, a může se zaměnit s jinými onemocněními. Mezi první varovné příznaky patří poruchy paměti, bezcílné bloumání a nedostatek fyzických sil. Nemocný často zakrývá tyto symptomy změnou chování. Na první pohled tedy nemusí být zjevné, že by se mohlo jednat o neurodegenerativní onemocnění. Paměť se u pacientů s Alzheimerovou chorobou vytrácí v opačném sledu a nejlépe si pamatuje nejstarší události. Dalším důležitým příznakem je ztráta orientačního smyslu. Nemocný se tak najednou přestává orientovat ve vlastním domě. Tyto výpadky mohou být velmi krátké, v řádu několika vteřin až minut (Callone, 2008, s. 39 – 43).

Demence se rozvíjí nenápadně, plíživě. V počátcích nemoci se objevuje i afázie (porucha řeči a porozumění). Postižená osoba si nedokáže vybavit slova nebo místo daného slova použije slovo jiné. Občas se také vyskytuje agnózie (neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy): nemocný vidí určitý předmět nebo obličej, ale nedokáže ho poznat, nebo v případě předmětu určit, k čemu slouží. Osoba postižená Alzheimerovou chorobou může opakovat určité činnosti, otázky, věty. Protože je okamžitá paměť zasažena jako první, takový člověk vám

desetkrát za sebou nabídne šálek kávy, protože zapomene, že se vás na to už ptal. A podobné je to i s jinými běžnými úkony: s mytím, jídlem atd. Tyto potíže mohou vždy trvat krátkou dobu a mohou se pravidelně opakovat, jsou však velmi obtížně zjištělné, pokud s nemocným nežijeme (Jiráček, 2009, s. 31).

### 1.1.3. Typy Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba se vyskytuje ve dvou podobách. *Familiární (vrozená) forma* Alzheimerovy choroby je velmi vzácná. Názory vědců na její výskyt se však liší. Podle některých má na svědomí 5 %, podle jiných pouze 1 % všech případů. Proto jsou hledány genetické faktory onemocnění. Bylo nalezeno několik genových mutací (změn v genetickém zápisu) na chromozomech 21, 14 a 1, což vede ke spuštění tvorby a ukládání patologické bílkoviny beta-amyloidu. Jsou zkoumány i další mutace. Tento typ Alzheimerovy choroby má velmi brzký počátek (Holmerová, 2008, s. 8 – 9).

*Sporadická (občasná) forma* Alzheimerovy choroby má na svědomí 80 % všech případů. Je to typické onemocnění vyššího věku. Příčiny Alzheimerovy choroby zůstávají dosud neznámé, avšak podezřelých je hned několik faktorů: např. genetické, zánětlivé, virové a životní prostředí. Uvedené faktory mohou způsobovat onemocnění ve vzájemné součinnosti (Jiráček, 2009, s. 30).

U Alzheimerovy choroby můžeme také rozlišit formy časnou a pozdní. *Forma časná (presenilní)* se objevuje zpravidla před dosažením šedesáti pěti let věku. Trvá přibližně osm let. Počáteční příznaky onemocnění jsou neurotického charakteru. Další nastupující projevy souvisejí s postižením mozkové kůry, což má za následek apraxii (neschopnost provádět kombinované pohyby), dále pak neschopnost číst, počítat, nemoc postupně progreduje. Další zhoršení stavu již vede k terminálnímu stavu nemocného. Tehdy jsou již vyhaslé emoce, jsou potlačeny potřeby přijímání tekutin a stravovací návyky. Nemocní zpravidla umírají na naprosté selhání centrální nervové soustavy.

*Forma pozdní (senilní)* se projevuje silnou progresí degenerace osobnosti spolu s výraznými poruchami paměti. Obzvláště nepřehlédnutelné je vymizení hygienických a estetických návyků, a naopak často se projevující euforie, neklid a zmatenost. Doba, za kterou nemoc svou progresí dosáhne k terminálnímu stavu je u pozdní formy kratší vzhledem k aspektu pokročilosti věku. Obzvláště významná je změna osobnosti. Markantní degenerativní změny lze pozorovat i na EEG a zobrazovacími metodami je možné potvrdit atrofii šedé mozkové kůry i podkorové oblasti mozku (Halová, 2010, s. 89).

#### 1.1.4. Stádia Alzheimerovy choroby

První stádium Alzheimerovy choroby neboli lehké může trvat 2 až 4 roky. Pro Alzheimerovu chorobu je typický pomalý a nenápadný začátek. Většinou si okolí nemocného ani nevšimne prvních projevů demence. Objevuje ztráta zájmu o koníčky a jiné aktivity, apatie a ztráta iniciativy. Mozek musí těžce pracovat, aby zvládl to, co bývalo snadné, proto se nemocný snadno unaví. Jsou nerozhodní, bezradní a neschopní plánovat, mají pomalé chápání složitějších myšlenek. Objevuje se obviňování druhých z „krádeží“ založených předmětů. Mezi další příznaky prvního stádia patří zvýšená sebestřednost, nedostatek zájmu o druhé a jejich pocity, zapomínání na nedávné události. U pacientů je vyšší podrážděnost nebo rozmrzelost při selhání. Mohou trpět úzkostí, aby se např. neztratili nebo nezklamali v něčem novém, co po nich někdo chce.

Druhé stádium neboli střední může trvat 2 až 10 let. Nemocní zde vyžadují velkou trpělivost pečující osoby. Je zde nutnost pomoci a dohledu, protože velmi často podléhají bezradnosti a zmatku. Výrazně zapomínají na nedávné události, dlouhodobá paměť obecně zůstává lepší, ale některé podrobnosti z ní mizí, nebo jsou popletené. Pro pacienty je těžké nové události registrovat a ukládat je do paměti, ale staré vzpomínky jsou dosud do značné míry zachovány. Jsou dezorientovaní v čase a prostoru, špatně určují denní dobu, mohou se například vydat na nákupy v noci. Rychle se ztratí v neznámém prostředí, a proto často propadají panice. Zapomínají jména přátel a rodinných příslušníků, nebo zamění jednoho rodinného příslušníka za druhého. Nevládají dělat více činností najednou, proto je důležité, aby se vždy věnovali jedné činnosti a nenechali se ničím rozptylovat. Projevuje se u nich nevhodné chování, např. vyjdou ven na ulici jen v noční košili apod. Zapomínají na to, kde a s kým jsou, a především, co tam vůbec dělají. Mohou slyšet i vidět něco, co neexistuje. Například pacient si myslí, že je závada na zavlažovacím systému na zahradě a voda stříká po celé zahradě a je to potřeba opravit, zatímco ve skutečnosti pouze venku prší. Velmi často se opakují. Raději jsou v bezpečí domova a vyhýbají se navštěvování jiných míst. Také ignorují hygienu a jídlo, protože zapomínají normální každodenní řád věcí. Pacient se velmi snadno rozhněvá, snadno se rozruší a snadno pocítí tíseň, je emotivnější, než býval. Mají méně duševní energie a špatně snášejí hněv nebo kritiku druhých (Brydenová, 2013, s. 165 – 179).

Poslední, třetí stádium choroby neboli těžké může trvat 3 a více let. Pacienti před smrtí potřebují trvalou, absolutní péči. Pacient v tomto stádiu si nepamatuje, byť i jen pár minut, zda například jedl. Nechápe a neužívá řeč, nedokáže udržet moč nebo stolicí nebo obojí. Nepozná přátele ani příbuzné. Potřebuje péči při každodenních sebeobslužných činnostech. V noci jsou nepokojní



a rozrušení, jsou znepokojení, neposední, například pacient hledá dávno mrtvého příbuzného. Bývají agresivní, zvláště když se cítí ohrožení. Trpí neovladatelnými pohyby a mohou skončit závislí na pojízdném křesle. Pacient se postupně stává nepohyblivým, v posledních týdnech nebo měsících zůstává upoutaný na lůžko, nakonec ztratí vědomí a umírá (La Tourelle, 2016, s. 90 – 120).

## **1.2. Diagnostika Alzheimerovy choroby**

První vyšetření většinou provádí praktický lékař. Informace získává lékař přímo do pacienta, a pokud možno, od blízkých osob pacienta, které mohou relativně spolehlivě referovat o jeho každodenním fungování. Běžným jevem Alzheimerovy choroby je bagatelizace či popření obtíží z důvodu studu anebo již selhávající kognice, případně přisuzování obtíží okolí. Vyšší vzdělání a mentální aktivita korelují s nižším výskytem Alzheimerovy nemoci. U takových osob je při výskytu prvních příznaků mnohdy obtížnější stanovit kognitivní deficit pouze na základě jednorázového vyšetření, neboť jim premorbidní kognitivní výkonnost a získané mentální dovednosti poskytují dostatečnou rezervu. Již z tohoto důvodu je vhodné vyšetření kognice opakovat, a to asi po 6 měsících. Lékař může pak sledovat vývoj – setrvání stavu, zlepšení či zhoršení výkonu (Taylor, 2015, s. 27 – 40).

Podobné symptomy může mít mnoho nemocí, proto lékař většinou posílá pacienta na vyšetření paměti, eventuálně kognitivních schopností do příslušného zařízení, které se specializuje na tento typ onemocnění. Nejprve přichází na řadu klasické klinické vyšetření, které spočívá v sestavení anamnézy. Potom následuje vyšetření na magnetické rezonanci, provádí se také CT vyšetření. Lékaři se zaměří na oblast hipokampu, části mozku, kde sídlí funkce související s pamětí. Hipokampus je totiž při Alzheimerově chorobě zasažen jako první. MR slouží také k vyloučení jiných patologií, například nádorů mozku. Dalším důležitým vyšetřením jsou psychologická vyšetření formou testů, vypracovaných odborníky, neurology a psychology. Trvají hodinu až hodinu a půl. Na základě určitých otázek a praktických testů lze zhodnotit kvalitu paměti a vyšší kognitivní funkce: řeč, psaní atd. Všechny tyto informace umožňují stanovit kognitivní profil pacienta. Diagnóza Alzheimerovy choroby, jako nejčastější příčiny demencí, je u pacientů stanovena až po vyloučení jiných etiologií demence a může být s nejvyšší přesností stanovena jen jako pravděpodobná Alzheimerova demence. Jistou diagnózu Alzheimerovy choroby získáme pouze postmortem biopsií mozku (Brydenová, 2013, s. 162 – 163).

V běžné neurologické praxi používáme pro kognitivní screening MMSE. Jedná se o velmi orientační metodu neuropsychologické diagnostiky. Je ovlivněna řadou faktorů, např. úrovní verbálního intelektu pacienta, vzděláním, pozorností a dalšími faktory, které se obvykle při rutinním vyšetření nezohledňují. MMSE se zaměřuje na kognitivní funkce, které jsou zprostředkovány ve velké míře řečovými funkcemi., zaměřuje se tedy zejména na funkce dominantní hemisféry a pomíjí jiné funkční oblasti mozkové kůry. Další funkce testuje např. Test hodin (Clock Drawing Test). V CDT dáme pacientovi příkaz nakreslit ciferník hodin se všemi čísly a ručičky, aby naznačovaly konkrétní čas. Někteří pacienti mohou mít zcela normální či plný počet bodového hodnocení MMSE a v testu hodin naprosto selhávají. Tyto metody nás informují o přítomnosti a stupni demence, ale ne o její etiologii či přímo specificky o přítomnosti Alzheimerovy demence u daného pacienta (Ressner, 2008, s. 11 – 12).

Rutinní metodou v diagnostice demencí je strukturální zobrazení mozku (CT, MRI) s cílem identifikace mozkové atrofie. Relativně specifická je atrofie temporálního mediálního laloku, dále hipokampální atrofie (odlišení od vaskulární demence). Změny mediálního temporálního laloku se vyskytují v časně fázi onemocnění a mohou být dobrým ukazatelem změny v rámci progresu (Češková, 2013, s. 93 – 93).

Mezi doplňující vyšetření, které lze provádět pouze ve specializovaných pracovištích patří odběr mozkomíšního moku. Alzheimerova demence je spojena s nižší hladinou beta amyloidového peptidu a vyšší hladinou proteinu  $\tau$  v likvoru. Vyšetření likvoru bylo navrženo jako jeden z testů pro diagnostiku. Dále sem řadíme funkční zobrazení mozku (SPECT, PET), které měří krevní průtok a množství receptorů. Vyšetření vyžaduje aplikaci radioaktivní látky intravenózně. SPECT prokázalo parietální a temporální redukci krevního průtoku. U PET jsou možnosti k zobrazení amyloidu. Funkční zobrazení je zvláště vhodné k rozlišení Alzheimerovy demence a frontotemporální demence. Změny SPECT a PET jsou zjizitelné ve velmi časných fázích a mohou být důležité pro časnou diagnostiku, zvláště u nemocných s mírnou kognitivní poruchou. V neposlední řadě provádíme genetické testování u vzácných rodinných forem Alzheimerovy choroby s autozomálně dominantní dědičností na 3 genech. Genetické testování by mělo být provedeno na základě konsenzu rodinných příslušníků, protože má pro ně praktické důsledky (zhruba 50% potomků nese riziko). Mělo by se provádět pouze ve specializovaných centrech a doplnit konzultací s genetikem (Hort, 2011, s. 279).

## **1.3. Léčba a prevence Alzheimerovy choroby**

### **1.3.1 Rizikové faktory a prevence**

Mezi rizikové faktory Alzheimerovy choroby patří věk, ženské pohlaví, nižší vzdělání, dědičné predispozice, vaskulární rizikové faktory včetně hypertenze a úrazy hlavy. Možnosti prevence demencí zahrnuje zejména faktory životního stylu, sociální kontakty, duševní a fyzickou aktivitu, ovlivnění diety a některé možné preventivní farmakologické intervence, z nichž byla nejčastěji zvažována možnost hormonální substituční terapie u žen, nesteroidní antirevmatika, hypolipidemika, antihypertenziva nebo preparáty ginko biloba.

V poslední době se prokazuje příznivý vliv flavonoidů obsažených v kávě a zejména v čaji. Důraz je kladen na vyváženou čerstvou a pestrou stravu, obsahující dostatek přirozených vitaminů a antioxidantů, respektující zásady prevence kardiovaskulárního onemocnění (Holmerová, 2011, s. 21 – 24).

Dále při prevenci Alzheimerovy choroby pomáhá konzumace potravin, které obohacují mozek o látky, jimž se říká antioxidanty. Tyto látky zpomalují zhoršení kognitivních funkcí. Radíme sem např. kari koření, které je bohaté na kurkumu, jež má silné protizánětlivé účinky a je mocným antioxidantem. Dále také káva kromě kofeinu obsahuje vysoké množství antioxidantů. Působí protizánětlivě, pomáhá zamezit škodlivým účinkům cholesterolu na mozek a snižuje riziko mrtvice, deprese a cukrovky. Podle výzkumu floridského Centra pro výzkum Alzheimerovy choroby kofein snižuje množství beta-amyloidových plaků v mozku. Doporučená je i konzumace čokolády s vysokým obsahem kakaa. Čokoláda snižuje vysoký krevní tlak, má protizánětlivé a protisrážlivé účinky, a především zlepšuje prokrvení mozku.

K prevenci Alzheimerovy choroby patří i pravidelné kontroly krevního tlaku. Vysoký krevní tlak je skrytou hrozbou a spouštěcím mechanismem Alzheimerovy choroby i vaskulární demence. Neléčený vysoký krevní tlak vyvolává ztráty paměti, zdvojnásobuje pravděpodobnost nástupu Alzheimerovy demence a šestkrát zvyšuje riziko vaskulární demence (Carperová, 2011, s. 17 – 100).

### **1.3.2 Farmakologická léčba**

Neurodegenerativní demence není možné léčit kauzálně, ale pouze symptomaticky. U symptomatické léčby Alzheimerovy choroby máme důkazy o činnosti dvou psychofarmak – inhibitory acetylcholinestázy a memantin – která zvyšují dostupnost acetylcholinu. Mírně zlepšují a zpomalují progresi onemocnění. Kromě kognice zlepšují i aktivity denního života a poruchy chování (Češková, 2013, s. 99).

Inhibitory acetylcholinestázy ovlivňují tvorbu beta-amyloidu. U nás, i ve většině zemí světa, jsou používány v současné době tři látky ze skupiny iAChE: Donepezil, Galantamin, Rivastigmin. Inhibitory AChE jsou indikovány především u lehkých a středně těžkých stádií Alzheimerovy choroby. Memantin je indikován u těžkých stádií. Dalším z nejužívanějších léků je extrakt ze stromu ginko biloba, především jeho purifikovaná forma EGb 761. Ginko biloba je velmi dobře snášena, podává se obvykle ve 2 – 3 dávkách, 120 – 240 mg denně, lze ji kombinovat s jinými léky (Ressner, 2008, s. 15 – 16).

V léčbě deprese u Alzheimerovy demence jsou farmaka první volby antidepresiva ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Jsou to látky, o kterých máme nejvíce informací při léčbě deprese v rámci Alzheimerovy choroby. Jedná se o citalopram (např. Citalec, Seropram), fluoxetin (Deprex, Floxet, Prozac), sertalin (Zoloft), u poruch chování spojených s agresivitou, agitovaností nebo poruchami vnímání a myšlení, užíváme antipsychotika nové generace, tzv. atypická neuroleptika. Z atypických neuroleptik byly vyzkoušeny zejména tiaprid (Tiapridal), olanzapin (Zyprexa) a risperidon (Risperdal, Rispen). Jsou užívána při agresivitě, neklidu, toulání, při bludech a halucinacích, poruchách spánku. Snažíme se vyhnout použití benzodiazepinů, u kterých může dojít ke zhoršení kognitivních funkcí Alzheimerovy demence. Například k Haloperidolu se uchylujeme jen u stavů masivního neklidu, kde byla jiná léčba neúčinná (Ressner, 2008, s. 16).

### **1.3.3 Nefarmakologická léčba**

Kromě léčby farmakologické, která spočívá především ve zpomalení vývoje onemocnění a v léčbě doprovázejících somatických chorob, máme pro pacienty i léčbu nefarmakologickou. Tato léčba je však přímo závislá na spolupráci klienta a případně i jeho blízkých a rodiny. Nefarmakologická léčba se zaměřuje především na trénink pacientova mozku. Řadíme sem různé druhy kognitivní rehabilitace a nácvikové terapie, reminiscenční terapie a terapii zaměřenou na pacientovu orientaci realitou. Kromě různých rehabilitačních postupů a aktivit pro klienty je důležitá i kvalitní ošetrovatelská péče zaměřená především na nutrici a hydrataci pacienta a na prevenci dekubitů. Do nefarmakologické léčby v neposlední řadě patří i péče o rodinné příslušníky a pečující osoby (Lužný, 2012, s. 43).

## **1.4 Metody ke zlepšení schopnosti ADL**

### **1.4.1 ADL**

Test ADL je mezinárodně nejužívanější test pro hodnocení soběstačnosti pacientů. Je také nazýván jako Barthelin index osobní nezávislosti. Autorkami jsou Dorothea W. Barthelová

a Florence I. Mahoney z USA. Test vznikl v roce 1965 v Marylandu (nemocnice Montebello State Hospital byla zařízením, kde Barthelová index poprvé hodnotila) původně pro hodnocení soběstačnosti pacientů s neuromuskulárním a myoskeletárním onemocněním. Pacienti byli hodnoceni v pravidelných intervalech, aby bylo možné posoudit vývoj jejich stavu v jednotlivých aktivitách. K používání testu byly instruovány sestry, které byly pak nápomocny při pravidelných hodnoceních.

V testu se jedná o strukturovaný dotazník pro hodnocení stupně závislosti testovaných osob. Test je běžně užíván v sociálních zařízeních, cílené rehabilitační diagnostice nebo při rozhodování o návrhu kompenzačních pomůcek. Pacient je posuzován v deseti základních oblastech běžného života: najedení, napití, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence moči a stolice, použití WC, chůze po rovině, chůze po schodech. Každá oblast je hodnocena buď 0, 5, 10 či 15 body. V součtu všech oblastí je 0 bodů považováno za úplnou závislost a 100 bodů naopak za plnou soběstačnost v denních aktivitách. Bodové hodnoty přiřazené k jednotlivým aktivitám jsou přímo úměrné času a pomoci jiné osoby. Hodnocení jednotlivých oblastí je vždy plně závislé na osobě, která test provádí. Zařízení, která test užívají, mohou modifikovat pohled na hodnocené oblasti. Dle Mahoneyové a Barthelové by měl být tímto testem hodnocen každý pacient před započatím léčby a následně v přesně stanovených intervalech mezi terapií. (Pokorná, 2013, s 86).

#### **1.4.2 Fyzioterapie a rehabilitace**

Při sestavování rehabilitačního plánu pro pacienta s Alzheimerovou demencí je nutná spolupráce lékařů, zdravotních sester, fyzioterapeutů, a především ošetřujícího personálu a rodinných příslušníků. Metodiky a rehabilitační postupy volí lékař a fyzioterapeut vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu pacienta. Fyzioterapeut se nejprve musí seznámit s dokumentací pacienta včetně testů kognitivních funkcí a ADL. Potom následuje vyšetření pacienta, aby rehabilitační pracovník zjistil, které funkce pohybového systému jsou poškozeny a které zachovány (Pfeiffer, 2007, s. 297 – 304).

K vhodným technikám patří verbální stimulace, kdy pacientovi dáváme jednoduché povely nebo opakujeme říkanky. Využíváme i přítomnosti blízké osoby, kdy současně dochází ke stimulaci známým hlasem s využitím emocí. Dále je vhodná stimulace pacienta s využitím pomůcek (např. ježci, míčky, masážní podložky, drobné kamínky apod.). Imobilního pacienta stimuluje sestra nebo fyzioterapeut změnou polohy trupu, šíje a končetin, která je provedena pasivně s využitím polohovacích pomůcek. Mobilizační techniky u pacienta ovlivňují funkční

změny na kloubech a měkkých tkáních. Fyzioterapeut u pacienta může využít pasivní cviky k protažení zkrácených svalů, šlach a fascií. Dále může využít aktivní cvičení s dopomocí k úpravě svalové dysbalance, protažení zkrácených svalů a posílení oslabených svalů. Mezi techniky může být zařazeno i cvičení proti odporu na posílení svalové síly vhodné k posilování oslabených svalových skupin. Při všech technikách je dobré pacienta slovně podporovat, být trpěliví. Jednotlivé úkoly vždy opakovat (Holmerová, 2007, s. 151 – 157).

### **1.4.3 Kognitivní rehabilitace a senzorická terapie**

Kognitivní rehabilitace se skládá z různých cvičení, která mají pacientovi pomoci zlepšit kognitivní neboli poznávací funkce (např. soustředění, pozornost, myšlení, paměť, ale i čtení, psaní apod.) Cílem takové rehabilitace je zlepšit jednotlivé činnosti a zabránit jejich zhoršení. Do kognitivní rehabilitace patří například doplňování slov, říkanek, spojování obrazců, pexeso, doplňování přísloví, křížovky apod. Cvičení paměti je vhodné i u zdravých seniorů jako prevence při občasných ztrátách paměti.

Senzorickou stimulaci řadíme mezi kognitivní rehabilitaci, jelikož má úzký vztah k paměti. Principem stimulace je ukládání informací do paměti zachycenou nejprve smyslovými orgány. Máme tedy zrakovou, sluchovou, čichovou, chuťovou a hmatovou paměť. K procesu stárnutí patří i snižování funkčnosti všech smyslových orgánů. Zhoršení je rychlejší v případě, že nedochází k pravidelné smyslové (senzorické) stimulaci. Hmatová stimulace je vhodná pro pacienty v počátečním nebo středním stádiu demence a je určena zejména pro ženy. Pacienti ohmatávají kousky různých látek. Čichová stimulace se hodí pro pacienty v jakémkoliv stádiu Alzheimerovy choroby, přestože čich bývá značně oslaben. K tomuto cvičení je potřeba sada různého koření. Čich je také možno stimulovat pomocí aromaterapie. Různé vůně mohou u pacientů vyvolat různé vzpomínky a mohou tak pomoci navodit dobrou náladu. Pro zrakovou stimulaci je potřeba sada barevných kartiček nebo geometrických tvarů. Úkolem pacientů je říci, co v místnosti má stejnou barvu nebo tvar (Holmerová, 2007, s. 172 – 173).

### **1.4.4 Reminiscenční terapie**

Jedná se o metodu využívající vzpomínek a jejich vybavování si prostřednictvím různých podnětů. Má příznivé účinky i pro zdravé seniory jako prevence a má i aktivizační význam. Je však významná pro pacienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti. Terapie může být individuální i skupinová. Cílem je zlepšení celkového stavu pacienta, a především je to pomoc a podpora rodinnému pečovateli. Při reminiscenční terapii pacienta nejprve čeká vstupní rozhovor, který by měl být individuální nebo v doprovodu rodinného příslušníka. Jeho cílem je

zjistit, zda má pacient rád společnost nebo spíše vyhledává samotu. Je nutné vědět, zda se bude rodinný příslušník podílet na terapii. Dále terapeut zjišťuje, jak pacient rozumí mluvené řeči a jak je schopen se vyjádřit. Od rodinného příslušníka nebo jiné pečující osoby terapeut zjišťuje další informace, které by mohly terapii ovlivnit (např. poruchy chování, deprese, prožité traumatické zážitky apod.) V neposlední řadě se zjišťuje sociální anamnéza včetně rodinných vztahů, dřívější zaměstnání a současný zdravotní stav pacienta.

Po této vstupní fázi probíhá vlastní terapie, která je skupinová nebo individuální. Individuální reminiscenční terapie je určena pacientům, kteří se straní společnosti. Jedná se o časově náročnou metodu; je dobré, aby u ní byl přítomen rodinný příslušník, který pak může v terapii dále pokračovat. Skupinová terapie je účelnější, zlepšuje komunikaci celé skupiny a pacienta více stimuluje. Pro terapii je vhodné zvolit příjemné prostředí, na pacienta nespěchat, umožnit mu pauzy, nechat doznít, co bylo řečeno, pacienta vždy respektovat. V reminiscenční terapii vždy záleží na kreativě terapeuta, většinou stačí fotografie, staré knihy a kalendáře. Někdy se volí i předměty domácí potřeby, na které byl pacient zvyklý (např. mlýnek na kávu, rám na vyšívání, nářadí, domácí potřeby apod.) Při kreativním zpracování vzpomínek se používá vyprávění, ale pacient má často problém se vyjádřit. Dále se používají drobné domácí nebo řemeslné činnosti jako třeba vaření, tanec nebo jiná pohybová aktivita. Malování a tvoření zátiší je pro mnoho pacientů snazší než verbální vyjádření (Holmerová, 2007, s. 181 – 188).

#### **1.4.5 Muzikoterapie**

Všeobecně je známo, že hudba léčí, což platí jak pro zdravého, tak i pro člověka postiženého Alzheimerovou chorobou. Využití muzikoterapie napomáhá k psychické pohodě klienta, posiluje sebevědomí, jelikož texty písní a melodie, které jsou pacientovi známé, zůstávají jako součást dlouhodobé paměti v povědomí nejdéle. Techniky muzikoterapie mohou být součástí celodenního programu pacienta (např. zpěv nebo poslech písní, hra na různé nástroje, hudební kvíz apod.) nebo mohou být zařazeny do určitého času, který by však neměl přesahovat 60 minut. Muzikoterapii rozdělujeme na aktivizační, kdy je klient aktivně zapojen a techniky k uvolnění a relaxaci, vyvolání vzpomínek a emocí, pacient je zapojen spíše jako posluchač (Pejřimovská, 2011, s. 15).

Při výběru aktivizačních technik je nutné mít na paměti, že člověk postižený Alzheimerovou demencí je limitován úbytkem paměti a nemusí danou činnost pochopit. Mezi aktivizační techniky řadíme rytmické cviky, které lze zařadit i do kondičního cvičení. Udržujeme stejný rytmus a prvky neměníme, aby si je pacienti osvojili. Například neměníme dvě tlesknutí za tři.

Klienty neopravujeme, necháme je volně se zapojit. Stereotypy napomáhají ke zklidnění klienta. Při použití rytmických nástrojů terapeut vede pacienty, aby udržovali jednoduchý rytmus. Využívají se nástroje jako je např. bubínek, dřívka, rolničky, triangel apod. Nejsnadněji zvládnutelné pro klienty je zpěv. Snadno se jim vybavují texty písní, které znají. U této aktivity se klienti spontánně zapojují. Muzikoterapie se současně zaměřuje i na paměť, kdy pacienti hledají píseň, která obsahuje určité slovo, nebo terapeut vytvoří hudební kvíz, kde se pacientů ptá na známé hudební autory a díla. Abychom posílili sebevědomí klientů, je dobré, když pracujeme ve skupině systémem, kdo ví, odpoví.

Relaxace a poslech hudby může být jako skupinová, tak i individuální činnost. Určitá hudba může u klienta vyvolat emoce, se kterými si pacient nemusí dokázat poradit, pro takové chvíle se hodí přítomnost někoho blízkého, podržení ruky nebo pohlazení. Pro uvolnění pacienta někdy stačí jen poslech relaxační hudby. Při této technice je nutné zvolit tiché a ničím nerušené prostředí. Tato relaxace by neměla přesáhnout 20 minut. Terapeut může přidat i jednoduché dechové cvičení. Poslech hudby může být pro pacienty s Alzheimerovou demencí náročný na soustředění. U pacientů dochází k uvolnění emocí jako je smutek, strach, pláč, ale i radost. Je tedy dobré zařadit na konec terapie rozhovor o tom, jaké emoce nebo vzpomínky v pacientovi poslech hudby vyvolává. Podle toho se pak i přizpůsobuje její výběr (Holmerová, 2007, s. 227 – 230).

#### **1.4.6 Pet-terapie**

Pet-terapie je léčba pomocí zvířecích mazlíčků. Zvířata mají pozitivní účinky na fyzický i psychický stav pacientů s Alzheimerovou demencí. Je prokázáno, že při hlazení zvířete dochází k poklesu krevního tlaku, srdeční činnost se zklidňuje a navozuje stav celkového uvolnění. Pro instituci má přítomnost zvířete velký význam. Prostor působí více domáckým dojmem a usnadňuje novým pacientům příchod do zařízení. Zvíře je především perfektní prostředek pro komunikaci, a to jednak mezi pacientem s demencí a zvířetem, ale i mezi pacienty navzájem. Ke všem lidem se chová stejně, ať už trpí demencí nebo ne. Zvířata mají velký význam také u pacientů v terminální fázi demence, kdy jsou již upoutáni na lůžko. Důležitým prvkem je i péče o zvíře, na které se může senior s demencí podílet pod dohledem personálu (např. krmení, česání apod.). Zvířata také snižují úzkost, depresi a poruchy spánku.

Léčebné programy se zvířaty je možno provádět dvěma způsoby. Jednak chováním zvířat přímo v zařízení nebo pravidelným docházením dobrovolníků – chovatelů zvířat. Tyto návštěvy provádí např. Česká canisterapeutická společnost. Lepší je, pokud mohou být zvířata chována



přímo v zařízení. Terapie tak může být prováděna častěji a využívat více druhů zvířat. Vhodné je, když je zvíře již dospělé a víme, jakou má povahu. Pro staré lidi je nejlepší klidné a trpělivé zvíře, které se rádo mazlí (např. kočka, králík, morče, křeček). Dalšími vhodnými zvířaty jsou želva, z opeřenců andulka a kanárek nebo akvariální rybičky. Zvíře by po příchodu do zařízení mělo mít určité hygienické návyky, mělo by být vyšetřeno veterinářem a řádně očkováno (Holmerová, 2007, s. 231 – 232).

#### **1.4.7 Ergoterapie**

Ergoterapie tvoří nedílnou součást péče o pacienta s Alzheimerovou demencí. Zahrnuje především posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem. Pod ergoterapii můžeme zařadit i arteterapii (např. malování, kreslení, keramiku apod.). V našem zdravotnickém systému není práce ergoterapeuta ještě zcela rozšířená a povědomí o pracovní náplni tohoto oboru je poměrně nízké. Ergoterapie je oficiálně disciplínou, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, kteří jsou fyzicky nebo psychicky postiženi nebo trpí postižením intelektu omezující jejich soběstačnost. Jako terapeutický prostředek využívá ergoterapeut postupy a činnosti, které pomáhají k obnově postižených funkcí. Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti klientů, aktivní začlenění do společnosti a zvýšení kvality života (Česká asociace ergoterapeutů).

Ergoterapeut provede u pacienta ergoterapeutické vyšetření a na jeho základě pak stanovuje krátkodobý a dlouhodobý terapeutický plán v návaznosti na rehabilitační program. V rámci terapie pak provádí praktické činnosti a postupy podle zjištěného postižení. Dále ergoterapeut provádí nácvik každodenních činností – soběstačnost v nemocničním a domácím prostředí, nácvik komunikačních schopností apod. Ergoterapeut také poskytuje kompenzační pomůcky a učí pacienty, popř. rodinné příslušníky je používat. Poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí (Holmerová, 2007, s. 142).

#### **1.4.8 Bazální stimulace**

Koncept bazální stimulace vyvinul v 70. letech německý specialista pedagog profesor Andreas Fröhlich. Základní myšlenkou této metody je holistický přístup k těžce nemocným pomocí podnětů somatických, vibračních, vestibulárních, smyslových, komunikačních a sociálně emocionálních. Bazální stimulaci je možné využít v jakémkoliv stádiu demence, zejména však ve stádiu pokročilé demence a ve fázi terminální. Koncept zahrnuje úzkou spolupráci rodiny a ošetřujícího personálu. Na pacienta je pohlíženo jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií, se svou individualitou. Cílem stimulace je umožnění a podpora vnímání tak,

aby u pacienta podpořila jeho vlastní identitu, komunikaci s okolím a zlepšila orientaci v místě a čase a celkové zlepšila funkce organismu (Friedlová, 2007, s. 13).

V bazální stimulaci je jedním z úkolů ošetrovatelského personálu pochopení potřeb pacienta a porozumění jeho způsobu komunikace. Pacient je vždy na prvním místě a pečující osoba se snaží zajistit jeho potřeby, zvyklosti a rituály.

Základním prvkem v bazální stimulaci je dotek, který pacientům poskytuje vjem z vnějšího prostředí. Pomocí doteků může pečující personál pacienta stimulovat. Stimulace je velmi důležitá, především pro pacienty s Alzheimerovou demencí v terminálním stádiu, kdy pacienti nejsou schopni aktivně měnit polohu svého těla a mají sníženou hranici vnímání. U těchto pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžko, chybí stimuly, a tudíž chybí i informace o vlastním těle. Dotek může být využit při péči ke komunikaci s pacientem, který už není schopen komunikovat verbálně. Odborným pojmem je to označováno jako haptika. Zásadní význam haptické komunikace má rituál iniciálního doteku. Jedná se o dotek, který zahajuje každou komunikaci s nemocným. V běžném životě nám pro tyto účely slouží podání ruky, u pacienta je nutné najít místo, kterým mu dáme najevo, že právě teď bude středem našeho zájmu. Využit můžeme například ruku, paži nebo rameno. Tento dotek pak musí být respektovaný všemi členy ošetrovatelského týmu při každé manipulaci. Rodinní příslušníci mohou mít iniciální dotek jiný, mnohem příjemnější pro pacienta, např. pohlazení nebo polibek. Iniciální dotek musí být podpořen verbálně a musí taky zakončovat každou činnost nebo návštěvu blízkých (Holmerová, 2007, s. 249 – 261).

Základem pro poskytování bazální stimulace je podrobná biografická anamnéza pacienta, což znamená více osobních informací o pacientovi a o jeho denních aktivitách. V anamnéze personál zjišťuje například, zda je pacient pravák, či levák, jaké má návyky v souvislosti s hygienou, jaké má pacient rituály před usnutím, kdy ráno vstává, jaká jsou jeho oblíbená jídla, jaké má rád filmy, muziku, co poslouchá v rádiu apod. Čím více podrobností, tím více individuální může být ošetrovatelská péče. Pokud pacient nemůže tyto informace tyto informace sdělit, je nezbytná úzká spolupráce s rodinou. Jednotlivé prvky bazální stimulace lze pak integrovat do běžné ošetrovatelské péče (Holmerová, 2007, s. 259).

#### **1.4.9 Paliativní péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou**

Alzheimerova choroba je terminální onemocnění, na to je potřeba klást důraz při péči o pacienty a v přístupu k rodinným příslušníkům. Smrt je u Alzheimerovy demence způsobena jiným přidruženým onemocněním. Často to bývá bronchopneumonie, septický stav, srdeční selhání

nebo cévní mozková příhoda. Demence postupně progreduje do terminálního stádia, kdy je pacient zcela odkázán na péči druhých. S pacientem je komunikace obtížná, minimální až vymizelá. Tuto skutečnost snášejí rodinní pečující nejhůře. Je tu sice přítomna lidská bytost jejich blízkého, jedná se však už o někoho jiného, s kým se rodina nedokáže domluvit. V této fázi už se rodina se svým blízkým loučí, i když je ještě naživu (long farewell). Terminální stádium Alzheimerovy choroby je velice náročné na péči, není již tak nutný dohled, nehrozí útěk pacienta ani jiné nežádoucí aktivity. Dochází k určitému zklidnění stavu. U pacientů je důležité sledovat a hodnotit bolest a další obtíže, které pacient není schopen vyjádřit. Komunikace s pacientem postrádá jakoukoliv odezvu. Součástí paliativní péče je i psychická podpora rodiny, v této fázi se jedná o truchlící rodinu, která svého blízkého ztrácí (Holmerová, 2007, s. 236 – 237).

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 Cíle výzkumu**

Praktická část je zaměřená na zjišťování nejčastěji využívaných metod, vedoucích k celkovému zlepšení pacienta v běžných denních činnostech (ADL) v domovech se zvláštním režimem v Pardubickém kraji ČR. Dalším cílem bylo zjistit, zda zařízení využívají některé z alternativních metod ke zlepšení schopnosti ADL a kterou z metod tradičních nebo alternativních hodnotí personál jako neúčinnější ve zlepšování schopnosti ADL.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou nejvíce využívané metody ke zlepšení schopnosti ADL ve vybraných domovech se zvláštním režimem?
2. O které z metod projevují senioři s Alzheimerovou demencí největší zájem?
3. Využívá nelékařský zdravotnický personál při péči a provádění jednotlivých metod u seniorů s Alzheimerovou demencí spolupráci rodiny?
4. Kterou z metod hodnotí personál jako nejefektivnější pro zlepšení klienta v každodenních sebeobslužných činnostech?
5. Která z využívaných metod má podle nelékařského zdravotnického personálu největší vliv na zmírnění progresu onemocnění?
6. Které metody lze u pacientů nejlépe využít v terminálním stádiu Alzheimerovy choroby?

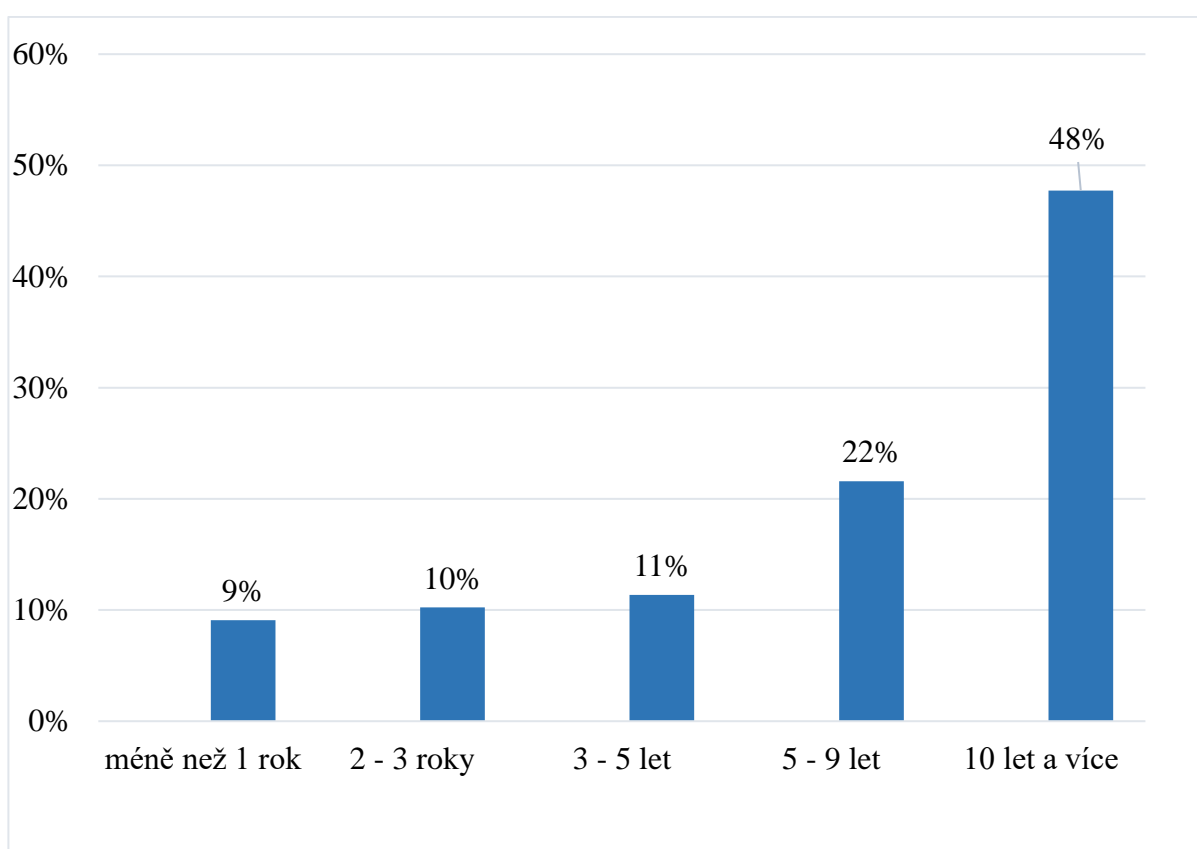
### **2.3 Metodika výzkumu**

Práce je teoreticko-výzkumná, v práci byl zvolen kvantitativní výzkum. Sběr dat byl prováděn metodou anonymního dotazníkového šetření formou nestandardizovaného dotazníku obsahujícího otevřené, uzavřené i polootevřené otázky, prováděného v domovech se zvláštním režimem v Pardubickém kraji ČR. Nestandardizovaný dotazník (viz příloha č.1) byl sestaven na základě stanovených praktických cílů práce. Dotazníky byly distribuovány do čtyř domovů se zvláštním režimem v Pardubickém kraji. Do každého domova bylo dáno 30 dotazníků. Hlavním kritériem pro výběr respondentů byla ochota k vyplnění dotazníku, dalším kritériem bylo pracovní zařazení na pozici nelékařského zdravotnického personálu. Návratnost dotazníků byla okolo 70 %. Celkový počet respondentů tedy činí 88. K analýze získaných dat byl využit program MS Office Excel 2016 a následně byly výsledky zpracovány do jednotlivých grafů. Výsledky výzkumného šetření jsou interpretovány pomocí grafů a jsou doplněny komentářem.

## 2.4 Interpretace získaných údajů

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 88 respondentů nelékařského zdravotnického personálu, z toho 85 žen (97 %) a 3 muži (3 %). Na otázku číslo 2 v dotazníku uvedl největší počet respondentů (42 respondentů, téměř 50 %), že pracuje v domově deset a více let. Dalších 19 respondentů (22 %) uvedlo, že v domově pracuje 5 – 9 let. 10 respondentů (11 %) uvedlo délku práce 3 – 5 let, pak následuje skupina 9 respondentů (10 %) pracujících v domově 2 – 3 roky. Nejméně respondentů (8 respondentů, 9 %) uvedlo, že v domově pracuje méně než jeden rok.

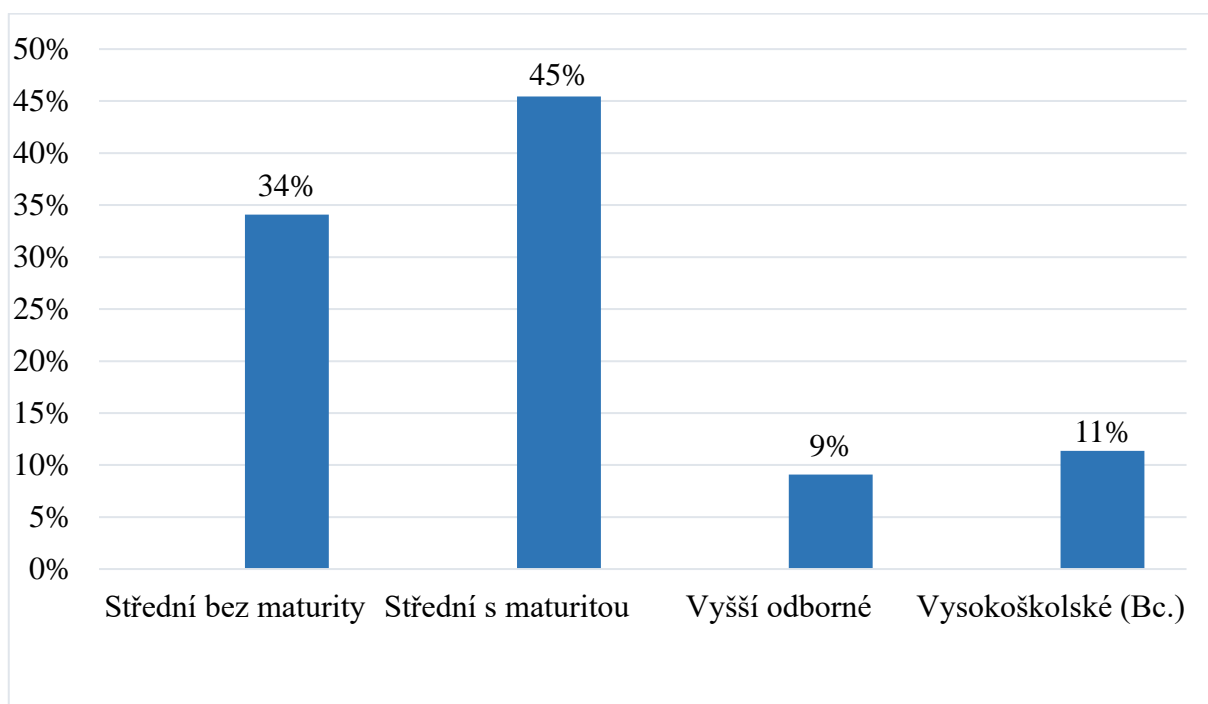
**Graf č. 1 Délka praxe respondentů v domově se zvláštním režimem**



(Zdroj: autor)

V mém výzkumném šetření téměř polovina respondentů uvedla, že v domově se zvláštním režimem pracuje deset a více let ( $n = 42$  respondentů,  $r = 48$  %). Téměř třetina respondentů uvedla, že v domově pracuje pět až devět let ( $n = 19$  respondentů,  $r = 22$  %). Dále respondenti uváděli s obdobnou četností tři až pět let ( $n = 10$  respondentů,  $r = 11$  %) a dva až tři roky ( $n = 9$  respondentů,  $r = 10$  %). Nejméně respondentů uvedlo méně než jeden rok ( $n = 8$  respondentů,  $r = 9$  %).

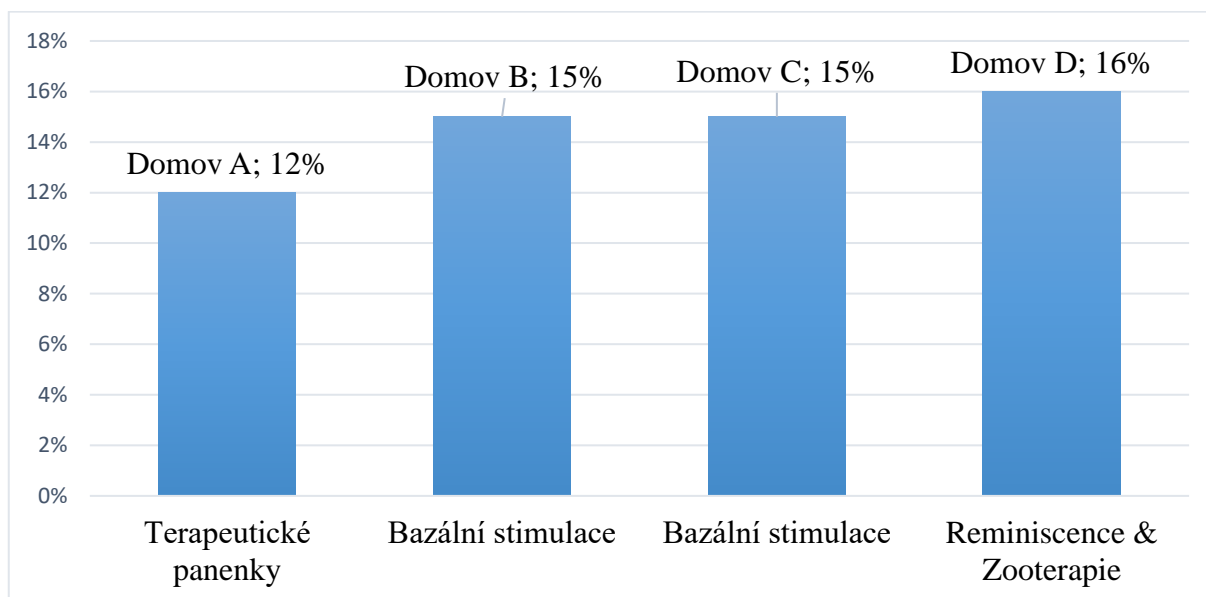
**Graf č. 2 Dosažené vzdělání respondentů**



*(Zdroj: autor)*

Otázka číslo 3 je v dotazníku zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Zde 40 respondentů (45 %) uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je střední s maturitou. Druhou největší skupinu tvoří skupina 30 respondentů (34 %) se středním vzděláním bez maturity. Vysokoškolské bakalářské vzdělání uvedlo pouze 10 respondentů (11 %). Nejméně respondentů uvedlo vzdělání vyšší odborné, celkem 8 respondentů (9 %).

**Graf č. 3 Nejčastěji využívané metody ke zlepšení ADL v jednotlivých domovech**

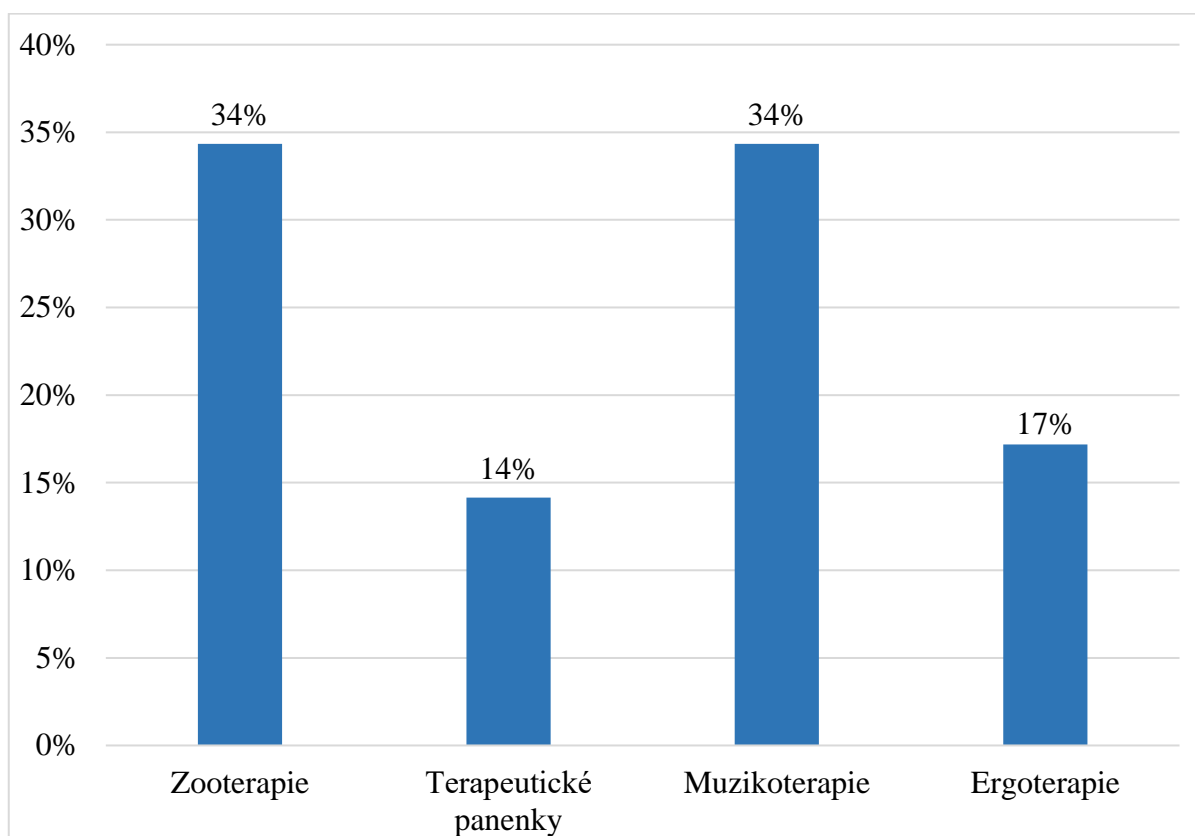


(Zdroj: autor)

Na první výzkumnou otázku je zaměřený graf č. 3, který ukazuje nejvíce využívané metody ke zlepšení ADL v jednotlivých domovech se zvláštním režimem. Každý z jednotlivých čtyř domovů je zástupně označen velkým písmenem A, B, C, D.

Z grafu jednoznačně vyplývá, že modus, tedy nejvíce využívaná metoda je bazální stimulace, kterou uvedli všichni respondenti z domova se zvláštním režimem B i C, ( $n = 48$  respondentů,  $r = 53$  %). V domově D všichni respondenti nejčastěji uvedli jak reminiscenční terapii, tak i zooterapii ( $n = 22$ ,  $r = 26$  %). V domově A nejvíce respondentů uvedlo, že při péči nejvíce využívá terapeutické panenky ( $n = 18$ ,  $r = 21$  %).

**Graf č. 4 Aktivita s největším zájmem klientů**



*(Zdroj: autor)*

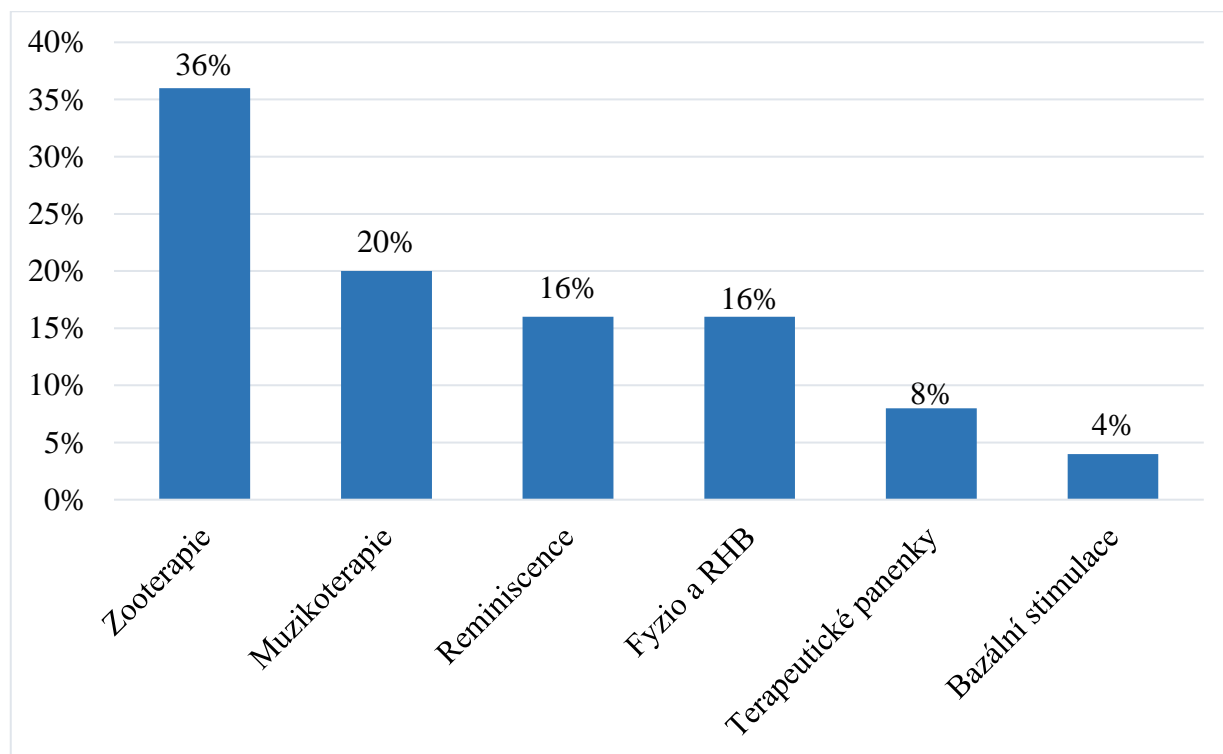
Získaná data z dotazníkové otázky č. 6 naznačují, že se nejčastěji využívané metody částečně liší od těch, které nejvíce preferují klienti s Alzheimerovou demencí. V dotazníku se jedná o otázku otevřenou, kde mohli respondenti uvést více aktivit současně.

Podle respondentů ve vybraných domovech patří mezi nejvíce preferované aktivity mezi klienty zooterapie ( $n = 34$ ,  $r = 34\%$ ) a muzikoterapie ( $n = 34$ ,  $r = 34\%$ ). Obě dvě tyto aktivity byly po sečtení odpovědí ze všech domovů se zvláštním režimem uvedeny ve stejném počtu. Druhou nejvíce preferovanou aktivitou mezi klienty je podle personálu ergoterapie ( $n = 17$ ,  $r = 17\%$ ). Třetí nejčastěji uvedenou aktivitou, kterou respondenti rádi vyhledávají je využití terapeutických panenek ( $n = 14$ ,  $r = 14\%$ ). Bazální stimulace, která byla v předchozím grafu vyhodnocena jako jedna z nejvíce využívaných metod, byla respondenty uvedena mezi oblíbenými metodami pouze minimálně. Může to však být ovlivněno tím, že bazální stimulace má největšího využití v posledním stádiu onemocnění, kdy už lze jen těžko posoudit, které činnosti navozují u pacienta s Alzheimerovou chorobou příjemné pocity.



V následujících grafech se můžeme podívat na výsledky jednotlivých domovů na dotazníkovou otázku číslo 6, o kterou z aktivit projevují senioři s Alzheimerovou demencí největší zájem. Na výsledcích je zajímavé si povšimnout, že bazální stimulace, která byla respondenty uvedena jako nejvíce využívaná metoda se v oblíbenosti u klientů umísťovala na posledních místech, v domově D nebyla vůbec uvedena. Jedná se samozřejmě o velmi subjektivní hodnocení personálu, vycházející pouze z pozorování a práce s klienty.

**Graf č. 5 Domov A, Aktivity s největším zájmem klientů**

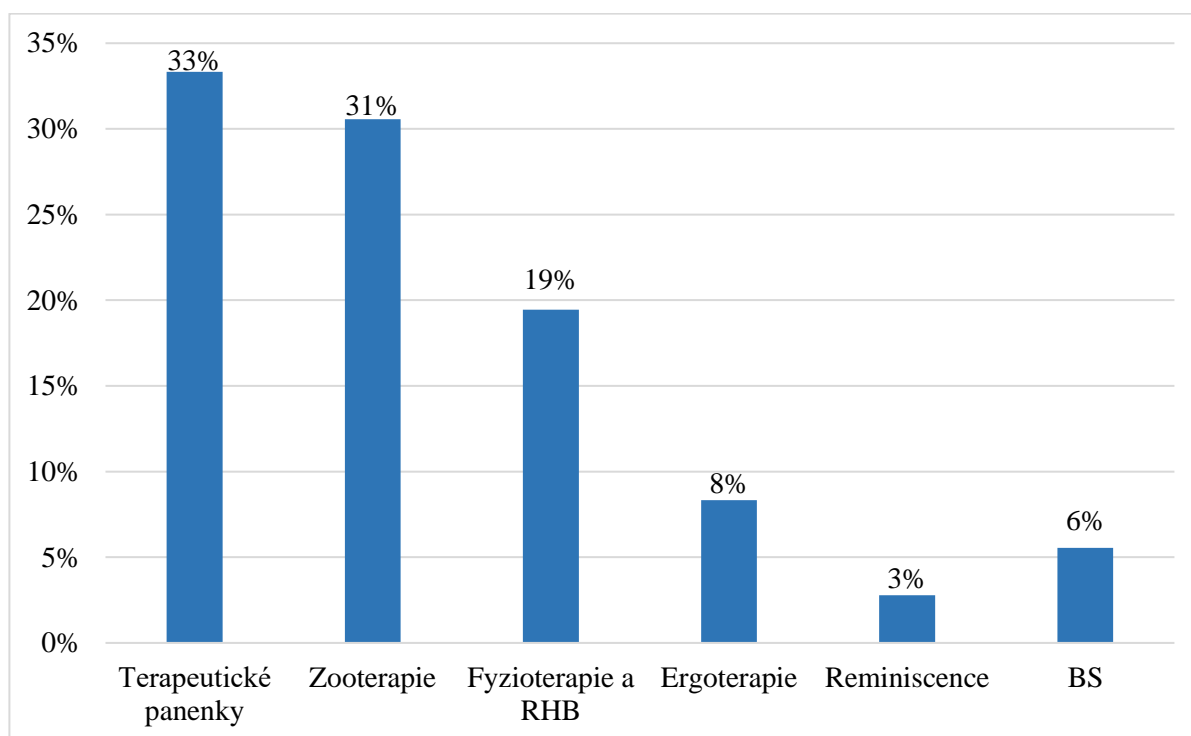


(Zdroj: autor)

V domově A byla nejčastější odpověď terapie se zvířaty, a to celkem 9krát (36 %), v pěti případech uvedli respondenti muzikoterapii jako druhou nejoblíbenější u klientů (20 %). Se stejným počtem byla uvedena Reminiscence a Fyzioterapie. Terapeutické panenky se v odpovědích respondentů objevily pouze dvakrát (8 %) a jen jeden respondent uvedl bazální stimulaci (4 %).

Pokud tyto výsledky porovnáme s výsledky grafu č. 3, tedy s metodami, které využívá zařízení A nejčastěji, tak zjistíme, že terapeutické panenky, které jsou používány nejčastěji, nepatří podle odpovědí respondentů mezi nejoblíbenější činnosti klientů.

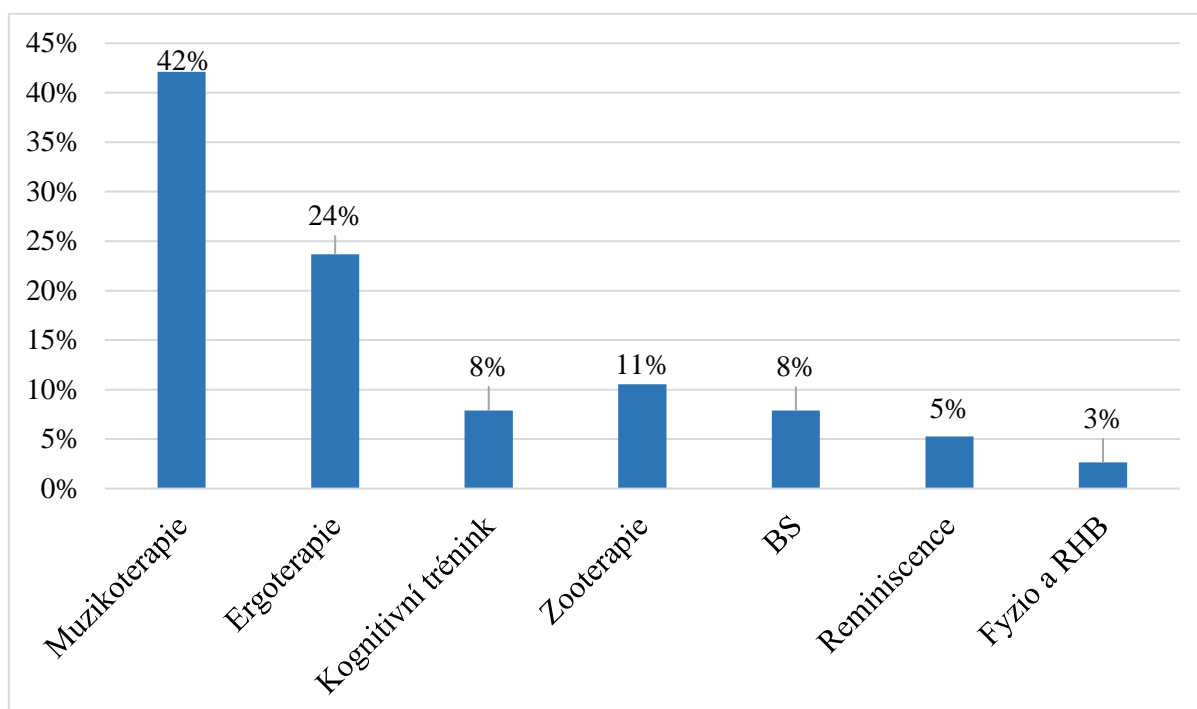
**Graf č. 6 Domov B, Aktivity s největším zájmem klientů**



*(Zdroj: autor)*

Domov B má jako nejoblíbenější aktivitu terapeutické panenky ( $n = 12$ ,  $r = 33\%$ ), druhou nejoblíbenější metodu představuje terapie s domácími mazlíčky ( $n = 11$ ,  $r = 31\%$ ). Třetí nejoblíbenější metodou podle odpovědí respondentů je fyzioterapie a rehabilitace ( $n = 7$ ,  $r = 19\%$ ). Podle výsledků z dotazníkového šetření využívá domov B nejčastěji bazální stimulaci ke zlepšení ADL, která však v oblíbenosti u klientů byla uvedena pouze ve dvou případech ( $r = 6\%$ ).

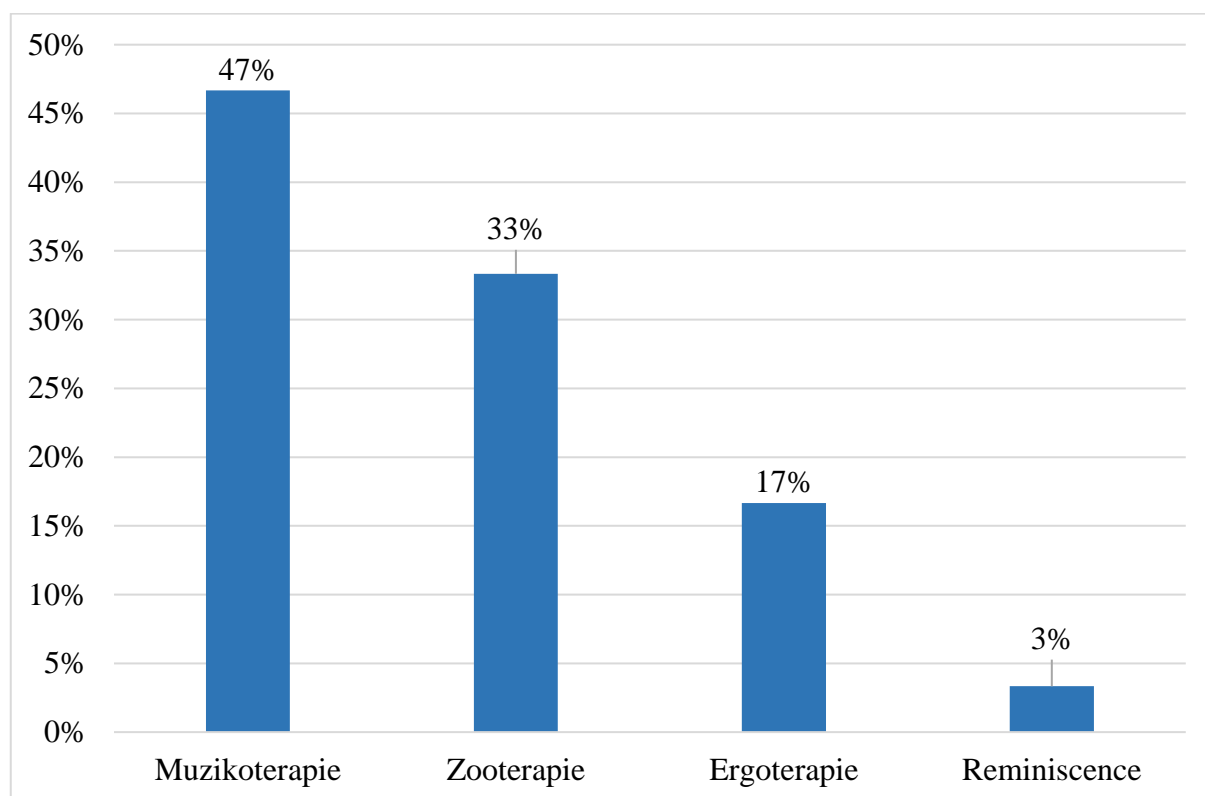
**Graf č. 7 Domov C, Aktivity s největším zájmem klientů**



*(Zdroj: autor)*

V domově C respondenti uvedli, že nejvíce oblíbená aktivita mezi seniory je muzikoterapie ( $n = 16$ ,  $r = 42\%$ ). Druhou nejčastěji uvedenou aktivitou byla ergoterapie ( $n = 9$ ,  $24\%$ ). Další aktivitou, kterou respondenti uvedli jako třetí nejoblíbenější mezi seniory, byla zooterapie ( $n = 4$ ,  $r = 11\%$ ). Domov C má stejně jako předchozí domov B uvedený za nejpoužívanější metodu ke zlepšení ADL bazální stimulaci, která byla v dotazníku v otázce číslo 6 uvedena však pouze ve třech případech ( $8\%$ ).

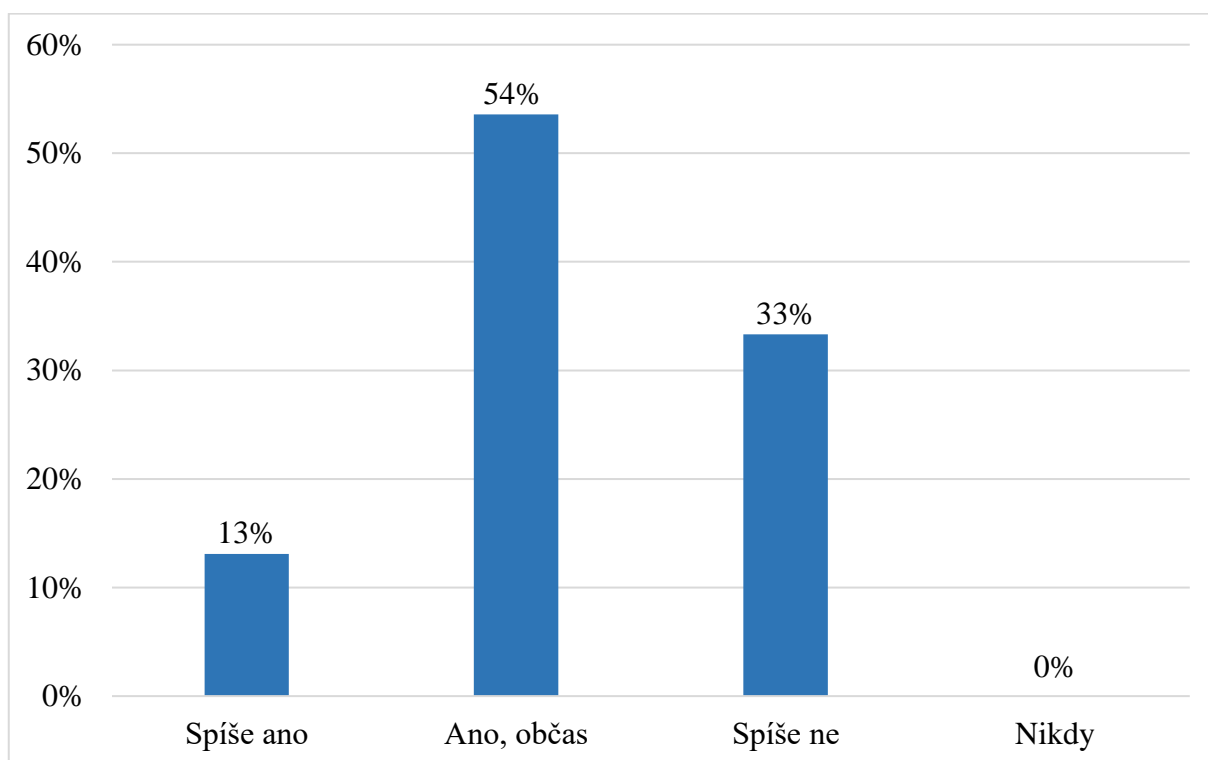
**Graf č. 8 Domov D, Aktivity s největším zájmem klientů**



*(Zdroj: autor)*

V domově se zvláštním režimem D uvedli respondenti, že nejvíce oblíbená aktivita mezi klienty je muzikoterapie ( $n = 14$ ,  $r = 47\%$ ). Druhou nejčastěji uvedenou aktivitou respondenty vzhledem oblíbenosti mezi klienty byla zooterapie ( $n = 10$ ,  $r = 33\%$ ). Třetí nejčastěji uvedenou aktivitou respondenty byla ergoterapie ( $n = 5$ ,  $r = 17\%$ ).

**Graf č. 9 Podíl rodinných příslušníků na péči o klienty**

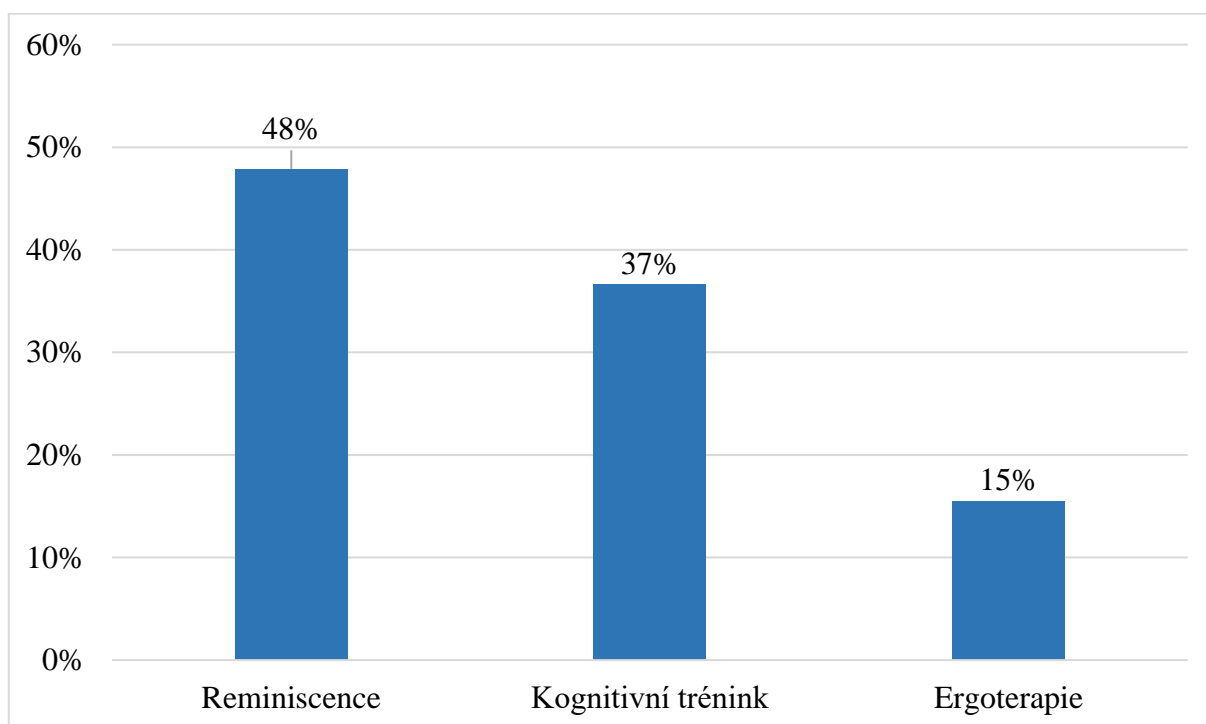


*(Zdroj: autor)*

Graf znázorňuje třetí výzkumnou otázku, zjišťující, zda nelékařský zdravotnický personál využívá při péči a provádění jednotlivých metod u seniorů s Alzheimerovou demencí spolupráci rodiny.

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že zhruba polovina respondentů ( $n = 45$ ,  $r = 54\%$ ) uvedla, že spolupráci rodiny využívají občas. Téměř jedna třetina respondentů ( $n = 28$ ,  $r = 33\%$ ) však uvedla, že spolupráci rodiny spíše nevyužívají, a jako důvod připisovali do dotazníků nezájem rodinných příslušníků podílet se na péči. Pouze 13 % respondentů ( $n = 11$ ) uvedlo, že se rodina na péči téměř vždy podílí. Žádný z respondentů neuvedl nabízenou možnost odpovědi, že se rodina nikdy nepodílí na péči.

**Graf č. 10 Nejefektivnější aktivita na podporu paměti a orientace**



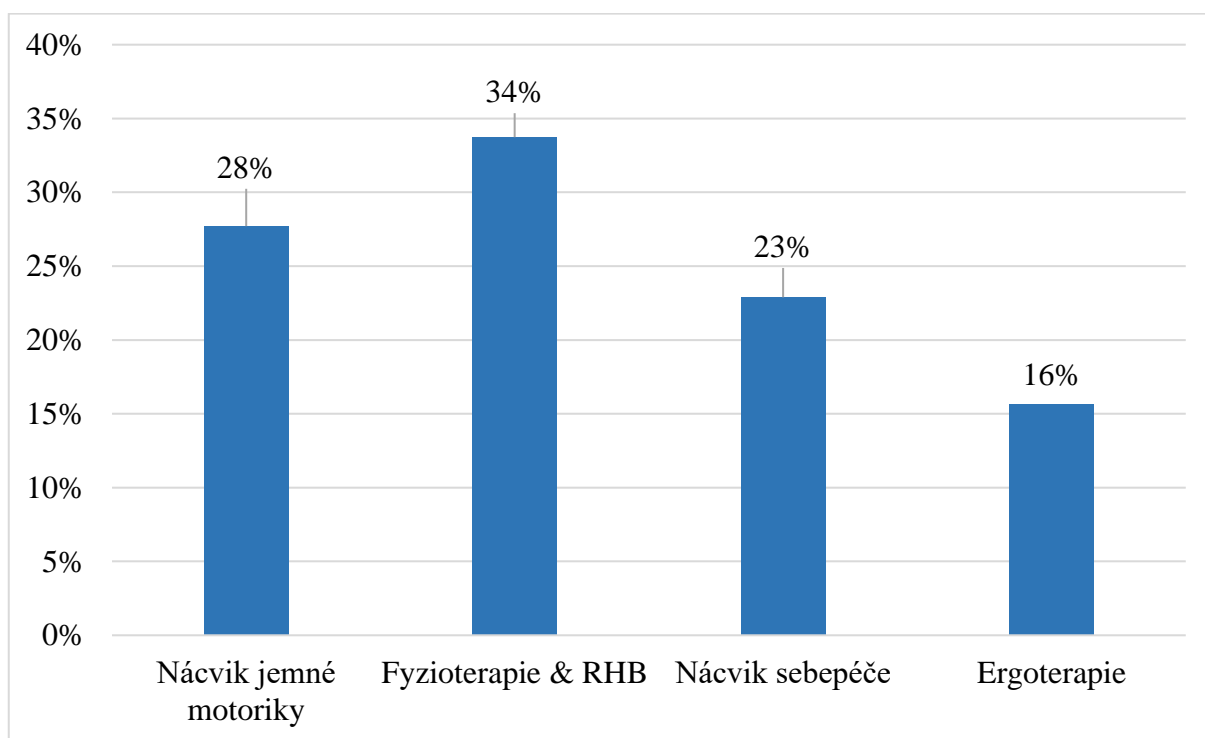
*(Zdroj: autor)*

Na vyhodnocení, kterou z metod považují respondenti pro seniory s Alzheimerovou demencí za nejefektivnější, je zaměřeno v dotazníku několik otázek a rozdělují tak metody do jednotlivých okruhů. Graf je zaměřen na metody, které u seniorů s Alzheimerovou demencí nejvíce podporují jejich paměť a orientaci. Otázka zaměřující se na aktivity podporující paměť a orientaci je v dotazníku otevřená, respondenti tedy mohli uvést více aktivit.

Nejčastěji byla respondenty uvedena reminiscenční terapie ( $n = 34$ ,  $r = 48\%$ ). Druhou nejčastěji uvedenou aktivitou byl kognitivní trénink ( $n = 26$ ,  $r = 37\%$ ) a třetí nejvíce uváděnou metodou byla ergoterapie ( $n = 11$ ,  $r = 15\%$ ).

Na kognitivní trénink se v dotazníku zaměřuje i otázka číslo 9, kde měli respondenti uvést konkrétní aktivity, které v domově využívají na podporu paměti u seniorů. Respondenti nejčastěji uváděli fotografie, obrázkové sudoku, kartičky s obrázky nebo například kreslení hodin. Také v dotazníkové otázce číslo 7, která je zaměřená na využívání speciálních metod, byl nejčastější odpovědí paměťový kufřík, který patří jak do kognitivní, tak reminiscenční terapie.

**Graf č. 11 Nejefektivnější aktivity pro nácvik každodenních činností**

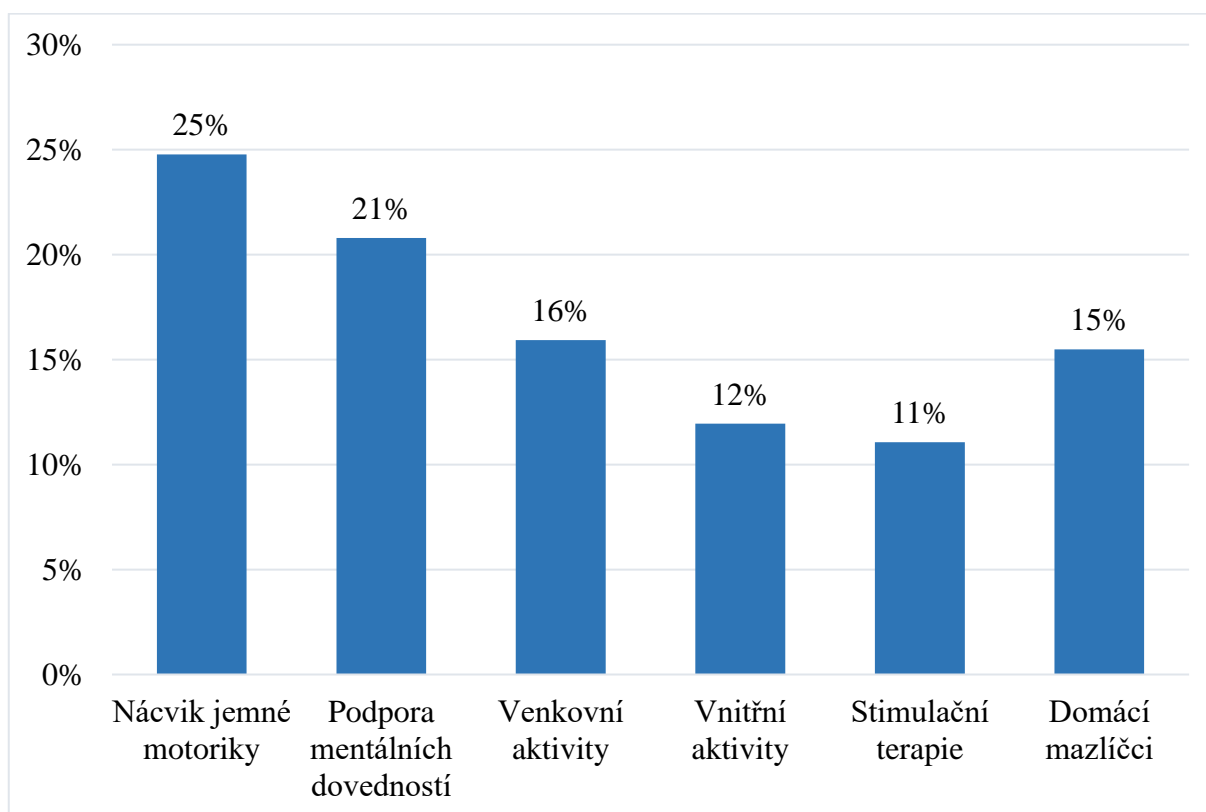


*(Zdroj: autor)*

Na nejefektivnější aktivity pro nácvik každodenních činností se v dotazníku zaměřuje otázka číslo 15, která je opět otevřená, a respondenti tak mohli vypsát více aktivit, které podle nich jsou pro pacienty s Alzheimerovou demencí nejlepší pro nácvik každodenních činností. Graf zobrazuje celkové výsledky sečtené ze čtyř vybraných domovů se zvláštním režimem.

Nejčastější odpovědí byla fyzioterapie a rehabilitace ( $n = 28$ ,  $r = 34\%$ ), druhá nejčastěji uvedená aktivita byla nácvik jemné motoriky ( $n = 23$ ,  $r = 28\%$ ), dále pak nácvik sebeděče ( $n = 19$ ,  $r = 23\%$ ). Dále byla uvedena ergoterapie ( $n = 13$ ,  $r = 15\%$ ).

**Graf č. 12** Aktivity na zmírnění progresu onemocnění



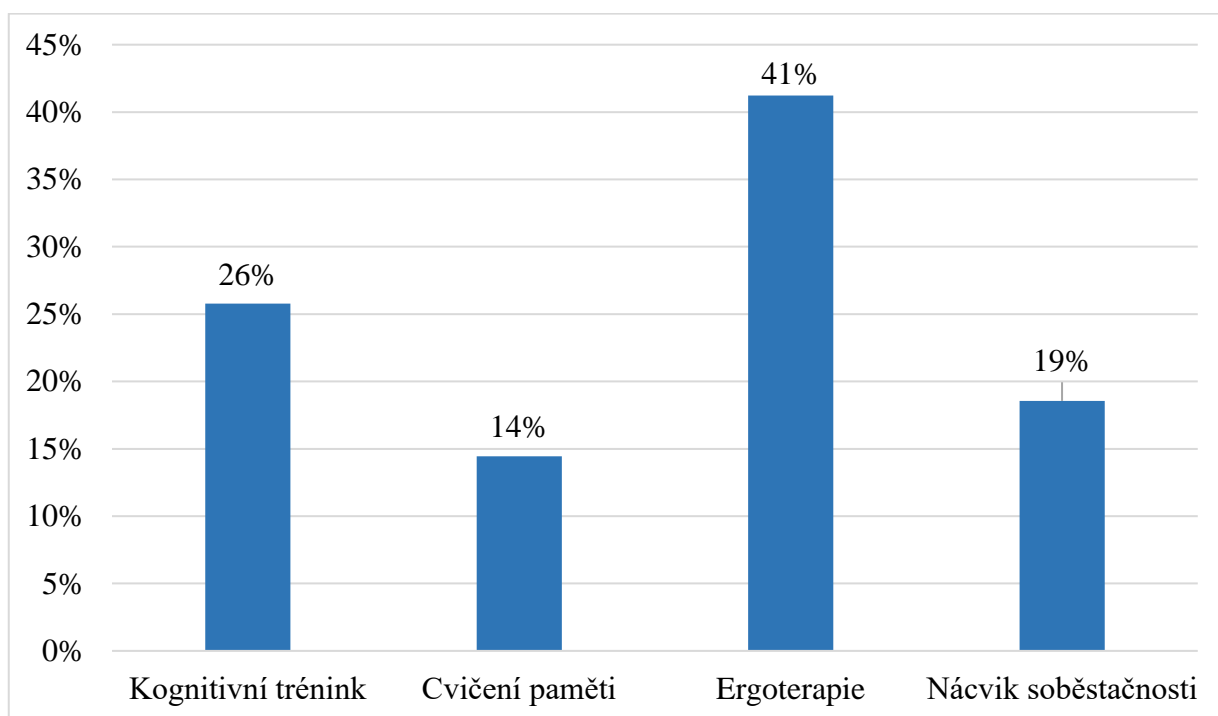
*(Zdroj: autor)*

Dotazníková otázka číslo 18 se zaměřuje na aktivity, které mají vliv na zmírnění progresu onemocnění. U otázky není specifikované, zda mají respondenti vybírat pouze jednu možnost nebo mohou vybrat více odpovědí. Většina respondentů zakroužkovala více odpovědí.

Odpověď s největší četností byla nácvik jemné motoriky ( $n = 56$ ,  $r = 25\%$ ), která je současně respondenty uvedena jako jedna z nejefektivnějších aktivit na podporu sebepečce u klientů vybraných domovů se zvláštním režimem. Dále respondenti nejvíce uváděli podporu mentálních dovedností ( $n = 47$ ,  $r = 21\%$ ) a na dalším místě venkovní aktivity ( $n = 36$ ,  $r = 16\%$ ). Využití domácích mazlíčků je uvedeno s četností  $n = 35$  ( $r = 15\%$ ). Dle respondentů patří tato aktivita u klientů vybraných domovů k těm nejvíce preferovaným.



**Graf č. 13** Aktivity, které lze provádět v prvním stádiu onemocnění

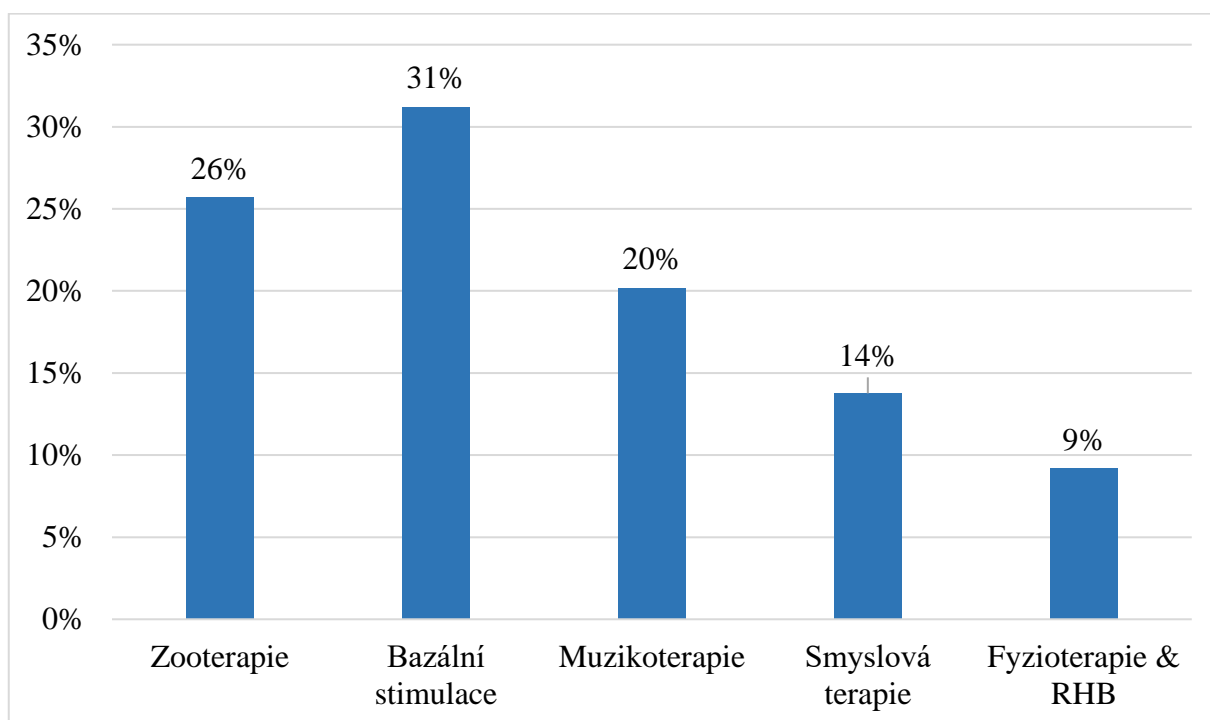


*(Zdroj: autor)*

Aktivitám, které se dají ideálně s klienty provádět v prvním stádiu onemocnění, se věnuje v dotazníku otázka číslo 20, která je otevřená. Respondenti v ní mohli uvést více aktivit, které jsou pro první stádium Alzheimerovy choroby podle nich vhodné.

Graf uvádí právě tyto nejčastěji uváděné aktivity. Nejčtenější odpověď byla ergoterapie ( $n = 40$ ,  $r = 41\%$ ). Dále pak kognitivní trénink ( $n = 25$ ,  $r = 26\%$ ), nácvik soběstačnosti ( $n = 18$ ,  $r = 19\%$ ) a cvičení paměti ( $n = 14$ ,  $r = 14\%$ ).

**Graf č. 14** Aktivity, které lze využít po celou dobu onemocnění

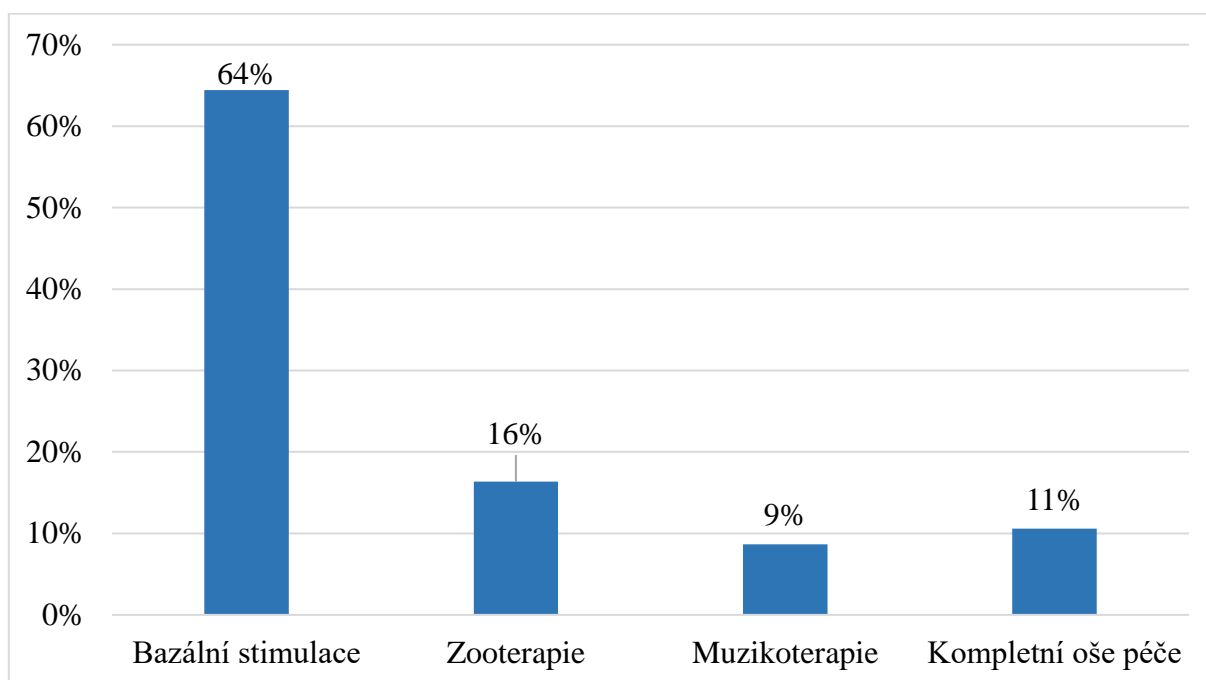


*(Zdroj: autor)*

Graf číslo 14 se zaměřuje na aktivity, které lze podle respondentů ve vybraných čtyřech domovech využívat u klientů po celou dobu onemocnění. Jedná se o otázku číslo 20 v dotazníku, která je opět otevřená, a respondenti zde mohli vypsát více metod, které je podle nich možné provádět ve třech stádiích Alzheimerova onemocnění. V grafu jsou zobrazeny nejčastější odpovědi sečtené ze čtyř vybraných domovů.

Respondenti nejvíce uváděli bazální stimulaci jako metodu vhodnou u všech stádií choroby ( $n = 34$ ,  $r = 31\%$ ). Dále pak byla nejčastěji uvedená zooterapie ( $n = 28$ ,  $r = 26\%$ ). Dalšími metodami byly muzikoterapie ( $n = 22$ ,  $r = 20\%$ ), smyslová terapie ( $n = 15$ ,  $r = 14\%$ ) a fyzioterapie s rehabilitací ( $n = 10$ ,  $r = 9\%$ ). Minimální počet respondentů uvedl reminiscenční terapii, nácvik jemné motoriky, ergoterapii, terapeutické panenky nebo kognitivní trénink.

**Graf č. 15 Nejvhodnější aktivity pro klienty v posledním stádiu onemocnění**

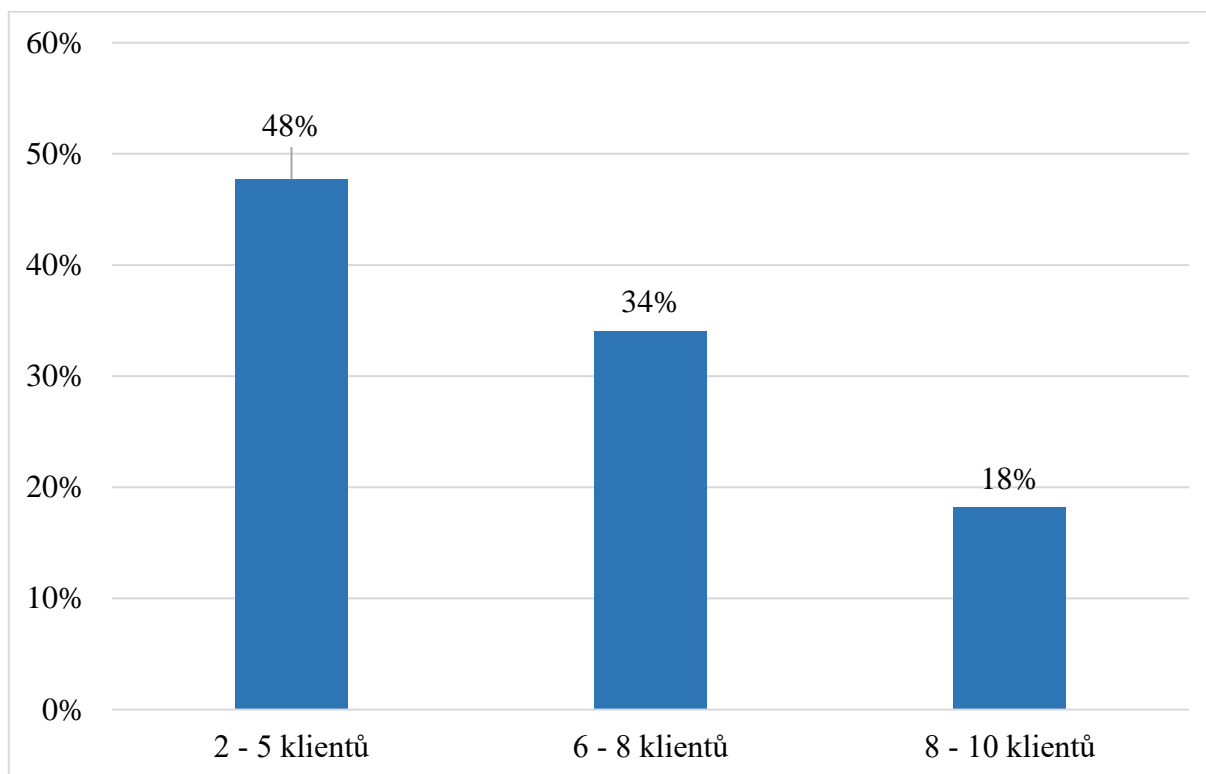


*(Zdroj: autor)*

Graf číslo 15 zobrazuje nejčastější odpovědi respondentů ze čtyř vybraných domovů se zvláštním režimem na dotazníkovou otázku číslo 20. Otázka se zaměřuje na aktivity, které personál nejvíce preferuje v posledním stádiu Alzheimerovy choroby. Otázka je otevřená a respondenti zde mohli vypsát více aktivit, které jsou podle nich v terminálním stádiu choroby nejvhodnější.

Nejčastější odpovědí byla bazální stimulace, kterou uvedlo celkem 67 respondentů ( $r = 64\%$ ). Odpovědi respondentů se zde shodují s nejčastěji využívanými metodami v zařízeních, kde byla respondenty také nejčastěji uvedena bazální stimulace. Dále se u respondentů nejvíce opakovala odpověď zooterapie, už však s výrazně menší četností ( $n = 17$ ,  $r = 16\%$ ). Dále 11 respondentů uvedlo kompletní ošetrovatelskou péči ( $r = 11\%$ ) a opakovala se i odpověď muzikoterapie ( $n = 9$ ,  $r = 9\%$ ).

**Graf č. 16 Vhodný počet klientů pro skupinovou terapii**



*(Zdroj: autor)*

V grafu je znázorněn vhodný počet klientů pro skupinovou terapii podle respondentů z vybraných domovů se zvláštním režimem. Otázka na toto téma v dotazníku byla otevřená a respondenti tak mohli uvést libovolný počet klientů pro skupinovou terapii, který se jim zdá vhodný. Podle odpovědí jsem pak výsledky rozdělila intervalovým tříděním.

Téměř polovina respondentů uvedla, že vhodný počet klientů pro skupinovou terapii je v kategorii 2 – 5 klientů ( $n = 42$ ,  $r = 48\%$ ). Dále 30 respondentů uvedlo počet respondentů v kategorii 6 – 8 klientů ( $n = 30$ ,  $r = 34\%$ ). Nejméně respondentů uvedlo čísla v kategorii 8 – 10 klientů ( $n = 16$ ,  $r = 18\%$ ).

### 3 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na aktivity a metody ke zlepšení ADL u seniorů s Alzheimerovou demencí. Pro výzkum byl vybrán nelékařský zdravotnický personál domovů se zvláštním režimem v Pardubickém kraji. Cílem bylo zjistit nejčastěji využívané metody k celkovému zlepšení pacienta v běžných denních činnostech ve vybraných domovech. Dále také porovnat efektivitu těchto metod. Pro hodnocení výsledků výzkumu jsem si stanovila šest výzkumných otázek.

#### **Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou nejvíce využívané metody ke zlepšení schopnosti ADL ve vybraných domovech se zvláštním režimem?**

Z výzkumného šetření (viz graf č. 3) vyplynulo, že nejvíce využívaná metoda je podle respondentů čtyř vybraných domovů bazální stimulace. Tuto metodu uvedli všichni respondenti domova B i C. Bazální stimulace takto tvoří nepatrně přes polovinu odpovědí (53 %). V domově se zvláštním režimem A a D byla bazální stimulace uvedena v obou případech ve 12 % odpovědí v poměru k počtu respondentů obou domovů jednotlivě. Mezi další nejvíce využívané metody respondenti uvedli reminiscenci a pet-terapii, které uvedlo celkem 32 % respondentů v domově D. V domově se zvláštním režimem A uvedlo nejvíce respondentů využití terapeutických panenek. Tuto metodu uvedlo také mnoho respondentů domova D (15 %). Počet uvedení terapeutických panenek v domově B a C je zanedbatelný. Dle mého výzkumu by se tedy dalo říct, že nejvíce využívanou metodou je bazální stimulace, která tvoří převážnou většinu z využívaných metod. Dále bylo výzkumným šetřením zjištěno, že bazální stimulaci lze dle nejčtenějšího uvedení podle respondentů (31 %) využívat po celou dobu onemocnění Alzheimerovou chorobou. Dále byla více než polovinou respondentů (64 %) uvedena jako nejvhodnější metoda pro klienty v posledním stádiu onemocnění. Důvodem proč tedy respondenti nejčastěji uváděli bazální stimulaci může být finanční nenáročnost na vybavení a pomůcky k této terapii. Stejným důvodem je však její využití v pokročilé fázi demence a v terminálním stádiu Alzheimerova onemocnění, kdy je pacient zpravidla umístěn do zdravotnického zařízení a bazální stimulace tak dle respondentů tvoří hlavní náplň péče o klienty.

Hájková a spol. (2016) uvádějí, že nabídka činností pro pacienty s demencí by měla co nejvíce vycházet z běžných každodenních činností, jejichž cílem je stimulovat mozek a zlepšit tak jeho kondici. Holmerová (2007) doporučuje koncept bazální stimulace využívat především u pacientů v rozvinuté fázi demence, kdy jsou klienti závislí na péči, vyžadují komplexnější

přístup často se současným využitím paliativní medicíny. Podobné informace nalezneme i ve výzkumech Friedlové (2012), která na základě svých výzkumů doporučuje využívat koncept bazální stimulace především u seniorů ve fázi rozvinuté demence. Bakalářská práce (Nivnická, 2010) uvádí ve svém výzkumu, že domovy se zvláštním režimem v Jihomoravském kraji nevyužívají koncept bazální stimulace v plném rozsahu. Podle této práce jsou nejvíce využívané somatické, vestibulární, optické, auditivní, taktilně-haptické a orální stimulace. Bazální stimulace může také sloužit jako nejjednodušší forma komunikace. Holmerová (2007) uvádí, že vždy záleží na kvalitě doteku, který nám komunikaci zprostředkovává. U zdravotníků s dlouholetou praxí dochází k tomu, že se doteky stávají přesnými, ale pro pacienty chladnými. Holmerová, Jarušková, Zikmundová a kol. (2007) uvádějí, že oboustranná komunikace a domluva nejsou možné zvláště u pacientů s pokročilou demencí při Alzheimerově chorobě. V těchto případech je nutné vysvětlit rodinným příslušníkům základy komunikace prostřednictvím bazální stimulace a poskytnout jim dost síly a opory. Bazální stimulace je také velmi úzce spojena s nácvikem denních činností, což také potvrzuje Friedlová (2015), která uvádí, že do somatické stimulace u seniorů se často zařazují pohybové stereotypy vycházející z běžného denního života. Na základě výzkumného šetření této práce a výše uvedené literatury lze tedy souhlasit s tím, že koncept bazální stimulace přináší zvýšení kvality života seniorů s Alzheimerovou demencí.

### **Výzkumná otázka č. 2: O které z metod projevují senioři s Alzheimerovou demencí největší zájem?**

Podle výzkumného šetření této práce (viz graf č. 4) mezi aktivity s největším zájmem klientů patří podle respondentů pet-terapie (34 % respondentů). Se stejným procentuálním zastoupením byla uvedena muzikoterapie. Dále respondenti nejčastěji uváděli ergoterapii (17 %) a terapeutické panenky (14 %). Hodnocení je však velmi subjektivní, provedené pracovníky NLZP v domovech se zvláštním režimem a vychází pouze z pozorování klientů a práce s nimi. Výsledek může být ovlivněn finančními prostředky, zázemím a vybavením jednotlivých domovů. Při osobní návštěvě vybraných domovů jsem zjistila, že každý z nich vlastní nejméně jednoho domácího mazlíčka pro pet-terapii. Zajímavé je, že bazální stimulace, která byla respondenty uvedena jako nejvíce využívaná metoda, byla mezi metodami oblíbenými u klientů uvedena minimálně. V domovech se zvláštním režimem A, B a C byla uvedena maximálně ve 4 %. V domově D nebyla uvedena vůbec. Tento výsledek může být také ovlivněn tím, že u seniorů v terminálním stádiu demence, kdy je bazální stimulace nejvíce využívanou metodou (viz. graf č.15) je nehodnotitelné, zda je tato aktivita u pacientů oblíbená.

Holmerová (2007) popisuje, že muzikoterapii lze rozdělit na aktivní, kdy je pacient aktivně zapojen, a techniky spíše pasivní, pomáhající k uvolnění, relaxaci, vyvolání vzpomínek a emocí. U muzikoterapie lze tedy předpokládat, že lze využít po celou dobu onemocnění Alzheimerovou chorobou včetně terminální fáze. Holzer a Drlíčková (2012) ve svých skriptech popisují, že muzikoterapii lze využít jako způsob neverbální komunikace u pacientů s narušenou komunikací a pacientů s poruchou smyslového vnímání. Dále ve skriptech uvádějí, že muzikoterapie zlepšuje kvalitu života pacientů, a to v oblasti sociální rehabilitace a integrace. Podle Gerlichové (2015) má muzikoterapie pozitivní vliv na zlepšování zdravotního stavu a usnadňuje rehabilitační proces u pacientů s poškozením mozku. Význam přínosu muzikoterapie pro neurorehabilitaci je podstatný, hudba může působit pozitivně i u pacientů s poruchou vědomí. Na rozdíl od muzikoterapie, kterou lze využít po celou dobu onemocnění, u pet-terapie Holmerová (2007) uvádí, že její využití má pro klienta největší přínos, když je klient ještě schopen se podílet na péči o zvíře. Dle výzkumů v Německu a USA nám Carperová (2011) uvádí, že přítomnost domácího mazlíčka v zařízení působí pozitivně na pečující personál a zabraňuje tak syndromu vyhoření. Holmerová (2007) potvrzuje, že přítomnost domácího mazlíčka působí na klienty s Alzheimerovou demencí uklidňujícím dojmem a tvoří více domácí prostředí. Lze tedy usoudit, že muzikoterapie a pet-terapie jsou klienty, ale i personálem nejvíce preferované metody, protože vedou k uklidnění klientů a zpříjemňují pečujícímu personálu ošetrovatelskou práci.

### **Výzkumná otázka č. 3: Využívá nelékařský zdravotnický personál při péči a provádění jednotlivých metod u seniorů s Alzheimerovou demencí spolupráci rodiny?**

Podle výsledků mého výzkumného šetření (viz graf č. 9) více než polovina respondentů uvedla, že spolupráci rodiny občas využívají (54 %). Dalších 33 % respondentů uvedlo, že spolupráci rodiny spíše nevyužívají. Do dotazníků mi někteří respondenti připisovali, že je to z důvodu nezájmu rodiny. Pouze 13 % respondentů uvedlo, že spolupráci rodiny využívá. Toto zjištění se dá považovat za znepokojivé.

Holmerová (2007) nám říká, že pacient zvláště v terminální fázi onemocnění potřebuje své blízké více než kdy předtím. Holmerová a Malátlová (2014) popisují náročnost péče ze strany rodinných příslušníků. Uvádějí, že jedním z důvodů náročnosti péče je i fakt, že s nástupem a rozvojem Alzheimerovy choroby dochází k výměně rolí rodič – dítě. Holmerová (2007) dále popisuje, komunikaci s rodinnými příslušníky, kde je nejhorší skutečností, že komunikace s pacientem je velmi obtížná a téměř vymizelá. Rusina a kol. (2010) ve svém výzkumu uvádí,

že nejčastějším problémem pro pečující rodinu jsou změny nálad pacienta v podobě negativismu, depresivních projevů, agrese, a halucinatorně. Dá se tedy předpokládat, že hlavním důvodem pro nezapojování rodinných příslušníků do péče je změna osobnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou.

#### **Výzkumná otázka č. 4: Kterou z metod hodnotí personál jako nejefektivnější pro zlepšení klienta v každodenních sebeobslužných činnostech?**

Z výsledků mého výzkumného šetření (viz graf č. 11) vyplývá, že podle respondentů je touto metodou fyzioterapie a rehabilitace, kterou uvedlo celkem 34 % respondentů. Podle výsledků výzkumu bakalářské práce „Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou“ (Nivnická, 2010) je pro pacienty nejprínosnější v oblasti sebeobslužných činností fyzioterapie společně s rehabilitací a ergoterapií. Ergoterapii však v mém výzkumu uvedlo celkem pouze 15 % respondentů. Důvodem nízké četnosti ergoterapie v odpovědích respondentů může být především fakt, že domov D, kde jsem výzkum prováděla, uvedl, že nemá k dispozici proškoleného ergoterapeuta. Dále respondenti uváděli nejčastěji nácvik jemné motoriky (28 %) a nácvik sebepečce (23 %). Obě tyto aktivity můžeme zařadit mezi fyzioterapii a rehabilitaci. Holmerová (2007) nám ukládá, že aby bylo docíleno správné rehabilitace s klienty, je nutná spolupráce celého zdravotního týmu (vč. ošetřujícího personálu) a důležitá je v tomto případě i spolupráce rodinných příslušníků klienta. Dále Holmerová (2007) uvádí, že pro klienta je při nácviku sebeobslužných činností důležité opakovat a procvičovat zachované dovednosti v oblasti hygieny, jídla a oblékání.

Studie zaměřené na péči o klienty s Alzheimerovou demencí zdůrazňují, že při nácviku sebeobslužných činností je důležité chápat pojem „asistence“, kdy např. při hygieně pacienta neumývá přímo pečující osoba, ale pouze vede klientovu ruku. Jedná se zde především o interakci klienta s pečující osobou. Výzkumy (Hájková, 2016) ukazují, že asistence při koupeli nebo jídle není u klientů často využívána, neboť je pro klienta náročná psychicky i fyzicky kvůli bolesti, únavě, studu, nejistotě apod. Pro pečující personál je hlavním důvodem především nedostatek času, námaha či nedostatečné vybavení zařízení. Holmerová (2007) uvádí postup rehabilitace a nácvik sebeobsluhy u klientů s Alzheimerovou demencí. Základní princip spočívá v opakování pohybových stereotypů. Dále nás upozorňuje, že při práci s klientem s Alzheimerovou chorobou začínáme při nácviku každý den od začátku, avšak při dobré spolupráci je možné u pacienta zlepšit celkovou mobilitu a zlepšit tak kvalitu jeho života. Lze tedy usoudit, že pro zlepšení klienta v každodenních sebeobslužných činnostech je cílená



fyzioterapie s rehabilitací a nácvik sebeobsluhy pravidelným opakováním pohybových stereotypů.

**Výzkumná otázka č. 5: Která z využívaných metod má podle nelékařského zdravotnického personálu největší vliv na zmírnění progresu onemocnění?**

Podle výsledků mého výzkumu (viz graf č. 12) je touto metodou nácvik jemné motoriky, kterou uvedlo 25 % respondentů. Vaňková (2015) ve své bakalářské práci uvádí, že má větší vliv na podporu jemné motoriky včasná, pravidelná a odborně vedená fyzioterapie a rehabilitace. Dle výsledků výzkumu v této bakalářské práci vhodná rehabilitace a nácvik jemné motoriky zlepšuje kvalitu života klientů (např. v oblasti stravování a jejich samostatnosti při jídle). V mém výzkumném šetření respondenti uvedli v 21 % podporu mentálních dovedností. Do této kategorie můžeme řadit několik metod (např. kognitivní rehabilitaci, cvičení paměti apod.). Holmerová (2007) uvádí, že dle výzkumů se samotné cvičení mentálních dovedností pro seniory s Alzheimerovou demencí příliš nehodí. Je lepší ho využít pouze u lehčí poruchy paměti (např. u benigní stařecké zapomnětlivosti). Dle Holmerové (2007) je tedy doporučena kombinace cvičení paměti a psychomotorického tréninku. Dle výsledků výzkumu tyto metody zlepšují paměť, posilují soběstačnost a oddalují proces demence. Cvičení motorických funkcí prospívá porušené funkci mozku a současný pohybový trénink podporuje zlepšení prokrvení mozku. Lze tedy říci, že pro seniory s Alzheimerovou demencí je na zmírnění progresu onemocnění nejlepší využít kombinaci obou metod, které byly respondenty uvedeny s největší četností.

**Výzkumná otázka č. 6: Které metody lze u pacientů nejlépe využít v terminálním stádiu Alzheimerovy choroby?**

Podle výsledků v mém výzkumu (viz graf č. 15) je to bazální stimulace, kterou uvedla více jak polovina respondentů (64 %). Dále respondenti uváděli pet-terapii (16 %), kompletní ošetrovatelskou péči (11 %) a muzikoterapii (9 %). V porovnání s četností, s kterou respondenti uvedli bazální stimulaci, jsou však tato čísla zanedbatelná. Tyto údaje souhlasí s výsledkem, že je bazální stimulace nejvyužívanější metodou v domovech se zvláštním režimem. Jak už bylo zmíněno, Holmerová (2007) a Friedlová (2012) doporučují na základě provedených výzkumů využívat koncept bazální stimulace ve fázi rozvinuté demence, kdy jsou klienti zcela závislí na péči další osoby. Holmerová (2007) uvádí, že bazální stimulace u klientů v terminální fázi také nahrazuje komunikaci s klientem, která je už naprosto vymizelá.

Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. (2007) dále uvádějí, že využití konceptu bazální stimulace není časově náročné. Toto tvrzení je však nutné zohlednit faktem, že před tím, než se přistoupí k využití konceptu bazální stimulace, je třeba vyplnit s rodinnými příslušníky klienta tzv. biografii klienta. Získávání informací o klientovi od rodinných příslušníků může být pro personál zdoluhavé, je však nezbytné pro individuální přístup ke klientovi. Všechny domovy se zvláštním režimem, kde jsem prováděla svůj výzkum, uvedly, že s biografií klienta vždy pracují. Ve výsledcích svého výzkumného šetření se tedy shodují s tvrzením Friedlové (2012), že koncept bazální stimulace je nejvyužívanější metodou v domovech se zvláštním režimem, přináší zvýšení kvality života klientům s Alzheimerovou demencí a má veliký význam v terminální fázi onemocnění, kdy umožňuje klientům důstojné umírání.

## 4 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá aktivitami, které vedou ke zlepšení ADL u seniorů s Alzheimerovou demencí v domovech se zvláštním režimem v Pardubickém kraji. V teoretické části jsou specifikovány oblasti vztahující se k dané problematice. Je zde uvedena charakteristika Alzheimerovy choroby a její stádia a současně popisuje nejčastější aktivity vedoucí ke zlepšování ADL. Výzkumná část je zaměřena na metody využívané v jednotlivých zařízeních se zvláštním režimem ve vybraném kraji. Všechny cíle, které byly stanoveny předem, byly v práci splněny.

Závěrečná diskuze slouží k rekapitulaci zkoumaných parametrů. Výzkum byl zaměřený na efektivitu využívaných metod v zařízeních, na subjektivní hodnocení respondentů, o které aktivity projevují senioři s Alzheimerovou demencí největší zájem, a hodnocení jejich efektivitu. Výsledky svého výzkumu jsem porovnála s výzkumy podobného charakteru, které byly provedeny v předchozích letech.

Z výzkumu mé práce vyplývá, že nejčastěji využívanou metodou ke zlepšení ADL v institucích se zvláštním režimem je bazální stimulace. Klienti domovů se zvláštním režimem jsou převážně v pokročilých stádiích demence, kdy je bazální stimulace doporučována jako součást péče. Výzkumem jsem zjistila, že domovy se zvláštním režimem Pardubického kraje využívají z alternativních metod pouze paměťový kufřík a léčbu pomocí domácích mazlíčků, která je současně respondenty považována za nejoblíbenější aktivitu u klientů. Nejúčinnější aktivitou na zlepšení klientů v každodenních činnostech byla respondenty uvedena fyzioterapie a rehabilitace. Dále se výzkumem zjišťovalo, do jaké míry je v zařízeních pro seniory s Alzheimerovou demencí využita spolupráce rodiny při péči. Výsledky výzkumu ukázaly, že více než polovina respondentů uvedla, že spolupráci rodiny využívá jen občas, a skoro 1/3 uvedla, že spolupráci rodiny téměř nevyužívá. Důvodem je podle respondentů nezájem ze strany rodiny podílet se na péči o pacienty s Alzheimerovou demencí.

Lze tedy říci, že výsledky této práce poukázaly na využívané metody a aktivity u seniorů s Alzheimerovou demencí a způsob jejich využití. Výsledky svého výzkumu jsem následně předala do jednotlivých zařízení, které se na mém šetření podílely. Na jejich základě mohou přizpůsobit náplň i zaměření své péče o klienty tak, aby se stala cílenější a efektivnější.

Díky této bakalářské práci bylo možné ukázat, v jakém rozsahu jsou využívány metody a aktivity na zlepšení ADL ve vybraných domovech se zvláštním režimem. Tato práce může sloužit zaměstnancům ve všech zařízeních specializovaných na péči o seniory s Alzheimerovou

chorobou jako podklad k rozšíření znalostí o problematice nefarmakologické terapie Alzheimerovy demence. Tato práce může dále posloužit pro rozšíření poskytovaných metod pro zlepšení ADL u klientů. Mnoho pečujícího personálu si možná na základě této práce uvědomí, že při své práci s klienty s Alzheimerovou chorobou tyto metody využívají a začnou se tak o ně více zajímat a rozvíjet je tak, aby byly pro klienty co největším přínosem.

Na základě výsledků výzkumu této práce se personál domovů se zvláštním režimem může zaměřit na rozvoj určitých metod, například muzikoterapii a pet-terapii, které jsou respondenty této práce hodnoceny jako nejoblíbenější u klientů. Dále se během výzkumného šetření vybraných domovech ukázala spolupráce rodiny jako velmi sporadická a problematická zejména vzhledem k náročnosti péče. Na základě této práce může personál zdokonalit integraci rodiny do péče o jejich rodinného příslušníka a také zapojit rodinu a osoby blízké do realizace jednotlivých metod. Pokud bychom dále odhlédli od finanční stránky a prostorového omezení, tak by bylo velmi přínosné pro klienty, tak pro personál, aby každé zařízení mělo vlastního ergoterapeuta a několik fyzioterapeutů, kteří by se klientům mohli věnovat individuálně. Tato práce tedy může být podnětem a inspirací všem zařízením, které se zaměřují na metody ke zlepšení ADL.

## 5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BRYDENOVÁ, Christine. *Jaká budu umírat*. Přeložil Václav Petr. Praha: Triton, 2013, 190 s. ISBN 978-80-7387-641-8.

CALLONE, R. Patricia a kolektiv. *Alzheimerova nemoc*. Přeložila J. Klinkerová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 118 s. ISBN 80-2472-320-4.

CARPEROVÁ, Jean. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. Přeložila Klimešová J. Praha: Vyšehrad s.r.o., 2011, 288 s. ISBN 978-80-7429-194-4.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, 2013. 143 s. ISBN 978-80-7345-316-9.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2015. 202 s. ISBN 987-80-904668-9-0.

HÁJKOVÁ, Lucie a spol. *Komplexní péče o lidi s demencí*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, o.p.s. 2016. 40 s. ISBN 978-80-86541-48-8.

HALOVÁ, Miroslava. *Nemocný v domácí péči II. Demence a demence Alzheimerova typu*. Bouzov: VEF Enterprises, 2010. 157 s. ISBN 978-80-904-6110-9.

HOLMEROVÁ, Iva a spol. *Alzheimerova nemoc v rodině*. Praha: Pfizer, 2008. 114 s. ISBN 978-80-7367-500-4.

HOLMEROVÁ, Iva a spol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007, 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, Iva. MALÁTLOVÁ, Martina. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 10. vyd. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, 2014, 25 s. ISBN 978-80-86541-33-4.

JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

- KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada Publishing, 1998, 229 s. ISBN 80-7169-615-3.
- LA TOURELLE, Maggie. *Dar jménem Alzheimer: nové náhledy na potenciál Alzheimerovy choroby a její léčby*. Překlad Richard Herbich. Praha: Dobrovský s.r.o., 2016, 250 s. ISBN 978-80-7390-308-4.
- LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012, 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.
- PEJŘIMOVSKÁ, Jitka. *Dimenze muzikoterapie*. 1. vyd. Trnava: Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity, 2011, 221 s. ISBN 978-80-8082-331-1.
- PETR, Tomáš. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 295 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
- PIRDMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- RESSNER, Pavel. *Alzheimerova choroba – diagnostika a léčba*. 2008. Neurologie pro praxi. Olomouc: Solen. (9)4. ISSN 1213-1814.
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014, 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
- TAYLOR, Richard. *Život s Alzheimerem*. Přeložila S. Králová. 1. vyd. Praha: Ikar, 2015, 336 s. ISBN 978-80-249-2684-1.
- TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005, s. 214, ISBN 90-7262-365-6.

## **6 PŘÍLOHY**

Příloha A Barthelův test základních všedních činností (ADL).....55

Příloha B Dotazník použitý pro hodnocení aktivit pro seniory s Alzheimerovou demencí .....57

**Příloha A** *Barthelův test základních všedních činností (ADL)*

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0

**Hodnocení stupně závislosti:**

**ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

**ADL 3** 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**



**ADL 2** 65 – 95 bodů **lehká závislost**

**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

(zdroj: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005, s. 214, ISBN 90-7262-365-6.)

**Příloha B** *Dotazník použitý pro hodnocení aktivit pro seniory s Alzheimerovou demencí*

Dobrý den,

jmenuji se Dagmar Weiserová a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás tímto požádat o spolupráci a vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad pro vypracování mé bakalářské práce na toto téma: Aktivity seniorů s Alzheimerovou demencí ke zlepšení schopnosti v ADL v domovech se zvláštním režimem. Dotazník je určen pro nelékařský zdravotnický personál a sociální pracovníky v domovech se zvláštním režimem. Dotazník je zcela anonymní.

1. Uveďte Vaše pohlaví
  - a) Žena
  - b) Muž
  
2. Jak dlouho pracujete v domově se zvláštním režimem?
  - a) Méně než 1 rok
  - b) 2 – 3 roky
  - c) 3 – 5 let
  - d) 5 – 9 let
  - e) 10 a více let
  
3. Uveďte, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) Střední bez maturity
  - b) Střední s maturitou
  - c) Vyšší odborné
  - d) Vysokoškolské bakalářské
  - e) Vysokoškolské – Mgr./Ing.
  - f) Vysokoškolské – PhDr. A vyšší
  
4. Při hodnocení schopností klienta se využívá Barthelův test základních všedních činností (ADL), zdá se Vám tento test pro zhodnocení klienta dostatečný?
  - a) Ano, zdá se mi dostatečný
  - b) Test by bylo dobré pro klienty rozšířit (jak):  
.....  
.....
  
5. Jaké metody k aktivizaci klientů využíváte? (vyberte více možností)
  - Fyzioterapie a rehabilitace
  - Ergoterapie
  - Smyslová terapie
  - Muzikoterapie
  - Bazální stimulace

- Reminiscence
- Zooterapie
- Terapeutické panenky
- Kinezioterapie
- Taneční terapie
- Jiné (vypište):

.....

6. O kterou z metod projevují klienti největší zájem? (napište):

.....  
 .....

7. Používáte některou ze speciálních metod, které vedou ke zlepšení pacienta v každodenních činnostech? (např. fototerapeutická pláž, hirudoterapie, léčba pomocí domácích mazlíčků, paměťový kufřík apod.) napište:

.....  
 .....

8. Jestliže ve Vašem zařízení používáte ergoterapii, které činnosti pro klienty nabízíte? (např. práce v dílně, vaření, malování, keramika, práce na zahradě apod.) napište:

.....  
 .....

9. Využíváte u klientů některé cvičení paměti? (např. kreslení hodin, kartičky s obrázky a slovy, obrázkové sudoku apod.) napište:

.....  
 .....

10. Pracujete při výběru denních aktivit s biografií klientů (životním příběhem)?

- a) ANO
- b) NE

11. Využíváte při aktivitách spolupráci rodiny klientů?

- a) Spíše ano
- b) Ano, občas
- c) Spíše ne
- d) Nikdy

12. Podle jakých kritérií rozdělujete klienty při skupinových aktivitách? (vyberte více možností)

- Podle stádia Alzheimerovy choroby
- Podle zájmu klientů o danou aktivitu
- Podle pohlaví
- Dle druhu aktivity
- Podle možností, které nabízí zařízení

13. Kolik je podle Vás vhodný počet klientů při skupinové terapii? (napište):

.....  
 .....

14. Která z využívaných aktivit je podle Vás nejefektivnější pro zlepšení paměti a orientace pacienta? (napište):

.....  
 .....

15. Která z využívaných aktivit je podle Vás nejefektivnější pro zlepšení klienta v každodenních sebeobslužných činnostech? (napište):

.....  
 .....

16. Jak hodnotíte nabídku aktivit ve Vašem zařízení?

- a) Nabídka aktivit je dostatečná
- b) Nabídka je dostatečná, ale v zařízení je naplánováno jejich rozšíření
- c) Nabídka aktivit v zařízení je omezená, chtěla by do budoucna rozšířit
- d) Nabídky nejsou dostatečné vzhledem k požadavkům klientů na péči

17. Využíváte v zařízení orientační cedule a navigační šipky/čáry nebo jiné značení?

- a) Ano, navigační pokyny jsou pro klienty po celém zařízení
- b) Ano, navigační pokyny se nacházejí pouze v areálu mezi pavilony
- c) Ano, pouze na některých místech v zařízení
- d) Ne, navigační pokyny v zařízení vůbec nevyužíváme

18. Které činnosti mají podle vás největší efekt na zmírnění progresu onemocnění?

- a) Činnosti na podporu jemné motoriky
- b) Venkovní aktivity
- c) Aktivity na podporu mentálních dovedností
- d) Vnitřní aktivity prováděné v zařízení
- e) Stimulační terapie
- f) Aktivity s domácími mazlíčky

19. Která činnost lze s klienty dělat pouze na počátku onemocnění, v prvním stádiu Alzheimerovy choroby? (napište):

.....  
.....

20. Které aktivity lze s klienty provádět po celou dobu onemocnění bez ohledu na stádium onemocnění? (napište):

.....  
.....

21. Které aktivity preferujete u klientů v posledním stádiu onemocnění? (napište):

.....  
.....