

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví 5345

Jana Svatková

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**VYUŽITÍ HER PRO VÝCVIK KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ U
KLIENTŮ S DEMENCÍ**
Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Šrytrová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

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

V Plzni dne 14. 2. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji, touto cestou vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Michaelě Šrytové za poskytnuté odborné konzultace. Dále bych ráda poděkovala Bc. Renatě Tetourové za zprostředkování praxe v Domově důchodců Dobrá Voda.

Anotace

Příjmení a jméno: Svatková Jana

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Využití her pro výcvik kognitivních funkcí u klientů s demencí

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Šrytrová

Počet stran: 90

Počet příloh: 7

Počet titulů: 28

Klíčová slova: hry, kognitivní funkce, aktivizace, demence

Souhrn:

Bakalářská práce zaměřená na výcvik kognitivních funkcí u klientů s demencí. Pomocí zábavně-terapeutických her je sledován jejich vliv na kognitivní funkce, soběstačnost, dále pak oblíbenost a využití her v zařízeních pečujících o tyto klienty.

V práci je uvedena definice hry, druhy her a jejich využití, základní kognitivní funkce a jejich dělení, syndrom demence, rozdělení demencí a možnosti farmakologické a nefarmakologické léčby. V návaznosti na praktickou část je více rozebrána Alzheimerova choroba a vaskulární demence.

V praktické části je použito výzkumné šetření. Výzkumné šetření zahrnuje sledování klientů s demencí, které je zaznamenáno v kazuistikách a je sledováno, zda výcvik kognitivních funkcí pomocí her je pro tyto klienty přínosný. Dále zahrnuje nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, který sleduje povědomost a využití her v zařízeních pracujících s klienty s demencí.

Annotation

Surname and name: Svatková Jana

Department: Physiotherapy and Occupational Therapy

Title of thesis: Use of games for training cognitive functions of clients with dementia

Consultant: PhDr. Michaela Šrytrová

Number of pages: 90

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 28

Key words: games, cognitive functions, activization, dementia

Summary:

The bachelor's work is focusing on training the cognitive functions of clients suffering from dementia. In the work there are investigated following aspects: the influence of therapeutic games and activities on their cognitive functions and their self-sufficiency, the approval rating and the application of those therapeutic games and activities in care centres for dementia patients.

The definition of above-mentioned therapeutic games and activities, their types and their utilization, dementia syndromes, division of dementia and possibilities of pharmacological and non-pharmacological treatment are delineated in the work. In addition there is greatly described Alzheimer's disease and Vascular dementia as a follow-up to the practical part of the work.

There is explorative investigation used in the practical part of the work. The explorative investigation includes an observation of dementia patients. This observation is then entered in case history of dementia patients and it has been detected if the training of cognitive functions is beneficial for the clients. Moreover the work contains non-standardized survey of personal construction which examines the awareness and usage of therapeutic games in centres designed for dementia patients.

OBSAH

ÚVOD	10
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	12
1.1 Stáří.....	13
1.2 Stárnutí.....	13
2 KOGNITIVNÍ FUNKCE	15
2.1 Paměť.....	16
2.2 Pozornost	17
2.3 Vnímání	17
2.4 Myšlení	17
2.5 Řeč	18
2.6 Exekutivní funkce	19
3 DEMENCE	20
3.1 Rozdělení demencí.....	20
3.2 Epidemiologie demencí	22
3.3 Základní klinické příznaky demencí	22
3.3.1 Postižení kognitivních funkcí.....	23
3.3.2 Postižení aktivit denního života	24
3.3.3 Behaviorální a psychologické příznaky demence	24
3.4 Léčba demencí	25
3.4.1 Biologický léčebný přístup	25
3.4.2 Nebiologický léčebný přístup	26
3.5 Alzheimerova demence.....	27
3.5.1 Patogeneze Alzheimerovy choroby	28
3.5.2 Klinický obraz Alzheimerovy choroby.....	28
3.5.3 Fáze onemocnění Alzheimerovou chorobou.....	29
3.5.4 Genetické faktory Alzheimerovy choroby.....	31

3.6	Vaskulární demence.....	31
3.6.1	Klasifikace vaskulární demence.....	32
3.6.2	Rizikové faktory.....	33
3.6.3	Srovnání vaskulární demence a Alzheimerovi choroby	33
4	HRA.....	34
4.1	Hra a její vývoj	35
4.2	Hra v ergoterapii	36
4.3	Druhy her a jejich uplatnění v rehabilitaci.....	37
4.4	Herní terapie	38
4.5	Hodnocení herních a volnočasových aktivit.....	39
5	CÍL PRÁCE.....	41
6	HYPOTÉZY	42
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ.....	43
8	METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	44
9	KAZUISTIKA	45
9.1	Kazuistika I.	45
9.2	Kazuistika II.....	52
9.3	Kazuistika III.	58
9.4	Kazuistika IV.	64
10	TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA	70
10.1	Cíl terapeutické jednotky	70
10.2	Popis jednotlivých her	70
10.2.1	Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání.....	71
10.2.2	Hra najdi posloupnou řadu	71
10.2.3	Kris kros.....	72
10.2.4	Sedmiboj	72
10.2.5	Písničkohraní.....	73

10.2.6	Člověče, nezlob se.....	73
10.2.7	Hra geometrické tvary.....	74
10.2.8	Hra obleč roční období.....	74
10.2.9	Hra stavění domu	75
10.2.10	Dobble.....	75
11	ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ.....	77
11.1	Vyhodnocení Addenbrooského kognitivního testu.....	77
11.2	Vyhodnocení FIM testu	80
11.2.1	Vyhodnocení zábavnosti her	81
11.3	Vyhodnocení dotazníku	82
	DISKUZE	97
	ZÁVĚR.....	100
	SEZNAM ZDROJŮ.....	101
	SEZNAM TABULEK	103
	SEZNAM GRAFŮ.....	105
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	106
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	107
	SEZNAM PŘÍLOH	109

ÚVOD

Tématem této práce je využití her pro výcvik kognitivních funkcí u klientů s demencí. Demence je obvykle onemocnění lidí vyššího věku a v návaznosti na stárnoucí populaci se stává stále častějším onemocněním.

„Dle celkových ukazatelů v současnosti populace v celosvětovém měřítku stárne. V roce 1975 byl podíl nejstarších („oldest-old“, tj. osob starších než 80 let) v celém světě pouze 0,8% (v USA 2,1%, v Evropě 1,8%, v Japonsku 1,1%). Ale pro rok 2050 je odhadováno celkové zvýšení jejich podílu na 4,1% světové populace (v USA 7,3%, v Evropě 10%, v Japonsku 15,4%).“ (Preiss, M., Kučerová, H. 2006, s. 124)

U stárnoucí populace je všeobecně známo, že bývá doprovázena řadou zdravotních obtíží a zvýšeným výskytem onemocnění. Tím i prevalence a incidence demence s věkem vzrůstá. Mezi nejčastější onemocnění demencí patří Alzheimerova choroba a vaskulární demence, kterým je věnována pozornost i v následujícím textu bakalářské práce.

Demence Alzheimerova typu a vaskulární demence se vyznačují úbytkem kognitivních funkcí, postižením aktivit denního života a poruchami behaviorálními a psychologickými (poruchy emotivity, motivace, spánku). (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

V léčbě demencí se v dnešní době uplatňují dva přístupy, pro obor ergoterapie je stěžejní možnost nefarmakologické léčby. Včetně léčby farmakologické by se měla zapojit i aktivační terapie a trénink kognitivních funkcí. (Hátlová, B., Suchá, J. 2005)

V problematice kognitivního deficitu u lidí onemocněných demencí se často hovoří o výcviku kognitivních funkcí, tréninku paměti apod. V zásadách kognitivního tréninku nalezneme, jak je důležité, aby trénink nevypadal jako „zkoušení“ a prováděl se spíše formou hry. Hry jsou však v tomto směru zpracovávány převážně pro využití u zdravotně postižených dětí. Mají však své opodstatnění i v péči o seniory, pokud pracujeme na tom, aby se zlepšila komunikace ve skupině, a zábavným způsobem jsme procvičili paměť a další kognitivní funkce. (SUCHÁ, J. 2012)

V důsledku toho je v této bakalářské práci věnována pozornost hrám. Hlavním cílem je zjistit pomocí výzkumného šetření jaký má vliv využití her na kognitivní funkce.

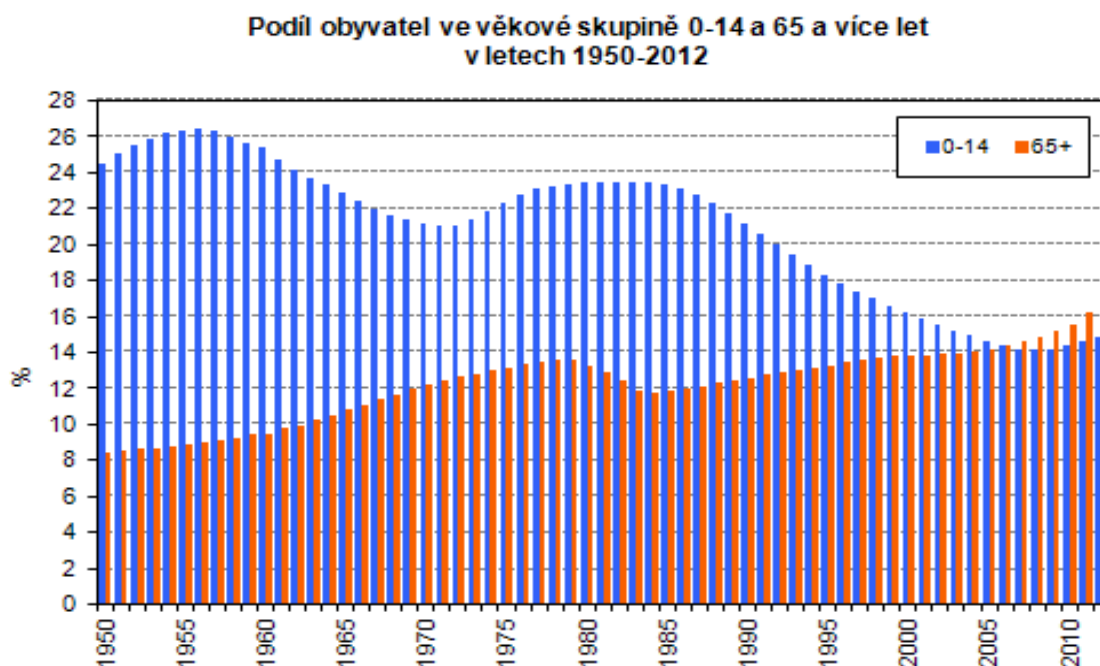
K tomu se vztahují i stanovené dílčí cíle a výzkumné hypotézy. Pomocí standardizovaných testovacích škál (Addenbrookský kognitivní test, FIM test) a aspekce zjistit jejich vliv na kognitivní funkce a soběstačnost nemocného. Dále dotazníkovým šetřením (nestandardizovaným dotazníkem vlastní konstrukce) zaznamenat povědomost a využití her v zařízeních pracujících s klienty s demencí.

Celou bakalářskou práci završují závěry výzkumného šetření, diskuze. V příloze se nacházejí fotografie zařízení, aplikovaných her, klientů, ale i nestandardizovaný dotazník a standardizované testy, které byly použity v praktické části bakalářské práce.

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

V dnešní době je jedním z nejvíce probíraných témat stáří a stárnutí. Starých a velmi starých lidí významně přibývá. V naší společnosti se proto hledají možnosti, jak by se lidé ve vyšším věku mohli stále samostatně věnovat svým koníčkům a aktivitám, aby jejich život byl i nadále smysluplný, což úzce souvisí s jejich zdravotním stavem.

Graf 1 Statistika stárnutí v letech 1950 – 2012



Zdroj: [online]. [cit. 2014-01-02].

Dostupné z :http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/podil_obyvatel_ve_vekove_skupine_0_14_a_65_a_vice_let_v_letech_1950_2012

Problematikou stáří a stárnutí se zabývají vědy geriatrie a gerontologie.

Geriatric zajišťuje specializovanou zdravotní péči lidem nad 65let věku. Jedná se o samostatný lékařský obor, jehož náplní je znalost diagnostiky a terapie onemocnění ve stáří, geriatrických rizik s důrazem na udržení soběstačnosti.

Gerontology je naukou o stárnutí a životě ve stáří. Zahrnuje poznatky z různých oborů a vědeckých disciplín. Gerontologie se dělí na tři základní proudy.

Gerontologie experimentální, která hledá odpovědi na otázky, proč a jak živé organismy stárnou. Gerontologie sociální zabývající se vztahem seniora a společnosti. Gerontologie klinická (geriatrie) obsahující problematiku zdravotního a funkčního stavu stárnoucí populace. (Kalvach, Z. 2004)

1.1 Stáří

Poslední etapou ontogenetického vývoje člověka je stáří, jež nemůžeme přesně vymezit věkem. Hranice stáří jsou individuální. Involuční změny funkční i morfologické vedou k označení, kterým je stařecký fenotyp. Udává ho vliv prostředí, životní styl, zdravotní stav, ale i vliv sociálně ekonomický a psychologický. Příčiny a projevy stařeckého fenotypu, různorodost jejich nástupu v různém věku vede k vymezení a členění stáří. Nejčastěji se rozlišuje stáří kalendářní, sociální a biologické.

Kalendářní (chronologické) stáří je jednoznačně vymežitelné. Věková hranice se však posouvá průběžně s ohledem na zlepšování zdravotního a funkčního stavu nově stárnoucích generací. Za počátek stáří je dnes uváděn věk 65 let a od věku 75 let se hovoří o vlastním stáří. Lidský život rozdělil již v 18. století A. Haller, zakladatel novodobé fyziologie, ale současné orientační členění stáří je odvozeno z pojetí, které v kontextu demografického vývoje a zlepšování funkčního stavu ve stáří navrhla v 60. letech B. L. Neugartenová. Její rozdělení na „mladé seniory“ pro věk 55 – 74 let a „staré seniory“ pro 75 a více let je v současnosti rozděleno následovně:

- 65 – 74 let: mladí senioři (problematika s odchodem do penze, volnočasovými aktivitami, seberealizací)
- 75 – 84 let: staří senioři (problematika adaptace, osamělosti, specifických onemocnění)
- 85 a více let: velmi staří senioři (problematika soběstačnosti a zabezpečení)

Sociální stáří se odráží ve změnách sociálních rolí, životního stylu a ekonomického zajištění. S tím souvisí odchod do penze, pokles životní úrovně, věková segregace a diskriminace, hrozba ztráty soběstačnosti. V rámci sociální periodizace života označujeme první věk (období dětství, učení a profesní přípravy), druhý věk (období dospělosti, produktivita biologická i ekonomicko-sociální), třetí věk (období stáří, postproduktivní) a čtvrtý věk (období závislosti).

Biologické stáří je vymezeno biologickým stárnutím organismu. Zachycuje objektivní stav fyzického vývoje a degenerace. Nedá se exaktně vymezit, mnoho pracovišť zabývajících se tímto tématem hodnotí biologické stáří dle funkčního stavu, výkonnosti. (Kalvach, Z. 2004)

1.2 Stárnutí

Stárnutí je přirozeným procesem začínajícím v okamžiku narození. Přináší sebou řadu změn promítajících se do zdravotního stavu starých lidí.

Změny, ke kterým dochází ve struktuře a funkcích organismu, jsou podmíněny jeho zvyšující se zranitelností, poklesem produktivní výkonnosti jedince a také poklesem jeho individuálních schopností. Tyto změny pak kulminují v terminálním stadiu a ve smrti. Dochází rovněž k biologickým projevům stárnutí, které jsou nápadné. Jedná se o sníženou odolnost vůči různým infekcím, proces hojení ran se rapidně zpomaluje, ztrácí se pružnost vaziva a častým projevem je také sklerotizace cév. (Langmeier, J., Krejčířová, D. 2006)

Procesy stárnutí souvisejí s přirozenou délkou života, která je druhově specifická, přesto vykazuje interindividuální variabilitu. Čtvrtina je dána geneticky a zbylé tři čtvrtiny tvoří epigenetické faktory (vliv prostředí, způsob života, strava, pohybová aktivita). Ve svém okolí nalezneme rozmanité ukázky stárnutí. Když porovnáme dvě ženy ve stejném věku např. 65 let, kdy jedna pracovala manuálně v zemědělství a druhá se starala o účetnictví v kanceláři, tak každá z nich bude mít jiný proces stárnutí. Naleznou se i jedinci, kteří dosáhnou vysokého věku při dobré fyzické i psychické aktivitě, zatímco mladší jedinci jsou na tom podstatně hůř.

Stárnutí vede k větší pravděpodobnosti úmrtí. Zhruba od 30 let věku je stárnutí považováno za hlavní příčinu mortality. (Kalvach, Z. 2004)

Stárnutí je ovlivnitelné mnoha faktory, kdy některé tento proces urychlují anebo zpomalují. Obezita, vysoký krevní tlak, nadměrné pití alkoholu, kouření, nedostatečná pohybová aktivita, sedavý způsob života, užívání návykových látek, stres, úzkost, deprese a s tím související společenské zařazení patří mezi faktory urychlující stárnutí. Naopak zdravá strava, dostatečná pohybová aktivita, společenské styky s přáteli, udržování si zálib a koníčků, klidný spánek, duševní pohoda a schopnost relaxace stárnutí zpomalují. (Powell, D., H. 1994)

S tímto tématem vznikají v dnešní době skupiny aktivních seniorů, kteří i přes vysoký věk podnikají různé výlety, pobyty, osvěty, společenské akce a nemusí vnímat stáří jako konec svého života, nýbrž jako vrchol jejich životní cesty. Důležité je, aby člověk přijal a vyrovnal se s příchodem stáří a uvědomil si, že mu to nepřináší jen negativní věci a vlastnosti (pocit únavy, slabost, zvětšenou emotivitu, osamělost, změny nálad), ale i ty pozitivní (nadhled, životní zkušenosti, rozvážnost).

„Štěstí je poznat v mládí přednosti stáří a stejné štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí.“ Johann Wolfgang Goethe

2 KOGNITIVNÍ FUNKCE

Kapitola o stáří a stárnutí nás informovala o problematice stárnoucí populace, do které spadá i problematika funkcí poznávacích neboli kognitivních. Pomocí kognitivních funkcí vnímáme a poznáváme svět kolem nás. Zahrnují veškeré myšlenkové pochody, jednoduché i složité. Zajišťují schopnost rozpoznávání, zapamatování, učení, plánování či jednání a přizpůsobování se měnícím se situacím. Systém kognitivních funkcí může být rozdělen do několika oblastí, které jdou ruku v ruce a jsou na sobě navzájem závislé. Patří sem pozornost a koncentrace, prostorová orientace a vnímání, paměť, exekutivní funkce, myšlení a řeč. (Brain jogging: trénink mentální výkonnosti pro mladé i staré. [online]. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.brainjogging.cz/kognitivni-funkce>)

Poznávací funkce lze dále rozdělit na základní (pozornost, orientace, vnímání, paměť) a vyšší kognitivní funkce (exekutivní a metakognitivní funkce). Základní kognitivní funkce jsou podmíněné neuroanatomickou, fyziologickou integritou mozku a ovlivňují vyšší kognitivní funkce, které jsou výsledkem komplexních a dynamických vztahů mezi strukturami mozku tvořící funkční systém. (Krivošíková, M. 2011)

Narušením těchto funkcí ať už vlivem stáří, psychického onemocnění nebo traumatického poškození CNS, dochází ke ztrátě psychických, ale i fyzických schopností člověka ve smyslu podceňování se, obav ze selhání, stranění se společností a obtížné ne-li vůbec nemožné vykonávání sebeobslužných činností. (Brain jogging: trénink mentální výkonnosti pro mladé i staré. [online]. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.brainjogging.cz/kognitivni-funkce>)

S problematikou kognitivních poruch se potýkají lidé s demencí. „Podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace ve svém 4. Vydání (DSM-IV) je demence definována jako rozvoj mnohočetných kognitivních defektů, zahrnujících poškození paměti a nejméně jednu z dalších kognitivních poruch (afázie, apraxie, agnózie, porucha exekutivních funkcí), a to do té míry, že jsou narušeny každodenní aktivity. Za ty se považuje schopnost pokračovat v zaměstnání, společenské kontakty, osobní život, základní hygienu.“ (Rektorová, I. 2007, s. 10)

Povaha kognitivních ztrát se liší podle druhu demence a individuality osoby. V této kapitole jsou popsány kognitivní funkce a důsledky jejich poruch.

2.1 Paměť

Schopnost přijímat, uchovávat a znovu vybavit informace, vjemy a zážitky nazýváme paměť. Slouží nám k chronologickému řazení našeho života. Víme, kdo jsme a co jsme v průběhu života zažili.

Tři fáze tvoří paměťový proces – vštípení, uchování a vybavení. Příkladem může být učení slovíček v cizím jazyce, uchování v paměti a jejich pozdější vybavení před zkoušením. Může však dojít k narušení v každém z těchto kroků. Dříve si vědci mysleli, že pro různé typy informací (např. motorické, verbální, sensorické a jiné) slouží jeden druh paměti, v současnosti se však uvádí, že existují různé kategorie paměti. (Klucká, J., Volfová, P. 2009)

V knize od Kulišťáka (2003, s. 154) nalezneme rozdělení:

„Podle analyzátorů – paměť zraková, sluchová, hmatová, čichová...Podle předpokládané doby uchování paměťového záznamu – paměť krátkodobá (ultrakrátká), paměť střednědobá a paměť dlouhodobá (zde bývají uváděny různé časové úseky, např. Kruglikov, 1987, považuje za krátkodobý záznam 10 minut, střednědobý úsek je 30 minut a dlouhodobý záznam vzniká po 45 minutách).“ Pokračuje rozdělením dlouhodobé paměti kanadského psychologa Endela Tulvinga, 1972: *„Na paměť epizodickou, která zabezpečuje zapamatování konkrétních událostí, majících svůj časový, prostorový a pocitový kontext (např. že jsme měli hezký zážitek při oslavě narozenin), a paměť sémantickou, která se v podstatě týká všech našich vědomostí o světě a schopnosti jejich explicitního vybavení.“*

V učebnicích neurologie dále nalezneme dělení na paměť deklarativní (zapamatování si údajů a událostí, odpovídá na otázky „kdo, co“) a paměť nedeklarativní (procedurální, tážeme se „jak“). (Kulišťák, P. 2003)

Paměť deklarativní lze ještě rozdělit na paměť epizodickou obsahující vzpomínky na různé situace a události, a na paměť sémantickou připodobňující slovník (pojmy, vědomosti, skutečnosti). Tato paměť je právě značně postižena u Alzheimerovy choroby. Oproti tomu paměť nedeklarativní zahrnující paměťové obsahy, které nelze vypovědět (motorické dovednosti, řečové dovednosti, podmíněné reflexy a další), bývá postižena u podkorových demencí např. při Parkinsonově chorobě, Huntigtonově chorey atd. (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

2.2 Pozornost

Pozornost je spjata s pamětí a jako funkce vědomí zajišťuje zaměření určitým směrem. Zároveň nás chrání před záplavou jiných podnětů. (Vágnerová, M. 2004)

Jedná se o zaměřenost a soustředěnost duševní činnosti na určitý objekt a děj. Základními vlastnostmi pozornosti jsou selektivita (výběrovost), s jejíž pomocí si vybíráme podněty, které jsou pro nás zajímavé, důležité nebo nové. Další základní vlastností, díky níž se dokážeme soustředit po určitou dobu na nějaký předmět, je koncentrace (soustředění, zaměření). Distribuce (rozdělení) pozornosti využívaná nejvíce při zautomatizovaných činnostech př. řízení auta spojené s poslechem rádia a vigilita (schopnost přenášet pozornost z jednoho předmětu na druhý) př. situace, kdy si povídáme s kamarádkou a zareagujeme, když nám vypne varná konvice, patří mezi poslední vlastnosti pozornosti.

Při kognitivní rehabilitaci je pozornost významnou částí, jelikož ovlivňuje řadu dalších funkcí, jako např. již zmíněnou paměť. (Klucká, J., Volfová, P. 2009)

Poruchy pozornosti jsou jedním z typických příznaků různých organických postižení CNS. Má charakter hypoprosexie (omezené koncentrace pozornosti) objevující se nejčastěji u lidí trpících depresí nebo u počínajících demencí, a hyperprosexie (chorobně zvýšené nepřiměřeně intenzivní zaměření pozornosti na určitou oblast) např. u paranoidních poruch. (Vágnerová, M. 2004)

2.3 Vnímání

Vnímáním (percepce) poznáváme své okolí, ve kterém rozlišujeme známé a neznámé podněty či situace, na jejichž základě se orientujeme v prostředí i sobě samém. Poruchy vnímání lze dělit na iluze (zkreslený vjem, který je vyvolán skutečným podnětem, ale plně mu neodpovídá), halucinace (klamné vjemy, vznikající nezávisle na vnějším podnětu) a poruchy gnóze (poznávání). Agnozie a dysgnozie se projevují nejčastěji, jedná se o problémy s poznáváním předmětů a obličejů lidí. Tyto poruchy vznikají např. u cévní mozkové příhody nebo při úrazech mozku. (Vágnerová, M. 2004)

2.4 Myšlení

Myšlení je schopnost vyvozovat závěry z různých vjemů, symbolů, představ ze známých nebo předpokládaných faktů. Myšlením je snaha porozumět dění, orientovat se v něm a chápat význam proč se to děje. O rozvoj myšlení se starají především asociální mozkové kůry temporálních, parietálních i frontálních laloků.

Stejně jako mají základní jednotky fyzikální veličiny, tak ji nalezneme i u myšlení. Je jí pojem, který objímá skupinu jednotlivých objektů a vlastností, které jsou pro ni typické. Umožňuje nám tím snazší dorozumívání. (Klucká, J., Volfová, P. 2009)

Myšlení využívá posloupnost (řazení), kategorizaci, dedukci, formování pojmů a řešení problémů. „Řazení je uspořádání informací do správného pořadí. Kategorizace je seskupování předmětů nebo myšlenek podle určitých charakteristik.“ (Krivošíková, M. 2011, s. 218)

Poruchy myšlení mohou být variabilní a dělí se na kvantitativní a kvalitativní.

Kvantitativní poruchy se vyznačují změnou tempa myšlení. Rozlišujeme tedy bradypsychismus (zpomalení procesu myšlení) a tachypsychismus (zrychlení procesu myšlení). Zpomalené myšlení se projevuje pomalým vybavováním, obtížným soustředěním a snadnou unavitelností. Oproti tomu při zrychleném myšlení nemusí stačit tempu uvažování. Mezi kvantitativní poruchy myšlení patří i zaměřenost myšlení. Charakteristické je ulpívání nebo odbočování od hlavního tématu. Jedná se o sbíhavé myšlení (narušení plynulosti, odbočování k nesouvisejícím oblastem) a ulpívavé myšlení (opakování slov a slovních spojení, vracení se, k těžce myšlence).

Kvalitativní poruchy myšlení se projevují narušením obsahu. Patří sem bludné uvažování, nutkavé myšlení, inkohrentní myšlení, autistické myšlení. Bludné uvažování vzniká mylným přesvědčením na chorobném podkladě, kterému nemocný věří a ovlivňuje tak jeho jednání. Nalezneme jej u psychotických onemocnění, např. schizofrenii. Nutkavé, obsedantní myšlení je takové, které nelze potlačit. Stále přetrvávající myšlenky proti jeho vůli mohou rovněž ovlivnit jeho jednání. Oproti bludnému myšlení si nemocný s obsedantním myšlením uvědomuje, že jde o chorobný projev. Vyskytuje se např. u obsedantně-kompulzivní poruchy. Narušení souvislostí a ztráty logického sledu jednotlivých myšlenek lze nalézt u inkohrentního myšlení, které se vyskytuje opět u pacientů se schizofrenií. Autistické, dereistické myšlení je pak ovládané fantazií a nerespektuje realitu. Patologické se stává až v případě, kdy nemocný není schopen rozeznat skutečnost od fantazie. Stejná charakteristika platí i pro myšlení magické, které přisuzuje symbolický význam určitým jevům. (Vágnerová, M. 2004)

2.5 Řeč

Řeč umožňuje zpracovávání informací, myšlení a je prostředkem komunikace (sdělování a přijímání informací). Jedná se o konkrétní jazykovou dovednost. Na řeči a jazyku se podílejí hlavně Wernickeho a Brocovo centrum, ale i další asociační oblasti.

Lidská řeč využívá koordinaci pohybu rtů, jazyka, vnitřních úst a hlasivek k vytvoření zvuku. Řečové funkce bývají zachovávány až do vysokého věku, pokud nedošlo k traumatickému poškození mozku.

Ve stáří bývá oproti tomu postižena slovní plynulost (fluence) tzn. vybavení si co nejvíce slov začínajících stejným písmenem. (Klucká, J., Volfová, P. 2009)

Poruchy řeči lze členit na poruchy receptivní složky (receptivní afázie – neschopnost porozumět verbálnímu sdělení), poruchy expresivní složky (expresivní dysfázie – postižení obsahu a formální podoby řeči), formální poruchy řeči (mutismus – nemluvnost, dysartrie – porucha artikulace). (Vágnerová, M. 2004)

„U lidí trpících demencí nebo po traumatickém poškození mozku se mohou objevovat potíže s nalézáním a vybavováním slov. Tito lidé častěji užívají obecná označení a vyhýbají se používání konkrétních pojmenování nebo chybně užívají některá slova (toto nazýváme parafrází).

Ztrátu schopnosti mluvit zná celá řada pacientů s poškozením CNS, které mají za následek poruchu jazyka a řeči (afázii). Právě tyto lidé vědí, jak velmi nás zmíněná porucha může vyřadit ze společnosti. Proto je tak důležité si tyto schopnosti udržovat, procvičovat, popř. po nějakém vážnějším poškození rehabilitovat. (Klucká, J., Volfová, P. 2009, s. 16)

2.6 Exekutivní funkce

Exekutivní funkce jsou důležité pro provádění smysluplných úkolů. Mají čtyři části: vůle, plánování, smysluplné jednání a úspěšný výkon. Závisí na nich samostatné fungování člověka. Porušením exekutivních funkcí mozku vzniká dysexekutivní syndrom. Jedná se o neschopnost dlouhodobě plánovat a stanovit dílčí kroky, které jsou nutné k dosažení cíle. (Křivošíková, M. 2011)

3 DEMENCE

Demence je latinské slovo složené ze slova de (bez) a mens (mysl), označuje tak člověka, který pozbyl mysl. Odchyluje se od rozumového jednání. (Kučerová H., 2006)

Jedná se o syndrom způsobený onemocněním mozku, u kterého dochází ke snížení kognitivních funkcí, neschopnosti provádět všední denní aktivity, a k poruchám emocí, chování, spánku. Všechny tyto problémy objevující se u demencí se navzájem prolínají. (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

Definice demence dle mezinárodní klasifikace nemocí zní: *„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického a progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí). Vědomí není zastřeno. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.“* (Smolík, P. 1996, s. 62)

Porušením poznávacích funkcí, schopnosti vykonávat aktivity denního života a behaviorálních a psychologických příznaků demencí dochází ke ztrátě soběstačnosti nemocného a jeho závislosti na rodině, nemocnici, ústavu sociální péče. Pod pojmem demence si vybavíme postiženého člověka trpícího ztrátami paměti, poznávání, změnou chování a jednání, ale nejsme schopni definovat, která choroba demenci vyvolala.

3.1 Rozdělení demencí

„V průběhu času se rozdělení demencí měnilo jednak podle autorů a psychiatrických směrů, jednak podle současných poznatků vědy. Také názvosloví není jednotné, některé termíny se překrývají, jiné jsou uváděny na různých úrovních.“ (Kučerová, H. 2006)

Každé dělení má své opodstatnění, avšak pro každodenní praxi se používá dělení demencí dle MKN-10 (Smolík, P. 1996):

- Demence u Alzheimerovy nemoci (F 00)
 - ✓ Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem (F 00.0)
 - ✓ Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem (F 00.1)
 - ✓ Demence u Alzheimerovy nemoci atypického nebo smíšeného typu (F 00.2)
 - ✓ Demence u Alzheimerovy nemoci, NS (F 00.9)

- Vaskulární demence (F 01)
 - ✓ Vaskulární demence s akutním začátkem (F 01.0)
 - ✓ Multiinfarktová demence (F 01.1)
 - ✓ Subkortikální vaskulární demence (F 01.2)
 - ✓ Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence (F 01.3)
 - ✓ Jiné vaskulární demence (F 01.8)
 - ✓ Vaskulární demence, NS (F 01.9)
- Demence u jiných nemocí zařazených jinde (F 02)
 - ✓ Demence u Pickovy choroby (F 02.0)
 - ✓ Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci (F 02.1)
 - ✓ Demence u Huntingtonovy nemoci (F 02.2)
 - ✓ Demence u Parkinsonovy nemoci (F 02.3)
 - ✓ Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie – HIV (F 02.4)
 - ✓ Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde (F 02.8)
- Neurčená demence (F 03)

Významné je pro nás i rozdělení podle příčiny vzniku demence (Jiráček, R. 2009):

- Demence vzniklé atroficko-degenerativními procesy – dochází ke snížení počtu nervových buněk, počtu spojů (synapsí) těchto buněk a k poruše nervových i pomocných nervových buněk (neuronů, neuroglií). Vede to k ukládání patologických bílkovin a k další degradaci. Důsledkem neurodegenerace vzniká porušení funkce mozku a dochází k syndromu demence.
- Symptomatické (sekundární) demence – vznikají na podkladě celkových onemocnění organismu (infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek).
 - ✓ Demence vaskulární (příčinou porušení mozkových cév, krevního zásobení mozku)
 - ✓ Ostatní symptomatické demence

3.2 Epidemiologie demencí

Demence je zdravotní problém přinášející s sebou zdravotní problémy a společenské důsledky. Dostává se do popředí nejčastějších onemocnění, převyšuje již výskyt diabetes mellitus (cukrovky) a cévních mozkových příhod. (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

Postihuje nejvíce starší populaci, četnost jejího výskytu se přímo úměrně se stárnutím zvyšuje. Výskyt v různých věkových kategoriích závisí především na příčině vzniku demence. U mladších převládá vznik demence vlivem traumatického poškození mozku, u starších oproti tomu degenerativní postižení. (Vágnerová, M. 2004)

„Celkový počet pacientů v naší republice trpících demencí se odhaduje na 100 000 osob, četnost výskytu (prevalence) je tedy přibližně 1 % všech občanů. S věkem se výskyt demencí zvyšuje. V populaci starší než 65let je četnost výskytu asi 5%, objevuje se asi 10 nových případů na 1000 občanů za rok. V e věkové kategorii nad 85 let trpí demencí 30-50 % jedinců. Objevuje se asi 90 případů na 1000 jedinců za rok.

Většina pacientů trpících demencí prochází na začátku stadiem tzv. mírné kognitivní poruchy, která se vyskytuje u 1-5% celkové populace, v 11% u populace nad 90 let. Z uvedeného vyplývá, že věk je hlavní rizikový faktor demencí.“ (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009, s. 21)

3.3 Základní klinické příznaky demencí

Při demenci jsou postiženy tři významné okruhy, které se navzájem prolínají. Jedná se o základní poruchy, které jsou u nemocných patrné (ztráty paměti, poznávání, změny v chování a jednání).

Jak už bylo nastíněno, tyto tři okruhy tvoří postižení kognitivních funkcí, aktivit denního života, behaviorální a psychologické příznaky. (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace DSM-IV uvádí následující kritéria (Hátlová, B., Suchá, J. 2005):

- Zhoršení paměti (neschopnost naučit se novým poznatkům a vybavit si poznatky naučené dříve)
- Nejméně jedna z následujících poruch poznávacích funkcí:
 - ✓ Afázie (ztráta symbolické funkce řeči, vztahující se k chápání a vyjadřování myšlenek prostřednictvím slov)

- ✓ Apraxie (neschopnost provádět motorické aktivity navzdory neporušeným motorickým funkcím)
- ✓ Agnózie (neschopnost rozpoznávat nebo identifikovat věci navzdory nepoškozeným sensorickým funkcím)
- ✓ Narušení výkonných funkcí (plánování, organizování, následnost, abstrakce atd.)

3.3.1 Postižení kognitivních funkcí

Kognitivní funkce jsou funkce poznávací a patří mezi základní funkce mozku. Patří mezi ně především paměť, myšlení, pozornost, zrakově-prostorové schopnosti a řeč. Podle lokalizace poruchy mozku při demenci rozlišujeme i poruchy poznávacích funkcí. Poruchy paměti jsou typické pro většinu demencí kortikálních a kortikosubkortikálních. Poruchami chování začínají frontotemporální demence (př. Pickova choroba) a poruchami exekutivních funkcí například subkortikální demence (Parkinsonova nemoc). (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

Postižení paměťových funkcí nejprve postihuje paměť krátkodobou a střednědobou tzn. neschopnost učit se novým věcem, uchovávat nové informace, zvládat nové dovednosti, řešit vzniklé problémy. Postupně postižení progreduje a zasahuje i do vybavování starších vědomostí, vede ke zpomalení a nepřesnosti. Na začátku se lidé nemocní demencí snaží zakrýt ztráty paměti konfabulacemi. Udávají často nesprávné údaje a potýkají se s problémem, kdy již nerozliší skutečné události od těch, které jsou produktem vlastní představivosti. V neurologii se tato porucha projevuje změnou hipokamu.

Porucha pozornosti vede k zhoršení výkonnosti člověka. Nemocný má potíže se soustředěním, s kvalitou a udržením koncentrace pozornosti. Vede to k neschopnosti učit se a provádět složitější aktivity.

Snížená funkce myšlení se projevuje v oblasti formální i obsahové. Nejdříve se ztrácí schopnost abstraktně uvažovat. Objevují se problémy v plánování, organizování, chápání vztahů a situací. Tento úpadek se nerozvíjí plynule, konkrétní myšlení bývá zachováno delší dobu.

Porušení gnostických funkcí vede k neschopnosti adekvátně přijmout běžné informace, rozpoznat známé objekty, přestože sensorické funkce jsou zachovalé. Popisujeme tak agnozie (člověk vidí a slyší, ale nepoznává).

Porucha orientace v čase, prostoru, osobách a sobě samém. Nemocný se neorientuje ve dnech, měsících někdy ani letech, ztrácí se ve dnech v týdnu a bloudí i ve známém prostředí. Přestává rozumět sociálním vztahům a neúměrně reaguje na vzniklé situace. Může nastat až ztráta identity. V důsledku toho vznikají bludná přesvědčení nemocného, že jej například někdo okradl, nebo že mu někdo schovává věci apod. Degraduje to až v neschopnost logicky uvažovat.

Porucha řeči negativně ovlivňuje celkové zpomalení, ztráty paměti i snížení myšlení. Nemocný má potíže rozumět mluvenému slovu, verbálně se vyjadřovat a tím dochází k narušení komunikace s okolím. Porucha se projevuje zpomalením verbálního projevu se syntaktickými a sémantickými chybami, nepřesnostech a záměnách používaných slov či jejich opakování. Často se objevují obtíže i v porozumění úkolu, který se od nemocného očekává. Rozlišujeme poruchy dle jejich funkce: motorická, neplynulá afázie (narušení verbální produkce), sensorická, plynulá afázie (porucha rozumět mluvené řeči), agrafie (neschopnost písemného vyjádření), alexie (porucha čtení). (Vágnerová, M. 2004)

3.3.2 Postižení aktivit denního života

Do aktivit denního života patří profesionální, instrumentální a personální dovednosti. K jejich postižení dochází úměrně k typu a stádiu demence. Nejprve dochází ke ztrátě vykonávat složitější profesní aktivity, poté se postižení rozšiřuje na aktivity instrumentální, jako je schopnost nakládat s penězi, nakupovat apod. Poslední personální dovednosti nebo také PADL (personal activities of daily living) jsou postiženy u pokročilých demencí, jedná se o poruchy schopnosti oblékat a svlékat se, samostatně se najíst, dodržovat osobní hygienu atd. U těžkých demencí dochází k inkontinenci moči i stolice a nemocný se stává závislým na péči okolí (rodiny, pečovateli). (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

3.3.3 Behaviorální a psychologické příznaky demence

Poruchy emocí (afektů a nálad), chování, spánku (cyklu spánku a bdění) souhrnně se nazývající behaviorální a psychologické příznaky demencí se mohou projevovat již v prvních stádiích demence např. u frontotemporálních demencí, obvykle se však projevují až ve středních stádiích demence a vrcholí v těžkých stádiích. Často se u demencí vyskytují také psychotické příznaky např. psychózy, kdy nemocný nerozezná skutečnost od fantazie (bludy, halucinace, deliria). (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

Poruchy emocí jsou u demencí časté a objevují se již na počátku onemocnění. Nemocný je neadekvátně euforický, lítostivý, depresivní nebo úzkostný. Zpravidla se jedná o přechodný stav v důsledku emoční lability. Výraznější změny nálad a deprese se vyskytují u onemocněných vaskulární demencí. Dochází také ke ztrátě motivace, nemocný se upíná na stereotypní rutiny. Tím dochází k apaticko-abulickému syndromu, který je popisován odmítáním, nezájmem nemocného. (Vágnerová, M. 2004)

Poruchy chování různého charakteru u demencí. Stavby neklidu u Alzheimerovy choroby, kterému se také říká agitovanost. Neklid spojený s agresivitou například, útky z domova, napadání členů rodiny, pečovatelů, nadávání, ničení majetku. Mezi poruchy chování řadíme i klidné jednání (přenášení věcí, uklízení apod.).

Poruchy spánku u demencí patří mezi nejčastější problémy u demencí. Patří sem nespavost, ale i nadměrná spavost, ta se ovšem vyskytuje méně často. Obvykle dochází k poruše cyklu spánku. Postižení později usínají a později se probouzejí, což může vést až k inverzi spánku (bdělost přes noc, spánek ve dne). (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

3.4 Léčba demencí

V dnešní době jsou již některé demence léčitelné a dokonce vyléčitelné i bez následků tzv. reverzibilní. Stále však jsou demence, které se zatím vyléčit nedají například Alzheimerova choroba. Lze ale užít vhodnou léčbu a zpomalit průběh demence a zlepšit kvalitu života postižených tímto onemocněním. Léčba by měla být konzultována v rámci multidisciplinárního týmu a měla by komplexně pokrývat léčebné přístupy užívané v léčbě demencí. Léčbu dělíme na biologickou a nebiologickou. (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

3.4.1 Biologický léčebný přístup

„Z biologických léčebných přístupů je nejpoužívanější farmakoterapie. Farmakoterapii lze zhruba rozdělit na kognitivní farmakoterapii, ovlivňující především porušené poznávací funkce, a na nekognitivní farmakoterapii, ovlivňující přidružené poruchy nálad a afektů, chování, spánku.“ (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009, s. 88)

Při **kognitivní farmakoterapii** se snažíme ovlivnit neurodegenerativní mechanismy mozku.

U lehkých a středních forem Alzheimerovy choroby se užívají inhibitory acetylcholinesteráz. Acetylcholinesterázy a butyrylcholinesterázy jsou enzymy

odbourávající neurotransmitter – acetylcholin, významný pro paměť. Inhibicí (snížením) těchto enzymů v mozku získáme zvýšení mozkového acetylcholinu a tím zlepšení paměťových funkcí. U nás se užívají 3 inhibitory – donepezil, rivastigmin a galantamin.

V těžkých stádiích Alzheimerovy choroby se užívá memantin, látka částečně blokuje receptory, na které se váží přenašeči vzruchu, kterými jsou excitační aminokyseliny (glutamát, asparát aj.). Memantin chrání nervovou buňku před škodlivinami (např. nadměrné množství kalcia) a zlepšuje schopnost učení. Užívá se i u jiných typů demence, než je Alzheimerova choroba.

Ve farmakoterapii se dále užívají látky likvidující volné kyslíkové radikály, které jsou u syndromu demence v nadbytku a organismus je nestačí odbourávat. Tyto farmaka jsou užívána spíše jako doplňková a patří sem E – vitamin, betakaroten, retinol, C – vitamin, selen aj. Mezi doplňková farmaka u vaskulární demence, ale i Alzheimerovy choroby patří i nootropní farmaka podporující látkovou přeměnu mozku, je to např. piracetam nebo pyritinol. Zkouší se i látky, ze kterých vznikají nervové růstové faktory či antirevmatické látky, jedná se o snahu vzniku nových spojení nervových buněk (novotvorbě nervových buněk) a potlačení zánětlivé reakce.

Nekognitivní farmakoterapie slouží k tišení neklidů, delirií a ovlivňuje poruchy chování, spánku, změny nálad apod. Patří sem antipsychotika II. generace, antidepresiva a moderní anxiolytika. (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

3.4.2 Nebiologický léčebný přístup

Nebiologický léčebný přístup nebo také nefarmakologická léčba demencí, zahrnuje aktivační terapii a trénink kognitivních funkcí. Důležitý je režim dne, přiměřená aktivace během dne a dobré rodinné zázemí. (Hátlová, B., Suchá, J. 2005)

Tento přístup je používán převážně ve fázích rozvinuté demence, kdy jsou nemocní schopni ještě určitých sebeobslužných úkonů, a je zachována dostatečná komunikace. Lidé s demencí profitují z pravidelnosti denního režimu. (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

„V současné době je v rámci resortu sociálních služeb implementována nová legislativa (zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách), která stanovuje, že mají být respektována přání uživatelů sociálních služeb na takový režim, jaký uživatelé stanoví.“ (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009, s. 91)

Počátkem denního programu je ranní hygiena a přirozený rytmus dne udává doba jídel. Do denního režimu dále spadá aktivace nemocných.

Do aktivační terapie řadíme (Hátlová, B., Suchá, J. 2005):

- Kondiční ergoterapii, jejímž cílem je smysluplná činnost člověka s demencí, vnímání vlastní důležitosti, sounáležitosti s druhými, vyplnění volného času, prevence psychických příznaků, udržení příp. i rozvíjení stávajících schopností nemocného. (př. výtvarné techniky, textilní techniky, práce s papírem, nácvik jemné motoriky aj.)
- Pet-terapie, která je popisovaná jako asistovaná psychoterapie pomocí zvířecích miláčků.
- Reminiscenční terapie, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů.
- Muzikoterapie, která využívá hudby jako léčebného prostředku. Využívá se zpívání za doprovodu hudebního nástroje nebo bez něj, příp. mohou nemocní sami doprovázet na jiné rytmické nástroje, nebo jde pouze poslech hudby.
- Taneční terapie, která je popisována jako psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který pozitivně působí na behaviorální a psychologické postižení u lidí s demencí. Tanec je chápán jako terapeutický prostředek napomáhající komunikaci, zlepšení emotivity, zlepšení koordinace pohybu, nárůst celkové síly či zlepšení rovnováhy, kdy estetická stránka stojí v pozadí.
- Kognitivní rehabilitace, do níž spadá trénink paměti, nácvik orientace a další.
- Kinezioterapie, která je cíleným působením na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, funkce, stavy, osobnost a její vztahy prostřednictvím programu využívajícího prvků tělesných cvičení, sportů a pohybových her.

3.5 Alzheimerova demence

„Název Alzheimerova demence, nebo též Alzheimerova nemoc, pochází původně od Emila Kraepelina z roku 1910, který ji nazval podle autora jejího prvního popisu, Aloise Alzheimerera (Graeber et al., 1998). Alois Alzheimer v roce 1907 vydal svoji původní práci o chorobě pacienta Augusta D., kde popsal četné neurofibrilární spleti amyloidové plaky v jeho mozkové tkáni.“ (Kučerová, H. 2006, s. 21)

Alzheimerova demence patří mezi nejčastější, představuje aspoň 50% všech demencí a dalším podílem je její kombinace s jinými příčinami. Jedná se o závažné neurodegenerativní onemocnění. (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

3.5.1 Patogeneze Alzheimerovy choroby

U pacientů s Alzheimerovou chorobou dochází ke změnám v mozkové tkáni. Typicky nalézáme neuropatologické a neurochemické podklady. Jiráček dělí tyto změny na makroskopické a mikroskopické.

Makroskopické změny jsou projevem kortiko-subkortikálních atrofií mozku. Dochází ke ztenčení mozkových gyrů, tím rozšířením sulků, což může vést k rozšíření i mozkových komor. Řada autorů uvádí, že dochází k atrofii neuronů již v raných stádiích onemocnění a to hlavně v oblasti hipokampu a entorhinálního kortexu.

Mikroskopické změny extracelulární a intracelulární. Extracelulární mikroskopické změny se popisují jako patologické ukládání bílkoviny beta amyloidu. Tato bílkovina vzniká z amyloidového prekurzorového proteinu (APP) a je potřebná pro běžné fungování neuronů. Za normálních podmínek při štěpení je APP rozpustné. Při patologii u AD se objevuje zvýšené štěpení APP nebo je toto štěpení alterované. Beta amyloid vytváří shluky nepravidelných okrouhlých tvarů, kolem nichž dochází k destrukci nervové tkáně. Dává tím tak vznik tzv. alzheimerovským neboli neuritickým plakům. Intracelulární mikroskopické změny jsou pak změny vznikající v důsledku degenerace bílkoviny tau proteinu. Za normálních fyziologických okolností tvoří tato bílkovina mikrotubuly nervových buněk. U AD se tau protein uvolňuje z vazby a dochází ke vzniku tzv. spirálních vláken, která jsou následně základem tzv. neurofibrilárních klubek. Postižením těchto neuronů dochází k jejich zániku. Vyšetření tau proteinu v mozkomíšním moku je pro AD specifické, je totiž zvýšen téměř u všech jedinců s lehkým kognitivním deficitem. (Preiss, M., Kučerová, H. 2006)

3.5.2 Klinický obraz Alzheimerovy choroby

Demence bývá charakterizována nenápadným a plíživým rozvíjením. Nejprve dochází k poruchám paměti. Poměrně brzy se objevují i poruchy orientace v prostoru i čase. Prohlubováním demence začínají pacienti bloudit, nejdříve v méně známých místech, které nenavštěvovali příliš často a poté i ve svém domě. Postupně dochází až k zániku logického uvažování a porucha paměti se rozvíjí někdy až k amnestické dezorientaci. Dochází k zapomínání jmen, snížení slovní zásoby

i k celkovému snížení intelektu. Musíme brát, ale v úvahu dosažené vzdělání a IQ pacienta před onemocněním. Bude se nám lišit snížení intelektu u dojičky krav a vědce.

V těžkých stádiích demence dochází k poruchám chůze, jemné pohyblivosti a poruchám aktivit denního života. Alzheimerova choroba končí smrtí a trvá obvykle od objevení prvních příznaků do smrti 7-10let. Je pravděpodobné, že se délka přežití bude nadále prodlužovat s použitím nových léčebných přístupů. Pacienti s AD umírají často na bronchopneumonie (záněty plic a průdušek), které jsou u stejně starých lidí netrpící AD léčitelné. Další příčinou bývají úrazy nebo následky úrazů. (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

3.5.3 Fáze onemocnění Alzheimerovou chorobou

(Hátlová, B., Suchá, J. 2005) rozdělují ve své knize AD (volně podle Rapp et al. 1992) následovně:

- Prodromální fáze – zapomnětlivost
- AD I. – časná fáze – zapomínání pojmů, poruchy plynulosti řeči
 - ✓ Chování – pacient minimalizuje, racionalizuje a popírá vznikající problém, snižuje se kvalita činnosti, dochází k narušení meziosobních vztahů
 - ✓ Funkce – mírně snížená kvalita vnímání vyvolává head turning sign, nemocný se otáčí tak, aby mohl plně vnímat informace
 - ✓ Paměť, orientace – zapomíná nedávné situace a nové informace, má sníženou schopnost orientace na neznámých místech
 - ✓ Pohybové funkce – nedochází ke kvalitativním změnám, pohyby jsou pouze pomalejší
 - ✓ Emoce-nálady – přibývá vnímané nejistoty, objevují se úzkostné a depresivní stavy
 - ✓ Myšlení a vnímání – situačně se zhoršuje kvalita řeči, zejména ve spontánním projevu
 - ✓ Vykonávání činnosti – situačně se zhoršuje kvalita činnosti
 - ✓ Vědomí – uvědomování – situačně se zhoršuje kvalita rozpoznávání a vnímání rozdílů
- AD II. – časná střední fáze – narušení osobnosti, úbytek schopnosti orientace v prostoru a v čase, chudý jazyk a mluvní projev, konfabulace

- ✓ Chování – snížená kvalita vnímání vyvolává head turning sign, nemocný se otáčí tak, aby mohl plně vnímat informace, chybné usuzování, potřeba pomoci při cestování
 - ✓ Funkce – popírání nemoci a úbytku schopností, snížená schopnost soběstačnosti
 - ✓ Paměť – chybná následnost činností v denním režimu, problém s vnímáním času, chyby v sebeobsluze, zapomínání pojmů
 - ✓ Orientace – dezorientace v prostoru a čase, stereotypní chování
 - ✓ Pohybové funkce – snížení svalového tonu, situační třes
 - ✓ Emoce-nálady – nejistoty, možnost úzkostných a depresivních stavů
 - ✓ Myšlení a vnímání – snížená schopnost vnímat a správně používat pojmy
 - ✓ Řeč-mluva – opisy výrazů, odvozování, několikanásobné opakování, konfabulace
 - ✓ Vykonávání činností – nízká schopnost koordinované činnosti
 - ✓ Vědomí – uvědomění – snížené rozlišování reality a vlastních představ, stereotypnost
- AD III. Pozdní střední fáze – nárůst egocentrismu, výrazná porucha paměti, nekomunikace s okolím, zapomínání jmen kromě vlastního, neschopnost počítat
 - ✓ Chování – snížení zájmu o vlastní hygienu, sebestřednost
 - ✓ Funkce – porucha funkcí, nutný dohled
 - ✓ Paměť – nízká schopnost zapamatování, potíže ve vybavování
 - ✓ Orientace – nízká kvalita orientace v obvyklých předmětech, v obvyklých vztazích
 - ✓ Pohybové funkce – pomalá, opatrná, obtížně koordinovaná chůze
 - ✓ Emoce-nálady – nárůst agresivity a kombinovaného chování
 - ✓ Abstraktní myšlení – halucinace, bludy, chybné užívání pojmů
 - ✓ Řeč-mluva – echolalie (opakování slov, která slyší), verbigerace (opakování jednoho slova), neologismy
 - ✓ Vykonávání činností – neschopnost sebeobsluhy, nemocný neví, co má dělat s rukama, co a jak dělat
 - ✓ Vědomí – uvědomění – nerozumění gestům, pojmům, ztráta pravolevé orientace.

- AD IV. Pozdní fáze I – nekomunikace s okolím, inkontinence, úplná závislost v péči
- AD IV. Pozdní fáze II – selhání funkcí, úplná závislost na péči

3.5.4 Genetické faktory Alzheimerovy choroby

U některých nemocných Alzheimerovou chorobou se vyskytuje choroba familiárně – bylo zjištěno více postižených tímto onemocněním v pokrevním příbuzenstvu. V důsledku toho, i když se jedná o menší počet pacientů, jsou hledány genetické faktory. Nalezlo se několik genových mutací, a to na chromozomech 21, 14 a 1, které vedou ke spuštění tvorby a ukládání patologické bílkoviny beta amyloidu. Dále existují tzv. genetické polymorfizmy (jedna geneticky zakódovaná bílkovina se může vyskytovat v několika formách, které jsou jen málo odlišné). U AD je to například apolipoprotein E epsilon 4, bílkovina přenášející cholesterol. V rozvoji nemoci však nehrají roli jen genetické faktory, ale pravděpodobně i faktory negenetické, existuje i hypotéza, že Alzheimerova choroba je polygenní onemocnění. (Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009)

3.6 Vaskulární demence

(Preiss, M., Kučerová, H. 2006) Vaskulární demence (VaD) je druhým nejčastějším typem demence ve starším věku, hned po Alzheimerově chorobě. Obecně je definována jako kognitivní deficit, vznikající na podkladě cévního onemocnění mozku.

Ke stanovení diagnózy pravděpodobné vaskulární demence musí být rozpoznány tři základní skutečnosti, podle kritérií NINDS-AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences)

- Demence – pokles paměťových a dvou či více dalších kognitivních schopností (orientace, pozornost, řeč, zrakově-prostorové funkce, exekutivní schopnosti, motorická kontrola, praxe). Postižení by mělo být natolik závažné, že se objevuje v každodenním životě. Vyloučit je nutno jiná onemocnění mozku, která zahrnují potíže s pamětí, jako je například Alzheimerova choroba a poškození zamezující neuropsychologickému vyšetření.
- Cévní onemocnění mozku – definované přítomností ložiskového nálezu při neurologickém vyšetření (paréza, pyramidová iritace, sensorický deficit, hemianopsie, dysartrie), prokázané zobrazovacími metodami – CT, MRI.

- Vzájemná souvislost předchozích dvou poruch, manifestovaná přítomností jedné nebo více následujících podmínek: počátek demence v průběhu 3 měsíců po rozpoznané mozkové příhodě, další podmínkou je náhlá deteriorace kognitivních schopností nebo stupňovitá progresse kognitivního deficitu.

3.6.1 Klasifikace vaskulární demence

Můžeme se setkat s různým rozdělením vaskulárních demencí, nejsou plně jednotná.

Dle prací Romána (1999, u nás: Rektorová, 2004) a Erkinjuntioho (2002) VaD dělíme:

- Lokalizace:
 - ✓ Kortikální – strategicky umístěný infarkt, multiinfarktová demence
 - ✓ Subkortikální – lakunární demence, Binswangerova nemoc
- Etiologie:
 - ✓ Ischemické – onemocnění malých či velkých tepen, kardioembolizace, difúzní hypoxie
 - ✓ Hemoragické
- Klinického průběhu:
 - ✓ Akutní: do 3 měsíců po iktu
 - ✓ Subakutní: s chronicko – progredujícím průběhem

(Borzová, C., Holmerová, I., Jiráček, R. 2009) Rozlišujeme tři nejrozšířenější typy vaskulárních demencí:

- Vaskulární demence s náhlým začátkem – vzniká po mozkových infarktech významných pro paměť. Rozvíjí se rychle po cévních mozkových příhodách.
- Multiinfarktová demence – vzniká při postižení infarkty v oblasti mozkové kůry a bílé hmoty. Průběh je kolísavý s častými změnami psychického stavu.
- Převážně podkorová vaskulární demence – postihuje bílou hmotu mozku a šedou hmotu v oblastech bazálních ganglií – mozkových jader řídící hlavně jemnou motoriku a exekutivní funkce. Tato demence je nazývána Binswangerova choroba a vzniká převážně u lidí trpících vysokým krevním

tlakem. Klinickým projevem je výrazné zpomalení, výskyt depresí, poruch exekutivních funkcí a jemné motoriky.

3.6.2 Rizikové faktory

Existují rizikové faktory vzniku vaskulární demence. Primární a sekundární prevencí lze předcházet cévnímu onemocnění mozku. Tyto faktory můžeme rozdělit na dvě skupiny, a to léčbou ovlivnitelné a neovlivnitelné.

Rizikové faktory, léčbou ovlivnitelné: arteriální hypertenze, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, ischemická choroba srdeční, fibrilace síní, ateroskleróza, kardioembolizace, nadváha, kouření, zvýšená konzumace alkoholu a další.

Rizikové faktory, léčbou neovlivnitelné: věk (vyšší než 45 let u mužů, postmenopauzální věk u žen), mužské pohlaví, genetická predispozice, předchozí cévní mozková příhoda, nízký stupeň dosaženého vzdělání. (Preiss, M., Kučerová, H. 2006)

3.6.3 Srovnání vaskulární demence a Alzheimerovi choroby

V praxi není dána ostrá hranice mezi vaskulární a Alzheimerovou demencí. Někteří autoři to považují za kontraproduktivní striktně je od sebe odlišovat.

„Obě onemocnění sdílejí obdobné rizikové faktory. Je známo, že cévní onemocnění mozku negativně ovlivňuje průběh a progresi AN. Je tedy nutné pátrat po vaskulárních rizikových faktorech u obou onemocnění, přičemž z včasné a důsledné terapie budou profitovat jak pacienti s VaD, tak i s AN.“ (Preiss, M., Kučerová H. 2006 s. 183)

Předpokládá se v budoucnosti v rámci kognitiv stejný léčebný postup VaD a AN.

Tabulka 1 Vaskulární demence vs. Alzheimerova choroba

Vaskulární demence	Alzheimerova choroba
Variabilní klinický obraz	Postupně progredující klinický obraz
Stupňovitá deteriorace	Pozvolna progredientní deteriorace
Mnohdy rychlý nástup potíží	Pomalý nástup obtíží
Časté motorické obtíže	Více obtíže kognitivních funkcí
Většinou ložiskový neurologický nález	Většinou histopatologické nálezy
Většinou u mužů	Většinou u žen

Zdroj: (Preiss, M., Kučerová H. 2006)

4 HRA

„Cílem ergoterapie je podpořit zdraví a celkový pocit pohody jedince prostřednictvím smysluplného zaměstnávání. Ergoterapeuti jsou přesvědčeni o tom, že zdraví může být ovlivněno činností člověka. Ergoterapie je léčba osob s tělesným a duševním onemocněním nebo disabilitou, při které se používají specificky zvolené činnosti s cílem umožnit osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a nezávislosti ve všech aspektech života. (Rada ergoterapeutů evropských zemí, 2000)“
(Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L. 2009 s. 13)

V ergoterapii se využívá aktivizace jako podněcování, stimulace k činnosti. Používá se u dětí, ale i dospělých osob, často dlouhodobě hospitalizovaných. Bez aktivizační stimulace dochází k deprivaci, apatii a duševní vývoj se zpomaluje. Aktivizace je užívána v ergoterapii, ale jedná se i o samostatnou terapii, její využití nalezneme v domovech pro seniory, u geriatrických pacientů, v psychiatrických léčebnách a u klientů trpících demencí. (Vodáková, J., Dyrťová, R., Cetková M., Beránek, V. 2003)

Podle zásad prosazovaných již Komenským "škola hrou" v jeho didaktice, která se stala na dlouhou dobu základem výuky vůbec, se využívá přístupu aktivace pocitového mozku (limbického systému) při hře jako zařízení, které je schopno fixovat v paměti vyučovaný program a dosáhnout jeho hravým opakováním potřebné priority, aby mohl probíhat později zcela automaticky podvědomě. (Véle, F. 2007)

„Hra je starší než lidstvo samo. Hry a hrové prvky můžeme sledovat i u mláďat všech vyšších živočichů, především savců.“ (Koťátková, S. 2005 s. 11)

Parham, 1997 definoval hru: Hra je jakákoliv spontánní nebo organizovaná činnost, která poskytuje potěšení, zábavu, pobavení nebo rozptýlení. (Krivošíková, M. 2011)

Slovo hra obecně označuje rozsáhlou skupinu činností, do které se řadí stolní hry, hry na něco, pohybové hry, sportovní a dobrodružné hry, hra na hudební nástroj, divadlo, karetní a jiné hazardní hry. Každý druh hry zdůrazňuje určité stránky života, jsme buď aktéry, diváky či posluchači. Hra dává příležitost si procvičit různé situace bez obav z následků. Je přirozeným způsobem učení a vyjádření radosti a pocitů již od dětství. (Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L. 2009)

„Volnočasové aktivity jsou významnou součástí každého jedince, umožňují mu prožívat úspěch, spokojenost, naplnění, ale také někam patřit, být členem nějaké skupiny, cítit se přijímaný.“ (Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L. 2009 s. 218)

4.1 Hra a její vývoj

V literatuře zaměřené na hru nalezneme různé vymezení definice a vývoje hry, každý obor ji vymezuje dle vlastních kritérií. Eric Berne, psycholog a psychiatr specializující se v oblasti transakční analýzy definuje hru z vývojového hlediska následovně: *„Hra je sled na sebe navazujících transakcí, zčásti zjevných zčásti skrytých, s určitými nástrahami. Obvykle souvisí s problematickým scénářem a vedou k předvídatelnému konci.“*

Transakcí rozumíme v Berneho teorii komunikaci mezi lidmi či jinak řečenou jednotku společenského styku, pro niž má zásadní význam rozlišování tří stavů ega (rodič, dítě, dospělý).

Rodič reprodukuje pocity, způsoby chování, gesta, názory a postoje, které si dítě převzalo od rodičů či významných dospělých.

Dítě se nazývají stavy citového rázu. Vnitřní duševní stavy člověka v dětství jako jsou bezmoc, strach, provinilost, protest, radost.

Dospělý se řídí na základě své vlastní zkušenosti a rozumu.

Dle stavu ega, které je u komunikujících osob, hodnotíme průběh a výsledek transakce. Rozlišujeme dobré transakce (rovnoběžné, vzájemně se doplňující) a transakce, které jsou zdrojem nepříjemností (zkřížené). Příkladem je například rozhovor manželů, kdy v prvním případě komunikace dospělý – dospělý:

Muž: „Nevíš, kam jsem si dal brýle?“

Žen: „Viděla jsem je na konferenčním stolku.“

Při zkřížené transakci rodič – dítě:

Muž: „Nevíš, kam jsem si dal brýle?“

Žena: „Kdyby sis dával věci, tam, kam patří, věděl bys to.“

Společenské činnosti se dají dělit:

Postup je řada jednoduchých doplňkových transakcí dospělého určený k manipulaci se skutečnostmi. Patří sem například operace střeva.

Obřad je stereotypní řada jednoduchých doplňkových transakcí, jež jsou programovány vnějšími sociálními silami. Příkladem může být obřad pozdravení.

Zábava je potom sled poloobřadných, jednoduchých doplňkových transakcí, jež se soustřeďují na jednu oblast materiálu a jejichž úkolem je zorganizovat daný úsek času. Pro takový úsek je typické, že jsou ohlašovány na počátku a konci jistým postupem či obřadem. Zábavy se užívá například na různých společenských večírcích. Kromě zábavy, která vyplňuje čas, zaznamenáváme funkci v průběhu zábavy tzv. průzkum sociálního terénu, kdy si vybíráme své potencionální spoluhráče pro možné hry a vylučujeme, ty se kterými se nechceme stýkat.

Analýza her se využívá často v psychoterapii a je třeba odhalit a znemožnit její pokračování, opakování tím, že klient dosáhne náhledu a změny. (Valenta, M. 2008)

Nejčastěji se využívá hra jako specifická aktivita, která zprostředkovává jedinci socializaci, kulturaci a rozvoj funkcí. Hra se vyvíjí podle věku a na něj vázaných sekvencí neboli epoch. Každá z těchto sekvencí má své charakteristiky.

Senzomotorická epocha trvající od narození po zhruba 2 roky věku, pro kterou je charakteristické prozkoumávání prostoru a manipulace s předměty a osobami v bezprostředním okolí dítěte. Zapojuje se hlavně senzorická, ale i motorická zkušenost.

Symbolická a jednodušekonstruktivní epocha trvající mezi 2. a 4. rokem věku. Jazykové dovednosti rozvíjí symboly pro akce a vlastnosti, které byly objeveny v předchozí epoše. Schopnost komunikace prostřednictvím symbolů a rozvíjející se schopnosti jemné a hrubé motoriky. K senzomotorické zkušenosti se přidává představivost.

Dramatická, komplexněkonstruktivní a předherní epocha trvající mezi 4. a 7. rokem věku. Učení se novým konceptům a zkušenostem prostřednictvím hry. Začíná rozumově chápat pravidla činností. Dramatická hra nahrazuje představivost. Přejít z průzkumné do způsobilé hry.

Herní epocha trvající mezi 7. a 12. rokem věku. Smysl pro kontrolu a ovládání. Pravidla určují způsob hry a jak zacházet s předměty.

Rekreační epocha trvající mezi 12. a 16. rokem věku. Zlepšení dovedností a interakcí jedince ve vztahu k chování v roli dospělého. Hry a sociální aktivity demonstrují role funkcí, pravidel a vzorců spolupráce s týmem nebo skupinou. (Krivošíková, M. 2011)

4.2 Hra v ergoterapii

V ergoterapii se hra a volnočasové aktivity využívají jako kondiční prvek terapie, ke konkrétnímu osvojování nových dovedností či udržování dovedností již získaných, a k pomoci klientům trávit volný čas.

Jako kondiční prvek terapie využívají hry ergoterapeuti většinou ve stacionářích pro děti i dospělé, v domovech pro seniory, na rekondičních pobytech či v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Pomocí her lze nenásilně trénovat jemná a hrubá motorika, komunikační dovednosti, rozhodování, spolupráce s ostatními, relaxace, zpracovávání emocí spojených s úspěchem či neúspěchem, paměť, vnímání, pozorování, myšlení, představivost, kreativitu a jiné. Ergoterapeut se v rámci her stará i o poradenství, doporučuje aktivity, pomáhá klientovi s nalezením koníčků a možnostmi jejich realizace (např. hmatové pexeso pro nevidomého apod.). Ergoterapeut zprostředkovává informace i o kontaktech na určité zájmové skupiny ať sportovní nebo tvořivé.

Hry ergoterapeut volí přiměřeně k věku a zvyklostem klienta, což je důležité hlavně u dospělých. U dětského klienta herní dovednosti zjišťujeme nejen pozorováním, ale i komunikací s rodinnými příslušníky. Ergoterapeuti využívají při hrách i prvky z Bobath konceptu pro správné stereotypy a držení těla. (Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L. 2009)

4.3 Druhy her a jejich uplatnění v rehabilitaci

(Klusoňová, E. 2011) rozděluje hry:

- Funkční hry – nejjednodušší forma hry dítěte bez hračky. Spontánní pohyby se stávají cílenými a vědomými, tím dochází k poznávání vlastního těla. Matka nebo terapeutka mohou podněcovat pohybovou aktivitu a hlasové projevy kojence verbálním kontaktem, hlazením, doteky a změnami poloh, kterými stimuluje vzpřimovací, rovnovážné a obranné reakce.
- Manipulační hry – manipulace s předměty, vnímá tvary, zvuky, barvy a poznává je hmatem. Uplatňuje se již v kojeneckém věku, kdy dítěti vkládáme do ruky hračky či je zavěšujeme v dotekové vzdálenosti. Manipulace později uplatňuje například v manipulaci se lžící apod.
- Napodobovací hry – koncem kojeneckého věku dítě napodobuje mimiku, pohyby, hlasové projevy, později zvuky zvířat, mašinek, motorů. Dochází ke zdokonalení motorických funkcí, poznávání okolního světa i rozvoji řeči.
- Úlohové hry – začínají se v jednoduché formě objevovat už v batolecím věku. Jedná se o hru „na něco“. Zdokonalení pohybové, psychické i verbální schopnosti. Zlepšuje se sociální kontakt a rozvíjí se fantazie, k dokonalosti se vyvíjejí úlohové hry v předškolním věku.

- Receptivní hry – dítě přijímá podněty, zpracovává je a rozvíjí své duševní schopnosti.
- Didaktické hry – učí se, rozvíjí poznávací procesy a vědomosti. Pedagogický význam, cílem je rozvoj rozumových schopností. Uplatňují se především v předškolním a školním věku. Využívají se v ergoterapii pro výcvik jemné motoriky a mozkových funkcí.
- Konstrukční hry – hry pro mozek a ruce. Jedná se o činnosti s jednoduchými, až velmi složitými prvky o různém materiálu. Rozvíjejí motorické a psychické funkce. V ergoterapii patří mezi nevyužívanější a mohou být považovány za přechodný článek k pracovním činnostem.
- Pohybové hry – provádějí se bez, anebo s pomůckami. Nejčastěji se jedná o skupinové hry s pravidly. Mají široké uplatnění od předškolního až do seniorského věku.
- Společenské hry – hrané většinou ve dvojici či skupině, mající většinou didaktický význam. Patří sem všechny běžné stolní hry. Uplatňují se pro zdokonalování jemné motoriky a při tréninku mozkových funkcí.
- PC hry – se využívají jak u dětí tak dospělých. Rozvíjí se jemná motorika, koordinace ruky, mozkové funkce. Často se jedná o hry didaktické, receptivní, konstrukční, společenské.
- Kimovy hry – skupinové hry ovlivňující určité vlastnosti, dovednosti, znalosti a zkušenosti. Trénují paměť, pozornost, potlačují napětí, neklid, roztěkanost a nesmělost. Využívají se u všech věkových skupin a indikační skupinou jsou i neurotici.

4.4 Herní terapie

Tato podkapitola je uvedena v souvislosti s využitím her, protože herní terapie či u dospělých osob lépe užívané „aktivizace“ se dotýká i této práce. Na téma herní terapie ve spojitosti se seniory byly již napsány diplomové práce např. „Herní práce a možnosti jejího využití v komunikaci se seniory“ autorkou Janou Blažkovou, ale stále je herní specialista využíván jen v souvislosti s dětskými pacienty, což je více méně dáno nedávným vznikem, povědomím o tomto oboru a problematikou vázanou na legalizaci oboru herní specialista.

V posledních letech dochází ke změnám v koncepci péče o děti v nemocnicích. I v České republice se začal uplatňovat princip péče zaměřené na rodinu pacienta

„Family Centred Care“. Rodiče ve spolupráci zdravotnického týmu se podílejí na zkvalitnění péče a mohou přebývat na dětském oddělení nemocnic. V zahraničí i u nás je na těchto odděleních zaměstnáván navíc i herní specialista. (Valenta, M. 2008)

„Herní terapeut, herní specialista. Pracovník, který vede herní terapii. Herní terapií se označuje přístup v dětské psychiatrii, při kterém se využívá hry jako přirozeného prostředku dětského sebevyjádření.“ (Vodáková, J., Dyrťová, R., Cetková M., Beránek, V. 2003, s. 14)

Herní specialista je „průvodce“ pacienta při jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení. Jeho úkolem je seznámit ho s prostředím, režimem daného oddělení, připravit jej na zákrok či vyšetření, být mu na blízku kdykoli je potřeba a vhodnými aktivitami vyplnit jeho volný čas. Podílí se na úpravě interiéru, přípravě vhodných pomůcek, zabývá se osvětou a preventivní činností. Nejčastěji pečuje o dětského pacienta. Měl by spolupracovat s lékaři a ostatním zdravotnickým personálem, psychology, pedagogy, rodiči. (Valenta, M. 2008)

„V České republice máme v současné době sto dvacet dva dětských oddělení a pouze na dvanácti z nich pracují herní specialisté. Ve většině případů jsou zatím na tuto práci uvolňováni zaměstnanci nemocnice, především dětské sestry a učitelky škol při nemocnicích.“ (Valenta, M. 2008 s. 145)

Herní specialista jako studijní obor není ještě u nás legalizovaný a vedou se okolo spekulace, jaký typ studijního programu apod., lze si v současné době vystudovat tři semestrový studijní program herního specialisty v rámci celoživotního vzdělávání, na pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

„Začátkem roku 1999 vzniklo občanské sdružení „Společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici“. Sdružuje nejen profesionální herní specialisty, ale i studenty a příznivce herní práce. V současné době má společnost téměř padesát členů a začala vydávat odborný časopis. Je členem NAHPS, renomované britské profesní organizace herních specialistů“ (Valenta, M. 2008 s. 181)

4.5 Hodnocení herních a volnočasových aktivit

Hry a volnočasové aktivity hodnotíme dle rozhovoru (strukturovaný, semistrukturovaný, volně vedený), dotazníku (dotazník zájmů, dotazník rolí) nebo specifickými hodnoceními a přímým pozorováním účasti klienta ve volnočasové aktivitě. K dovednostem potřebným ve hře (senzomotorické a psychosociální dovednosti) se využívají běžné testy pro vyšetření motoriky a kognitivních funkcí. (Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L. 2009)

V praktické části této práce nalezneme testování klientů pomocí Addenbrookského kognitivního testu a FIM (Funkční míra nezávislosti). Addenbrookský kognitivní test je komplexní test, který se využívá v diagnostice syndromu demence a v odlišení jednotlivých typů demence. Zahrnuje test MMSE (Mini Mental State Examination) vyšetřující mentální stav a Test hodin. Obsahuje 18 položek, které hodnotí pozornost a orientaci, paměť, slovní produkci, jazyk, zrakově prostorové schopnosti. Maximum bodů je 130.

FIM hodnotí všední denní činnosti, je určen ke stanovení stupně poruchy změn v průběhu rehabilitace. Hodnotí 18 položek v 6 oblastech: osobní péče, kontrola sfinkterů, přesuny, lokomoce, komunikace, sociální schopnosti. Každá z položek se hodnotí dle sedmibodové škály (7= celková nezávislost, 6= modifikovaná závislost, 5-3= částečná závislost, 2-1= úplná závislost). Maximum bodů je 126. (Krivošíková, M. 2011)

Specifické herní testy: Adult Playfulness Scale, Leisure Competence Measure, Leisure Diagnostic Battery, Leisure Interest Profile for Seniors a Pediatric Interest Profile jsou užívány v zahraničí. V České republice není zatím žádný z nich standardizovaný.

Hodnocení jedince ve volnočasové aktivitě se dá zkoumáním charakteru, kvality, frekvence a délky účasti. V ergoterapii k tomu užíváme analýzu činností. Optimálními metodami sběru dat jsou pak rozhovory a pozorování klienta při herní aktivitě. Zjišťuje se hlavně, co klientovi pomáhá, jeho zájem o činnost a důležité je hodnotit i subjektivní zkušenosti klienta z volnočasové aktivity.

(Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L. 2009)

5 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem této práce je zjistit pomocí výzkumného šetření jaký vliv má využití her na kognitivní funkce.

Dílčí cíle:

1. Zjistit jaký má vliv využití her orientovaných na výcvik kognitivních funkcí na soběstačnost klientů.
2. Zjistit pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce jaké je využití her v zařízeních pečujících o klienty s demencí.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání teoretických znalostí z různých zdrojů o demenci, kognitivních funkcí a hrách.
2. Vybrání sledovaných souborů seniorů a zjištění charakteristických znaků těchto skupin.
3. Nastudovat vhodné metody testování k potvrzení či vyvrácení mých hypotéz.
4. Sestavit program her pro vybranou skupinu seniorů a aplikovat ho s průběžným kontrolováním výsledků.
5. Použít nestandardizovaný dotazník, vlastní konstrukce pro zjištění informovanosti zaměstnanců s možnostmi využití her v zařízeních pečujících o tyto klienty.

Tyto výsledky budou porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s hypotézami.

6 HYPOTÉZY

Předpokládám, že:

1. Tréninkem kognitivních funkcí pomocí her lze zachovat stávající stav personálních denních činností.
2. Pomocí her lze přispět ke zlepšení kognitivních funkcí v rámci orientace, oproti zrakově-prostorovým schopnostem.
3. Využití her v zařízeních pečujících o klienty s demencí probíhá ve formě volnočasových aktivit, oproti cílenému využití v rámci ergoterapie.

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ

K posouzení vlivu her na soběstačnost a kognitivní funkce byla vybrána skupina 4 seniorů z domova pro seniory Domov důchodců Dobrá Voda. Dva z nich ve věku 70 a 85 let jsou postiženi Alzheimerovu demencí a dva ve věku 86 a 90 let vaskulární demencí. Jedná se o tři ženy a jednoho muže. Všem čtyřem sledovaným klientům byla demence diagnostikována až v seniorském věku. Pro vlastní aplikaci her byl vybrán soubor her, který byl přiměřený psychickému a fyzickému stavu vybraných klientů. Soubor her byl zvolen také pro adekvátního posouzení jejich vlivu.

Odběr dat byl od 1. 9. 2013 – 31. 12. 2013., tzn. po dobu 4 měsíců. Kromě vstupního, průběžného a výstupního vyšetření byl veden záznam o zábavnosti her, ty nejlépe hodnocené byly aplikovány opětovaně. Ovšem například sportovních her jako byl sedmiboj v rámci celého zařízení, se zúčastnili jen dva ze čtyř klientů z důvodu nedostatečné mobility zbývajících dvou klientů.

Vzhledem k zaměření celé bakalářské práce je tato práce orientována na kognitivní funkce, ostatní problémové oblasti, které byly zjištěny z vyšetření, nejsou vzhledem k rozsáhlosti tématu dále podrobněji popisovány.

V další části pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce je zjištěna povědomost a využití her v zařízeních pracujících se seniory s demencí a to v Domově důchodců Dobrá Voda, kde dotazník vyplnilo 16 respondentů a v Alzheimer centru v Písku, kde dotazník vyplnilo 50 respondentů z řad zaměstnanců.

8 METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

U všech klientů byly použity stejné metody testování. Testována byla soběstačnost a kognitivní funkce pomocí standardizovaných testů (FIM a Addenbrookský kognitivní test). Vstupní vyšetření bylo provedeno v září roku 2013, průběžné pak na přelomu října/ listopadu a výstupní na závěr roku v prosinci 2013. Spolupráce s klienty probíhala čtyři měsíce, kdy byly aplikovány hry a pomocí šetření standardizovanými testy byly zaznamenávány změny. Navíc byla vytvořena nestandardizovaná hodnotící škála zabývající se zábavností aplikovaných her při jednotlivých terapeutických jednotkách u klientů.

Pro výzkumné šetření byly u všech čtyř klientů použity kazuistické případové studie. Odběr dat byl proveden z dokumentace, formou vlastního pozorování a z rozhovoru s klientem.

V práci je dále obsažen nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Tento dotazník je určen pro zaměstnance zařízení pracujících s lidmi s demencí. Obsahuje 12 otázek, které jsou uzavřené a otevřené. Osloveny byly dvě pracoviště pracující s těmito klienty. Jedním z nich byl Domov důchodců Dobrá Voda, kde byly provedeny i kazuistické případové studie. Odtud bylo získáno 16 respondentů z řad zaměstnanců pracujících na oddělení se zvláštním režimem. Druhé oslovené pracoviště bylo Alzheimer centrum Písek, odkud bylo získáno 50 respondentů z řad zaměstnanců pracujících se seniory s demencí. Celkový počet respondentů byl tedy 66. Časové spektrum bylo jeden měsíc.

9 KAZUISTIKA

9.1 Kazuistika I.

Základní informace:

Pohlaví: Žena

Věk: 70

Diagnóza:

Hlavní: Alzheimerova demence (střední stádium demence), migrenózní cefalea

Vedlejší: Inkontinence st. 1, hypertenze, diabetes mellitus

Anamnéza:

Čerpáno z ošetrovatelské dokumentace a rozhovoru s klientkou.

OA: běžné dětské nemoci, ablace levého prsu po CA r. 2002 + chemoterapie, kontrola 1x za rok

NO: bolest očí (prudké světlo – čeká na brýle), bolesti hlavy (trpí jimi od mládí, pomáhá klid a tma + ibuprofen)

RA: Psychické problémy či problémy s pamětí v rodině neguje. Výskyt DM v rodině, demence a nádor nikoli. Rodiče zemřeli stářím.

PA: Klientka dosáhla základního vzdělání v lepším průměru. Pracovala jako prodavačka v samoobsluze ve Větrní.

SA: Klientka umístěná na oddělení se zvláštním režimem v zařízení pro seniory Domov důchodců Dobrá Voda pochází z Ostravy ze 4 sourozenců, dnes žijí už jen 2. Vdova, má 2 děti a 4 vnoučata Před přijetím do domova pro seniory bydlela sama v domě ve Větrní u Českého Krumlova. Udržuje osobní kontakt s rodinou.

FA:

Donpethon 1MMG por tbl flm 28x10mg, 0-0-1

Klicea 10 MG por tbl film 28x10mg, 0

Nimesil por gra sus 30x100mg.-sáč., 0

Cipralex orotab 20MG por tbl dis 30x 20mg, 1-0-0

Tanakan por tbl flm 90x 40mg, 1-0-0

KP: -

Zájmy: pletení a háčkování, příroda – kytky, čtení románů, vaření, poslech rádia, staré filmy

Vstupní ergoterapeutické vyšetření:

Dne: 4. 9. 2013

Vyšetření ADL:

Pro vyšetření ADL a PADL, bylo použito hodnocení funkčního indexu soběstačnosti – profil FIM, který vyšel 74/126, což značí mírnou až střední závislost.

Problémové oblasti:

Oblékání/ svlékání: Klientka zvládá oblékání/ svlékání horní i dolní poloviny těla bez pomoci samostatně, ale v prodlouženém čase. Problém je spíš s odhadnutím počasí a tedy vrstev oblečení.

Hygiena: Osobní hygienu i koupání/sprchování zvládá s pomocí, musí být daný režim, kdy se umýt apod.

Vyměšování: Klientka je ve stolici kontinentní, má však stresové situace, kdy neudrží moč.

Chůze pro rovině/ po schodech: Do schodů potřebuje klientka dopomoc.

Vyjadřování: Psychomotorické tempo pomalejší. Zadání testů hůře chápe, potřebuje opakování.

Řešení problémů: Klientka ví o své nemoci, orientuje se místem, časem i situací. Nezvládá však manipulaci s léky, penězi, cestování – je potřeba pomoci druhé osoby.

Paměť: Poruchy krátkodobé i dlouhodobé paměti týkající se nových i starých skutečností.

Orientačně:

Rozsah pohybu: Klientka zvládá pohyby rukou nad horizontálu, drobné úchopy, sed, stoj i chůzi. Vážne anteflexe hlavy. Občasné synkopy.

Svalová síla (stiskem ruky): v normě

Vzhled kůže: Klientka trpí depresivními stavy, při nichž dochází k sebepoškození. V oblastech loktů si rozškrábává při nervozitě kůži.

Riziko pádů: Klientka s možným rizikem pádů (vědomí – orientována, bez výskytu pádů, samostatná chůze, vizus – přiměřený, rovnováha v normě, systolický krevní tlak – normotenze, léky dle medikace, predispozicí občasné synkopy)

Vyšetření kognitivních funkcí bylo provedeno pomocí Addenbrookského kognitivního testu (revidovaná verze 2010)

Celkové skóre:

Výsledky značí patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně.

ACE – R 44/100

MMSE 14/30

Subskóre:

Znatelný kognitivní deficit byl patrný ve všech oblastech testování. Nejhuře však dopadla dle očekávání paměť a slovní produkce. Klientka se orientuje místem, situací i osobou, v čase se místy zapomíná a snaží se zamluvit svou chybu, problém s pamětí si však uvědomuje. Ve vyjadřování je patrné zpomalené psychomotorické tempo, kdy vážně slovní zásoba nebo zapomene, o čem hovořila.

Pozornost a orientace: Klientka je schopna udržet pozornost jen na kratší časový úsek. Orientace místem a osobou je relativně v pořádku, v čase je patrný stav zmatenosti, hodiny ale zná a ví, kdy je čas např. oběda, večere apod.

Paměť: Krátkodobá paměť omezená – klientka často zapomíná během vyprávění. Dlouhodobá paměť relativně v pořádku, pamatuje si události ze života, ale občas splete jména členů rodiny apod.

Slovní produkce: Klientka se snaží porozumět, přitakává, ale je značně zpomalené psychomotorické tempo. Chudá slovní zásoba, zapomínání slov, pauzy během vyprávění.

Jazyk: Porozumění pomalejší, dáno snížením psychomotorického tempa, při psaní zvládá jednoduché slovní spojení. Čtení v normě.

Zrakově prostorové schopnosti: Klientka se ztrácí v prostoru, obrazce rozezná, pojmenuje, ale není schopna jejich překreslení.

Ergoterapeutický plán:

Silné stránky klienta:

Fyzická stránka: Klientka zvládá sebesycení, zručná v jemné motorice a při nácviku domácích prací např. mytí nádobí.

Sociální stránka: Klientce nedělá problémy začlenit se do skupiny, je společenská a komunikativní.

Slabé stránky klienta:

Psychická stránka: Klientka trpí ztrátami paměti, to vyvolává stres a vede to k úzkosti, depresím.

Doporučení kompenzačních pomůcek:

Vytvoření základního manuálu po sobě jdoucích aktivit v ADL aktivitách. Např.: probuzení – svléct noční košili – obléci si spodní prádlo – tričko – kalhoty.

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

- Zachovat stávající stav v ADL činnostech
- Aplikovat aktivizační terapii
- Trénovat krátkodobou paměť

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- Zařadit do denního programu klientky trénink paměti, her, reminiscence za účelem udržení ADL aktivit a kognitivních funkcí
- Edukace terapeuta nebo rodinného příslušníka k tréninku paměti

Typ terapie, frekvence a délka terapie:

Individuální/ skupinová

1x týdně

30-45 min

Příklad terapeutických činností a technik:

Využití zábavně-terapeutických her:

- Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání (na rozvinutí slovní produkce)
- Hledej posloupnou řadu obrázků (ovlivnění orientace, zrakově-prostorových schopností)
- Kris kros (rozvíjení slovní produkce, jazyku, pozornosti a orientace)

- Sedmiboj = šipky, rybičky, kuželky, házení kroužků na cíl, kouzelný pytlík, kuličky na prádlo, zapamatuj si předměty (soutěžně dovednostní aktivity – ovlivnění sociální adaptability a společenských styků, pohybové aktivity, obratnost, pozornost, orientace, paměť, hmatové dovednosti)
- Písničkohraní (ovlivnění paměti, slovní produkce, psychického stavu)
- Člověče, nezlob se (společenská skupinová hra – sociální adaptabilita a společenské styky, ovlivnění rozhodování, pozornosti, orientace)
- Hra geometrické tvary (ovlivnění zrakově-prostorových schopností, pozornosti a orientace)
- Hra obleč roční období (ovlivnění paměti, pozornosti)
- Hra stavění domu (ovlivnění zrakově-prostorových schopností, pozornosti a orientace)
- Dobble (ovlivnění pozornosti, orientace, zrakově-prostorových schopností)

Terapie s klientkou probíhala ve dnech: 4. 9. 2013, 13. 9. 2013, 20. 9. 2013, 27. 9. 2013, 4. 10. 2013, 13. 10. 2013, 20. 10. 2013, 1. 11. 2013, 8. 11. 2013, 15. 11. 2013, 22. 11. 2013, 11. 12. 2013, 16. 12. 2013, 20. 12. 2013, 30. 12. 2013

Referenční rámec: kognitivní, biomechanický, kognitivně-behaviorální

Přístup: léčebný, adaptační, biomechanický, rehabilitační

Závěrečná zpráva:

Tabulka 2 Závěrečná zpráva klienta č. 1

Test	Vstupní testování (4. 9. 2013)	Průběžné testování (1. 11. 2013)	Závěrečné testování (30. 12. 2013)	Zlepšení: ANO/NE
ACE-R	44	43	43	NE
MMSE	14	15	15	ANO
FIM	74	74	74	NE

Zdroj: vlastní

Tabulka 3 Záznam dílčích výsledků Addenbrookského kognitivního testu klienta č. 1

Subskóre	Vstupní testování (4. 9. 2013)	Průběžné testování (1. 11. 2013)	Závěrečné testování (30. 12. 2013)	Zlepšení: ANO/NE
Pozornost a orientace	8	9	9	ANO
Paměť	8	7	7	NE
Slovní produkce	5	5	5	NE
Jazyk	17	17	17	NE
Zrakově- prostorové schopnosti	6	5	5	NE

Zdroj: vlastní

V průběžném testování bylo nepatrné zlepšení v testu MMSE, který je součástí Addenbrookského kognitivního testu, kdy se klientka zlepšila o jeden bod v orientaci. Celkové skóre v testu ACE-R však se o jeden bod zhoršila, kdy se zhoršila ve zrakově prostorových úkolech a anterográdní paměti. Funkční míra nezávislosti zůstala nezměněna, což hodnotím kladně. Nedošlo za dobu kognitivní rehabilitace k výrazné progresi, podařilo se udržet stávající stav v ADL aktivitách. Klientka ráda spolupracovala a na naše setkání se těšila.

Závěrečné testování se již dále nezměnilo, proběhla konzultace s terapeutkou, kdy byla nabádána k pokračování v tréninku kognitivních funkcí.

Po každé terapeutické jednotce bylo u klientky zaznamenáváno hodnocení zábavnosti her.

Známkovala, tak každé naše setkání jako ve škole známkami od 1 do 5 (1 – výborně, 2 – chvalitebně, 3 – dobře, 4 – dostatečně, 5 – nedostatečně). Nejvíce si klientka oblíbila společenské hry a hry s využitím hudby.

Tabulka 4 Zábavnost her u klientky č. 1

Hry	Známkování oblíbenosti 1-5 (1 – nejlepší, 5 – nejhorší)
Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání	3
Hra najdi posloupnou řadu	2
Kris kros	3
Sedmiboj	1
Písničkohraní	1
Člověče, nezlob se	1
Hra geometrické tvary	3
Hra obleč roční období	2
Hra stavění domu	2
Dobble	2

Zdroj: Vlastní

9.2 Kazuistika II.

Základní informace:

Pohlaví: Muž

Věk: 85

Diagnóza:

Hlavní: Alzheimerova demence s pozdním začátkem (střední stádium demence)

Vedlejší: hypertenze, glaukom

Anamnéza:

Čerpáno z ošetřovatelské dokumentace a rozhovoru s klientem.

OA: běžné dětské nemoci, v 11 letech prodělal spálu, stav po operaci katarakty r. 1999, 2006 fractura malleoli interni l. dx.

NO: lehký symetrický extrapyramidový tremor HKK se semiflexí loktů, projevy atrofie mozku s demencí a parkinsonským syndromem

RA: Psychické problémy či problémy s pamětí v rodině nejuje. Otec zemřel tragicky při náletu za války. Bratr zemřel v 60 letech na ictus

PA: Klient vystudoval střední odbornou školu a poté se dostal na praxi k zubaři – atestace na zubního laboranta.

SA: Klient umístěn na oddělení se zvláštním režimem v zařízení pro seniory Domov důchodců Dobrá Voda. Pochází ze Suchého Vrbného, ví kde, ale neumí to říci. Je vdovec a má dva syny, udá však jenom jednoho. Kontakt s rodinou udržuje a jezdí k nim na návštěvu, rodina si ho bere někdy i na celý víkend. Měl problémy s adaptací v domově pro seniory, z pokoje téměř nevycházel, protože se bál o peníze a měl časté konflikty se spolubydlícím. Po přeložení na samostatný pokoj je velmi spokojený, jeví zájem o práci, začal docházet do pánské dílny a v chování je milý a klidný.

FA:

Donpethon 10 MG por tbl flm 28x10mg, 0-0-1(2x)

Amloratioa 5 1-0-0

Apo-Allopurinol 0-1-0

Ascorutin 0-1-0

Egilok 25 2x1/2

Evertas 1,5 1-0-0

Timolol, Xalantan gtts.

KP: brýle

Zájmy: Letectví – létal s aeroplánem, ptáci – má svého papouška na pokoji a dříve se věnoval holubům, rád poslouchá rádio

Vstupní ergoterapeutické vyšetření:

Dne: 4. 9. 2013

Vyšetření ADL:

Pro vyšetření ADL a PADL, bylo použito hodnocení funkčního indexu soběstačnosti – profil FIM, který vyšel 111 bodů, což značí mírnou závislost

Problémové oblasti:

Hygiena: Osobní hygienu i koupání/sprchování zvládá s pomocí, musí být daný režim, kdy se umýt apod. Udržuje a potrpí si na pořádek, každé ráno si sám zastýlá peřinu a polštář do vlastního péřáku.

Řešení problémů: Klient neví o své nemoci, orientuje se místem a osobou. Časem a situací neorientován. Nezvládá manipulaci s léky, penězi, cestování a nakupování – je potřeba pomoci druhé osoby.

Paměť: Poruchy krátkodobé i dlouhodobé paměti týkající se nových i starých skutečností.

Orientačně:

Rozsah pohybu: Klient zvládá pohyby rukou nad horizontálu, sed, stoj i chůzi. Omezuje ho třes v HKK, kdy vážnou drobné úchopy, je třeba se více soustředit, je patrné parkinsonské počítání mincí. Každé ráno si dává před snídání rozcvičku, byl tak zvyklý celý život jedná se o 5 svižných koleček po pokoji, procvičení krční páteře, rukou.

Svalová síla (stiskem ruky): v normě

Vzhled kůže: suchá, rána na lokti po pádu v terénu (zakopnutí) – strup se špatně hojí

Riziko pádů: Klient s rizikem pádů (vědomí – mírně dezorientován časem, bez výskytu pádů, samostatná chůze, vizus – přiměřený, rovnováha v normě, systolický krevní tlak – normotenze, léky dle medikace, predispozicí občasně synkopy)

Vyšetření kognitivních funkcí bylo provedeno pomocí Addenbrookského kognitivního testu (revidovaná verze 2010)

Celkové skóre:

Výsledky značí patologický nález, demence lehkého až středního stupně.

ACE – R 67/100

MMSE 23/30

Subskóre:

Znatelný kognitivní deficit byl patrný ve všech oblastech testování. Nejhuře však dopadla dle očekávání paměť a slovní produkce.

Pozornost a orientace: Klient je schopný udržet pozornost i po delší časový úsek. Je orientován osobou, ztrácí se však občas v orientaci v místě a situaci.

Paměť: Poruchy krátkodobé paměti i dlouhodobé paměti.

Slovní produkce: Komunikace bez problému, reakce na komunikaci přiměřená. Slovní zásoba relativně v pořádku.

Jazyk: Porozumění, psaní, čtení v normě.

Zrakově prostorové schopnosti: Klient dobře prostorově orientován, obrazce překreslí naprosto správně. Při kreslení hodiny zmaten u určování rafiček.

Ergoterapeutický plán

Silné stránky klienta:

Fyzická stránka: Klient je v dobré fyzické kondici, jezdí na výlety, víkendy tráví s rodinou na chalupě.

Slabé stránky klienta:

Psychická stránka: Klient se vrací do svého mládí a prožívá znovu ztrátu svého tatínka.

Sociální stránka: Klient se často straní ostatním klientům s těžším stupněm demence na oddělení a projevuje vůči nim i známky nevole a agrese.

Doporučení kompenzačních pomůcek:

Pořídít klientovi nástěnný kalendář pro lepší orientaci v čase.

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

- Zachovat stávající stav v ADL činnostech
- Aplikovat aktivizační terapii
- Trénovat krátkodobou paměť
- Začlenit klienta více do společnosti klientů na oddělení se zvláštním režimem

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- Zařadit do denního programu klientky trénink paměti, her, reminiscence za účelem udržení ADL aktivit a kognitivních funkcí
- Edukace terapeuta nebo rodinného příslušníka k tréninku paměti

- Participovat pracovníky k větší empatii a vyslechnutí problémů klienta, aby se předešlo konfliktům mezi klienty.

Typ terapie, frekvence a délka terapie:

Individuální/ skupinová

1x týdně

30-45 min

Příklad terapeutických činností a technik:

Využití zábavně – terapeutických her:

- Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání (na rozvinutí slovní produkce)
- Hledej posloupnou řadu obrázků (ovlivnění orientace, zrakově – prostorových schopností)
- Kris kros (rozvíjení slovní produkce, jazyku, pozornosti a orientace)
- Sedmiboj = šipky, rybičky, kuželky, házení kroužků na cíl, kouzelný pytlík, kuličky na prádlo, zapamatuj si předměty (soutěžně dovednostní aktivity – ovlivnění sociální adaptability a společenských styků, pohybové aktivity, obratnost, pozornost, orientace, paměť, hmatové dovednosti)
- Písničkohraní (ovlivnění paměti, slovní produkce, psychického stavu)
- Člověče, nezlob se (společenská skupinová hra – sociální adaptabilita a společenské styky, ovlivnění rozhodování, pozornosti, orientace)
- Hra geometrické tvary (podpora hmatových vjemů, zrakově – prostorové schopnosti, orientace)
- Hra obleč roční období (uvědomění si počasí, orientace, pozornost, vnímání, myšlení)
- Hra stavění domu (orientace, zrakově – prostorové schopnosti)
- Hra Dobble (ovlivnění pozornosti, orientace, zrakově-prostorových schopností)

Terapie s klientkou probíhala ve dnech: 4. 9. 2013, 13. 9. 2013, 20. 9. 2013, 27. 9. 2013, 4. 10. 2013, 13. 10. 2013, 20. 10. 2013, 1. 11. 2013, 8. 11. 2013, 15. 11. 2013, 22. 11. 2013, 11. 12. 2013, 16. 12. 2013, 20. 12. 2013, 30. 12. 2013

Referenční rámec: kognitivní, biomechanický, kognitivně-behaviorální

Přístup: léčebný, adaptační, biomechanický, rehabilitační

Závěrečná zpráva:

Tabulka 5 Závěrečná zpráva klienta č. 2

Test	Vstupní testování (4. 9. 2013)	Průběžné testování (1. 11. 2013)	Závěrečné testování (30. 12. 2013)	Zlepšení: ANO/NE
ACE-R	67	68	68	ANO
MMSE	23	24	24	ANO
FIM	111	111	111	NE

Zdroj: vlastní

Tabulka 6 Záznam dílčích výsledků Addenbrookského kognitivního testu klienta č. 2

Subskóre	Vstupní testování (4. 9. 2013)	Průběžné testování (1. 11. 2013)	Závěrečné testování (30. 12. 2013)	Zlepšení: ANO/NE
Pozornost a orientace	16	17	17	ANO
Paměť	8	8	8	NE
Slovní produkce	11	11	11	NE
Jazyk	19	19	19	NE
Zrakově-prostorové schopnosti	13	13	13	NE

Zdroj: vlastní

V průběžném testování bylo nepatrné zlepšení v testu MMSE, který je součástí Addenbrookského kognitivního testu, kdy se klient zlepšil o jeden bod v orientaci. Celkové skóre v testu ACE-R se tudíž, také o jeden bod zlepšilo. Funkční míra nezávislosti zůstala nezměněna, což hodnotím kladně. Nedošlo za dobu kognitivní rehabilitace k výrazné progresi, podařilo se udržet stávající stav v ADL aktivitách. Klient spolupracoval a podílel se na stupňování aktivity.

Závěrečné testování se již dále nezměnilo, proběhla konzultace s terapeutkou, kdy byla nabádána k pokračování v tréninku kognitivních funkcí.

Po každé terapeutické jednotce bylo u klienta zaznamenáváno hodnocení zábavnosti her. Známkoval, tak každé naše setkání jako ve škole známkami od 1 do 5 (1 – výborně, 2 – chvalitebně, 3 – dobře, 4 – dostatečně, 5 – nedostatečně). Nejvíce si klient oblíbil hry na pozornost, orientaci a prostorové schopnosti, v sedmiboji jako herní soutěži se umístil v Domově důchodců Dobrá Voda na 4. místě mezi uživateli domova pro seniory a jel poté reprezentovat domov i na Olympijské hry do Kaplice do domova pro seniory.

Tabulka 7 Zábavnost her u klienta č. 2

Hry	Známkování oblíbenosti 1-5 (1-nejlepší, 5 – nejhorší)
Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání	2
Hra najdi posloupnou řadu	2
Kris kros	3
Sedmiboj	1
Písničkohraní	2
Člověče, nezlob se	3
Hra geometrické tvary	2
Hra obleč roční období	2
Hra stavění domu	1
Dobble	1

Zdroj: Vlastní

9.3 Kazuistika III.

Základní informace:

Pohlaví: Žena

Věk: 86

Diagnóza:

Hlavní: Vaskulární demence (střední až těžké stádium demence), st. po ischemii ACM I. sin.

Vedlejší: glaukom, hypertenze, polyartróza, inkontinence III. st.

Anamnéza:

Čerpáno z ošetřovatelské dokumentace a rozhovoru s klientem.

OA: operace varixů, přechodná ischemie v povodí arteria cerebri media 2002

NO: lehký symetrický extrapyramidový tremor HKK, parkinsonský syndrom

RA: -

PA: Klientka pracovala jako zdravotní sestřička v dětské nemocnici v Brně.

SA: Klientka byla přijata do domova pro seniory Domov důchodců Dobrá Voda pro zhoršení hybnosti a projevy demence. Předtím žila sama, vařila si, uklízela.

FA:

Amloratioa 5 1-0-0

Citalopram 20mg: 1-0-0

Furon 40 0-0-0

Gingio 1-0-0

Viregyt-K: 1-0-0

KP: vysoké chodítko, brýle

Zájmy: Poslech rádia, zahradničení – květiny, pletení

Vstupní ergoterapeutické vyšetření:

Dne: 4. 9. 2013

Vyšetření ADL:

Pro vyšetření ADL a PADL, bylo použito hodnocení funkčního indexu soběstačnosti – profil FIM, který vyšel 46 bodů, což značí středně těžkou závislost.

Problémové oblasti:

Hygiena: Při osobní hygieně i koupání/sprchování potřebuje střední až velkou asistenci druhé osoby.

Jídlo/pití: Klientka se nají s částečnou asistencí – dozorem. Musí se jí připomínat, aby jedla.

Oblékání/svlékání: Klientka si obleče i svleče horní polovinu těla se střední asistencí, neví, co kam patří. Dolní polovinu těla si obleče i svleče s velkou asistencí.

Chůze po rovině/ po schodech: Klientka se postaví s pomocí a ujde pár kroků po pokoji, trénink chůze o vysokém chodítku po chodbě s dopomocí druhé osoby. Chůze do schodů s úplnou asistencí.

Kontinence: Klientka je inkontinentní.

Přesuny: Klientka se sama postaví, ale potřebuje dozor a minimální asistenci při přesunech.

Řešení problémů: Klientka je plně závislá na druhé osobě. Uvědomuje si, že je nemocná.

Paměť: Poruchy krátkodobé i dlouhodobé paměti týkající se nových i starých skutečností. Dezorientovaná v čase, osobě a často i místě.

Vyjadřování: Klientka se často mylně vyjadřuje, odpovídá scestně na otázky.

Sociální adaptabilita: Klientka je spíše tichá, neprojevuje se, pozoruje dění okolo sebe.

Orientačně:

Rozsah pohybu: Klientka zvládá pohyby rukou nad horizontálu, sed, stoj s dopomocí a chůzi v chodítku za doprovodu druhé osoby. Má patrný třes v HKK, kdy vážnou drobné úchopy, je třeba se více soustředit – parkinsonské počítání mincí.

Svalová síla (stiskem ruky): oslabena

Vzhled kůže: suchá, lesklá, papírovitá

Riziko pádů: Klientka s rizikem pádů (vědomí – dezorientovaná, chůze v chodítku s dopomocí, vizus – přiměřený, neudrží rovnováhu, systolický krevní tlak – hypertenze, léky dle medikace, predispozicí občasně synkopy)

Vyšetření kognitivních funkcí bylo provedeno pomocí Addenbrookského kognitivního testu (revidovaná verze 2010)

Celkové skóre:

Výsledky značí patologický nález, demence středního až těžkého stupně.

ACE – R 34/100

MMSE 15/30

Subskóre:

Znatelný kognitivní deficit byl patrný ve všech oblastech testování. Nejhuře však dopadla dle očekávání paměť a slovní produkce.

Pozornost a orientace: Klient je schopný udržet pozornost i po delší časový úsek. Je však dezorientovaná v čase, osobě i místě.

Paměť: Poruchy krátkodobé paměti i dlouhodobé paměti.

Slovní produkce: Komunikace nepřiměřená. Slovní zásoba dobrá, ale špatné použití slov v daném kontextu např. na otázku zda byl dobrý oběd, klientka odpověděla, že bude později.

Jazyk: Špatné porozumění, pojmenovávání obrázků. Psaní a čtení relativně v pořádku.

Zrakově prostorové schopnosti: Klientka se ztrácí v prostorových úkolech, hodiny nenakreslí, ale když je vidí, tak ví kolik je hodin.

Ergoterapeutický plán

Silné stránky klienta:

Psychická stránka: Klientka je v dobré náladě, vždy připravena spolupracovat.

Slabé stránky klienta:

Fyzická stránka: Klientka není samostatná ve stoji a chůzi, to ji omezují v dalších aktivitách

Sociální stránka: Klientka je tichá, nezapojuje se.

Doporučení kompenzačních pomůcek:

Vytvořit klientce nástěnku s plánem denního režimu.

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

- Zachovat stávající stav v ADL činnostech
- Aplikovat aktivizační terapii
- Trénovat krátkodobou paměť
- Začleňovat klientku více mezi uživatele domova

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- Zařadit do denního programu klientky trénink paměti, her, reminiscence za účelem udržení ADL aktivit a kognitivních funkcí
- Edukace terapeuta nebo rodinného příslušníka k tréninku paměti

Typ terapie, frekvence a délka terapie:

Individuální/ skupinová

1x týdně

30-45 min

Příklad terapeutických činností a technik:

Využití zábavně – terapeutických her:

- Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání (na rozvinutí slovní produkce)
- Hledej posloupnou řadu obrázků (ovlivnění orientace, zrakově-prostorových schopností)
- Kris kros (rozvíjení slovní produkce, jazyku, pozornosti a orientace)
- Písničkohraní (ovlivnění paměti, slovní produkce, psychického stavu)
- Člověče, nezlob se (společenská skupinová hra – sociální adaptabilita a společenské styky, ovlivnění rozhodování, pozornosti, orientace)
- Hra geometrické tvary (podpora hmatových vjemů, zrakově – prostorové schopnosti, orientace)
- Hra obleč roční období (uvědomění si počasí, orientace, pozornost, vnímání, myšlení)
- Hra stavění domu (orientace, zrakově – prostorové schopnosti)
- Hra Dobble (ovlivnění pozornosti, orientace, zrakově-prostorových schopností)

Terapie s klientkou probíhala ve dnech: 4. 9. 2013, 13. 9. 2013, 20. 9. 2013, 27. 9. 2013, 4. 10. 2013, 13. 10. 2013, 20. 10. 2013, 1. 11. 2013, 8. 11. 2013, 15. 11. 2013, 22. 11. 2013, 11. 12. 2013, 16. 12. 2013, 20. 12. 2013, 30. 12. 2013

Referenční rámec: kognitivní, biomechanický, kognitivně-behaviorální

Přístup: léčebný, adaptační, biomechanický, rehabilitační

Závěrečná zpráva:

Tabulka 8 Závěrečná zpráva u klienta č. 3

Test	Vstupní testování (4. 9. 2013)	Průběžné testování (1. 11. 2013)	Závěrečné testování (30. 12. 2013)	Zlepšení: ANO/NE
ACE-R	34	35	34	NE
MMSE	15	16	15	NE
FIM	46	46	46	NE

Zdroj: vlastní

Tabulka 9 Záznam dílčích výsledků Addenbrookského kognitivního testu klienta č. 3

Subskóre	Vstupní testování (4. 9. 2013)	Průběžné testování (1. 11. 2013)	Závěrečné testování (30. 12. 2013)	Zlepšení: ANO/NE
Pozornost a orientace	8	9	8	NE
Paměť	1	1	1	NE
Slovní produkce	3	3	3	NE
Jazyk	13	13	13	NE
Zrakově- prostorové schopnosti	9	9	9	NE

Zdroj: Vlastní

V průběžném testování bylo nepatrné zlepšení v testu MMSE, který je součástí Addenbrookského kognitivního testu, kdy se klient zlepšila o jeden bod v orientaci. Celkové skóre v testu ACE-R se tudíž, také o jeden bod zlepšilo. Funkční míra nezávislosti zůstala nezměněna, což hodnotím kladně. Nedošlo za dobu kognitivní rehabilitace k výrazné progresi, podařilo se udržet stávající stav v ADL aktivitách. Klientka spolupracovala a byla při terapeutických jednotkách komunikativní, přestože těžko hledala slova pro správné vyjádření.

Závěrečné testování vyšlo bodově stejně jako při vstupním vyšetření, kdy byla dezorientovaná místem.

Po každé terapeutické jednotce bylo u klientky zaznamenáváno hodnocení zábavnosti her.

Známkovala, tak každé naše setkání jako ve škole známkami od 1 do 5 (1 – výborně, 2 – chvalitebně, 3 – dobře, 4 – dostatečně, 5 – nedostatečně). Nejvíce si klientka oblíbila hry na pozornost a orientaci. Sedmiboj z důvodu motorické nedostatečnosti vynechala.

Tabulka 10 Zábavnost her u klienta č. 3

Hry	Známkování oblíbenosti 1-5 (1-nejlepší, 5 – nejhorší)
Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání	2
Hra najdi posloupnou řadu	2
Kris kros	3
Písničkohraní	2
Člověče, nezlob se	3
Hra geometrické tvary	2
Hra obleč roční období	2
Hra stavění domu	3
Dobble	2

Zdroj: Vlastní

9.4 Kazuistika IV.

Základní informace:

Pohlaví: Žena

Věk: 90

Diagnóza:

Hlavní: Vaskulární demence (střední stádium demence), st. Po opakovaných drobných CMP, spastická levostranná hemiparéza s větším postižením akra LHK

Vedlejší: Diabetes Mellitus II.typu, inkontinence III. st., imobilita

Anamnéza:

Čerpáno z ošetřovatelské dokumentace a rozhovoru s klientem.

OA: stav po opakovaných drobných CMP, fraktura stehenní kosti

NO: lehký symetrický extrapyramidový tremor HKK, parkinsonský syndrom

RA: -

PA: Klientka pracovala jako uklízečka ve zdravotnickém zařízení, dříve pracovala u sedláka a šila.

SA: Klientka byla přijata do domova pro seniory Domov důchodců Dobrá Voda pro zhoršení hybnosti a projevy demence. Předtím žila v Kamenném újezdě u syna

FA:

Glimepirid 6 2-0-0

Siofon 500 1-1-1

KCL 2x1

Oxyphylin 3x1

Pirabene 1200 2tbl. denně

KP: mechanický vozík

Zájmy: Poslech rádia, náboženství

Vstupní ergoterapeutické vyšetření:

Dne: 4. 9. 2013

Vyšetření ADL:

Pro vyšetření ADL a PADL, bylo použito hodnocení funkčního indexu soběstačnosti – profil FIM, který vyšel 50 bodů, což značí středně těžkou závislost.

Problémové oblasti:

Hygiena: Při osobní hygieně i koupání/sprchování potřebuje velkou až úplnou asistenci druhé osoby.

Jídlo/pití: Klientka se nají s minimální asistencí.

Oblékání/svlékání: Klientka si neobleče a nesvleče horní ani dolní polovinu těla bez velké až úplné asistence druhé osoby.

Chůze po rovině/ po schodech: Klientka leží, nebo sedí. Je úplně závislá na asistenci druhé osoby, na vozíku se na krátký úsek dokáže dopravit sama.

Kontinence: Klientka je inkontinentní.

Přesuny: Klientka potřebuje velkou až úplnou asistenci při všech přesunech.

Řešení problémů: Klientka si je vědoma nemoci a schopna za sebe rozhodovat.

Paměť: Poruchy především krátkodobé paměti.

Sociální adaptabilita: Klientka se zapojuje do společenských aktivit především vystoupení, kavárny, mše pořádané domovem, měla by však být více motivovaná.

Orientačně:

Rozsah pohybu: Klientka má PHK volně pohyblivou, na LHK Vernickmanovo držení. DKK bez otoků, svalstvo hypotrofické, pohyby volné.

Svalová síla (stiskem ruky): oslabena

Vzhled kůže: suchá, lesklá papírovitá

Riziko pádů: Klientka s rizikem pádů (vědomí – dezorientovaná, chůze nemožná, vizus – nepřiměřený, neudrží rovnováhu, systolický krevní tlak – hypertenze, léky dle medikace, predispozicí občasně synkopy při změnách polohy)

Vyšetření kognitivních funkcí bylo provedeno pomocí Addenbrookského kognitivního testu (revidovaná verze 2010)

Celkové skóre:

Výsledky značí patologický nález, demence středního stupně.

ACE – R 54/100

MMSE 22/30

Subskóre:

Znatelný kognitivní deficit byl patrný ve všech oblastech testování. Nejhuře však dopadla dle očekávání paměť a slovní produkce.

Pozornost a orientace: Klientka je schopná udržet pozornost. Orientuje se v místě, čase i osobě.

Paměť: Poruchy krátkodobé paměti i dlouhodobé paměti.

Slovní produkce: Komunikace bez problému, reakce na komunikaci přiměřená Slovní zásoba v normě.

Jazyk: Psaní a čtení činilo klientce problém z důvodu špatného vidění.

Zrakově prostorové schopnosti: Klientka se ztrácí v prostorových úkolech, hodiny nenakreslí, ale když je vidí, tak ví kolik je hodin.

Ergoterapeutický plán

Silné stránky klienta:

Sociální stránka: Klientka se zapojuje do aktivit domova, dochází pravidelně na mše a vystoupení.

Slabé stránky klienta:

Fyzická stránka: Klientka je imobilní.

Psychická stránka: Klientce chybí motivace, od zadání často utíká a odmítá práci.

Doporučení kompenzačních pomůcek:

Brýle na blízko, klientka špatně vidí.

Krátkodobý ergoterapeutický plán

- Zachovat stávající stav v ADL činnostech
- Aplikovat aktivizační terapii
- Trénovat krátkodobou paměť
- Začleňovat klientku více mezi uživatele domova
- Prvky Bobath koncept – stabilizace, polohování, aproximace

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

- Zařadit do denního programu klientky trénink paměti, her, reminiscence za účelem udržení ADL aktivit a kognitivních funkcí
- Edukace terapeuta k tréninku paměti

Typ terapie, frekvence a délka terapie:

Individuální/ skupinová

1x týdně

30-45 min

Příklad terapeutických činností a technik:

Využití zábavně – terapeutických her:

- Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání (na rozvinutí slovní produkce)
- Hledej posloupnou řadu obrázků (ovlivnění orientace, zrakově-prostorových schopností)
- Kris kros (rozvíjení slovní produkce, jazyku, pozornosti a orientace)
- Písničkohraní (ovlivnění paměti, slovní produkce, psychického stavu)
- Člověče, nezlob se (společenská skupinová hra – sociální adaptabilita a společenské styky, ovlivnění rozhodování, pozornosti, orientace)
- Hra geometrické tvary (podpora hmatových vjemů, zrakově – prostorové schopnosti, orientace)
- Hra obleč roční období (uvědomění si počasí, orientace, pozornost, vnímání, myšlení)
- Hra stavění domu (orientace, zrakově – prostorové schopnosti)
- Hra Dobble (ovlivnění pozornosti, orientace, zrakově-prostorových schopností)

Terapie s klientkou probíhala ve dnech: 4. 9. 2013, 13. 9. 2013, 20. 9. 2013, 27. 9. 2013, 4. 10. 2013, 13. 10. 2013, 20. 10. 2013, 1. 11. 2013, 8. 11. 2013, 15. 11. 2013, 22. 11. 2013, 11. 12. 2013, 16. 12. 2013, 20. 12. 2013, 30. 12. 2013

Referenční rámec: kognitivní, biomechanický, kognitivně-behaviorální

Přístup: léčebný, adaptační, biomechanický, rehabilitační

Závěrečná zpráva:

Tabulka 11 Závěrečná zpráva u klienta č. 4

Test	Vstupní testování (4. 9. 2013)	Průběžné testování (1. 11. 2013)	Závěrečné testování (30. 12. 2013)	Zlepšení: ANO/NE
ACE-R	54	49	49	NE
MMSE	22	22	22	NE
FIM	50	50	50	NE

Zdroj: vlastní

Tabulka 12 Záznam dílčích výsledků Addenbrookského kognitivního testu klienta č. 4

Subskóre	Vstupní testování (4. 9. 2013)	Průběžné testování (1. 11. 2013)	Závěrečné testování (30. 12. 2013)	Zlepšení: ANO/NE
Pozornost a orientace	16	16	16	NE
Paměť	10	10	10	NE
Slovní produkce	5	5	5	NE
Jazyk	14	12	12	NE
Zrakově- prostorové schopnosti	9	6	6	NE

Zdroj: vlastní

V průběžném testování se celkové skóre v testu ACE-R zhoršilo o 5 bodů a to konkrétně u jazyka, kdy klientka odmítala psát a číst v daných úkolech a při překreslování u zrakově-prostorových schopností. Funkční míra nezávislosti zůstala nezměněna, což hodnotím kladně. Nedošlo za dobu kognitivní rehabilitace k výrazné progresi, podařilo se udržet stávající stav v ADL aktivitách. Klientka jinak spolupracovala a byla při terapeutických jednotkách komunikativní, zajímalo jí dění okolo v domově. Když však ji činnost dostatečně nezaujala, stavěla se odmítavě a chyběla jí dostatečná motivace.

Po každé terapeutické jednotce bylo u klientky zaznamenáváno hodnocení zábavnosti her. Známkovala, tak každé naše setkání jako ve škole známkami od 1 do 5 (1 – výborně, 2 – chvalitebně, 3 – dobře, 4 – dostatečně, 5 – nedostatečně). Nejvíce si klientka oblíbila společenské hry a hry se zapojením hudby. Sedmiboj z důvodu motorické nedostatečnosti vynechala.

Tabulka 13 Zábavnost her u klienta č. 4

Hry	Známkování oblíbenosti 1-5 (1-nejlepší, 5 – nejhorší)
Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání	3
Hra najdi posloupnou řadu	4
Kris kros	3
Písničkohraní	1
Člověče, nezlob se	1
Hra geometrické tvary	2
Hra obleč roční období	2
Hra stavění domu	2
Dobble	2

Zdroj: Vlastní

10 TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

10.1 Cíl terapeutické jednotky

Cílovou problémovou oblastí, která byla vybrána k sledování, jsou kognitivní funkce. Ostatním problémovým oblastem byl věnován čas v průběhu terapie, ale do práce nemohou být zařazeny z důvodu velké obsáhlosti.

Náplní terapeutické jednotky jsou hry na výcvik kognitivních funkcí. Terapeutická jednotka je sestavena tak, aby se klienti vzhledem k jejich věku bavili, a aby nenuceně trénovali problémové oblasti popsané v kazuistikách. Cílem je zlepšení kognitivních funkcí zejména paměti, slovní produkce, zrakově-prostorových schopností a orientace.

Terapeutická jednotka je rozdělena do tří částí. První částí je rozehřívací úvod, kdy se s klienty pozdravíme, řekneme si, jaký je den, kolikátého je, jaké máme počasí a co nás čeká v hlavní části. Následuje hlavní část, vlastní terapeutická činnost, kterou je zábavně-terapeutická hra. Na závěr po dokončení činnosti probíhá relaxace. Uklidnění, zhodnocení hry, kdy se klienti dozvědí, co je bude čekat při další terapii a rozloučení.

V terapii byl využit nejvíce kognitivní, biomechanický a kognitivně – behaviorální rámec vztahů s přístupy stupňovaných aktivit/ biomechanický, ADL, léčebný, adaptační a rehabilitační. Při sestavování terapeutických jednotek a výběru her byly zohledněny kognitivní, motorické, ale i sociální problémové oblasti klientů.

Terapie s klienty probíhala jednou týdně. Ergoterapeutce působící v zařízení byly předány informace, aby v programu pokračovala.

10.2 Popis jednotlivých her

Terapeutická jednotka se odehrávala na pokojích, v ergoterapeutické místnosti či ve společenském sále v Domově důchodců Dobrá Voda. Vlastní činností při terapeutických jednotkách byly zábavně-terapeutické hry, které byly voleny dle vyšetření problémových oblastí kognitivních funkcí. Na závěr terapeutické jednotky bylo vždy zaznamenáno hodnocení zábavnosti her od klientů, které je uvedeno v závěrečné zprávě u kazuistik. V průběhu hry byly zaznamenány i reakce klientů, které v této kapitole doplňují vlastní popis hry.

10.2.1 Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání

Cíl: zlepšení slovní produkce

Prostředí: ergoterapeutická místnost

Typ terapie: skupinová

Pomůcky: předtištěné papíry, tužky

Pravidla: Klienti dostali předtištěné papíry a tužky, byl jim vysvětlen postup hry. V úvodu proběhlo zopakování abecedy. Každý klient pak vybral jedno písmeno, na které začínaly slova ve hře a na které si klienti museli vzpomenout (město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání).

Průběh a reakce klientů:

Klient 1: Klientka se snažila, co nejvíce si vzpomenout. Byla veselá a činnost ji zpočátku bavila, poté si ale začala stěžovat na bolest hlavy. Určovala si tak sama, přestávky při činnosti.

Klient 2: Klient hrál hru pozitivně naladěm. Vzpomínal u toho, kde byl a co prožil např. u názvů měst či zvířat. Byl aktivní a snažil se svým kolegům napovídat.

Klient 3: Klientka byla dezorientovaná, ve hře se ztrácela. Úroveň hry musela být snížena a bylo třeba se klientce věnovat individuálně. Neustále bylo třeba opakovat, co má u které položky vymyslet a na jaké písmeno má dané slovo začínat. Hra byla v závěru snížena jen na vymyšlení jakéhokoli slova začínajícího na dané písmeno.

Klient 4: Klientka odmítala psát, tak byla hra upravena. Řekly jsme si vždy písmeno a klientka slovně odpovídala na položky ve hře (město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání). Po této úpravě spolupracovala a u každé položky se zvlášť rozpovídala, podle toho, co jí daná věc připomněla.

10.2.2 Hra najdi posloupnou řadu

Cíl: zlepšení orientace a zrakově-prostorových schopností

Prostředí: pokoj klientů

Typ terapie: individuální

Pomůcky: předtištěné papíry s posloupnou řadou

Pravidla: Klienti dostali papír s předtištěnými posloupnými řadami a hledali podle předlohy řadu stejně po sobě jdoucích obrázků.

Průběh a reakce klientů:

Klient 1: Klientka se snažila udržet pozornost a hledat řadu stejně po sobě jdoucích obrázků. I když se často ztrácela, nevzdávala se.

Klient 2: Klient našel všechny posloupné řady a úkol ho velice bavil.

Klient 3: Klientce se muselo neustále opakovat, co má hledat. Společnými silami jsme našly alespoň jednu posloupnou řadu.

Klient 4: Klientka nechtěla zpočátku hru hrát, po vysvětlení, proč jí hrajeme, se zapojila, ale nedokázala se soustředit.

10.2.3 Kris kros

Cíl: rozvíjení slovní produkce, jazyku, pozornosti a orientace

Prostředí: pokoj klientů

Typ terapie: individuální

Pomůcky: hra kris kros pro děti

Pravidla: Klienti si vytáhnou 8 písmenek, tři z nich mohou doplnit na jednotlivá písmenka desky hry. V dalším kole si tři nová písmenka dotahují do počtu 8. Hráč, který překryje poslední písmenko ve slově, získá bod. Vyhrává hráč, který po zakrytí všech písmenek ve slovech na deskové hře, má největší počet bodů.

Průběh a reakce klientů:

Klient 1: Klientce bylo třeba neustále opakovat postup, nebyla schopna si zapamatovat pravidla hry.

Klient 2: Klient pochopil hru a s nadšením zaplňoval slova ve hře.

Klient 3: Klientka nebyla schopna zapamatovat si pravidla hry, musel být snížen stupeň aktivity. Klientky úkolem bylo najít správné písmenko a překrýt ho v jakémkoli slově ve hře.

Klient 4: Klientka pochopila pravidla hry a zaplňovala slova ve hře.

10.2.4 Sedmiboj

Cíl: ovlivnění sociální adaptability a společenských styků, pohybové aktivity, obratnosti, pozornosti, orientace, paměti, hmatových dovedností

Prostředí: společenský sál

Typ terapie: skupinová

Pomůcky: kužele, kroužky, šipky, terč, hadrový pytlík, kniha, sítko, lžíce, vázička, hrneček, košíček, žalud, rybičky, obruč, prut s háčkem, kuželky, míček, kolíčky, prádlo, věšák na prádlo

Pravidla: Klienti soutěžili v 7 disciplínách, které bodově hodnotila porota. Jednalo se o šipky, rybičky, kuželky, házení kroužků na cíl, kouzelný pytlík, kolíčky na prádlo, zapamatuj si předměty.

Průběh a reakce klientů:

Klient 1: Klientka byla po celou dobu pozitivně nalazená a povzbuzovala své kolegy.

Klient 2: Klient plnil úkoly s nadšením a umístil se mezi seniory Domova důchodců Dobrá Voda na 4. místě

Klient 3: Klientka se nezúčastnila z důvodu nedostatečné mobility.

Klient 4: Klientka se nezúčastnila z důvodu imobility.

10.2.5 Písničkohraní

Cíl: ovlivnění paměti, slovní produkce, psychického stavu

Prostředí: pokoj klientů

Typ terapie: individuální

Pomůcky: předpřipravený papír s úkoly, flétna

Pravidla: Klienti plnili 3 úkoly. V první části bylo jejich úkolem podle melodie zahrané terapeutkou na flétnu poznat, o jakou písničku se jedná (byly vybrané písně, které všichni 4 klienti znali). Druhým úkolem bylo rozpoznat písničku podle textu, bez melodie a třetím pak doplnit slova do textu známých písní.

Průběh a reakce klientů:

Klient 1: Klientka byla hrou nadšená, hned při prvním úkolu se přidala k melodii z flétny svým zpěvem.

Klient 2: Klienta hra bavila, při písničkách vzpomínal na své mládí. Obzvlášť u písně „Holubí dům“, holubi a ptáci jsou jeho koníčkem.

Klient 3: Klientka se soustředila, písničky znala, ale nedokázala si vzpomenout na názvy a text.

Klient 4: Klientka byla pozitivně naladěna, přidávala se k melodii z flétny svým zpěvem a vzpomínala na události, které při těchto písničkách zažívala např. staročeský masopust ve Střížově.

10.2.6 Člověče, nezlob se

Cíl: zlepšení společenských vztahů, rozhodování, pozornosti, orientace

Prostředí: ergoterapeutická místnost/ pokoj klientů

Typ terapie: skupinová/ individuální

Pomůcky: hra člověče, nezlob se (deska s hracím polem, kostka, figurky)

Pravidla: Klienti střídavě házejí kostkou, dokud na kostce nepadne číslo 6, aby mohli nasadit figurku na vyznačené startovní pole na deskové hře. Po nasazení figurky hráč posunuje o tolik políček, kolik mu padne číslo na kostce. Padne-li číslo 6, hráč může házet

ještě jednou a k číslu 6 nově padlé číslo přičíst a posunout se o tento počet políček nebo může zvolit místo druhého hodu kostkou, že si nasadí novou figurku do hry. Figurka může být z hracího pole vyhozena, pokud protivník stojí na políčku, na které se má daný hráč posunout. V tom případě musí vyhozený hráč zpět do počátečního postavení a čeká, dokud mu znovu nespadne číslo 6, aby znovu nasadil figurku na startovní pole. Hráč, který dovede své figurky do domečku, vyhrává.

Průběh a reakce klientů:

Klient 1: Klientka musela být upozorňována na postup hry, bylo třeba hlídat její kroky, zkracovala či přidávala si počet políček, o které se měla posunout. Hra ji však bavila a povídala si u toho s ostatními hráči. V průběhu hry již nepotřebovala opakovat postup, hrála samostatně.

Klient 2: Klient hrál hru samostatně a zodpovědně.

Klient 3: Klientka byla dezorientovaná, měnila směr hry, přeskakovala políčka. Musela být kontrolována a musel se jí opakovat postup hry.

Klient 4: Klientka hrála hru samostatně a zodpovědně.

10.2.7 Hra geometrické tvary

Cíl: ovlivnění hmatových vjemů, zrakově-prostorových schopností, orientace

Prostředí: pokoj klientů

Typ terapie: individuální

Pomůcky: barevné kartičky s obrázky, umělohmotné barevné geometrické tvary

Pravidla: Klienti přiřazovali tvary dle barvy a příslušného geometrického obrazce na vyznačené místo na obrázku.

Průběh a reakce klientů:

Klient 1: Klientka nejprve nechápala úkol, nezvládala postup samostatně. Při postupných pokynech zvládla tvar přiřadit dle barvy a na příslušné místo. V závěru již zvládla poslední karty přiřadit sama, bez slovního doprovodu.

Klient 2: Klient bez problémů zvládal úkol samostatně.

Klient 3: Klientka pochopila úkol, barvy rozezná a přiřadí, ale tvary nedokáže přiřadit ani určit. Obdélník nazývá trojúhelník apod.

Klient 4: Klientka rozeznává barvy i tvary, dokáže samostatně úkol plnit.

10.2.8 Hra obleč roční období

Cíl: ovlivnění pozornosti a orientace, uvědomění si ročního období a počasí

Prostředí: pokoj klientů

Typ terapie: individuální

Pomůcky: karty s obrázky ročních období a kartičky s obrázky souvisejícími k daným ročním obdobím

Pravidla: Klienti přiřazovali kartičky s obrázky k příslušným kartám s daným ročním obdobím

Průběh a reakce klientů:

Klient 1: Klientka samostatně a správně přiřadila obrázky.

Klient 2: Klient bez problémů zvládal úkol samostatně.

Klient 3: Klientka věci na obrázcích rozeznává, ale nedokáže je přiřadit. Při nápovědách př. houby – nápověda: rostou, když je vlhko, mlha, po ránu chladněji – podzim

Klient 4: Klientka zvládala úkol samostatně.

10.2.9 Hra stavění domu

Cíl: zlepšení orientace, zrakově-prostorových schopností

Prostředí: pokoj klientů

Typ terapie: individuální

Pomůcky: šablona domu, obrázky s částmi domu

Pravidla: Klienti vyplňují dle vlastní představy šablonu domu. Přiřazují štít, okna, dveře, vybírají barevnou fasádu.

Průběh a reakce klientů:

Klient 1: Klientka vybírala správné části domu a přiřazovala. Postavila celý dům.

Klient 2: Klient soustředěně hledal správné části domu. Vybíral i ke konkrétnímu motivu (barvě) správné komponenty.

Klient 3: Klientka dezorientovaná, neví, která část domu kam patří. Při výběru jednoho motivu s předlohou a se slovním doprovodem přiřadila do šablony správně základní komponenty.

Klient 4: Klientka vybírala správné části domu a přiřazovala na příslušná místa. Postavila celý dům.

10.2.10 Dobble

Cíl: zlepšení pozornosti a orientace, ovlivnění zrakově-prostorových schopností

Prostředí: pokoj klientů

Typ terapie: individuální

Pomůcky: Karty s obrázky

Pravidla: Hra obsahuje 55 karet, na kterých jsou různé předměty. Na dvou kartách je vždy jeden stejný obrázek, úkolem je co nejrychleji poznat který.

Průběh a reakce klientů:

Klient 1: Klientce bylo potřeba opakovat, že má hledat stejný obrázek. Nedařilo se jí dostatečně udržet pozornost.

Klient 2: Klient pochopil hru a nečinilo mu problém nalézt stejný obrázek.

Klient 3: Klientka nedokázala rozeznat stejné tvary na obrázcích, klientka musela být slovně naváděna, abychom společnými silami našly stejný obrázek.

Klient 4: Klientka pochopila hru, ale stěžovala si na velikost obrázků na kartách. Nedokázala obrázky rozeznat z důvodu špatného vidění.

11 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

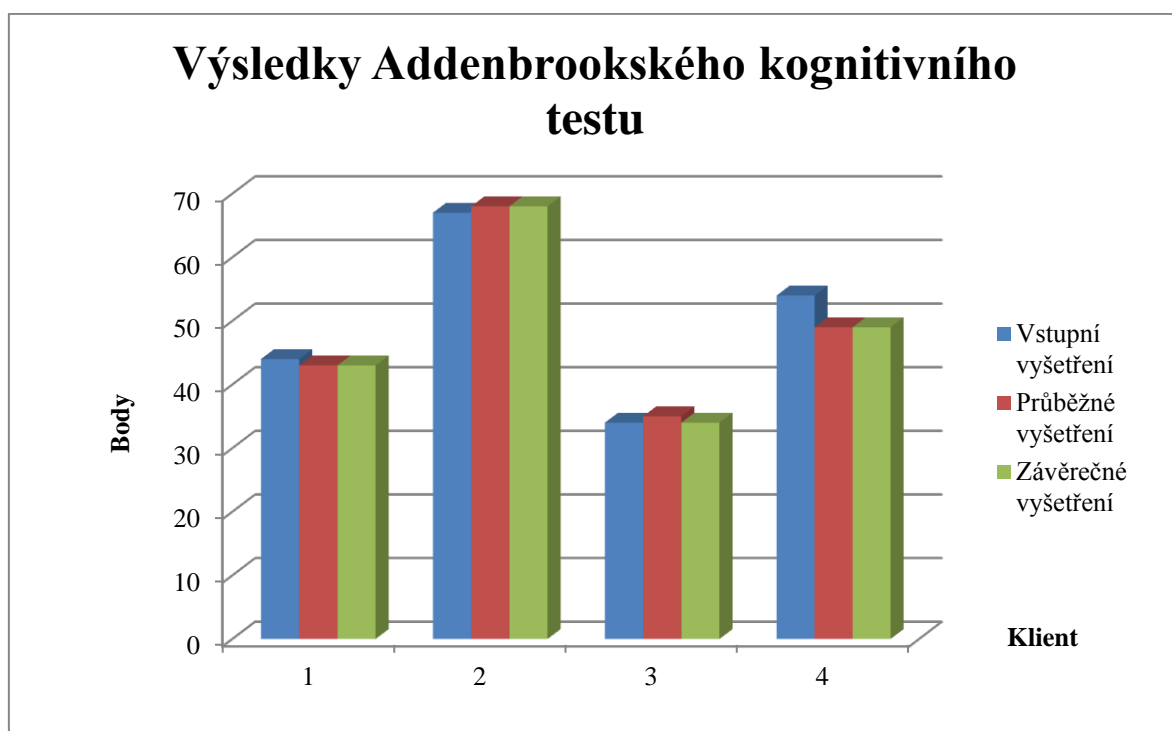
11.1 Vyhodnocení Addenbrookského kognitivního testu

Tabulka 14 Výsledky Addenbrookského kognitivního testu

Klient	Vstupní vyšetření	Průběžné vyšetření	Závěrečné vyšetření	Zlepšení ANO/NE
č. 1	44	43	43	NE
č. 2	67	68	68	ANO
č. 3	34	35	34	NE
č. 4	54	49	49	NE

Zdroj: vlastní

Graf 2 Výsledky Addenbrookského kognitivního testu



Zdroj: vlastní

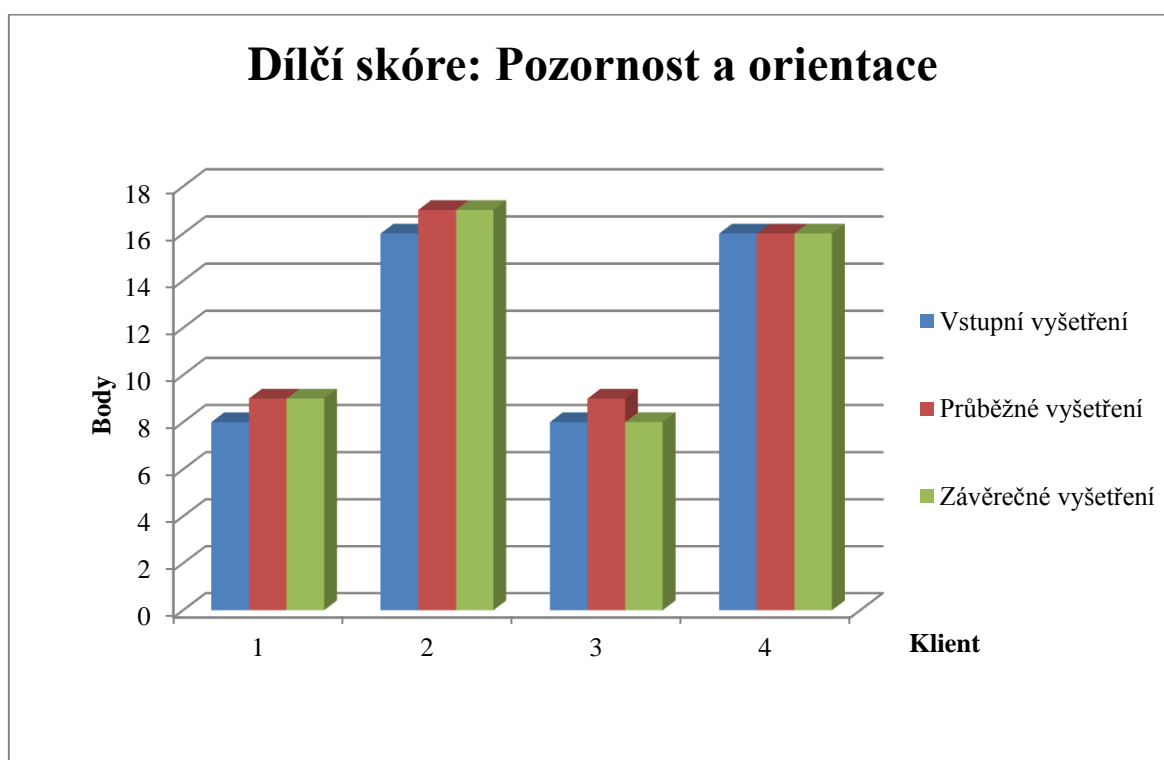
Jak je patrné z tabulky a grafu u klienta č. 1 došlo v průběhu spolupráce ke zhoršení v Addenbrookském kognitivním testu o 1 bod. Klient č. 2 se o 1 bod zlepšil v průběhu spolupráce. U klienta č. 3 došlo v průběžném vyšetření ke zlepšení o 1 bod, ale závěrečné vyšetření vyšlo stejně jako vstupní vyšetření, stav zůstal nezměněn. Klient č. 4 se v průběhu spolupráce zhoršil o 5 bodů, bylo to však dáno především jeho odmítavým přístupem k jedné subčásti testu.

Tabulka 15 Výsledky dílčího skóre pozornosti a orientace

Klient	Vstupní vyšetření	Průběžné vyšetření	Závěrečné vyšetření	Zlepšení ANO/NE
č. 1	8	9	9	ANO
č. 2	16	17	17	ANO
č. 3	8	9	8	NE
č. 4	16	16	16	NE

Zdroj: vlastní

Graf 3 Výsledky dílčího skóre pozornosti a orientace



Zdroj: vlastní

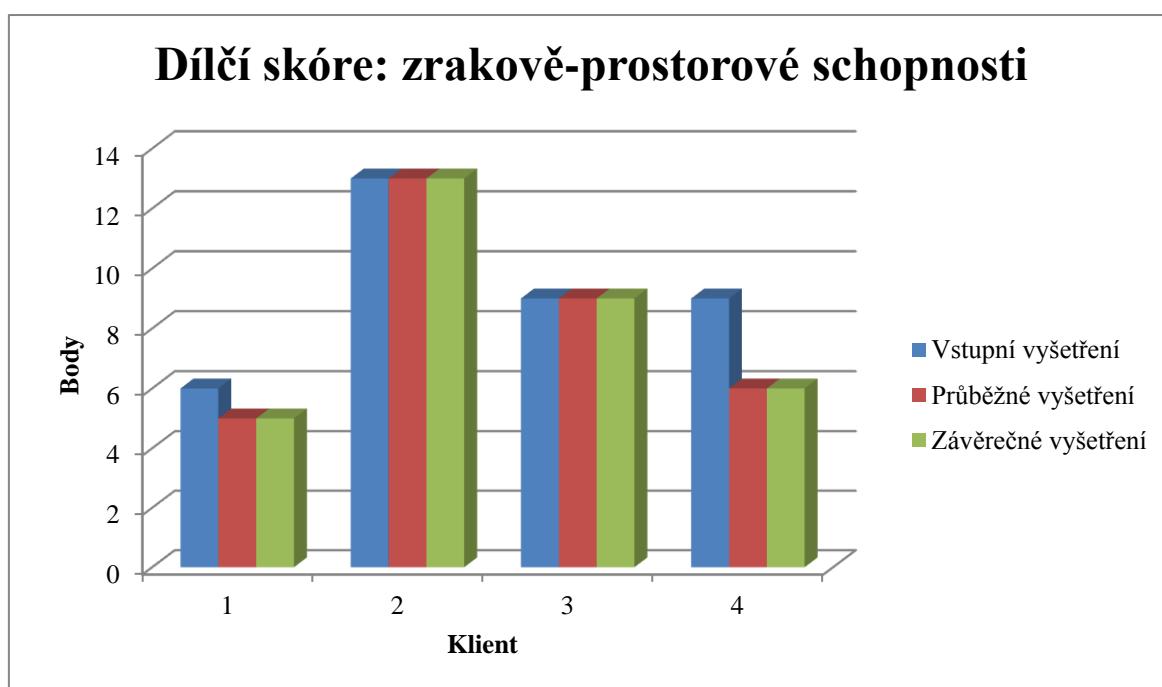
Pozornost a orientace, dílčí skóre Addenbrookského testu, se u klienta č. 1 zlepšilo o 1 bod v průběhu spolupráce. Stejný posun o 1 bod je zaznamenán i u klienta č. 2. Klient č. 3 se v průběhu spolupráce zlepšil o 1 bod, ale závěrečné vyšetření vyšlo stejně jako vstupní vyšetření, stav zůstal nezměněn. U klienta č. 4 zůstal stav pozornosti a orientace nezměněn v průběhu celé spolupráce.

Tabulka 16 Výsledky dílčího skóre zrakově-prostorových schopností

Klient	Vstupní vyšetření	Průběžné vyšetření	Závěrečné vyšetření	Zlepšení ANO/NE
č. 1	6	5	5	NE
č. 2	13	13	13	NE
č. 3	9	9	9	NE
č. 4	9	6	6	NE

Zdroj: vlastní

Graf 4 Výsledky dílčího skóre zrakově-prostorových schopností



Zdroj: vlastní

V dílčím skóre, zrakově-prostorových schopností došlo v průběhu spolupráce u klienta č. 1 ke zhoršení o 1 bod. U klientů č. 2 a č. 3 zůstal stav nezměněn v průběhu celé spolupráce. Klient č. 4 se v průběhu spolupráce zhoršil o 3 body, bylo to však dáno především jeho odmítavým přístupem v této subčásti.

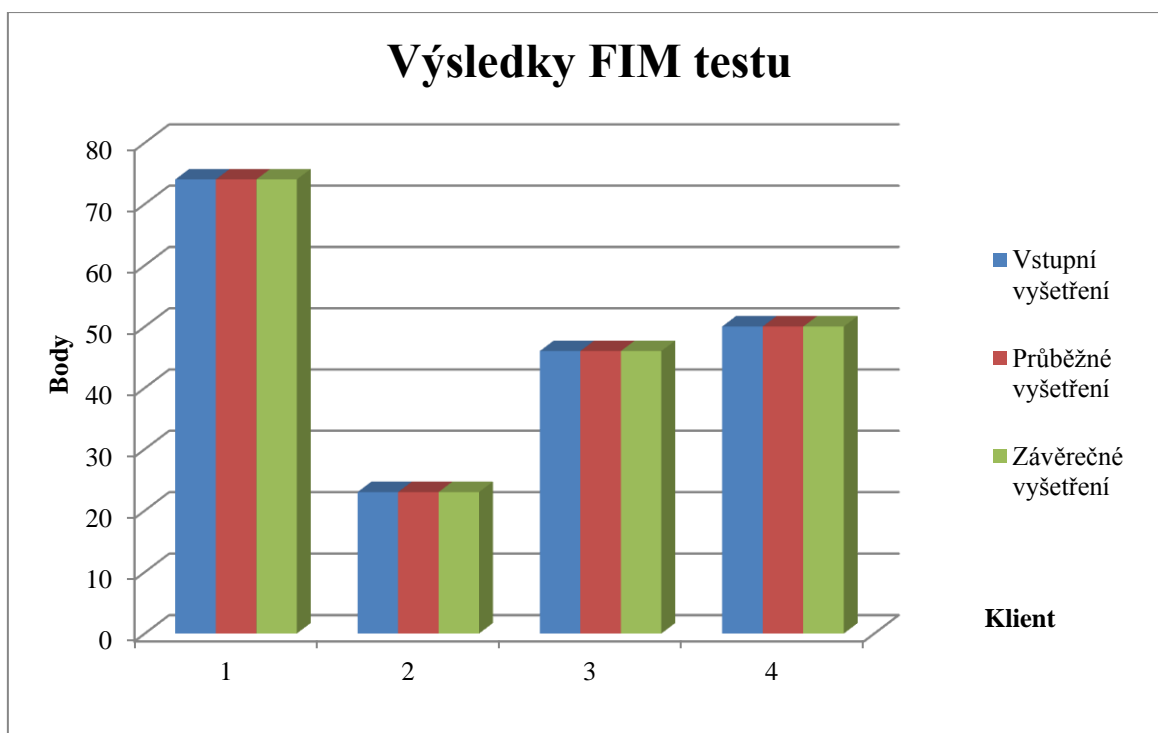
11.2 Vyhodnocení FIM testu

Tabulka 17 Výsledky FIM testu

Klient	Vstupní vyšetření	Průběžné vyšetření	Závěrečné vyšetření	Zlepšení ANO/NE
č. 1	74	74	74	NE
č. 2	23	23	23	NE
č. 3	46	46	46	NE
č. 4	50	50	50	NE

Zdroj: vlastní

Graf 5 Výsledky FIM testu



Zdroj: vlastní

Výsledky FIM testů zůstaly u všech vyšetřovaných klientů v průběhu celé spolupráce beze změny.

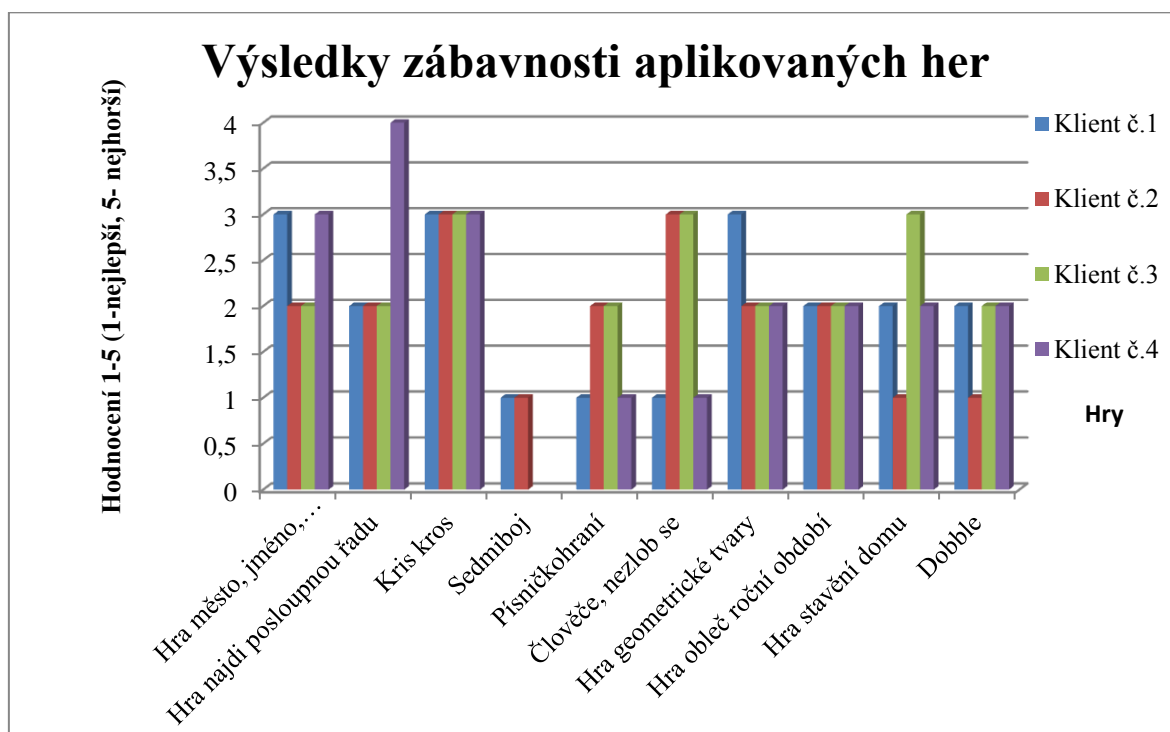
11.2.1 Vyhodnocení zábavnosti her

Tabulka 18 Výsledky hodnocení zábavnosti her u klientů

Hry	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4
Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání	3	2	2	3
Hra najdi posloupnou řadu	2	2	2	4
Kris kros	3	3	3	3
Sedmiboj	1	1		
Písničkohraní	1	2	2	1
Člověče, nezlob se	1	3	3	1
Hra geometrické tvary	3	2	2	2
Hra obleč roční období	2	2	2	2
Hra stavění domu	2	1	3	2
Dobble	2	1	2	2

Zdroj: vlastní

Graf 6 Výsledky hodnocení zábavnosti her u klientů



Zdroj: vlastní

U klientů bylo aplikováno 10 zábavně-terapeutických her vybraných tak, aby každá z nich přispívala ke zlepšení kognitivních funkcí. Klienti hodnotili známkami jako ve škole

od 1 do 5, kdy 1 bylo nejlepší hodnocení a 5 nejhorší. Nejlepší hodnocení získal sedmiboj, toho se však dvě klientky nemohly z důvodu nedostatečné mobility zúčastnit. Velmi kladně pak všemi klienty byla hodnocena hra „písničkohraní“, „obleč roční období“, „dobble“ a „člověče, nezlob se“.

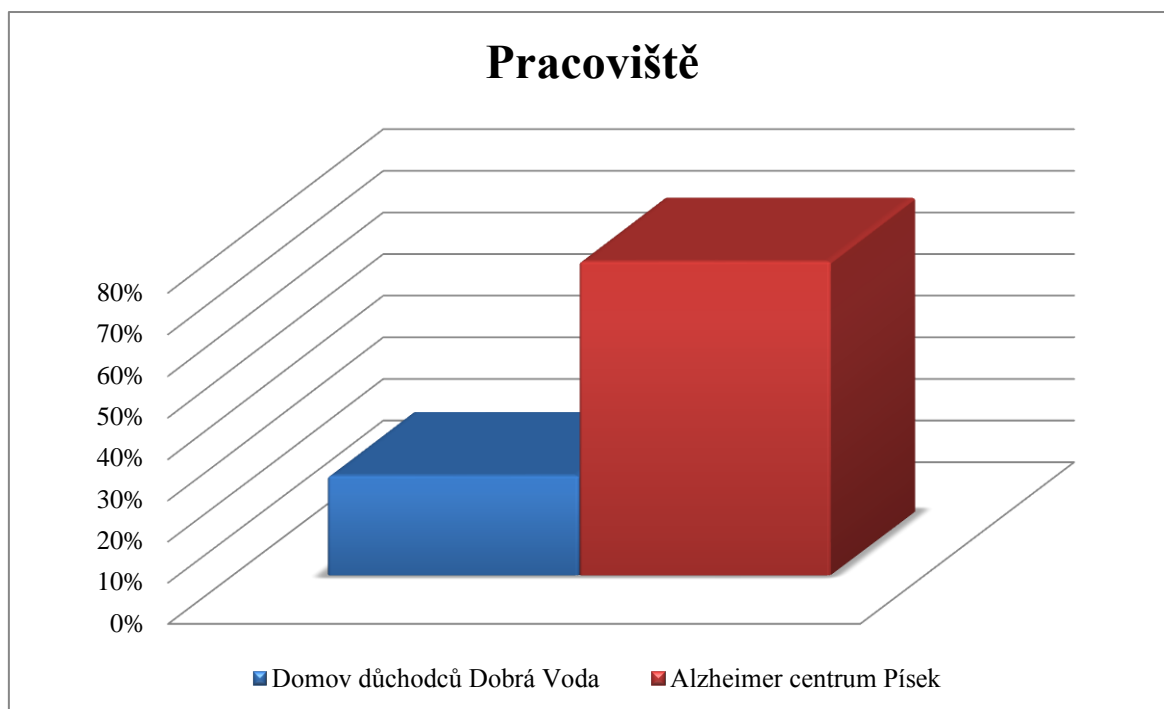
11.3 Vyhodnocení dotazníku

Tabulka 19 Procentuální podíl respondentů dle vybraných pracovišť

Pracoviště	
Domov důchodců Dobrá Voda	24%
Alzheimer centrum Písek	76%

Zdroj: vlastní

Graf 7 Procentuální podíl respondentů dle vybraných pracovišť



Zdroj: vlastní

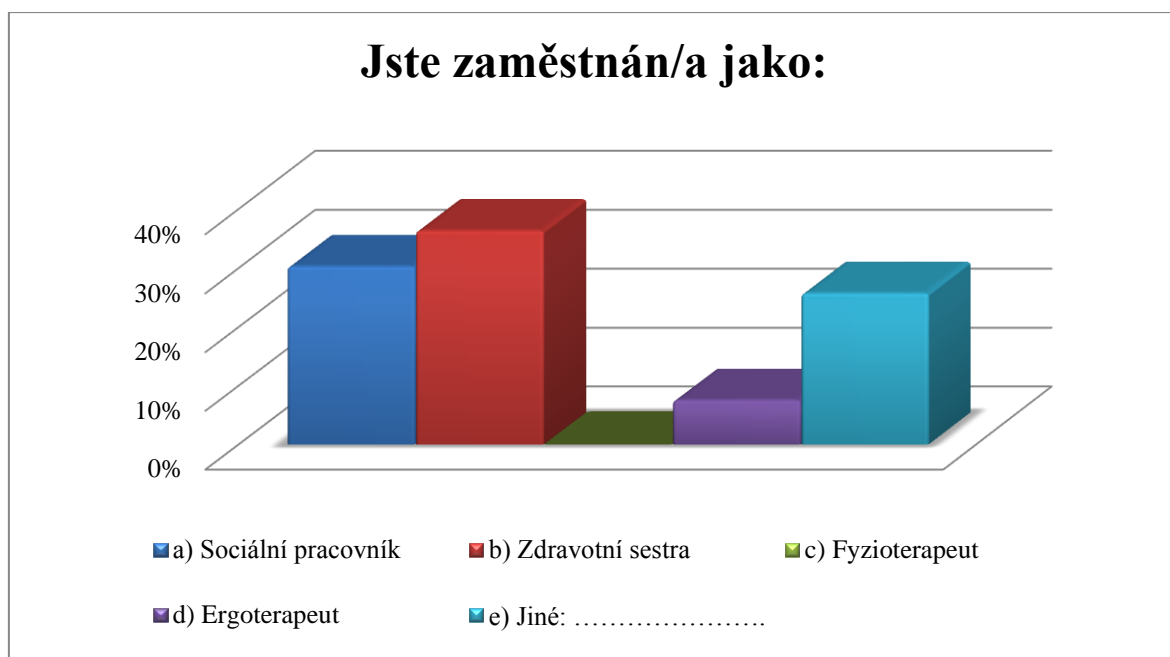
Nestandardizovaným dotazníkem vlastní konstrukce byla oslovena dvě pracoviště pracující s klienty s demencí. Jedním z nich byl Domov důchodců Dobrá Voda, kde byly provedeny i kazuistické případové studie. Odtud bylo získáno 16 respondentů tj. 24 % z řad zaměstnanců pracujících na oddělení se zvláštním režimem. Druhé oslovené pracoviště bylo Alzheimer centrum Písek, odkud bylo získáno 50 respondentů tj. 76 % z řad zaměstnanců pracujících se seniory s demencí. Celkový počet respondentů byl tedy 66.

Tabulka 20 Procentuální podíl zaměstnaných respondentů

Jste zaměstnán/a jako:	
a) Sociální pracovník	30%
b) Zdravotní sestra	36%
c) Fyzioterapeut	0%
d) Ergoterapeut	8%
e) Jiné:	26%

Zdroj: vlastní

Graf 8 Procentuální podíl zaměstnaných respondentů



Zdroj: vlastní

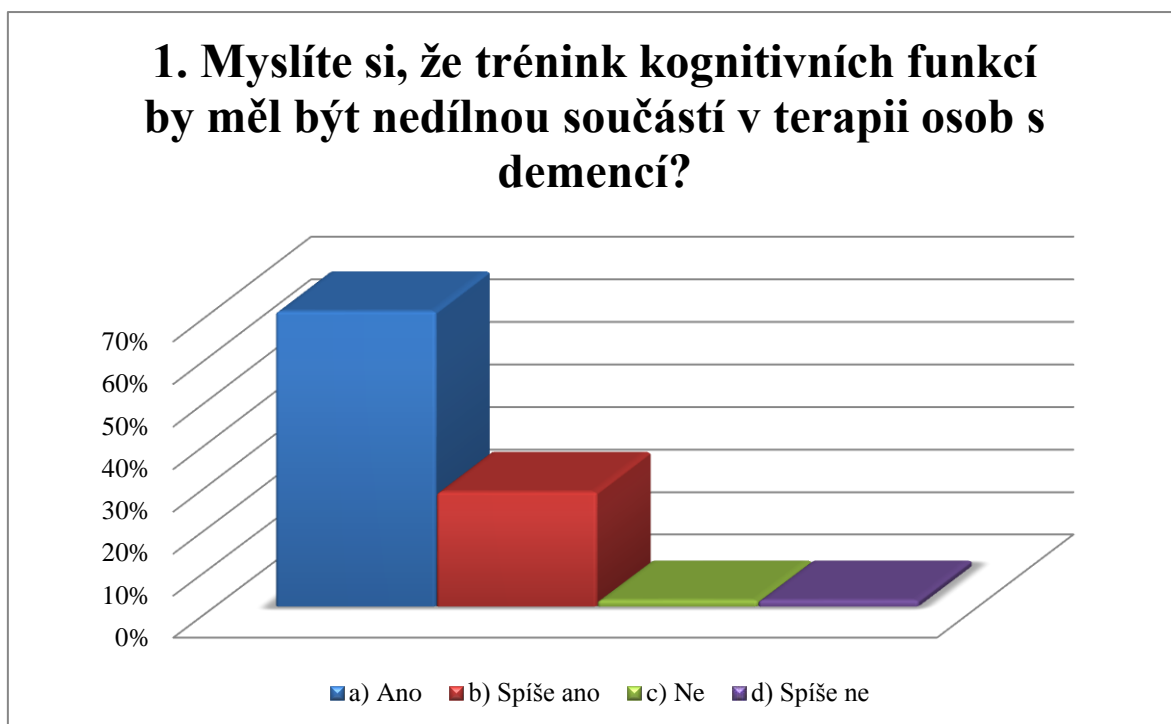
Z celkového počtu 66 respondentů tj. 100 % odpovídalo 20 tj. 30 % zaměstnaných jako sociální pracovník, 24 tj. 36 % zaměstnaných jako zdravotní sestra, 5 tj. 8 % zaměstnaných jako ergoterapeut a 17 tj. 26 % zaměstnaných jako jiný pracovník než bylo v možnosti výběru, především pracovníci přímé obslužné péče. Z celkového počtu respondentů dotazníku nebyl ani jeden z nich zaměstnán jako fyzioterapeut.

Tabulka 21 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 1

1. Myslíte si, že trénink kognitivních funkcí by měl být nedílnou součástí v terapii osob s demencí?	
a) Ano	70%
b) Spíše ano	27%
c) Ne	2%
d) Spíše ne	2%

Zdroj: vlastní

Graf 9 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 1



Zdroj: vlastní

Na první otázku, zda si zaměstnanci myslí, že trénink kognitivních funkcí by měl být nedílnou součástí v terapii osob s demencí, odpovědělo: a) ano 46 tj. 70 % respondentů, b) spíše ano 18 tj. 27 % respondentů, c) ne 1 tj. 2 % respondentů, d) spíše ne 1 tj. 2 % respondentů.

Tabulka 22 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 2

2. Je vidět rozdíl mezi klienty, se kterými je nacvičován trénink kognitivních funkcí a s kterými ne? Vyznačte na úsečce od 1 do 10 (1 – bez rozdílu, 10 – je vidět znatelná změna)	
1	0%
2	0%
3	10%
4	8%
5	24%
6	19%
7	8%
8	17%
9	10%
10	5%

Zdroj: vlastní

Graf 10 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 2



Zdroj: vlastní

Na druhou otázku, zda je vidět rozdíl mezi klienty, se kterými je nacvičován trénink kognitivních funkcí a s kterými ne vyznačilo na úsečce od 1 do 10 (1 – bez rozdílu, 10 – je vidět znatelná změna) 63 zaměstnanců z celkového počtu 66 oslovených zaměstnanců. Bod 3 na úsečce vyznačilo 6 tj. 10 % respondentů, bod 4 na úsečce vyznačilo 5 tj. 8 % respondentů, bod 5 na úsečce vyznačilo 15 tj. 24 % respondentů, bod 6 na úsečce vyznačilo 12 tj. 19 % respondentů, bod 7 na úsečce vyznačilo 5 tj. 8% respondentů, bod 8 na úsečce vyznačilo 11 tj. 17 % respondentů, bod 9 na úsečce vyznačilo 6 tj. 10 %, bod 10 vyznačilo na úsečce 3 tj. 5 % respondentů.

Tabulka 23 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 3

3. Máte pocit, že hra provází člověka po celý život, tudíž i v seniorském věku má její aplikace pozitivní výsledky?	
a) Ano	50%
b) Většinou ano	38%
c) Ne	0%
d) Pouze u některých seniorů	12%

Zdroj: vlastní

Graf 11 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 3



Zdroj: vlastní

Na třetí otázku, zda mají zaměstnanci pracující s klienty s demencí pocit, že hra provází člověka po celý život, tudíž i v seniorském věku má její aplikace pozitivní výsledky, odpovědělo: a) ano 33 tj. 50 % respondentů, b) většinou ano 25 tj. 38 % respondentů, d) pouze u některých seniorů 8 tj. 12 % respondentů. Odpověď c) ne ne zvolil žádný z oslovených zaměstnanců.

Tabulka 24 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 4

4. Myslíte si, že formou zábavně-terapeutických her se klienti zlepšují v komunikaci?	
a) Ano	38%
b) Většinou ano	52%
c) Ne	5%
d) Většinou ne	6%

Zdroj: vlastní

Graf 12 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 4



Zdroj: vlastní

Na čtvrtou otázku, zda si zaměstnanci myslí, že formou zábavně-terapeutických her se klienti zlepšují v komunikaci, odpovědělo: a) ano 25 tj. 38 % respondentů, b) většinou ano 34 tj. 52 % respondentů, c) ne 3 tj. 5 % respondentů, d) většinou ne 4 tj. 6% respondentů.

Tabulka 25 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 5

5. Domníváte se, že výcvikem kognitivních funkcí u těchto klientů dochází ke zlepšení jejich soběstačnosti a zlepšení spolupráce při každodenní péči o ně?	
a) Ano	32%
b) Většinou ano	45%
c) Ne	5%
d) Většinou ne	18%

Zdroj: vlastní

Graf 13 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 5



Zdroj: vlastní

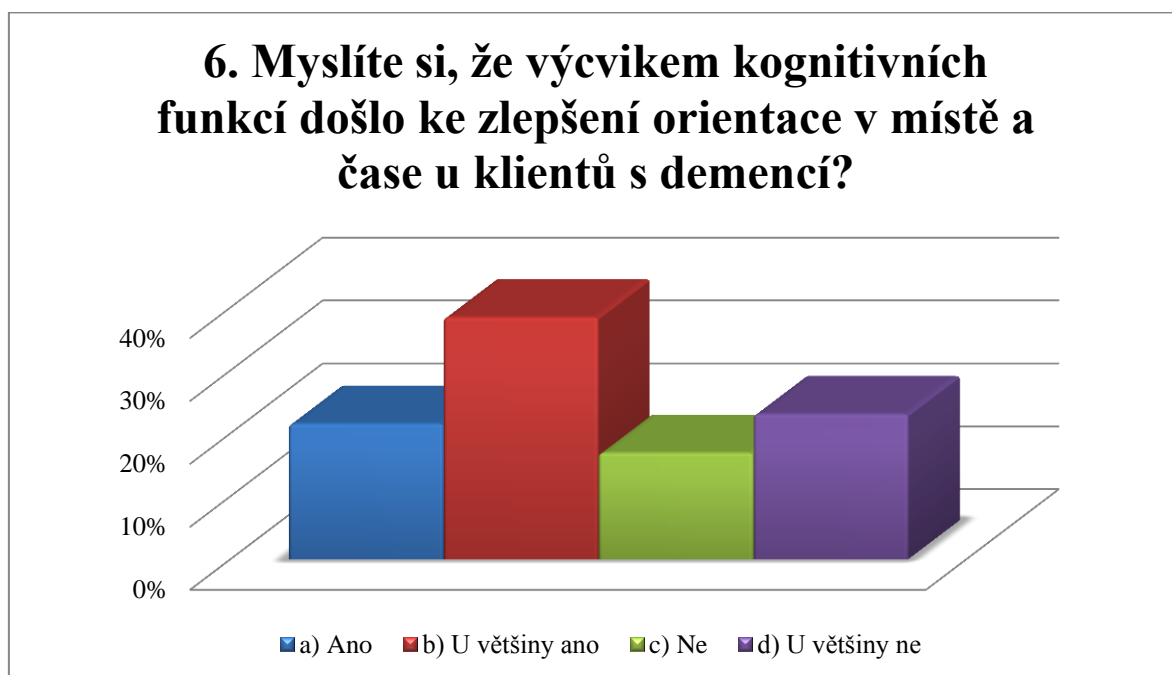
V páté otázce, jestli se zaměstnanci domnívají, že výcvikem kognitivních funkcí u klientů s demencí dochází ke zlepšení jejich soběstačnosti a zlepšení spolupráce při každodenní péči o ně, odpovědělo 65 z celkového počtu 66 oslovených zaměstnanců: a) ano 21 tj. 32 % respondentů, b) většinou ano 29 tj. 45% respondentů, c) ne 3 tj. 5 % respondentů, d) většinou ne 12 tj. 18 % respondentů.

Tabulka 26 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 6

6. Myslíte si, že výcvikem kognitivních funkcí došlo ke zlepšení orientace v místě a čase u klientů s demencí?	
a) Ano	22%
b) U většiny ano	38%
c) Ne	17%
d) U většiny ne	23%

Zdroj: vlastní

Graf 14 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 6



Zdroj: vlastní

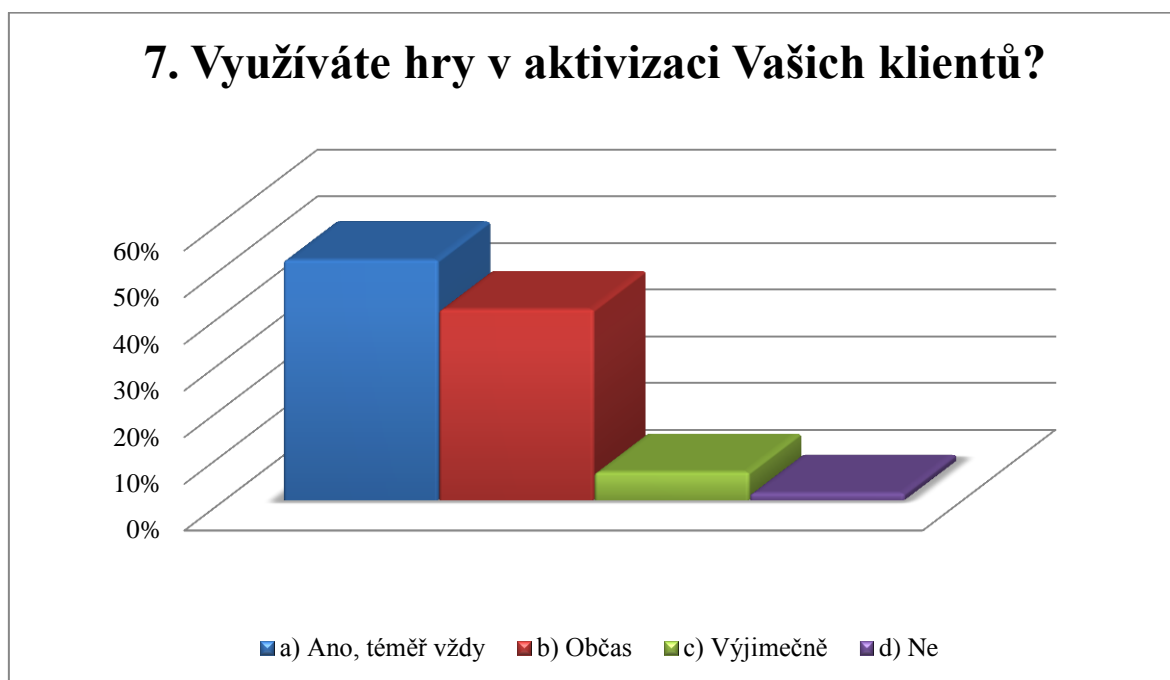
Na šestou otázku, zda si zaměstnanci myslí, že výcvikem kognitivních funkcí došlo ke zlepšení orientace v místě a čase u klientů s demencí, odpovědělo 65 z celkového počtu 66 oslovených zaměstnanců: a) ano 14 tj. 22 % respondentů, b) u většiny ano 25 tj. 38 % respondentů, c) ne 11 tj. 17 % respondentů, d) u většiny ne 15 tj. 23 % respondentů.

Tabulka 27 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 7

7. Využíváte hry v aktivizaci Vašich klientů?	
a) Ano, téměř vždy	52%
b) Občas	41%
c) Výjimečně	6%
d) Ne	2%

Zdroj: vlastní

Graf 15 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 7



Zdroj: vlastní

Na sedmou otázku, zda zaměstnanci využívají hry v aktivizaci klientů s demencí, odpovědělo: a) ano, téměř vždy 34 tj. 52 % respondentů, b) občas 27 tj. 41 % respondentů, c) výjimečně 4 tj. 6% respondentů, d) ne 1 tj. 2 % respondentů.

Tabulka 28 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 8

8. Využíváte hry za nějakým účelem, cíleně nebo jen na vyplnění volného času klientů?	
a) Využíváme cíleně př. při nácviku sebeobsluhy	54%
b) Využíváme jen na vyplnění volného času klientů	42%
c) Nevyužíváme, nejsme v tomto směru edukováni	5%
d) Nevyužíváme z důvodu: ...	0%

Zdroj: vlastní

Graf 16 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 8



Zdroj: vlastní

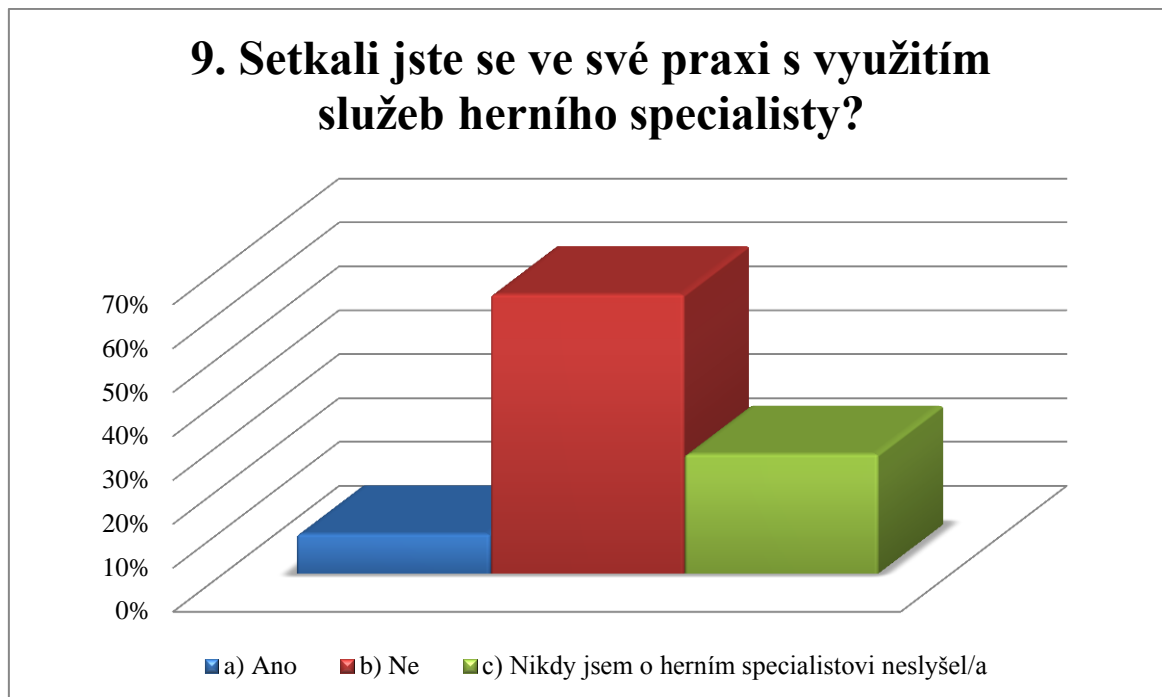
Na osmou otázku, jestli zaměstnanci využívají hry za nějakým účelem, cíleně nebo jen na vyplnění volného času klientů, odpovědělo 65 z celkového počtu 66 oslovených zaměstnanců: a) využíváme cíleně př. při nácviku sebeobsluhy 35 tj. 54 % respondentů, b) využíváme jen na vyplnění volného času klientů 27 tj. 42 % respondentů, c) nevyužíváme, nejsme v tomto směru edukováni 3 tj. 5 % respondentů. Odpověď d) nevyužíváme z důvodu:... nevybral žádný z respondentů.

Tabulka 29 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 9

9. Setkali jste se ve své praxi s využitím služeb herního specialisty?	
a) Ano	9%
b) Ne	64%
c) Nikdy jsem o herním specialistovi neslyšel/a	27%

Zdroj: vlastní

Graf 17 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 9



Zdroj: vlastní

V deváté otázce, zda se zaměstnanci setkali ve své praxi s využitím služeb herního specialisty, odpovědělo: a) ano 6 tj. 9 % respondentů, b) ne 42 tj. 64 % respondentů, c) nikdy jsem o herním specialistovi neslyšel/a 18 tj. 27 % respondentů.

Tabulka 30 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 10

10. Myslíte, že by vaše zařízení využilo služeb herního specialisty?	
a) Ano	25%
b) Spíše ano	37%
c) Spíše ne	31%
d) Ne	8%

Zdroj: vlastní

Graf 18 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 10



Zdroj: vlastní

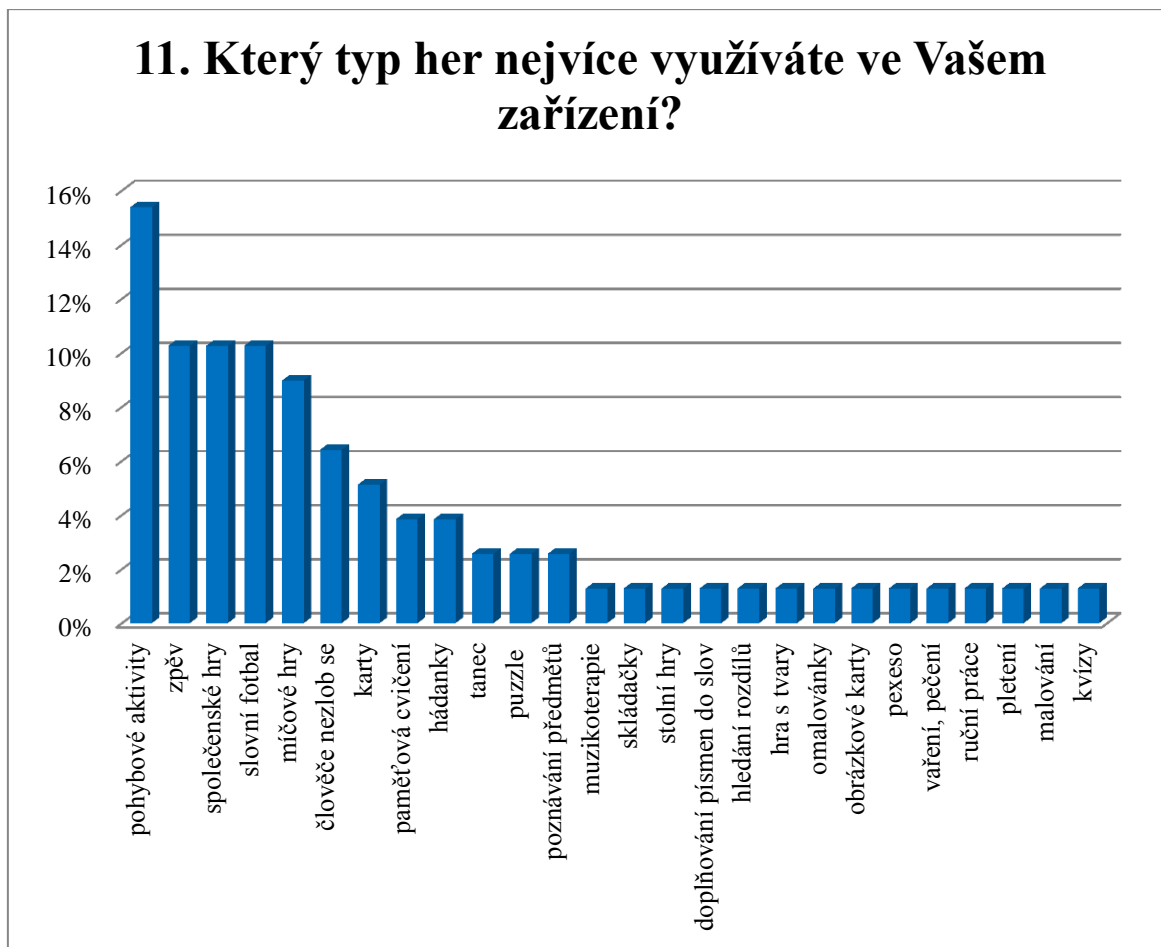
Na desátou otázku, zda si zaměstnanci myslí, že by jejich zařízení využilo služeb herního specialisty, odpovědělo 65 z celkového počtu 66 oslovených zaměstnanců: a) ano 16 tj. 26 % respondentů, b) spíše ano 24 tj. 37 % respondentů, c) spíše ne 20 tj. 31 % respondentů, d) ne 5 tj. 8 % respondentů.

Tabulka 31 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 11

11. Který typ her nejvíce využíváte ve Vašem zařízení?		
pohybové aktivity	12	15%
zpěv	8	10%
společenské hry	8	10%
slovní fotbal	8	10%
míčové hry	7	9%
Člověče, nezlob se	5	6%
karty	4	5%
paměťová cvičení	3	4%
hádanky	3	4%
tanec	2	3%
puzzle	2	3%
poznávání předmětů	2	3%
muzikoterapie	1	1%
skládačky	1	1%
stolní hry	1	1%
doplňování písmen do slov	1	1%
hledání rozdílů	1	1%
hra s tvary	1	1%
omalovánky	1	1%
obrázkové karty	1	1%
pexeso	1	1%
vaření, pečení	1	1%
ruční práce	1	1%
pletení	1	1%
malování	1	1%
kvízy	1	1%

Zdroj: vlastní

Graf 19 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 11



Zdroj: vlastní

V jedenácté otevřené otázce odpovídali zaměstnanci, které typy her nejvíce využívají ve svém zařízení. Nejčastější odpovědi byly pohybové aktivity, zpěv, společenské hry, slovní fotbal a míčové hry.

Tabulka 32 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 12

12. Jaké hry jsou u Vašich klientů nejoblíbenější?		
pohybové aktivity	9	17%
zpěv	8	15%
Člověče, nezlob se	7	13%
slovní fotbal	7	13%
míčové hry	7	13%
společenské hry	5	10%
všechny	3	6%
muzikoterapie	2	4%
nic nedělání	1	2%
poznávání předmětů	1	2%
různé	1	2%
hra s písmenky	1	2%

Zdroj: vlastní

Graf 20 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 12



Zdroj: vlastní

Ve dvanácté otevřené otázce odpovídali zaměstnanci, jaké hry jsou u jejich klientů nejoblíbenější. Nejčastější odpovědi byly pohybové aktivity, zpěv, člověče nezlob se, slovní fotbal, míčové hry.

DISKUZE

V teoretické části je podloženo literaturou od autorek Hátlové, B. A Suché, J., že trénink kognitivních funkcí a aktivizace je nedílnou a podstatnou složkou nefarmakologické léčby u klientů s demencí.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit pomocí výzkumného šetření, jaký vliv má využití her na kognitivní funkce.

Díličními cíli potom bylo zjistit jaký má vliv využití her orientovaných na výcvik kognitivních funkcí na soběstačnost klientů a zjistit pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce, jaké je využití her v zařízeních pečujících o klienty s demencí.

Na výzkumné šetření byli vybráni čtyři klienti s demencí z domova pro seniory Domov důchodců Dobrá Voda, u kterých proběhla aplikace zábavně-terapeutických her. Využití her v zařízeních pečujících o tyto klienty bylo zjištěno pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce, a to v domově pro seniory Domov důchodců Dobrá Voda a Alzheimer centrum Písek.

Hypotéza 1: Tréninkem kognitivních funkcí pomocí her lze zachovat stávající stav personálních denních činností.

Z výsledků vstupního, průběžného a závěrečného vyšetření FIM testu je patrné, že nedošlo ke zlepšení ani ke zhoršení stávajícího stavu v personálních denních činnostech. Hypotéza se potvrdila. S klienty jsem spolupracovala čtyři měsíce, ale demence je progresivní degenerativní onemocnění a stávající stav nelze udržet pořád, je zde tedy prognóza zhoršování nejen z důvodu nemoci, ale i vzhledem k věku klientů. Výsledky vyšetření jsou proměnné dle aktuálního stavu klienta v daný den.

Kučerová Helena ve své knize popisuje, že zhoršování stavu může mít trvalou progresi, jejíž rychlost se mění či je soustavná. Mívá přestávky se stagnací a někdy i období zlepšení. (Kučerová, H. 2006)

V knize Handbook of Dementia nalezneme popsání příznaky z hlediska psychologické, neurologické a psychiatrické stránky, kde autoři také popisují období progresu, stagnace, zdánlivého zlepšení, kdy cílem komplexní léčby je zachovat co nejdéle stávající stav a soběstačnost klienta. (Lichtenberg, Peter A., Murman, Daniel L., Mellow, Alan M. 2003)

Hypotéza 2: Pomocí her lze přispět ke zlepšení kognitivních funkcí v rámci orientace oproti zrakově-prostorovým schopnostem.

Jak vyplynulo z vyšetření Addenbrookského kognitivního testu a z jeho dílčích testů, pozornost a orientace se oproti zrakově-prostorovým schopnostem zlepšila, hypotéza se tedy potvrdila. Zlepšení je však nepatrné, ale každý posun u tohoto onemocnění je významný. Při každém setkání s klienty se v úvodu dané terapeutické jednotky v rámci rozechřívání hovořilo, o tom jaký je den, měsíc, rok, roční období, počasí a připomínaly se lidové obyčeje. Ergoterapeutka pracující s těmito klienty v tom pokračovala a tím došlo ke zlepšení orientace v čase a místě. Zrakově-prostorové schopnosti jsou v tomto směru náročnější, ale přesto nedošlo k výraznému zhoršení klientů, jen u klientky č. 4 bylo více patrné zhoršení. Klientka však při této dílčí části testu plně nespolupracovala, z tohoto důvodu mohou být výsledky poněkud zkreslené.

Dle Klucké J. a Volfové P. jsou zrakově-prostorové schopnosti složité. Při kognitivní rehabilitaci postupujeme přes nácvik jednoduchého zaměření pozornosti a zlepšení psychomotorického tempa, přes prostorové schopnosti, k nácviku složitějších logických úloh, abstrakce a procvičování exekutivních funkcí. (Klucká, J., Volfová, P. 2009)

Hypotéza 3: Využití her v zařízeních pečujících o klienty s demencí probíhá ve formě volnočasových aktivit, oproti cílenému využití v rámci ergoterapie.

Poslední hypotéza se nepotvrdila. Vyvracuje ji výzkumné šetření, které jsem provedla dotazníkem u zaměstnanců pracujících se seniory s demencí. Oslovila jsem dvě pracoviště, ve kterých jsem získala celkem 66 respondentů. Těmito pracovišti byl Domov důchodců Dobrá Voda a Alzheimer centrum Písek. Z vyhodnocení dotazníku jsem získala následující údaje, 54 % respondentů využívá hry cíleně ve své praxi, 42 % respondentů využívá hry jen na vyplnění volného času klientů a 5 %, hry ve své praxi nevyužívá, nejsou v tomto směru edukováni. Tato otázka byla vyhodnocena v rámci všech 66 respondentů dohromady z obou oslovených pracovišť, kdybych však oslovila více pracovišť a rozdělila odpovědi respondentů je možné, že by se tato hypotéza potvrdila. Rozdíl mezi cíleným využitím her a využitím za účelem vyplnění volného času klientů činí jen 12 %. To však nebylo použito vzhledem k rozsáhlosti bakalářské práce.

Z celkového vyhodnocení výsledků vyšetření je patrné, že se stav klientů výrazně nezlepšil, ale ani nezhoršil. Je to dáno zejména tím, že Alzheimerova choroba je progresivním onemocněním, které se nedá vyléčit. Pomocí kognitivní rehabilitace,

ergoterapeutických metod lze více méně stávající stav těchto klientů udržovat co nejdéle. Progrese však tuto nemoc provází a tento stav bohužel nelze udržet pořád a to i s přihlédnutím k vysokému věku klientů.

V rámci vyhodnocení dotazníku jsem zjistila povědomí o výcviku kognitivních funkcí, využití a oblíbenost her s jejich využitím v praxi. Celkových 70 % respondentů si myslí, že trénink kognitivních funkcí by měl být nedílnou součástí v terapii osob s demencí a více než 50 % respondentů odpovědělo, že hra provází člověka po celý život, tudíž i v seniorském věku má její aplikace pozitivní výsledky.

O využití her u seniorů s demencí se opírá autorka Jitka Suchá ve svých publikacích. Hry mají své opodstatnění, zejména pokud chceme pracovat na tom, aby se zlepšila komunikace ve skupině, a zábavným způsobem jsme procvičili paměť a další kognitivní funkce. (SUCHÁ, J. 2012)

Z diskuze tedy vyplývá, že hypotézy 1 a 2 se potvrdily, hypotéza 3 potvrzena nebyla.

ZÁVĚR

Tématem práce bylo využití her pro výcvik kognitivních funkcí u klientů s demencí. Práce je tedy především zaměřena na aplikaci zábavně-terapeutických her u seniorů s demencí za účelem zlepšení kognitivních funkcí. Z vyšetření byly zjištěny další problémové oblasti, ale vzhledem k rozsáhlosti práce nebylo možné se věnovat všem těmto oblastem u vybraných klientů.

Prostřednictvím této práce se poukazuje na to, že hra je nedílnou součástí vývoje u dítěte, ale její využití má smysl a opodstatnění v každém věku, tedy i seniorském.

Důležité je vybírat hry s ohledem na věk, zájmy, ale i problémové oblasti klienta. Pomocí hry lze nenásilně trénovat postižené oblasti nejen u dětí a seniorů, ale využití her nalezneme i u dospělých např. u osob po traumatech mozku, autoimunitních onemocnění apod. V práci je popsán vývoj hry z hlediska neuropsychologie a přináší nám další možnosti jejího využití v různých situacích, rolích, se kterými se musí každý z nás v běžném životě potýkat. Pomocí hry lze trénovat postoj v těchto určitých situacích a rolích. U klientů s demencí však musíme koukat na vhodný výběr her vzhledem ke stádiu demence, abychom klienta neuváděli do stresových situací a nevedlo to k úzkosti a depresím. U těchto klientů je lepší začínat od jednodušších věcí, aby byl klient motivovaný a aktivitu stupňovat.

Tato práce může sloužit jako materiál pro terapeuty, kteří by ji chtěli použít jako inspiraci pro činnost se seniory. Měla by být přínosem pro všechny, kteří se zajímají o práci se seniory a s lidmi postiženými demencí.

SEZNAM ZDROJŮ

- BLAŽKOVÁ, Jana. *Herní práce a možnosti jejího využití v komunikaci se seniory*. 2007. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Fakulta humanitních studií.
- BORZOVÁ, Claudia, Iva HOLMEROVÁ a Roman JIRÁK. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2454-6
- HÁTLOVÁ, Běta a Jitka SUCHÁ. *Kinezioterapie demencí*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-564-7
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Vydání první, Praha: Portál, 2009, 272 s., ISBN 978-80-7367-583-7
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, Praha: Grada, 2008, 336s. ISBN 978-80-247-2490-4
- KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009, 160 s., ISBN 978-80-2472608-3
- KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. 1. vydání. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.
- KOŤÁTKOVÁ, Soňa. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*. 2005. vyd. Grada. ISBN 80-247-0852-3.
- KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, 229 s, ISBN 80-7169-615-3.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1491-4.
- KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. Psyché. ISBN 978-80-247-1284-0.
- LICHTENBERG, Peter A., Daniel L. MURMAN a Alan M. MELLOW. *Handbook of Dementia: Psychological, Neurological and Psychiatric Perspectives*. United States of America: John Wiley & Sons, 2003. ISBN 0-471-41982-6.

- POWELL, D., H. *Profiles in Cognitive Aging*. London: Harvard University press, 1994, 251s., ISBN-10: 06-7471-331-1
- PREISS, Marek a Hana KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-0843-4.
- REKTOROVÁ, Irena. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: TRITON, 2007. ISBN 978-80-7387-017-1
- SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: MAXDORF, s.r.o., 1996. ISBN 80-85800-33-0.
- SUCHÁ, Jitka. Využití stolních her v ergoterapii u seniorů a lidí s demencí. Informační bulletin ČAE. 2012, roč. 2012, č. 2, s. 16-18. DOI: 1804-1558. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.org/files/bulletin-2-2012.pdf>
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s.r.o., 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VALENTA, Milan. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc: VUP, 2008. ISBN 978-80-244-2137-7.
- VÉLE, František. *Kineziologie*. 2. vyd. Praha: TRITON, 2007. ISBN 978-80-7254-837-8.
- VODÁKOVÁ, J., R. DYRTOVÁ, M. CETKOVÁ a V. BERÁNEK. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. 2003. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta.
- WALSH, Danny. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.
- Brain jogging: trénink mentální výkonnosti pro mladé i staré. [online]. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.brainjogging.cz/kognitivni-funkce>
- Sekce kognitivní neurologie [online]. [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kognitivni_test_ace-r2010.pdf
- Statistika stárnutí v letech 1950-2012: [online]. [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/podil_obyvatel_ve_vekove_skupine_0_14_a_65_a_vice_let_v letech_1950_2012

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Vaskulární demence vs. Alzheimerova choroba	33
Tabulka 2 Závěrečná zpráva klienta č. 1	49
Tabulka 3 Záznam dílčích výsledků Addenbrooského kognitivního testu klienta č. 1	50
Tabulka 4 Zábavnost her u klientky č. 1	51
Tabulka 5 Závěrečná zpráva klienta č. 2	56
Tabulka 6 Záznam dílčích výsledků Addenbrooského kognitivního testu klienta č. 2	56
Tabulka 7 Zábavnost her u klienta č. 2.....	57
Tabulka 8 Závěrečná zpráva u klienta č. 3	62
Tabulka 9 Záznam dílčích výsledků Addenbrooského kognitivního testu klienta č. 3	62
Tabulka 10 Zábavnost her u klienta č. 3.....	63
Tabulka 11 Závěrečná zpráva u klienta č. 4	68
Tabulka 12 Záznam dílčích výsledků Addenbrooského kognitivního testu klienta č. 4... ..	68
Tabulka 13 Zábavnost her u klienta č. 4.....	69
Tabulka 14 Výsledky Addenbrooského kognitivního testu	77
Tabulka 15 Výsledky dílčího skóre pozornosti a orientace.....	78
Tabulka 16 Výsledky dílčího skóre zrakově-prostorových schopností.....	79
Tabulka 17 Výsledky FIM testu	80
Tabulka 18 Výsledky hodnocení zábavnosti her u klientů.....	81
Tabulka 19 Procentuální podíl respondentů dle vybraných pracovišť	82
Tabulka 20 Procentuální podíl zaměstnaných respondentů	83
Tabulka 21 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 1	84
Tabulka 22 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 2.....	85
Tabulka 23 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 3.....	86
Tabulka 24 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 4.....	87
Tabulka 25 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 5.....	88
Tabulka 26 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 6.....	89
Tabulka 27 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 7.....	90
Tabulka 28 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 8.....	91
Tabulka 29 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 9.....	92
Tabulka 30 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 10.....	93
Tabulka 31 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 11	94

Tabulka 32	Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 12.....	96
------------	---	----

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Statistika stárnutí v letech 1950 – 2012	12
Graf 2 Výsledky Addenbrookského kognitivního testu	77
Graf 3 Výsledky dílčího skóre pozornosti a orientace	78
Graf 4 Výsledky dílčího skóre zrakově-prostorových schopností.....	79
Graf 5 Výsledky FIM testu.....	80
Graf 6 Výsledky hodnocení zábavnosti her u klientů	81
Graf 7 Procentuální podíl respondentů dle vybraných pracovišť	82
Graf 8 Procentuální podíl zaměstnaných respondentů	83
Graf 9 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 1.....	84
Graf 10 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 2	85
Graf 11 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 3	86
Graf 12 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 4	87
Graf 13 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 5	88
Graf 14 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 6	89
Graf 15 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 7	90
Graf 16 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 8	91
Graf 17 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 9	92
Graf 18 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 10	93
Graf 19 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 11	95
Graf 20 Procentuální podíl odpovědí respondentů u otázky č. 12	96

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Domov důchodců Dobrá Voda	110
Obrázek 2 Ergoterapeutická místnost.....	110
Obrázek 3 Společenský sál připravený na sedmiboj	111
Obrázek 4 Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání.....	111
Obrázek 5 Hra najdi posloupnou řadu	112
Obrázek 6 Kris kros.....	112
Obrázek 7 Sedmiboj: Kolíčky na prádlo	113
Obrázek 8 Sedmiboj: Rybičky.....	113
Obrázek 9 Sedmiboj: Kouzelný pytlík	114
Obrázek 10 Sedmiboj: Házení kroužků na cíl	114
Obrázek 11 Sedmiboj: Kuželky.....	115
Obrázek 12 Sedmiboj: Šipky	115
Obrázek 13 Sedmiboj: Zapamatuj si předměty	116
Obrázek 14 Písničkohraní.....	116
Obrázek 15 Člověče, nezlob se.....	117
Obrázek 16 Hra geometrické tvary.....	117
Obrázek 17 Hra obleč roční období.....	118
Obrázek 18 Hra stavění domu	118
Obrázek 19 Dobble.....	119
Obrázek 20 Klientka č. 1 při hře kris kros.....	119
Obrázek 21 Klientka č. 1 při sedmiboji.....	120
Obrázek 22 Klient č. 2 při sedmiboji.....	120
Obrázek 23 Klient č. 2 předávání cen při vyhodnocení sedmiboje.....	121
Obrázek 24 Klientka č. 1 při všedních denních aktivitách	121
Obrázek 25 Zápisová listina s umístěním klientky č. 1	122
Obrázek 26 Zápisová listina s umístěním klienta č. 2	123

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACE-R	Addenbroke's cognitive examination (Addenbrookský kognitivní test)
AD	Alzheimerova demence
ADL	Activities of daily living (Všední denní činnosti)
AN	Alzheimerova nemoc
APP	amyloidový prekurzorový protein
CA	karcinom
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CT	Computed Tomography (Počítačová tomografie)
DKK	dolní končetiny
DM	Diabetes mellitus (Cukrovka)
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch)
FA	farmakologická anamnéza
FIM	Functional Independence Measure (Funkční míra nezávislosti)
HKK	horní končetiny
IQ	Intelligence Quotient (Inteligenční kvocient)
KP	kompenzační pomůcky
LHK	levá horní končetina
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MMSE	Mini mental state examination (Test kognitivních funkcí)
MRI	Magnetic resonance imaging (Magnetická rezonance)
NAHPS	National Association of Health Play Specialists
NINDS-AIREN	National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et l' Enseignement en Neurosciences
NO	nynější onemocnění
OA	osobní anamnéza
PA	pracovní anamnéza
PADL	Personal activities of daily living (Personální všední denní činnosti)
PHK	pravá horní končetina
RA	rodinná anamnéza

SA sociální anamnéza
USA The United States of America (Spojené státy americké)
VaD Vascular dementia (Vaskulární demence)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Domov důchodců Dobrá Voda	110
Příloha 2 Hry	111
Příloha 3 Fotografie klientů při aktivizaci	119
Příloha 4 Výsledky klientů účastnících se sedmiboje	122
Příloha 5 Nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce	124
Příloha 6 Test FIM	126
Příloha 7 Addenbrookský kognitivní test	127

Přílohy

Příloha 1 Domov důchodců Dobrá Voda

Obrázek 1 Domov důchodců Dobrá Voda



Zdroj: vlastní

Obrázek 2 Ergoterapeutická místnost



Zdroj: vlastní

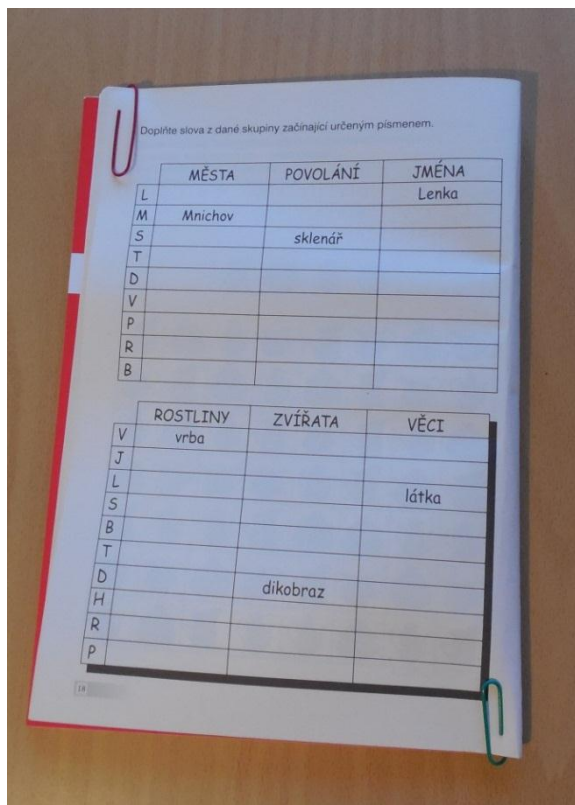
Obrázek 3 Společenský sál připravený na sedmiboj



Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

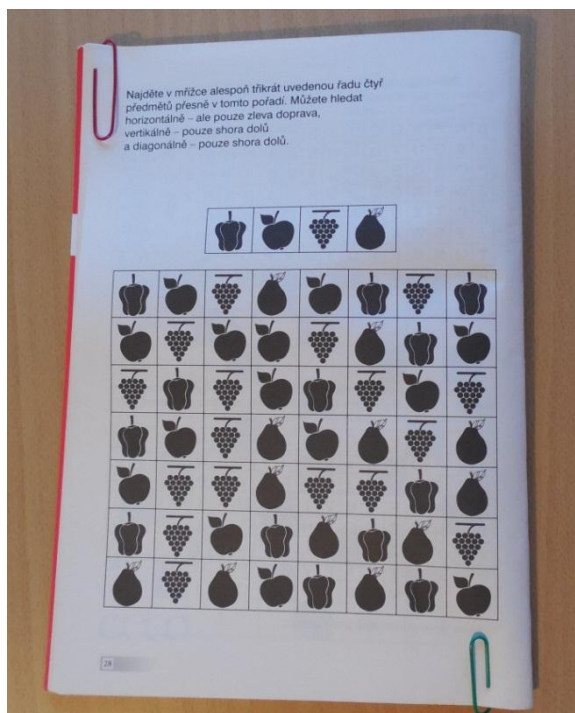
Příloha 2 Hry

Obrázek 4 Hra město, jméno, zvíře, věc, rostlina, povolání



Zdroj: vlastní

Obrázek 5 Hra najdi posloupnou řadu



Zdroj: vlastní

Obrázek 6 Kris kros



Zdroj: vlastní

Obrázek 7 Sedmiboj: Količky na prádlo



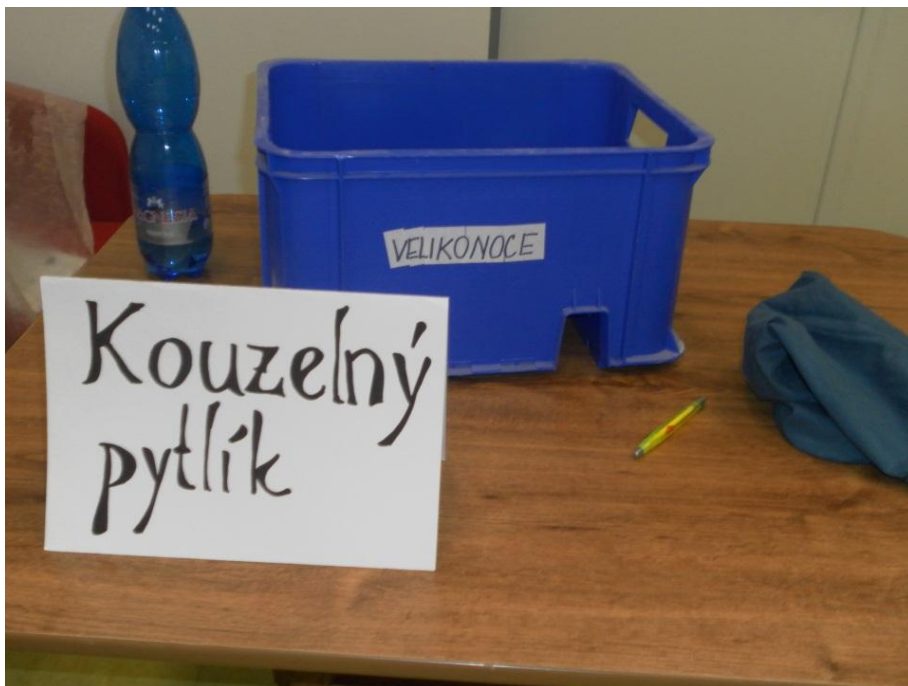
Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

Obrázek 8 Sedmiboj: Rybičky



Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

Obrázek 9 Sedmiboj: Kouzelný pytlík



Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

Obrázek 10 Sedmiboj: Házení kroužků na cíl



Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

Obrázek 11 Sedmiboj: Kuželky



Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

Obrázek 12 Sedmiboj: Šipky



Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

Obrázek 13 Sedmiboj: Zapamatuj si předměty



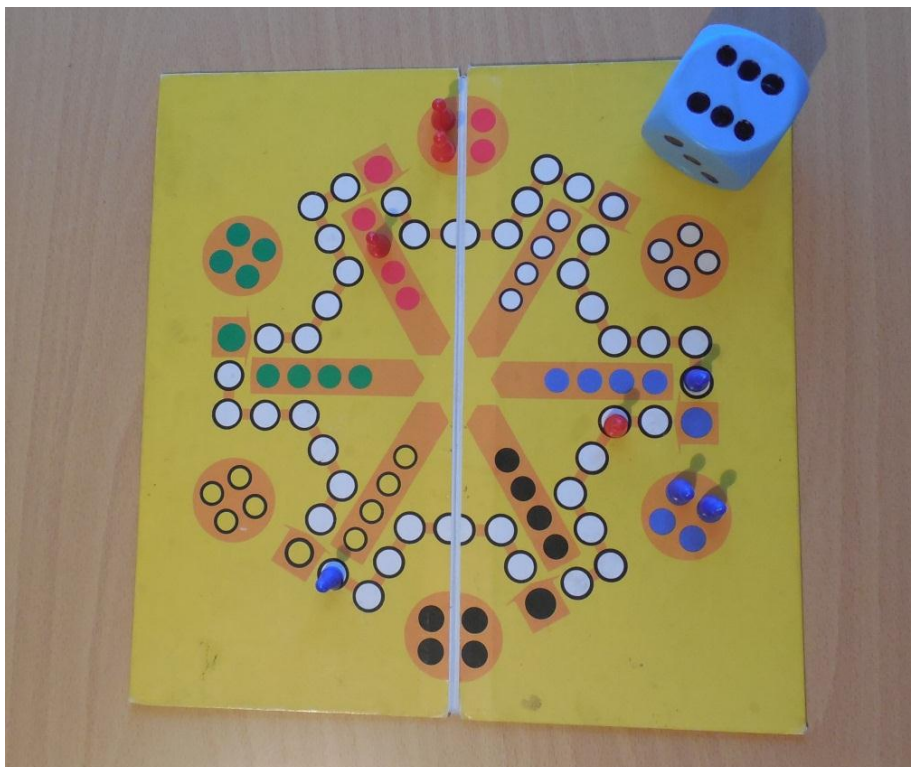
Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

Obrázek 14 Písničkohraní



Zdroj: vlastní

Obrázek 15 Člověče, nezlob se



Zdroj: vlastní

Obrázek 16 Hra geometrické tvary



Zdroj: vlastní

Obrázek 17 Hra obleč roční období



Zdroj: vlastní

Obrázek 18 Hra stavění domu



Zdroj: vlastní

Obrázek 19 Dobble



Zdroj: vlastní

Příloha 3 Fotografie klientů při aktivizaci

Obrázek 20 Klientka č. 1 při hře kris kros



Zdroj: vlastní

Obrázek 21 Klientka č. 1 při sedmiboji



Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

Obrázek 22 Klient č. 2 při sedmiboji



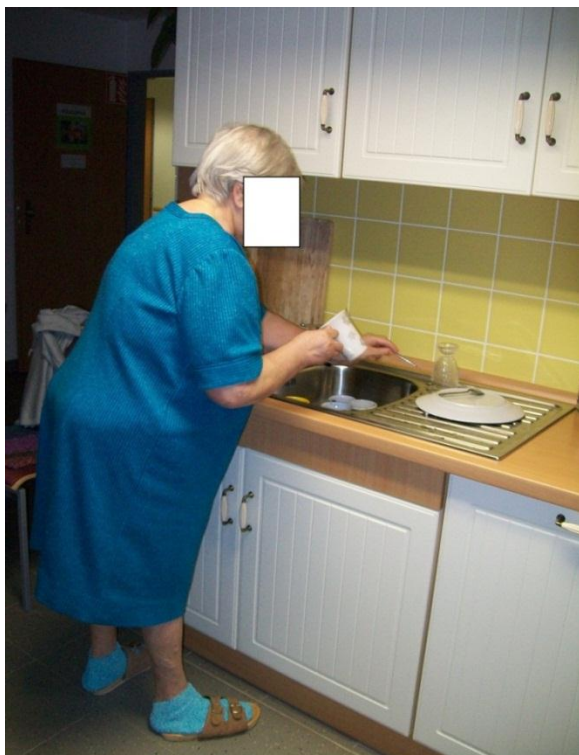
Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

Obrázek 23 Klient č. 2 předávání cen při vyhodnocení sedmiboje



Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

Obrázek 24 Klientka č. 1 při všedních denních aktivitách



Zdroj: vlastní

Příloha 4 Výsledky klientů účastnících se sedmiboje
Obrázek 25 Zápisová listina s umístěním klientky č. 1

SEDMIBOJ

Jméno:

Stanice: **Číslo:** 9

<i>Disciplína</i>	<i>Počet bodů</i>	<i>Podpis</i>
Šipky	19	<i>[Handwritten Signature]</i>
Rybičky	40	<i>R.</i>
Kuželky	20	<i>[Handwritten Signature]</i>
Házení kroužků na cíl	0	<i>[Handwritten Signature]</i>
Kouzelný pytlík	60	<i>[Handwritten Signature]</i>
Kolíčky na prádlo	50	<i>[Handwritten Signature]</i>
Zapamatuj si předměty	10	<i>[Handwritten Signature]</i>
CELKEM BODY	199	

Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

Obrázek 26 Zápisová listina s umístěním klienta č. 2

SEDMIBOJ

Jméno:

Stanice: B1 Číslo: 4

<i>Disciplína</i>	<i>Počet bodů</i>	<i>Podpis</i>
Šipky	19	<i>[Signature]</i>
Rybičky	100	<i>[Signature]</i>
Kuželky	80	<i>[Signature]</i>
Házení kroužků na cíl	60	<i>[Signature]</i>
Kouzelný pytlík <small>7LPOKL</small>	50	<i>[Signature]</i>
Kolíčky na prádlo	70	<i>[Signature]</i>
Zapamatuj si předměty	20	<i>[Signature]</i>
CELKEM BODY	409	

Zdroj: Domov důchodců Dobrá Voda

Příloha 5 Nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce

Dotazník pro zaměstnance pracující s klienty s demencí

Dobrý den, jmenuji se Jana Svatková a jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni, obor Ergoterapie. Prosím Vás o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci, kterou píši na téma: Využití her pro výcvik kognitivních funkcí u klientů s demencí.

Dotazník je anonymní, přesto Vás prosím o upřímnost, jedná se o výzkumné šetření. Postup je jednoduchý, vždy zakroužkujte jednu z nabízených odpovědí a ve volných otázkách odpovídejte do vyznačeného prostoru.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Jste zaměstnán/a jako:

- a) Sociální pracovník
- b) Zdravotní sestra
- c) Fyzioterapeut
- d) Ergoterapeut
- e) Jiné:

1. Myslíte si, že trénink kognitivních funkcí by měl být nedílnou součástí v terapii osob s demencí?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne
2. Je vidět rozdíl mezi klienty, se kterými je nacvičován trénink kognitivních funkcí a s kterými ne? Vyznačte na úsečce od 1 do 10 (1- bez rozdílu, 10- je vidět znatelná změna)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
—————→

3. Máte pocit, že hra provází člověka po celý život, tudíž i v seniorském věku má její aplikace pozitivní výsledky?
- a) Ano
 - b) Většinou ano
 - c) Ne
 - d) Pouze u některých seniorů
4. Myslíte si, že formou zábavně-terapeutických her se klienti zlepšují v komunikaci?
- a) Ano
 - b) Většinou ano
 - c) Ne
 - d) Většinou ne

Zdroj: vlastní

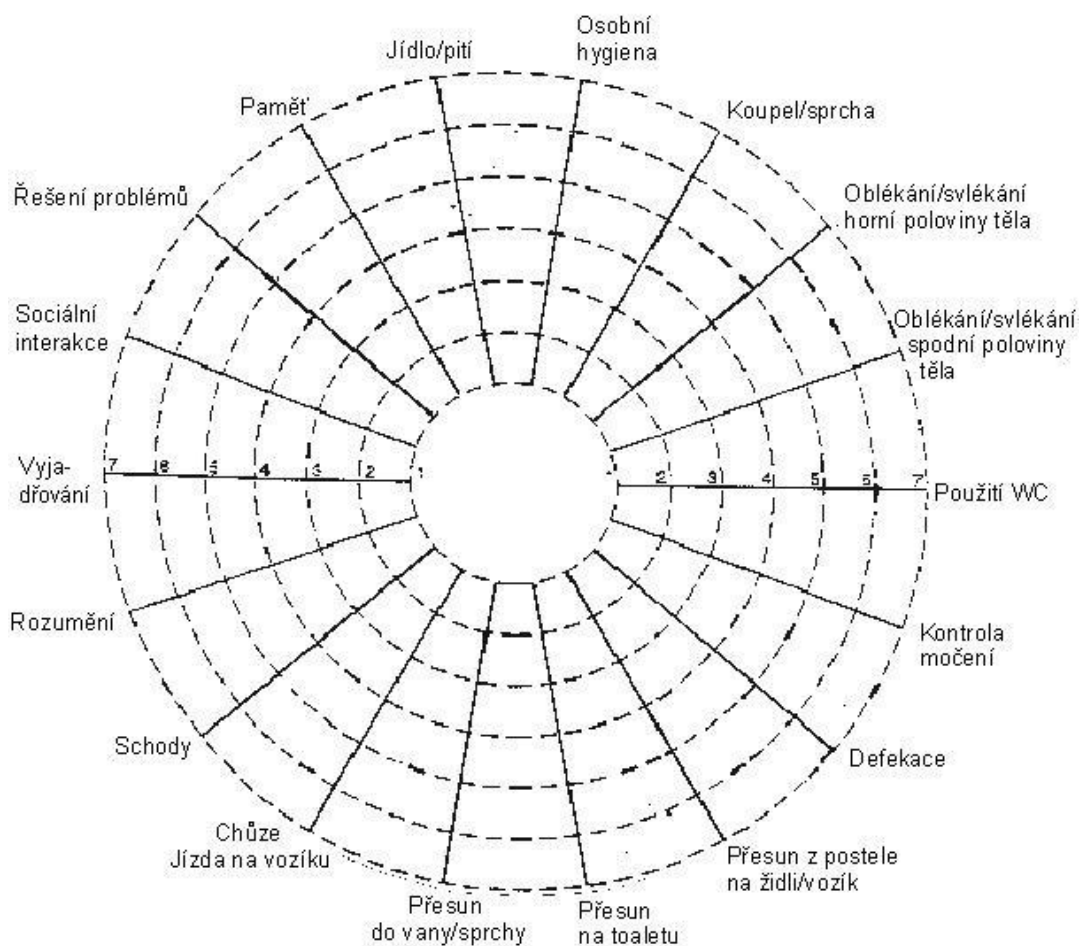
5. Domníváte se, že výcvikem kognitivních funkcí u těchto klientů dochází ke zlepšení jejich soběstačnosti a zlepšení spolupráce při každodenní péči o ně?
 - a) Ano
 - b) Většinou ano
 - c) Ne
 - d) Většinou ne
6. Myslíte si, že výcvikem kognitivních funkcí došlo ke zlepšení orientace v místě a čase u klientů s demencí?
 - a) Ano
 - b) U většiny ano
 - c) Ne
 - d) U většiny ne
7. Využíváte hry v aktivizaci Vašich klientů?
 - a) Ano, téměř vždy
 - b) Občas
 - c) Výjimečně
 - d) Ne
8. Využíváte hry za nějakým účelem, cíleně nebo jen na vyplnění volného času klientů?
 - a) Využíváme cíleně př. při nácviku sebeobsluhy
 - b) Využíváme jen na vyplnění volného času klientů
 - c) Nevyužíváme, nejsme v tomto směru edukováni
 - d) Nevyužíváme z důvodu:
9. Setkali jste se ve své praxi s využitím služeb herního specialisty¹?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nikdy jsem o herním specialistovi neslyšel/a
10. Myslíte, že by vaše zařízení využilo služeb herního specialisty?
 - a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
11. Který typ her nejvíce využíváte ve Vašem zařízení?
.....
12. Jaké hry jsou u Vašich klientů nejoblíbenější?
.....

¹ Herní specialista- „průvodce“ pacienta při jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení (př. nemocnice). Jeho úkolem je seznámit ho s prostředím, režimem daného oddělení, připravit jej na zákrok či vyšetření, být mu na blízku kdykoli je potřeba a vhodnými aktivitami vyplnit jeho volný čas. Podílí se na úpravě interiéru, přípravě vhodných pomůcek, zabývá se osvětou a preventivní činností. Nejčastěji pečuje o dětského pacienta. Měl by spolupracovat s lékaři a ostatním zdravotnickým personálem, psychology, pedagogy, rodiči. (Valenta, M. 2008)

Příloha 6 Test FIM

FIM - Functional Independence Measures

Jméno:
 Rodné číslo:
 Datum:



-
- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 7 Úplná samostatnost | bez pomoci druhé osoby |
| 6 Modifikovaná samostatnost | |
-
- 5 Dozor
 - 4 Minimální asistence (méně než 25%)
 - 3 Střední asistence (25% až 50%)
 - 2 Velká asistence (50% až 75%)
 - 1 Úplná asistence (75% až 100%)
-

POZNÁMKY:

Zdroj: (Klusoňová, E. 2011)

Příloha 7 Addenbrookský kognitivní test

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (revidovaná verze 2010)

Jméno a příjmení	<input type="text"/>	Administrátor	<input type="text"/>
Datum narození	<input type="text"/>	Pracovní diagnóza	<input type="text"/>
Délka vzdělání (roky)	<input type="text"/>	Laterální	pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>
Dosažený stupeň vzdělání	<input type="text"/>	DATUM VYŠETŘENÍ	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

SUBSKÓRE			
Pozornost a orientace	úloha č. 1, 2, 3	/18	/18
Paměť	úloha č. 4, 5, 6, 17, 18	/26	/26
Slovní produkce	úloha č. 7a, 7b	/14	/14
Jazyk	úloha č. 8a, 8b, 9, 10a–c, 11, 12, 13	/26	/26
Zrakově-prostorové schopnosti	úloha č. 14a–c, 15, 16	/16	/16
CELKOVÉ SKÓRE			
	ACE-R	/100	/100
	MMSE	/30	/30

SKÓRE

1. ORIENTACE			
<p>■ Zeptejte se pacienta:</p>			
1. Který je dnes den v týdnu?	<input type="text"/>	6. Ve kterém státě se nacházíme?	<input type="text"/>
2. Kolikátého je dnes?	<input type="text"/>	7. Ve kterém jsme městě?	<input type="text"/>
3. Který je měsíc?	<input type="text"/>	8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti?	<input type="text"/>
4. Který je rok?	<input type="text"/>	9. Jak se jmenuje tato nemocnice / budova?	<input type="text"/>
5. Které je roční období?	<input type="text"/>	10. Na kterém poschodí se nacházíme?	<input type="text"/>
		(Skóre 0–10)	(Skóre 0–10)
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE
<p>■ U otázky č. 2 tolerujeme ± 2 dny v datumu. Otázku č. 5 hodnotíme následovně: jaro – březen, duben, květen; léto – červen, červenec, srpen; podzim – září, říjen, listopad a zima – prosinec, leden, únor. Nevyžadujeme tedy znalost přesných astronomických přechodů jednotlivých ročních období. U otázky č. 6 doporučujeme uznat odpověď Česká republika nebo Česko. U otázky č. 8 doporučujeme v případě testování v Praze uznat i Středočeský kraj. Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem.</p>			
2. PAMĚŤ – ZAPAMATOVÁNÍ			
<p>■ Řekněte pacientovi: „Můžeme si nyní vyzkoušet Vaši paměť? Řeknu Vám 3 slova. Pokuste se je po mně opakovat a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.“</p>			
lopata	<input type="text"/>	šátek	<input type="text"/>
		váza	<input type="text"/>
		(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE
<p>■ Slova vyslovujte zřetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je pacient nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 3×, než se je naučí. Jinak bude zkreslen výsledek položky výbavnost. Započítejte 1 bod za každé správně opakované slovo pouze při PRVNÍM opakování.</p>			

POZORNOST A ORIENTACE

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydána Sekcí kognitivní neurologie v roce 2008 za podpory firmy Pfizer. V roce 2010 za podpory firmy Pfizer vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Alešem Bartošem, Ph.D. a PhDr. Miroslavou Raisovou, Ph.D. z AD Centra, Praha.

1

Zdroj: Sekce kognitivní neurologie [online]. [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kognitivni_test_ace-r2010.pdf

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ				POZORNOST																													
<p>■ Požádejte pacienta: „Nyní odečítejte od čísla 100 opakovaně číslo 7, tedy sto mínus sedm, mínus sedm atd., dokud Vám neřeknu dost.“</p> <p>100 M 93 <input type="text"/> R 86 <input type="text"/> K 79 <input type="text"/> O 72 <input type="text"/> P 65 <input type="text"/></p>				(Skóre 0–5)	(Skóre 0–5)																												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
				ACE	ACE																												
<p>■ Instrukci se snažte vysvětlovat tak dlouho, dokud ji dotyčný nepochopí. V průběhu odečítání již není možné opakovat instrukci. Zastavte odečítání, až osoba odečte 5× za sebou. Jestliže posuzovaný tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho: „Hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech. Nyní hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech pozpátku.“</p> <p><i>Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Pokud osoba udělá chybu a dále odečítá/ hláskuje správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Maximum je 5 bodů. Např. MROKP = 3 body.</i></p>				MMSE	MMSE																												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
				MMSE	MMSE																												
4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ				PAMĚŤ																													
<p>■ Řekněte pacientovi: „Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a před chvílí zapamatovat.“</p> <p>lopata <input type="text"/> šátek <input type="text"/> váza <input type="text"/></p> <p><i>Za každou správnou odpověď započtete 1 bod. Na pořadí slov nezáleží.</i></p>				(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)																												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
				ACE	ACE																												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
				MMSE	MMSE																												
5. PAMĚŤ – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ				PAMĚŤ																													
<p>■ Řekněte pacientovi: „Nyní Vám řeknu jméno s adresou. Teprve až skončím, zopakujete po mně všechny údaje. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se vše dobře naučit. Na konci testování se Vás na všechny údaje budu ptát.“</p> <p>■ Přečteme celé jméno s adresou a necháme pacienta všechny údaje zopakovat. Tímto způsobem provedeme celkově 3×. <i>Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Do bodování započítáváme pouze třetí pokus.</i></p>				(Skóre 0–7)	(Skóre 0–7)																												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
				ACE	ACE																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. pokus</th> <th>2. pokus</th> <th>3. pokus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Martin Dvořák</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Sadová třída 73</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Královice</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Soběslav</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>					1. pokus	2. pokus	3. pokus	Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sadová třída 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Královice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Soběslav	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	1. pokus	2. pokus	3. pokus																														
Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																														
Sadová třída 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																														
Královice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																														
Soběslav	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																														
6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ				PAMĚŤ																													
<p>■ Zeptejte se pacienta:</p> <p>Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)? <input type="text"/></p> <p>Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989? <input type="text"/></p> <p>Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických? <input type="text"/></p> <p>Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963? <input type="text"/></p> <p><i>Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.</i></p>				(Skóre 0–4)	(Skóre 0–4)																												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
				ACE	ACE																												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
				ACE	ACE																												
7. SLOVNÍ PRODUKCE – slova začínající písmenem „P“				SLOVNÍ PRODUKCE																													
<p>7a Písmena</p> <p>■ Řekněte pacientovi: „Nyní Vám řeknu jedno písmeno z abecedy a Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která tímto písmenem začínají. Nesmí to však být jména osob ani měst, ani nesmíte vyjmenovávat slova se stejným slovní základem. Například od písmena „B“ mají stejný slovní základ slova: bydlet, bydlíme, bydlíště, bydlí apod. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“. Ted!“</p>				Počet slov	Odpovídá skóre																												
				>17	7																												
				14–17	6																												
				11–13	5																												
				8–10	4																												
				6–7	3																												
				4–5	2																												
				2–3	1																												
				<2	0																												
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>8</td> <td>15</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>9</td> <td>16</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>10</td> <td>17</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>11</td> <td>18</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>12</td> <td>19</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>13</td> <td>20</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>14</td> <td>21</td> <td>28</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.</i></p>				1	8	15	22	2	9	16	23	3	10	17	24	4	11	18	25	5	12	19	26	6	13	20	27	7	14	21	28	(Skóre 0–7)	(Skóre 0–7)
1	8	15	22																														
2	9	16	23																														
3	10	17	24																														
4	11	18	25																														
5	12	19	26																														
6	13	20	27																														
7	14	21	28																														
				<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
				ACE	ACE																												

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydána Sekcí kognitivní neurologie v roce 2008 za podpory firmy Pfizer. V roce 2010 za podpory firmy Pfizer vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Alešem Bartošem, Ph.D. a PhDr. Mladou Ráissovou, Ph.D. z AD Contra, Praha.

2

Zdroj: Sekce kognitivní neurologie [online]. [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kognitivni_test_ace-r2010.pdf

7. SLOVNÍ PRODUKCE - zvířata				Počet slov	Odpovídá skóre
7b Zvířata				>21	7
■ Řekněte pacientovi: „Nyní je Vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte opět jednu minutu. Jste připraven/a? Můžeme začít? Ted!“				17–21	6
1	9	17	25	14–16	5
2	10	18	26	11–13	4
3	11	19	27	9–10	3
4	12	20	28	7–8	2
5	13	21	29	5–6	1
6	14	22	30	<5	0
7	15	23	31	(Skóre 0–7)	(Skóre 0–7)
8	16	24	32	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.				ACE	ACE


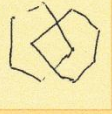
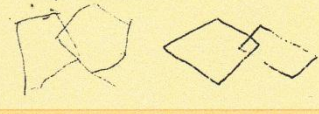
8. JAZYK – POROZUMĚNÍ		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
8a Ukažte pacientovi nápis „Zavřete oči“ (na Listu pro pacienta) a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte. „Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadte. Přečtěte tento pokyn a proveďte ho.“ Započítejte 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE
8b Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu: „Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět. Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.“ Za každou správně provedenou činnost započítejte 1 bod.		(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE

9. JAZYK – PSANÍ		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
■ Dejte vyšetřovanému tužku, List pro pacienta a vyzvěte ho k napsání věty. „Napište do tohoto volného prostoru listu jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.“ Jeden bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE

10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ		(Skóre 0–2)	(Skóre 0–2)
■ Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“ Slova vyslovujeme zřetelně a jednotlivě. Pacient vždy opakuje pouze jedno slovo, ne všechna dohromady.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
10a chobotnice <input type="text"/> výstřednost <input type="text"/> nesrozumitelný <input type="text"/> statistik <input type="text"/> Hodnotíme: 2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně 1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně 0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě a méně slov		ACE	ACE
■ Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující věty.“		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
10b „Prostě tak a ne jinak.“ Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítejte 1 bod.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE
10c „Nahoře, vzadu a dole.“ Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítejte 1 bod.		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydána Sekcí kognitivní neurologie v roce 2008 za podpory firmy Pfizer. V roce 2010 za podpory firmy Pfizer vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Alešem Bartášem, Ph.D. a PhDr. Mladou Ráisovou, Ph.D. z AD Centra, Praha. 3

Zdroj: Sekce kognitivní neurologie [online]. [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kognitivni_test_ace-r2010.pdf

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ		tužka + hodinky	
<p>■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“</p> <p>Místo prvních dvou obrázků (tužka a hodinky) na Listu pro pacienta doporučujeme pacientovi ukázat skutečné předměty. V následujícím textu jsou uvedeny názvy jednotlivých obrázků. Jiné názvy doporučujeme neuznávat.</p>		(Skóre 0–2)	(Skóre 0–2)
1. Tužka nebo správný název ukazovaného předmětu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MMSE	<input type="checkbox"/> MMSE
2. Hodinky, náramkové hodinky	<input type="checkbox"/>		
3. Klokan, klokanice, klokanice s mládětem	<input type="checkbox"/>	všech 12 obrázků	
4. Tučňák, pinguin	<input type="checkbox"/>	(Skóre 0–12)	(Skóre 0–12)
5. Kotva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> ACE
6. Velbloud, velbloudice, dromedár, jednohrbý velbloud	<input type="checkbox"/>		
7. Harfa	<input type="checkbox"/>		
8. Nosorožec	<input type="checkbox"/>		
9. Sud, soudek, bečka	<input type="checkbox"/>		
10. Královská koruna, koruna	<input type="checkbox"/>		
11. Krokodýl, alligátor, ještěr, ještěrka	<input type="checkbox"/>		
12. Harmonika, tahací harmonika, akordeon	<input type="checkbox"/>		
<i>Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný obrázek.</i>			
12. JAZYK – POROZUMĚNÍ			
<p>■ Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta:</p> <p>Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím. <input type="checkbox"/></p> <p>Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec. <input type="checkbox"/></p> <p>Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Antarktidou. <input type="checkbox"/></p> <p>Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím. <input type="checkbox"/></p> <p>U otázky dotazující se na souvislost s námořnictvím lze kromě kotvy uznat jako správné odpovědi i sud a harmonika.</p> <p><i>Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.</i></p>		(Skóre 0–4)	(Skóre 0–4)
		<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> ACE
13. JAZYK – ČTENÍ			
<p>■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Nyní přečtete následující slova“ (šit, litr, saze, těsto, výška).</p> <p><i>Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně VŠECHNA slova.</i></p>		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
		<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> ACE
14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI			
<p>14a Překrývající se pětúhelníky </p> <p>■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Překreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“ Dejte vyšetřovanému tužku a vyzvěte ho k překreslení obrázku. Třes ani rotace nevadí.</p> <p><i>Započítáte 1 bod, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a 2 překřížení.</i></p>		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
<p>Příklad: Správně = skóre 1</p> 	<p>Příklad: Špatně = skóre 0</p> 	<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> ACE
		<input type="checkbox"/> MMSE	<input type="checkbox"/> MMSE
<p>Úloha č. 14 pokračuje na další straně.</p>			

JAZYK

ZRAK. – PROST. SCHOPNOSTI

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydána Sakci kognitivní neurologie v roce 2008 za podpory firmy Pfizer. V roce 2010 za podpory firmy Pfizer vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Alešem Bertošem, Ph.D. a PhDr. Miroslavou Raisovou, Ph.D. z AD Centra, Praha.

4

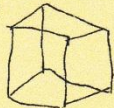
Zdroj: Sekce kognitivní neurologie [online]. [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kognitivni_test_ace-r2010.pdf

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI (pokračování)

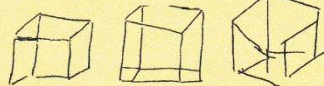
14b **Kostka** 

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
„Nyní překreslete tento obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“
U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeních. Podle kvality provedení hodnotíme 0–2 body.

Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



(Skóre 0–2)

ACE

(Skóre 0–2)

ACE

14c **Hodiny**

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
„Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.“

Zolášť přidělujeme body za provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček. Podle kvality provedení hodnotíme 0–5 body.

Pravidla pro skórování hodin

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

2 body – pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny
 1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chybně rozmístěné

Umístění ručiček

2 body – obě ručičky jsou správně umístěné, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujasnit si, která z ručiček je velká a která malá)
 1 bod – pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku
 nebo 1 bod – pokud je jedna ručička nasměrována ke správné číslici a má také správnou délku
 nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

Příklady:

Kruh (1) | číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2).

Skóre 5



Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěné správně (2).

Skóre 4



Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | číslice nejsou umístěny v kruhu, 2x číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2).

Skóre 3



Kruh (1) | všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



Kruh (1) | všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



Kruh (1) | všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).

Skóre 2



Kruh (1) | jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 2



Zdroj: Sekce kognitivní neurologie [online]. [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kognitivni_test_ace-r2010.pdf

15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI		(Skóre 0–4)	(Skóre 0–4)																																								
<ul style="list-style-type: none"> Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazovali.“ <i>Přiděleme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.</i> 		<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
<p style="text-align: center;">ACE</p> <p style="text-align: center;">ACE</p>																																											
16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI		(Skóre 0–4)	(Skóre 0–4)																																								
<ul style="list-style-type: none"> Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Přečtěte následující písmena.“ <i>Přiděleme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.</i> 		<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
<p style="text-align: center;">ACE</p> <p style="text-align: center;">ACE</p>																																											
17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚTOVÝCH INFORMACÍ		(Skóre 0–7)	(Skóre 0–7)																																								
<ul style="list-style-type: none"> Řekněte pacientovi: „Před chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat jméno s adresou.“ Zkuste mi nyní všechny údaje zopakovat.“ <i>Přiděleme 1 bod za každou správně vybavenou položku.</i> 		<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
<p style="text-align: center;">ACE</p> <p style="text-align: center;">ACE</p>																																											
<table border="0"> <tr> <td>Martin</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Dvořák</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sadová</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>třída</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Královice</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>73</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soběslav</td><td><input type="checkbox"/></td> <td></td><td></td> </tr> </table>		Martin	<input type="checkbox"/>	Dvořák	<input type="checkbox"/>	Sadová	<input type="checkbox"/>	třída	<input type="checkbox"/>	Královice	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	Soběslav	<input type="checkbox"/>																												
Martin	<input type="checkbox"/>	Dvořák	<input type="checkbox"/>																																								
Sadová	<input type="checkbox"/>	třída	<input type="checkbox"/>																																								
Královice	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>																																								
Soběslav	<input type="checkbox"/>																																										
18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)		(Skóre 0–5)	(Skóre 0–5)																																								
<p>Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky. Pokud si pacient vybaví všechny položky předchozí zkoušky, přeskočíme tuto zkoušku a automaticky skórujeme 5 body.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacientovi řekněte: „Dobře, nyní Vám budu trochu napovídat. Například, řeknu Vám tři jména a Vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“ <i>Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.</i> 		<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
<p style="text-align: center;">ACE</p> <p style="text-align: center;">ACE</p>																																											
<table border="0"> <tr> <td>Pavel Dvořák</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Martin Dvořák</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Martin Doležel</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>vybaveno</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Květinová ulice</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Sadová třída</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Sadová ulice</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>vybaveno</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>37</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>76</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>73</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>vybaveno</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pavlovice</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Královice</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Smíchov</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>vybaveno</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soběslav</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Vsetín</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Tachov</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>vybaveno</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>	Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>	Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Královice	<input type="checkbox"/>	Smíchov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>	Soběslav	<input type="checkbox"/>	Vsetín	<input type="checkbox"/>	Tachov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>		
Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>																																				
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>																																				
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>																																				
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Královice	<input type="checkbox"/>	Smíchov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>																																				
Soběslav	<input type="checkbox"/>	Vsetín	<input type="checkbox"/>	Tachov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>																																				

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

PAMĚŤ

Zdroj: Sekce kognitivní neurologie [online]. [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kognitivni_test_ace-r2010.pdf

List pro pacienta

8.

ZAVŘETE OČI

9.

11.



13.

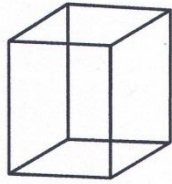
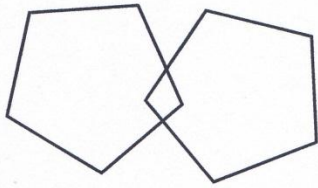
šít litr saze těsto výška

JAZYK

ADUENBROVSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vypracoval Štefan Kogut v neurologie v roce 2008 za podpory firmy Pfizer. V roce 2010 za podpory firmy Pfizer vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Alexem Boruškem, Ph.D. a PhDr. Miroslavou Raoucou, Ph.D. z AÚ Gobra, Praha.

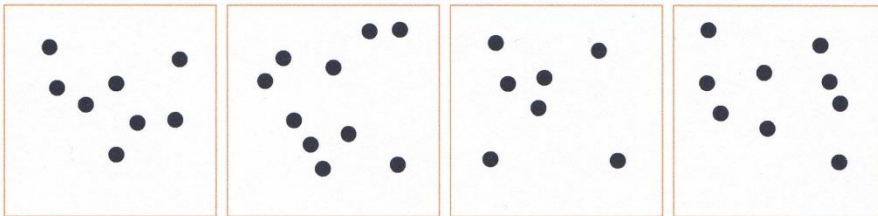
Zdroj: Sekce kognitivní neurologie [online]. [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kognitivni_test_ace-r2010.pdf

14.

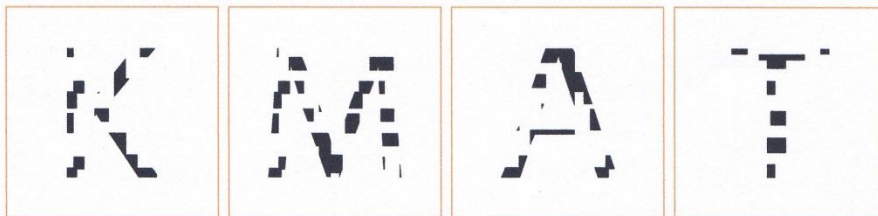


Hodiny

15.



16.



AUDENBERGSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vytvořila Sekce kognitivní neurologie v roce 2008 za podpory JmÚP. V roce 2010 za podpory JmÚP v rámci projektu úpravy testů. MUDr. Jiřím Boráčkem, Ph.D. a PhDr. Miroslavou Rasovou, Ph.D. z AD Centra, Praha

2

Zdroj: Sekce kognitivní neurologie [online]. [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kognitivni_test_ace-r2010.pdf