

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Kateřina Kořnarová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Schopnosti klientů s Alzheimerovou demencí v domovech se zvláštním režimem  
v návaznosti na preferenci činností ke zlepšení ADL z pohledu ošetřujících

NLZP

Kateřina Košnarová

Bakalářská práce

2020

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kateřina Košnarová, DiS.**  
Osobní číslo: **Z16224**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Schopnosti klientů s Alzheimerovou demencí v domovech se zvláštním režimem v návaznosti na preferenci činností ke zlepšení ADL z pohledu NLZP**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

1. HAUKE, Marcela. Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017, 308 stran. ISBN 978-80-906320-7-3.
2. KÖNIG, Jutta a Claudia ZEMLIN. 100 chyb při péči o lidi s demencí. Přeložil Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2017, 119 stran. ISBN 978-80-262-1184-6.
3. NEHLS, Michael. Alzheimer se dá léčit: návrat do zdravého života. Přeložil Libuše STAŇKOVÁ. Praha: Euro-media, 2017, 311 stran. Esence. ISBN 978-80-7549-257-9.
4. PROVAZNÍKOVÁ, Eva a Zdeněk KALVACH. Rady pro pečující o člověka s demencí. Praha: Diakonie ČCE, 2016. Rady pro pečující, 157 stran. ISBN 978-80-87953-15-0.
5. ZVĚŘOVÁ, Martina. Alzheimerova demence. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada), 143 stran. ISBN 978-80-271-0561-8.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Mgr. Ivana Duková**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2017**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2020

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a se směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012 bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 21. 05. 2020

Podpis autora  
Kateřina Košnarová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Předně bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. et Mgr. Ivaně Dukové za trpělivost a vstřícnost a také za cenné rady a dobré vedení při tvorbě práce. Dále děkuji osobám ve vedení i zaměstnancům obou zařízení, ve kterých proběhlo dotazníkové šetření, za ochotu zapojit se do průzkumu a za skvělou spolupráci. V neposlední řadě děkuji své rodině za vytvoření podmínek pro psaní závěrečné práce.

## **ANOTACE**

Tato práce se zabývá tématem možností používaných aktivit ke zlepšení všedních denních schopností u nemocných Alzheimerovou demencí, kteří jsou ubytováni v pobytových zařízeních. Teoretická část přibližuje téma Alzheimerovy demence. Popisuje okolnosti vzniku, průběh nemoci, možnosti, jak diagnostikovat Alzheimerovu chorobu, a jak se v současné době léčí. Dále je zde popsána škála aktivizačních technik, které lze využít v domovech se zvláštním režimem ke zlepšení schopností zdejších klientů. Praktická část práce sestává z kvantitativního průzkumu, který byl prostřednictvím dotazníkového šetření proveden ve dvou pobytových zařízeních specializujících se na péči o nemocné Alzheimerovou demencí. Průzkum se týkal využití aktivizačních technik ve zkoumaných zařízeních a jejich vzájemné komparace.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Alzheimerova demence, aktivizace, kvalita života, motivace, pobytové zařízení, domov se zvláštním režimem

## **TITLE**

Abilities of clients with Alzheimer's dementia in homes with a special regime in connection with the preference of activities to improve ADL from the point of view of non - medical staff.

## **ANNOTATION**

This work deals with the topic of possibilities of activities used to improve everyday abilities of patients with Alzheimer's dementia who are accommodated in residential facilities. The theoretical part introduces the topic of Alzheimer's dementia. It describes the circumstances of the origin, the course of the disease, the possibilities of diagnosing Alzheimer's disease and also, how it is currently being treated. It also describes a range of activation techniques that can be used in homes with a special regime to improve the abilities of local clients. The practical part of the work consists of a quantitative survey, which was conducted in two residential facilities specializing in the care of patients with Alzheimer's dementia, through a questionnaire survey. The research concerned the use of activation techniques in the investigated devices and their mutual comparison.

## **KEYWORDS**

Alzheimer's disease, activation activities, quality of life, motivation, residential care institution, home with special regime



# OBSAH

Úvod.....	11
Cíl práce.....	12
1 Teoretická část .....	13
1.1 Alzheimerova demence .....	13
1.1.1 Vznik choroby.....	13
1.1.2 Průběh onemocnění.....	14
1.1.3 Diagnostika onemocnění.....	16
1.1.4 Léčba Alzheimerovy demence.....	16
1.2 Deprese.....	17
1.3 Práce s nemocnými Alzheimerovou demencí .....	17
1.4 Kvalita života .....	18
1.5 Motivace.....	18
1.6 Aktivizace .....	19
1.7 Aktivizační techniky .....	19
1.7.1 Ergoterapie.....	19
1.7.2 Zooterapie .....	20
1.7.3 Reminiscence .....	21
1.7.4 Arteterapie .....	21
1.7.5 Muzikoterapie .....	21
1.7.6 Trénování paměti .....	22
1.7.7 Kinezioterapie a pohybové aktivity .....	22
1.7.8 Bazální stimulace .....	22
1.7.9 Koncept validace.....	23
1.8 Dobrovolnictví .....	23
2 Praktická část .....	24
2.1 Metodologie .....	24

2.1.1	Výzkumný vzorek.....	24
2.1.2	Kvantitativní výzkum .....	24
2.2	Výsledky dotazníkového šetření .....	25
3	Diskuze .....	41
3.1	Diskuze k průzkumným otázkám.....	44
3.2	Doporučení pro praxi .....	46
4	Závěr .....	47
5	Použitá literatura .....	49
6	Přílohy.....	52

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

AD	Alzheimerova nemoc
ADL	Activities of daily living – test všedních denních činností
BAS	Bazální stimulace
CT	Počítačová tomografie
ČR	Česká republika
DZR	Domov se zvláštním režimem
FZS	Fakulta zdravotnických studií
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
MR	Magnetická rezonance
PET	pozitronová emisní tomografie
PSS	pracovník v sociálních službách

## ÚVOD

Alzheimerova demence je závažné onemocnění se špatnou prognózou. I přes nezpochybnitelný pokrok lékařské vědy zůstává AD nevyлéčitelnou nemocí se značně vleklým průběhem. Navzdory vysoké závažnosti AD člověk s tímto onemocněním může žít i desítky let. Právě z tohoto důvodu je nesmírně důležitá práce s nemocnými s touto diagnózou. Ta zahrnuje jak aktivizační činnosti, tak ošetrovatelskou péči napomáhající zmírnění průběhu onemocnění.

Péči o člověka, který onemocní AD, zprvu obstarává rodina, ale jak nemoc postupuje, stává se ošetrování náročnější a pro členy rodiny až neúnosně zatěžující. V tuto chvíli mají možnost umístit svého příbuzného do pobytového zařízení poskytujícího služby pro lidi s AD. Tato zařízení by měla dbát na zabezpečení a udržení maximální možné kvality života zde žijícího člověka.

Teoretická část této práce nejprve přibližuje problematiku Alzheimerovy demence, kterak tato nemoc vzniká, jak probíhá, jak se diagnostikuje a léčí. Dále popisuje možnosti práce s nemocnými AD a jednotlivé aktivizační techniky, které je možné využít.

Praktická část zahrnuje dotazníkové šetření, jež bylo provedeno ve dvou pobytových zařízeních zajišťujících péči o nemocné AD, aby zmapovalo využívání aktivizačních technik při práci s jejich klienty. Cílem bude zjistit, jak tato zařízení dbají na udržení či zlepšení schopností klientů pomocí jejich aktivizace a jaké techniky při práci s nimi preferují.

Komparace výsledků dotazníkového šetření v obou zařízeních má ukázat, zda některá z možných aktivizačních technik není opomíjena a zda je péče o klienty v obou zařízeních srovnatelná. Praktickým výstupem práce je letáček upozorňující na možnosti v péči o nemocné s AD vycházející přímo ze zjištěných poznatků.

## CÍL PRÁCE

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaké aktivizační činnosti jsou využívány personálem domovů se zvláštním režimem při péči o nemocné Alzheimerovou demencí. Budou porovnávána dvě pobytová zařízení specializující se na péči o klienty s AD. První vedlejší cíl práce je komparace těchto dvou domovů se zvláštním režimem. Druhým vedlejším cílem práce je zjistit, zda dostupná škála činností vedoucích ke zlepšení schopností klientů je dostatečně využita a jestli nejsou některé aktivizační techniky méně používané.

Prostřednictvím průzkumu zahrnujícího dotazníkové šetření bude zjištěno, zda některé techniky, vhodné k aktivizaci klientů s AD v pobytových zařízeních, nejsou opomíjeny a jaké jsou rozdíly ve využívání aktivizace ve těchto dvou posuzovaných pobytových zařízeních.

**Hlavní průzkumná otázka** zní: Jaké aktivizační techniky jsou využívány v domovech se zvláštním režimem k aktivizaci klientů s AD?

**Vedlejší průzkumná otázka č. 1** zní: Jaké jsou rozdíly ve využívání aktivizačních technik ve dvou zvolených pobytových zařízeních?

**Vedlejší průzkumná otázka č. 2** zní: Má prováděná aktivizace podle personálu domova se zvláštním režimem pro klienty přínos?

**Vedlejší průzkumná otázka č. 3** zní: Jaké techniky ke zlepšení schopností klientů jsou v zařízeních opomíjeny?

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části je vymezen pojem Alzheimerova demence a související oblasti. Dále jsou popsány varianty aktivizačních technik vhodných k použití u pacientů/klientů s AD ubytovaných ve specializovaných pobytových zařízeních.

## 1.1 Alzheimerova demence

Alzheimerova demence se stále považuje za nevyléčitelnou chorobu. Je faktem, že mezi nejčastějšími příčinami úmrtí ve vyspělých zemích má Alzheimerova nemoc třetí místo, hned po kardiovaskulárních a onkologických onemocněních. Má také poměrně rychlý průběh, mezi diagnostikováním choroby a smrtí nemocného uplyne zhruba šest až osm let (Nehls, 2015, s. 13).

Demencí označujeme obecně onemocnění mozku s těžkou poruchou myšlení a omezením emocionálních a sociálních schopností postiženého člověka (Nehls, 2015, s. 24).

Konkrétně Alzheimerova demence začíná pomalu a nenápadně. Objevuje se většinou po 60. roce života, vzácněji se vyskytuje presenilní forma, která začíná kolem padesáti let věku člověka. Při tomto onemocnění dochází k degeneraci cholinergní inervace mozkové kůry. To je provázeno poruchami paměti, ze začátku především recentní paměti, tj. paměti pro čerstvé události. Dále se zhoršuje abstraktní myšlení, rozhodování, člověk se hůře orientuje v prostoru, má zpomalené psychomotorické tempo a problémy s mluveným i psaným projevem. Zpočátku se nemoc projevuje častým opakováním slov, zapomínáním a ztrácením věcí. Pro postiženého je těžké pojmenovat věci běžné potřeby, ztrácí se na známých místech, začíná být pasivní a klesá jeho zájem o aktivity, které ho dříve těšily. V krajních případech se objevují i paranoidní bludy nebo stav podobný dekortikaci, kdy nemocný není schopný myslet, mluvit ani se pohybovat (Ambler, 2011, s. 233-234).

### 1.1.1 Vznik choroby

Počátek onemocnění je spojen se změnami v části mozku nazývané hipokampus. S postupem času se nemoc dále šíří po nervových drahách na ostatní mozkové partie (Nehls, 2015, s. 16).

Hipokampus je párová struktura ležící pod hlavními mozkovými polokoulemi. Tvarově připomíná mořského koníka a je hlavním centrem pro paměť a učení. Hipokampus je důležitý především pro epizodickou paměť (paměť pro události) (Stuchlík, 2017, s. 566).

Funkční hipokampus potřebujeme hlavně proto, abychom mohli v životě získávat, vyhodnocovat a předávat zkušenosti. Slouží jako přechodné úložiště informací, které

vnímáme. Informace z hipokampu se během hlubokého spánku přepisují do dlouhodobé paměti. Hipokampus informace třídí, do dlouhodobé paměti se převedou jen ty důležité. Po uložení prožitků v dlouhodobé paměti se v hipokampu uchovává pouze informace, kdy a na jakém místě se daný prožitek stal. Abychom si vzpomínku vybavili, potřebujeme informace z hipokampu, které nás k ní nasměrují, proto bez hipokampu nelze nejen ukládat nové myšlenky, ale také si nemůžeme vybavit již dříve uložené zkušenosti (Nehls, 2015, s. 48-50).

Alzheimerova demence začíná neurodegenerativními změnami a poruchou funkční integrity tkáně hipokampu. Dochází k úbytku synapsí a k tvorbě amyloidních struktur, což je hlavní příčinou vzniku poškození paměti a orientace (Stuchlík, 2017, s. 568).

### **1.1.2 Průběh onemocnění**

První fázi onemocnění nazval autor Nehls (2015, s. 71 - 73) subjektivní kognitivní dysfunkcí. Zpočátku nemocný pozoruje, že mu vykonávání některých činností způsobuje potíže. Většinou člověka znepokojí, když ho běžné úkony stojí více práce a energie, ale v klinických testech nedochází k výraznějšímu zhoršení oproti stejně starým lidem. V této fázi jsou patrné typické biomarkery pro AD v podobě  $\beta$ -amyloidu zjizvitelném v mozkomíšním moku, nebo přímým důkazem  $\beta$ -amyloidních plaků v mozku pomocí PET scanu.

Druhá fáze je amnestická lehká kognitivní dysfunkce. U nemocného dochází k poruchám paměti, prostorové orientace a vnímání času. Dochází k nápadným výkyvům nálad a následnému podráždění. Typickým příznakem je také deprese a ztráta motivace. Jelikož je porušena schopnost učit se, lidé postižení AD v této fázi upřednostňují zažitá postupy před jakýmkoli inovacemi (Nehls, 2015, s. 75). Výpadky paměti mají nemocní tendenci zastírat konfabulacemi neboli smyšlenkami. Mezeru v paměti vyplní dřívější vzpomínkou, která ale dnes už nemusí být pravdivá (Hauke, 2017, s. 49).

Ve třetí fázi definované Nehlsem (2015, s. 78) jako raná fáze onemocnění Alzheimerovou chorobou už nemocný potřebuje pomoc s běžnými denními činnostmi. Objevuje se apraxie, takže postižený člověk si například nevybavuje, k čemu jsou přístroje, neví, jak použít mýdlo nebo se neumí správně obléknout (Hauke, 2017, s. 55). V této fázi se také zpomaluje kognitivní tempo a člověk má potíže s řečí a chápáním; toto se projevuje několikerým opakováním pronesené věty. Ztrácí se smysl pro čas a prostor, lidé jsou dezorientovaní. Nedokážou si zapamatovat nové prožitky, ale staré životně důležité vzpomínky si vybavují

ještě dlouho po propuknutí nemoci. V této fázi už nepoznávají známé tváře (Nehls, 2015, s. 78).

Čtvrtá fáze, tedy střední fáze onemocnění Alzheimerovou chorobou, je pokročilým stavem, kdy už je zasažen nejen hipokampus, ale i další mozkové struktury. Jelikož schopnost regenerace má pouze tkáň hipokampu, nedá se již AD zvrátit ani vyléčit (Nehls, 2015, s. 79).

Pátá a poslední fáze je dle Nehlse (2015, s. 80) pozdní fázi onemocnění. Nemocný se stává závislým na celkové ošetrovatelské péči. Komunikace s ním už v podstatě není možná, nepoznává nikoho ve svém okolí a jeho mozek je nevratně poškozen.

Česká alzheimerovská společnost dělí průběh AD do tří fází podle měnících se potřeb vzhledem k postupujícímu onemocnění.

První fáze je charakterizována písmenem P – jako podpora, pomoc, právní poradenství. Souvisí to s potřebami na počátku onemocnění, kdy je ještě zachována samostatnost a úsudek člověka, ale už počíná úbytek kognitivních funkcí a je zhoršena paměť. Člověk si v tuto chvíli například může určit budoucího opatrovníka, který za něj bude v budoucnu rozhodovat. Podle Frankové (2011, s. 41) je pro nemocného v této fázi onemocnění dobré používat zápisník, aby se mu dařilo lépe uchovávat informace.

Druhá fáze se značí písmeny PA – tedy programování aktivit. V této fázi nemocný ztrácí schopnost být samostatný a potřebuje neustálou asistenci. Stává se, že zapomíná na jídlo na sporáku, zapomene zavřít tekoucí vodu či se ztratí daleko od domova, když vyrazí na procházku. Fyzicky jsou tyto lidé z pravidla zdraví a pro pečující může být náročné je ohlídat. V tuto dobu je důležité pevné nastavení denních aktivit a plánování času. Součástí této fáze je podle Frankové (2011, s. 41) také větší podrážděnost jedinců, je dobré omezit stresové faktory jako je hluk či přetěžování nemocného.

Třetí fáze (IA) zahrnuje pokročilou demenci až terminální stadium nemoci. Prováděné denní aktivity přestanou pro nemocného mít význam. Demence progreduje natolik, že je většinou nutná profesionální zdravotnická péče mapující potřeby pacienta. Tito mohou trpět například retencí moče, obstipací nebo poruchou polykání, ale nedokážou vyjádřit své potíže jinak než křikem, pláčem či násilím a agresivitou vůči pečujícím. Odborná ošetrovatelská péče má za úkol tyto potíže včas zachytit a odstranit. V terminální fázi je důležitá citlivá paliativní péče tišící nepříjemné příznaky nemoci (Hauke, 2017, s. 37).



### **1.1.3 Diagnostika onemocnění**

Alzheimerovu demenci poprvé objevil v roce 1905 Alois Alzheimer u své pacientky Augusty Deterové. Alois Alzheimer zkoumal mozek tehdy už mrtvé pacientky a objevil na něm znaky typické pro tuto formu demence. Tento způsob diagnózy byl po dlouhou dobu jedinou spolehlivou formou určení AD. AD tvoří na mozku tak výrazné změny, že jsou při pitvě viditelné pouhým okem. Dojde k velkému zvětšení mozkové komory, naopak mozková kůra s těly nervových buněk a bílá hmota mozková, ve které jsou nervová vlákna, jsou na ústupu. Mezi buňkami se tvoří amyloidní plaky z odumírajících nervových buněk, které jsou také nazývány náhrobními kameny mozku (Nehls, 2015, s. 27).

V dnešní době lékaři diagnostikují AD podrobným procesem. Odebírají osobní a rodinnou anamnézu zahrnující informace o vzniku onemocnění, jeho postupu a projevených příznacích. Důležitá je také informace o výskytu onemocnění u dalších rodinných příslušníků (Hauke, 2017, s. 28). Dále diagnostikující odborníci mapují průběh úbytku kognitivních funkcí a paměti nemocného včetně změn chování. Současný stav kognitivních funkcí zjišťují pomocí testů, následuje klinické vyšetření a laboratorní testy odhalující možnou příčinu onemocnění. Vše završuje neurologické vyšetření spolu s CT a MR mozku (Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2015).

Testy ke zjištění stávajících kognitivních funkcí jsou ve více úrovních. Ke stanovení diagnózy AD se nejčastěji užívá test MMSE (Mini Mental State Examination) dle Folsteina (viz Příloha 1). Kvůli mnoha nevýhodám testu MMSE je však k diagnostice demence vhodnější Montrealský kognitivní test MoCA (viz Příloha 3). Nejjednodušším testem, ke kterému není potřeba žádný formulář, pouze papír a tužka, je test hodin (viz Příloha 2). Při mírné demenci selhávají lidé zpravidla při kreslení postavení hodinových ručiček, v pokročilém stádiu již ani nerozvrhnou ciferník hodin (Hauke, 2017, s. 30-31).

### **1.1.4 Léčba Alzheimerovy demence**

U léčby AD je nutný komplexní postup zahrnující spolupráci s rodinou či pečujícími osobami. Nezbytný je individuální přístup ke konkrétním pacientům/klientům. Farmakoterapie je jen okrajovým článkem celkové léčby skládající se z péče o fyzický i psychický stav nemocného. Pro lepší kvalitu života člověka s AD musí být zavedena racionální léčba přidružených onemocnění a vhodná aktivizace klientů (Franková, 2016, s. 140).

Autor Michael Nehls (2015, s. 13-15) se domnívá, že vznik Alzheimerovy demence je podmíněn naším stylem života, a tudíž že jeho úpravou lze nemoc zastavit či zvrátit. Podle

tohoto autora Alzheimerova demence nesouvisí tolik se stárnutím, ale spíše s dědičností a způsobem života postiženého jedince.

Je pravdou, že na toto onemocnění neexistuje žádný farmakologický lék. Cílem léčby je zlepšit pacientův stav především užíváním kognitiv (inhibitorů acetylcholinesterázy), která mohou zmírňovat postupující demenci. Dále se lékaři soustředí na odstraňování psychologických příznaků nemoci a poruch chování (Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2015). Samostatně jsou léčeny projevy deprese, stavy neklidu, zmatenosti a agitovanosti (Ambler, 2011, s. 234).

## **1.2 Deprese**

Příznakům AD se mohou podobat příznaky deprese. Ta se u starších lidí vyskytuje často, protože se mohou cítit nepotřební, osamělí, nevykonní, a z tohoto důvodu jsou značně zranitelní. Deprese se ovšem dá léčit změnou životního stylu v kombinaci s léčivou (Holczerová, 2013, s. 62). Na druhou stranu neléčená deprese může být rizikovým faktorem pro vznik AD (Hauke, 2017, s. 43)

## **1.3 Práce s nemocnými Alzheimerovou demencí**

Při práci s nemocnými AD je hlavním požadavkem udržení pocitu bezpečí, spokojenosti a pohodlí ošetřovaného člověka. Vždy se snažíme maximálně vytěžit schopnosti, které nemocnému ještě zůstaly zachovány, a zpomalit nebo oddálit další úpadek jeho dovedností (Franková, 2011, s. 39).

Nedílnou součástí péče o osoby s AD je aktivizace, tedy proces, kterým jsou lidé vedeni k činnosti. Autor Nehls (2015, s. 32) dává aktivizaci lidí s AD největší podíl v celkové léčbě nemoci. Podle něj je AD spíše civilizačním onemocněním a není v přímé návaznosti na stárnutí člověka. Proto také k vyléčení či zastavení další progresu demence nejvíce přispívá změna způsobu života nemocného.

Mezi postupy ke kognitivní stimulaci nemocného s AD patří práce s životním příběhem pacienta. Z vyprávění pacienta zjistíme životní zkušenosti, vzpomínky, využijeme reminiscenci a pomůcky k práci s pamětí. Dále se používá tanec, zpěv, pohybová cvičení a různé rukodělné tvoření. Vždy je potřebné mnohostranné zaměření používaných aktivit a strukturovaný průběh dne. V pokročilých stádiích demence se využívá koncept bazální stimulace a validace a v závěru onemocnění samotná paliativní péče (Hauke, 2017, s. 39 - 40).

Důležitým prvkem v práci s lidmi s AD je pravidelnost. Pravidelné činnosti napomáhají k tomu, aby se tělo a mysl naladily na výkon. Řád a struktura dne pomáhají k vytváření návyku a ten pak vede člověka k tomu, že se těší na nadcházející činnost. Únava, nuda a ztráta motivace mají za následek poruchy paměti a pozornosti. Pokud není pravidelnost v činnostech dodržována, dojde k postupnému zapomínání návyku a ztrátám vědomostí (Klevetová, 2017, s. 48).

V jakékoli fázi onemocnění je nedílnou součástí péče komunikace s pacientem. Je třeba si uvědomit, že ačkoli už třeba člověk samotný není schopný rozumět mluvenému slovu, pořád vnímá tón hlasu, jeho intonaci, zabarvení a výšku (Hauke, 2017, s. 53).

#### **1.4 Kvalita života**

Důležitým faktorem při práci s nemocnými AD je ohled na zachování kvality života konkrétního člověka. Kvalita života je důležitá hodnota, kterou lze posuzovat jen z celkového – holistického pohledu na člověka. Je v ní obsažena psychická pohoda, fyzické schopnosti a postavení jedince ve společnosti (Dvořáčková, 2012, s. 56). Kvalitu života můžeme vnímat na subjektivní rovině, což zahrnuje životní spokojenost a psychickou pohodu člověka. Objektivně posuzujeme kvalitu života dle úrovně fyzického zdraví a sociálních a materiálních poměrů. Nejčastěji může být kvalita života definována pojmy osobní pohoda, štěstí a spokojenost. V samotném smýšlení člověka tam ale zahrnujeme také pocit užitečnosti pro okolí a smysluplnost bytí (Ondrušová, 2011, s. 45).

Pro seniora je důležité i ve stáří spatřovat smysl ve svém životě, mít dny uspořádané a naplněné adekvátními aktivitami v rovnováze s nezbytným odpočinkem. Stále udržovat stávající či navazovat nové vztahy, cítit se šťastný a nerozrušovat se emočně vypjatými situacemi (Holczerová, 2013, s. 29).

#### **1.5 Motivace**

Motivace je síla vedoucí člověka k chování, které směřuje k uspokojování jeho potřeb. Pomáhá mu dosáhnout sebeuspokojení a pocitu soběstačnosti skrze prováděnou činnost. V podstatě je motivace schopnost sám sebe přesvědčit o důležitosti vybrané aktivity. Úkolem pracovníka je povzbudit klienta ve správném postoji a dát mu pocit, že to skutečně zvládne (Klevetová, 2017, s. 35). Soukup (2014, s. 15) ve své publikaci zmiňuje, že prostředky či nástroje motivace v běžné praxi mohou být prosby, výhrůžky, manipulace či metoda „cukru a biče“. Zde vyjmenované položky mohou být účinné, ale z jeho pohledu je motivace

založená především na celkové změně vnitřního nastavení, je tedy třeba pracovat na změně postojů a prožívání.

V práci s lidmi se často stane, že mají odmítavý postoj. Je třeba se ptát, co jej vyvolalo, zda nastala nějaká okolnost v komunikaci, která změnu vyvolala. Odmítání může pramenit z toho, že si klient chce udržet moc nad vlastním životem, že potřebuje prostor na to, aby si rozhodl o své budoucnosti. Každá změna je náročná a někdy je potřeba rozloučit se se stávajícím, než přijde přijetí nového (Klevetová, 2017, s. 68).

## **1.6 Aktivizace**

Aktivizační činnosti nejsou jen prostým vyplněním volného času klientů domova se zvláštním režimem. Jejich úkolem je zlepšení kvality života těchto lidí a zvýšení jejich nezávislosti a soběstačnosti. Zapojení klientů do těchto činností vede k zapuzení pocitů osamělosti a zbytečnosti. Při volbě konkrétních činností je důležité brát ohledy na přání a možnosti každého člověka a dobře pracovat s motivací klientů. Nečinnost je velmi nebezpečná, dokáže negativně působit na člověka jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Ve stáří může nedostatek činnosti vést k urychlení fyziologických procesů stárnutí, k depresím a také rozpadu osobnosti (Holczerová, 2013, s. 34).

## **1.7 Aktivizační techniky**

Aktivizační techniky by měly být nedílnou součástí nefarmakologické léčby AD. Je zde nutné zohledňovat průběh onemocnění a s postupující demencí používat sice čím dál jednodušší psychoterapeutické postupy, ale stále dbát na podporu kognitivních i nekognitivních funkcí nemocného člověka (Zvěřová, 2017, s. 76).

### **1.7.1 Ergoterapie**

Ergoterapie je souhrn činností k rehabilitaci jedinců, kteří jsou dočasně či trvale znevýhodněni fyzickým, psychickým, smyslovým či mentálním defektem. Cílem je dosažení co nejvyšší soběstačnosti a nezávislosti člověka (Holczerová, 2013, s. 36).

Samotné slovo ergoterapie vzniklo spojením dvou řeckých výrazů, kterými jsou ergon, tedy práce, a therapia, což je léčení. V českém jazyce se zabydlil výraz léčba prací, ačkoli je toto označení značně nepřesné, lépe to vystihuje označení léčba zaměstnáváním či činností. Ergoterapie pomáhá lidem zvládat instrumentální denní aktivity hlavně tím, že je do těchto činností zapojí i přes jejich deficit nebo omezení. Toto se vztahuje na všechny aktivity, které jsou pro člověka důležité a dávají jeho životu smysl. Účast na zaměstnávání je důležitá hlavně

z hlediska sebehodnocení nemocného, zvyšuje kvalitu jeho života a zapojuje ho do širšího sociálního kontextu (Krivošíková, 2011, s. 13).

Z hlediska působení se ergoterapie dělí na:

- ergoterapii zaměřenou na nácvik běžných denních činností
- ergoterapii zaměřenou na výkon profese
- ergoterapii zaměřenou na aktivity volného času

(Holubová, 2017)

### **Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností (ADL)**

Zde se terapie zaměřuje na pomoc s opětovným zvládnutím každodenních aktivit, jako je osobní hygiena, koupání, oblékání, použití toalety nebo stravování, a na samotnou mobilitu znevýhodněného člověka. Tento nácvik probíhá v domácím prostředí pacienta, proto může být rozšířen i o nástavbové aktivity, jako je telefonování, nakupování, vaření, zacházení s penězi nebo použití hromadné dopravy (Krivošíková, 2011, s. 24)

### **Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností**

Tato oblast ergoterapie se soustředí hlavně na osoby v produktivním věku, aby byli opět schopni zvládat původní povolání nebo si najít pracovní uplatnění v jiné oblasti, ve které jsou schopni se svým omezením dobře fungovat (Krivošíková, 2011, s. 25).

### **Ergoterapie zaměřená na aktivity volného času**

Soběstačnost je důležitá i u zájmových aktivit. V tomto odvětví ergoterapie jde o opětovné získání dovedností ve volnočasových činnostech, jako je například hraní na hudební nástroj, rybaření nebo sportovní aktivity (Holubová, 2017).

## **1.7.2 Zooterapie**

Zvířecí terapie nebo také zooterapie či animoterapie jsou výrazy vystihující terapii za pomoci zvířat (Animoterapie.cz, 2019). Tato terapie spočívá na vzájemném pozitivním působení mezi zvířetem a člověkem. Zvířata se takto využívají k rehabilitačním aktivitám i psychosociální podpoře zdraví (Holczerová, 2013, s. 85).

Zooterapii můžeme dělit dle zvířete, které použijeme, nebo podle zaměření. Dle zaměření rozlišujeme:

- aktivity za pomoci zvířat (přirozený kontakt člověka se zvířetem ke zlepšení kvality života)
- terapii za pomoci zvířat (cílený kontakt, podpůrná rehabilitační metoda)

- vzdělávání za pomoci zvířat (zážitková výuka pro žáky se speciálními potřebami)
- krizovou intervenci za pomoci zvířat (kontakt člověka a zvířete v krizové situaci pomáhá ke zlepšení situace) (Animoterapie.cz, 2019).

### **1.7.3 Reminiscence**

Vzpomínání je přirozená součást lidského života. Pro klienta má nepopiratelný význam, protože vede k zachování vlastní hodnoty a utvrzení ve schopnostech, které má. Předávání informací z minulosti klienta vede i ke zpevnění vztahu mezi ním a terapeutem (Holczerová, 2013, s. 64).

Ze získaných informací od klienta mají význam jen ty, které jsou pro klienta důležité a je s nimi nějak emočně spojen. Proto je důležité naslouchat a vyhnout se nešetrným vstupům a hodnocením. Úkolem terapeuta je pouze vzpomínky určitými podněty vyvolat a nechat klienta znovu prožít své zážitky tak, aby si je uvědomil a měl prostor je zpracovat. Cílem práce se vzpomínkami je to, že si člověk uvědomí, jaký život žil, a dokáže reálně vnímat současnost s vědomím svých hodnot. Tímto se dokáže soustředit na budoucnost jako na plnohodnotný následný život, vědom si svých limitů (Vojtová, 2014, s. 52).

### **1.7.4 Arteterapie**

Arteterapie využívá k léčebným účelům výtvarný projev. Nechává na smyslové vnímání člověka působit propojení různých výtvarných složek. Na psychiku člověka mají vliv zejména barvy. Některé mohou povzbuzovat, jiné zase zklidňovat. Tuto jejich vlastnost nazýváme barevná asociace. Kromě barev se v arteterapii objevují i symboly, které mnoho prozradí o momentálním rozpoložení klienta. Při arteterapii využíváme zadání, kdy například kreslíme příběh, hudbu či určité téma a tímto získáme pohled na stejnou věc z více úhlů. K relaxaci využíváme kresby mandal, neboť navozují zklidnění dechu a myšlenek a odpoutání od starostí a bolesti (Stejskalová, 2012, s. 65 - 76).

### **1.7.5 Muzikoterapie**

Muzikoterapie je léčení či pomoc člověku hudbou. Je to forma zvukové terapie, která využívá rytmické prvky k navození pocitu pohody, relaxace, ale také ke komunikaci či podpoře hojení a snižování pocitu bolesti. Muzikoterapie zahrnuje poslech hudby, její vytváření, zpěv i tanec nebo pohyb na poslouchanou hudbu. Odvádí pozornost od prožívaných obtíží, a tím je velmi prospěšná (Holczerová, 2013, s. 40).

### **1.7.6 Trénování paměti**

Kognitivní rehabilitace, tedy procvičování paměti, pozornosti a dalších kognitivních funkcí, má nezastupitelný význam v prevenci jejich poruch. Kromě patologických poruch je hlavní příčinou úbytku mozkových funkcí právě jejich neužívání. Získané informace uchováváme v paměťových stopách, které jsou tvořeny synapsí mezi neurony. V průběhu života dochází k úbytku synapsí a zmenšování mozkových buněk. Toto ale není způsobeno pouze přibývajícím věkem. Velký vliv zde mají deprese, alkohol, některé léky, sedavý způsob života, nedostatek podnětů či špatná výživa (Suchá, 2012, s. 9 - 10).

Trénink paměti může být zahrnut do všednodenních činností například zapamatováním si úkonů ranní hygieny, jak jdou za sebou, či pravidelným připomínáním dne v týdnu, měsíci a ročního období, což přinese orientaci v běžném životě. Další možností jsou hry jako například pexeso, slovní kopaná a vědomostní kvízy (Holczerová, 2013, s. 62 - 63).

### **1.7.7 Kinezioterapie a pohybové aktivity**

Složkou života v domovech se zvláštním režimem by měla být také pohybová aktivita pro klienty. Kinezioterapie je součástí léčebné rehabilitace a je to v podstatě léčba pohybem. Sestává z cílených cviků, které vedou k získání potřebných motorických dovedností nutných k výkonu všednodenních činností (Zeman, 2016, s. 11).

Pohyb je řízen centrální nervovou soustavou a s touto také úzce souvisí, proto také pohyb ovlivňuje psychiku člověka. Pohybové aktivity mají mnohostranný význam v aktivizaci seniorů. Přinášejí kromě rehabilitačního a rekondičního smyslu také výplň volného času spolu se společenským přesahem (Holczerová, 2013, s. 44).

Podle Nehlse (2015, s. 102, 105) vede tělesná aktivita k zlepšení mozkových funkcí. Pohyb vede k nárůstu hmoty hipokampu, který je podstatný pro ukládání vzpomínek. Pravidelná tělesná aktivita navíc podporuje odolnost vůči stresu, což je její další důležitá stránka.

### **1.7.8 Bazální stimulace**

Koncept bazální stimulace založil profesor dr. Andreas Fröhlich. Vyvinul ho při rehabilitační práci s dětmi, které se narodily s těžkým kombinovaným postižením. Tento koncept vede k rozvoji schopností skrze podporu a stimulaci vnímání a komunikace.

Bazální stimulace podporuje komunikační a pohybové schopnosti, které byly u klienta zachovány. Využívá jedinečnosti člověka a do péče zapojuje i sociální okolí klienta. V rámci konceptu je možné povzbuzovat aktivitu na základní úrovni vnímání tělesného schématu

(somatická stimulace), dále koncept zahrnuje vestibulární, vibrační, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, olfaktorickou a auditivní stimulaci. Bazální stimulace dokáže výrazně zlepšit kvalitu života lidí s nezvratnými změnami jejich tělesného nebo duševního stavu (Institut bazální stimulace podle Prof. Dr. Fröhlicha, s. r. o., 2004-2019).

### **1.7.9 Koncept validace**

Validace je podle autorky Naomi Feil metoda komunikace s dezorientovanými starými lidmi. Dezorientace zde není jen neurodegenerativní proces v mozku, ale může být následkem nevyrovnání se se změnami v životě. U tohoto konceptu je přímá návaznost na vývojovou teorii E. H. Eriksona, který tvrdí, že konflikty způsobené změnami člověk prožívá v každém vývojovém období. Tyto konflikty musí překonat, vyrovnat se s nimi. Tím získává určitou duševní zdatnost potřebnou pro přechod do dalšího životního období. Ve vyšším věku je náročné přijmout změny související se ztrátou sociálního statusu a také to, že se daná osoba nachází na konci svého života. Je to období, kdy by se lidé měli vyrovnat se všemi událostmi, křivdami a frustracemi, které v sobě potlačovali a nosí si je nevyřešené po dlouhou část života. Principem validace je uznat pravost myšlenek starého člověka, pomoci mu vyrovnat se s nimi a dát tím smysl jeho životu. Validace nehodnotí, nekritizuje ani nevychovává, dává volný průchod emocím. Jelikož se v této metodě pracuje na emoční rovině, není překážkou ani ztráta kognice klienta, rovnováhy dosáhne vypovídáním se z prožívaných pocitů a jejich opětovným prožitím. Je to dlouhodobý, respektive celoživotní postoj ke klientovi. Jen tak může nést příznivé výsledky (Hauke, 2017, s. 85 - 89).

### **1.8 Dobrovolnictví**

Dobrovolník je člověk, který ze své vlastní vůle a ve svém volném čase bez nároku na odměnu pomáhám lidem kolem sebe a zapojuje se do veřejně prospěšných aktivit (Dobrovolník.cz).

Dobrovolníci svou činností v zařízeních jsou schopni vyplnit volný čas klientů aktivitami. Mohou s klienty poslouchat hudbu, vést rozhovory či jen naslouchat jejich vyprávění. Součástí práce dobrovolníků jsou i doprovody na vycházky a pomoc při organizaci společenských akcí v zařízeních. Dobrovolníci tímto přispívají k přiblížení života klienta v zařízení k běžnému životu jeho vrstevníků a ke klientovu pocitu, že je součástí okolního společenství (Holczerová, 2013, s. 76).



## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 Metodologie**

Ján Ferjenčík (2010, s. 18 - 20) tvrdí, že věda je organizovaná zvědavost. Ve výzkumu je však třeba postupovat systematicky a organizovaně. Vědecké poznání vychází z informací získaných zkušeností, kontaktem či manipulací s předmětem zkoumání. Má tedy empirický charakter a vždy musí být objektivní a ověřitelné.

#### **2.1.1 Výzkumný vzorek**

Před samotným sběrem dat je třeba stanovit, od koho budeme informace sbírat. Respondenty vybíráme z populace, tedy ze souboru jednotek, o kterém předpokládáme, že jsou pro něj naše závěry platné (Disman, 2011, s. 93). Populace je ovšem příliš početná, proto vybíráme reprezentativní vzorek a získané závěry zevšeobecňujeme (Ferjenčík, 2010, s. 114). Aby vybraný vzorek napodoboval vlastnosti populace co nejvíce, je třeba ho pečlivě vybrat. K tomuto zvolíme kvótní výběr, který imituje ve struktuře vzorku známé vlastnosti populace (Disman, 2011, s. 94).

Aby byla splněna kritéria kvótního výběru pro tento průzkum, byl výzkumný vzorek vybrán ze zaměstnanců dvou pobytových zařízení specializujících se na péči o nemocné AD. Bylo vybráno vždy 25 zaměstnanců v přímé péči z každého ze dvou zařízení, kteří se ve své práci zaměřují na aktivizaci jejich klientů. Protože všeobecných sester je v těchto zařízeních minimum a mají především jiné kompetence, do průzkumu byli zařazeni primárně zaměstnanci provádějící aktivizaci klientů, tedy zdravotní sestry, aktivizační pracovníci a pracovníci v sociálních službách.

#### **2.1.2 Kvantitativní výzkum**

Kvantitativní výzkum se snaží objekt zkoumání kvantifikovat, tedy vyjádřit, analyzovat a manipulovat jím za pomoci využití čísel (Ferjenčík, 2010, s. 243). Kvantitativní výzkum zkoumané jevy nepopisuje, zaměřuje se na četnost jevů a vztahy mezi nimi. Mezi metody využívané u kvantitativního výzkumu patří pozorování, dotazování a studium dokumentů (Linderová, 2016, s. 45, 47).

K získání odpovědí na výzkumné otázky je v této práci použito dotazníkové šetření za pomoci písemného dotazování. Byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce zahrnující 16 otázek (viz Příloha 4). Dotazník obsahuje 8 uzavřených otázek, 5 polouzavřených otázek s možností vypsání vlastní doplňující údaje a tři otevřené otázky. V úvodu dotazníku je stručný

odstavec uvádějící dotazovaného respondenta do kontextu průzkumu. První tři otázky dotazníku se soustředí na respondenta, jaká je jeho pracovní pozice v zařízení, jak dlouho zde pracuje a jaké je jeho nejvyšší dosažené vzdělání. Dále následují otázky zaměřující se na využití aktivizačních technik v daném zařízení při práci s klienty. Poslední otázka zkoumá zapojení dobrovolníků do práce s klienty.

## 2.2 Výsledky dotazníkového šetření

V této části práce jsou shrnuty výsledky dotazníku vlastní konstrukce, který vyplnilo 50 zaměstnanců dvou pobytových zařízení specializujících se na péči o pacienty s Alzheimerovou demencí, z každého z těchto dvou zařízení bylo sebráno 25 vyplněných dotazníků.

### Otázka č. 1: Pracovní pozice respondentů

Po vzájemné domluvě s vedením obou pobytových zařízení, ve kterých byl průzkum prováděn, jsme se dohodli na podání dotazníků osobám v nejužším kontaktu s klienty s AD. Kdyby byl dotazník vyplněn pouze zdravotními sestrami v zařízení, mohlo by dojít ke zkreslení výsledků, protože sestry většinou primárně nevykonávají aktivizaci pacientů.

První otázka v dotazníku tedy směřovala na pracovní zařazení respondenta.

**Tabulka 1-** Pracovní zařazení respondentů

	Zařízení A absolutní četnost	Zařízení A relativní četnost [%]	Zařízení B absolutní četnost	Zařízení B relativní četnost [%]	Celkem relativní četnost [%]
<b>Zdravotní sestra</b>	6	24	4	16	20
<b>Pracovník v sociálních službách</b>	19	76	17	68	72
<b>Aktivizační pracovník</b>	0	0	4	16	8
<b>Celkem</b>	25	100	25	100	100

*Zdroj: vlastní průzkum*

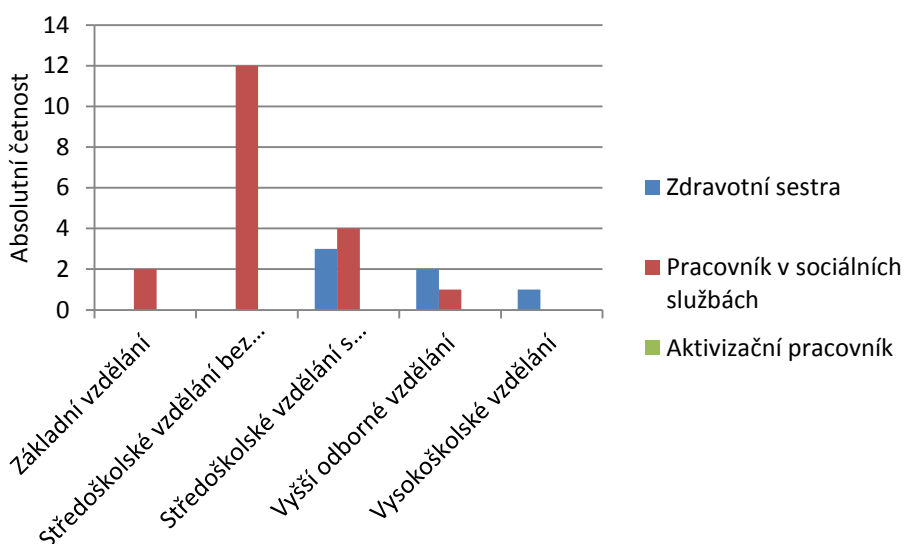
Z tabulky 1 je vidět, že 20% všech respondentů byly zdravotní sestry, pracovníci v sociálních službách zaujímali 72% všech respondentů a 8% celkového počtu respondentů tvořili aktivizační pracovníci. Z hlediska jednotlivých zařízení se průzkumu zúčastnilo ze zařízení A

6 zdravotních sester (24%), 19 pracovníků v soc. službách (76%) a žádný aktivizační pracovník. V zařízení B vyplnily dotazník 4 zdravotní sestry (16%), 17 pracovníků v soc. službách (68%) a 4 aktivizační pracovníci (16%).

### Otázka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Z hlediska dosaženého vzdělání se zaměstnanci zařízení A rozdělili následovně (viz Graf 1): základní vzdělání měli 2 pracovníci v sociálních službách, 12 PSS dosáhlo středoškolského vzdělání bez maturity, středoškolské vzdělání s maturitou měli 4 PSS a 3 zdravotní sestry, vyšší odborné vzdělání měl 1 PSS a 2 zdravotní sestry a 1 zdravotní sestra z tohoto souboru měla vysokoškolské vzdělání.

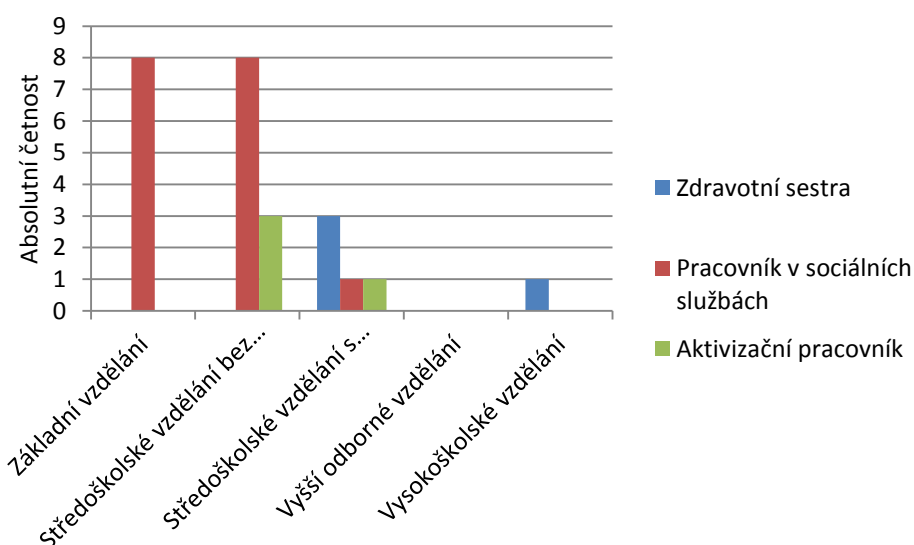
**Graf 1** - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů ze zařízení A



*Zdroj: vlastní průzkum*

Rozdělení průzkumného souboru v zařízení B z hlediska dosaženého vzdělání je patrné z grafu 2. Základní vzdělání má 8 respondentů pracujících na pozici pracovníka v sociálních službách, středoškolské vzdělání bez maturity má 8 PSS a 3 aktivizační pracovníci, středoškolské vzdělání s maturitou vystudoval 1 PSS, 1 aktivizační pracovník a 3 zdravotní sestry a vysokoškolské vzdělání má 1 zdravotní sestra.

**Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů ze zařízení B**



Zdroj: vlastní průzkum

Z tabulky 2 vyčteme, že 20% všech respondentů má základní vzdělání, 46% respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání bez maturity, 24% všech respondentů vystudovalo střední školu s maturitou, vyšší odborné vzdělání má 6% z celkového počtu respondentů a 4% respondentů nabylo vysokoškolského vzdělání. V zařízení A dotazník vyplnili 2 zaměstnanci se základním vzděláním (8%), 12 zaměstnanců se středoškolským vzděláním bez maturity (48%), 7 zaměstnanců se středoškolským vzděláním s maturitou (28%), 3 zaměstnanci s vyšším odborným vzděláním (12%) a 1 zaměstnanec s vysokoškolským vzděláním (4%). V zařízení B se do průzkumu zapojilo 8 zaměstnanců se základním vzděláním (32%), 11 zaměstnanců se středoškolským vzděláním bez maturity (44%), 5 zaměstnanců se středoškolským vzděláním s maturitou (20%) a jeden zaměstnanec s vysokoškolským vzděláním (4%).

**Tabulka 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**

	Zařízení A absolutní četnost	Zařízení A relativní četnost [%]	Zařízení B absolutní četnost	Zařízení B relativní četnost [%]	Celkem relativní četnost [%]
Základní vzdělání	2	8	8	32	20
Středoškolské vzdělání bez maturity	12	48	11	44	46
Středoškolské vzdělání s maturitou	7	28	5	20	24
Vyšší odborné vzdělání	3	12	0	0	6
Vysokoškolské vzdělání	1	4	1	4	4

*Zdroj: vlastní průzkum*

### Otázka č. 3: Délka zaměstnání respondentů ve stávajícím zařízení

Z doby, po kterou jsou respondenti zaměstnáni v daném zařízení, vyplývá míra fluktuace zaměstnanců v tomto zařízení.

**Tabulka 3 – Rozdělení respondentů dle délky výkonu práce v aktuálním zaměstnání**

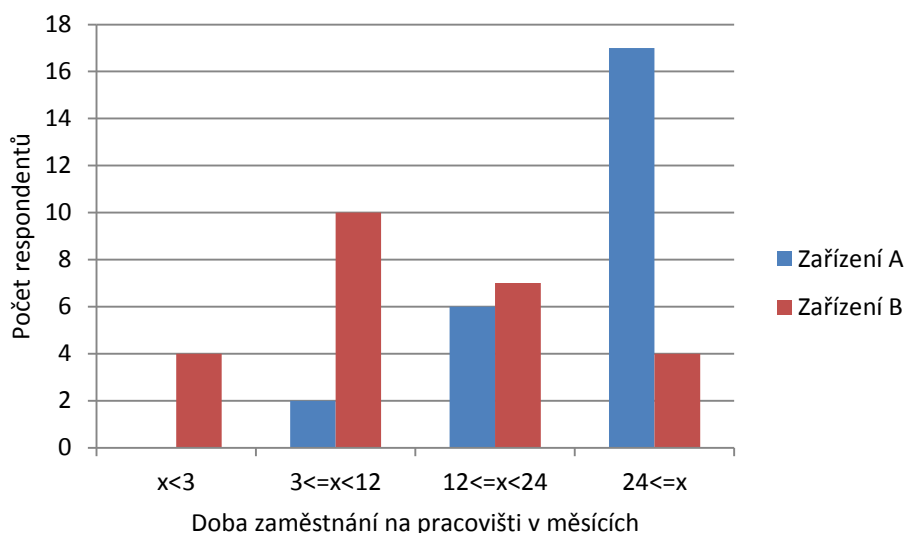
Doba v měsících	Zařízení A absolutní četnost	Zařízení A relativní četnost [%]	Zařízení B absolutní četnost	Zařízení B relativní četnost [%]	Celkem relativní četnost [%]
$x < 3$	0	0	4	16	8
$3 \leq x < 12$	2	8	10	40	24
$12 \leq x < 24$	6	24	7	28	26
$24 \leq x$	17	68	4	16	42

*Zdroj: vlastní průzkum*

Z tabulky 3 vyplývá, že 8% z celkového počtu respondentů bylo zaměstnáno na aktuální pozici méně než 3 měsíce, tj. byli ve zkušební době, 24% ze všech respondentů už byli po zkušební době, ale pracovali na nynějším místě méně než jeden rok, 26% respondentů pracovalo v současném zaměstnání mezi jedním a dvěma lety a 42% všech respondentů bylo na tomto místě zaměstnáno více jak dva roky. V zařízení A nebyl mezi respondenty ani jediný, který by zde byl zaměstnán méně než tři měsíce, 2 respondenti (8%) zde pracovali po dobu mezi třemi a dvanácti měsíci, 6 respondentů (24%) tu bylo zaměstnáno rok až dva

a 17 respondentů (68%) bylo v zařízení zaměstnáno více jak dva roky. V zařízení B byli mezi respondenty 4 (16%) ve zkušební době (méně než 3 měsíce), 10 respondentů (40%) zde pracovalo po dobu mezi třemi měsíci a jedním rokem, 7 respondentů (28%) pracovalo v zařízení po dobu mezi jedním a dvěma lety a 4 zaměstnanci (16%), kteří vyplnili dotazník, zde pracovali déle než dva roky.

**Graf 3 - Porovnání délek pracovních poměrů respondentů v zařízení A a zařízení B**



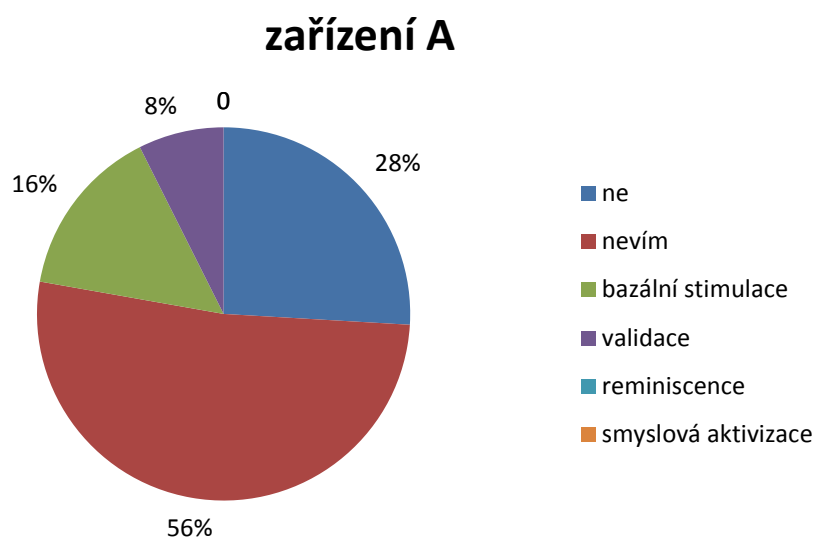
*Zdroj: vlastní průzkum*

Z grafu 3 jasně vyplývá, že menší míra fluktuace zaměstnanců je v zařízení A. Většina respondentů je zde zaměstnána déle než dva roky. V zařízení B jsou počty zaměstnanců v jednotlivých kategoriích více vyrovnané a většina respondentů je zde zaměstnaná po dobu kratší, než jsou dva roky.

#### **Otázka č. 4: Využití konceptu či modelu péče**

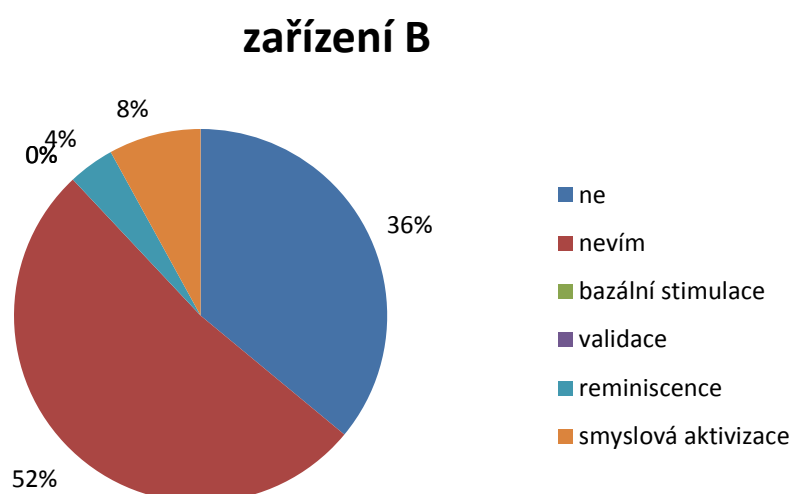
V otázce, zda v daném zařízení využívají určitý koncept nebo model péče, dopadla obě posuzovaná zařízení srovnatelně. Jak je patrné z grafů 4 a 5, zhruba polovina respondentů z obou zařízení tušila, že nějaký koncept péče v daném zařízení využívají, ale nevěděla jaký. Okolo 30% dotázaných z obou zařízení odpovědělo, že žádný koncept péče nevyužívají. U konkrétních příkladů využívaných konceptů péče se však odpovědi respondentů začaly rozcházet. V zařízení A 16% dotázaných uvedlo využití bazální stimulace a 8% respondentů uvedlo využití konceptu validace. V zařízení B 8% respondentů uvedlo koncept smyslové aktivizace a dle 4% respondentů se v zařízení B využívá reminiscenční terapie.

**Graf 4 -** Povědomí o využívání konceptu péče v zařízení A



*Zdroj: vlastní průzkum*

**Graf 5 -** Povědomí o využívání konceptu péče v zařízení B



*Zdroj: vlastní průzkum*

### **Otázka č. 5: Využití aktivizačních technik**

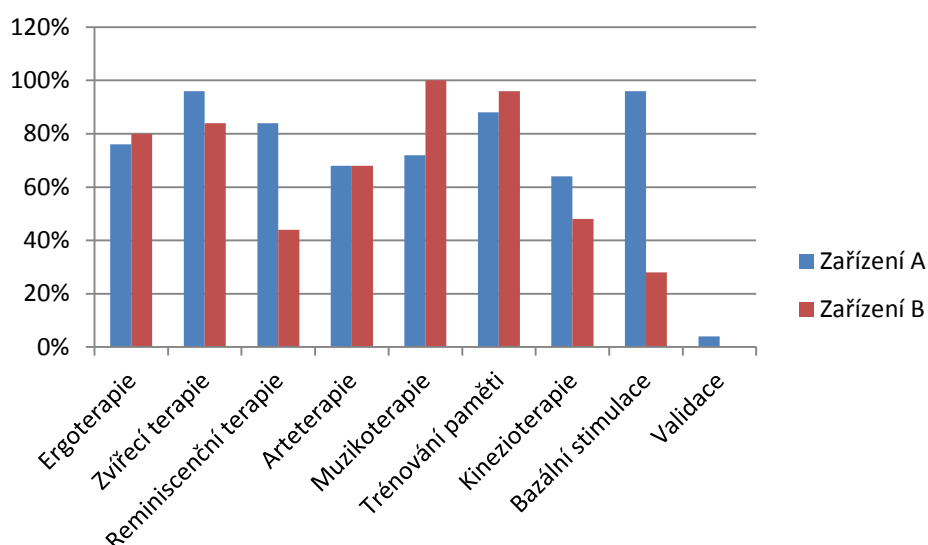
Dle výsledku dotazníkového šetření obě zařízení, ve kterých byl průzkum prováděn, hojně využívají aktivizačních technik.

V zařízení A využívá 96% respondentů zvířecí terapii a bazální stimulaci, 88% respondentů trénink paměti, 84% respondentů reminiscenční terapii, 76% respondentů ergoterapii, 72% respondentů muzikoterapii, 68% respondentů arteterapii, 64% respondentů kinezioterapii

a 4% metodu validace. V zařízení B zmínilo 100% respondentů muzikoterapii, 96% trénink paměti, 84% zvířecí terapii, 80% ergoterapii, 68% arteterapii, 48% kinezioterapii, 44% reminiscenční terapii a 28% bazální stimulaci.

Dle grafu 6 je patrné, že v zařízení B je mezi opomíjenými technikami cvičení s klienty, reminiscence a bazální stimulace. V zařízení A se využívají všechny aktivizační techniky v míře vyšší 60% odpovědí respondentů daného zařízení.

**Graf 6** - Procentuální vyjádření míry využití jednotlivých aktivizačních technik



*Zdroj: vlastní průzkum*

**Tabulka 4** - Počty odpovědí otázky využití aktivizačních technik

	Zařízení A	Zařízení B
<b>Ergoterapie</b>	19	20
<b>Zvířecí terapie</b>	24	21
<b>Reminiscenční terapie</b>	21	11
<b>Arteterapie</b>	17	17
<b>Muzikoterapie</b>	18	25
<b>Trénování paměti</b>	22	24
<b>Kinezioterapie</b>	16	12
<b>Bazální stimulace</b>	24	7
<b>Validace</b>	1	0

*Zdroj: vlastní průzkum*



## Otázka č. 6: Účast klientů na hromadných aktivitách

Tabulka 5 - Účast klientů na hromadných aktivitách

	Zařízení A absolutní četnost	Zařízení A relativní četnost [%]	Zařízení B absolutní četnost	Zařízení B relativní četnost [%]
<b>Všichni, kdo jsou danou aktivitu schopni vykonávat nebo se účastnit</b>	21	84	7	28
<b>Jen ta část klientů, co jeví o aktivitu zájem po předchozí motivaci personálem</b>	4	16	16	64
<b>Klienty k hromadným aktivitám nepřemlouváme</b>	0	0	2	8

*Zdroj: vlastní průzkum*

Co se týče účasti na hromadných aktivitách pořádaných v DZR, pak v zařízení A se hromadných aktivit účastní většina klientů, kteří jsou účasti schopni, naopak v zařízení B je účast na těchto aktivitách spíše dobrovolná.

Jak je patrné z tabulky 5, v zařízení A odpovědělo 21 respondentů (84%), že hromadných aktivit se účastní všichni, kdo jsou účasti schopni, a 4 respondenti (16%) míní, že se účastní jen ti klienti, kteří jeví o aktivitu zájem. V zařízení B si myslí pouze 7 respondentů (28%), že na hromadné aktivity chodí všichni, kteří jsou schopni aktivitu vykonávat, 16 respondentů (64%) tvrdí, že aktivit se účastní jen ti, kdo mají o aktivitu sami zájem, a 2 respondenti (8%) odpověděli, že klienty k hromadným aktivitám nepřemlouvají.

## Otázka č. 7: Využívané ergoterapeutické techniky

Tabulka 6 - Využívané ergoterapeutické techniky

Zařízení A			Zařízení B		
	Neodpovědělo	14 (56%)		Neodpovědělo	6 (24%)
<b>Jemná motorika</b>	Trhání papírků	1 (4%)	<b>Jemná motorika</b>	Šikvné ručičky	5 (20%)
	Navlékání korálků	3 (12%)		Dílna	4 (16%)
	Motání klubíčka	6 (24%)			
	Malování	4 (16%)		Malování	2 (8%)
<b>Sebeobslužnost</b>	Nácvik oblékání	1 (4%)	<b>Sebeobslužnost</b>	Nácvik dovedností (soběstačnost)	6 (24%)
	Nácvik chůze	1 (4%)		Nácvik chůze	3 (12%)
	Péče o vlastní osobu	1 (4%)		Orientace v DZR	3 (12%)
	Vaření	1 (4%)		Vaření	6 (24%)
	Tělesné cvičení	2 (8%)		Tělesné cvičení	1 (4%)
				Zahrada	5 (20%)
				Péče o morče	1 (4%)

Zdroj: vlastní průzkum

V tabulce 6 vidíme, jak odpovídali respondenti z obou zařízení na otázku, jaké ergoterapeutické techniky u klientů využívají.

V zařízení A respondenti zmínili mezi technikami k nácviku běžných denních činností nácvik oblékání (odpověděla 4% respondentů zařízení), nácvik chůze (odpověděla 4% respondentů zařízení), nácvik péče o vlastní osobu (odpověděla 4% respondentů zařízení) a nácvik vaření (odpověděla 4% respondentů zařízení). Více zmiňované byly techniky zaměřené na aktivity volného času, zejména k podpoře jemné motoriky klientů. Bylo to trhání papírků (odpověděla 4% respondentů zařízení), navlékání korálků (odpovědělo 12% respondentů zařízení) a motání klubíčka (odpovědělo 24% respondentů zařízení), dále bylo zmíněno malování (odpovědělo 16% respondentů zařízení) a tělesné cvičení (odpovědělo 8% respondentů zařízení). 56% respondentů ze zařízení A na tuto otázku neodpovědělo.

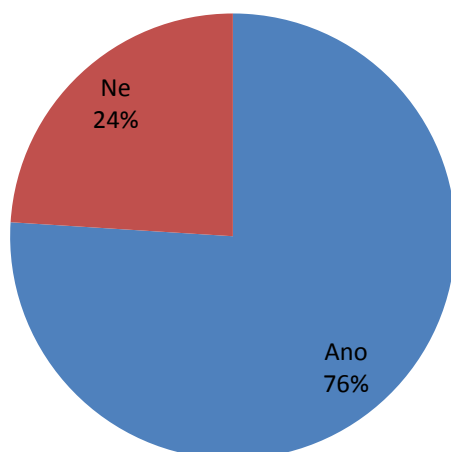
V zařízení B respondenti mezi aktivitami směřujícími ke zvládnutí všedních denních činností uváděli nácvik dovedností popř. soběstačnosti (odpovědělo 24% respondentů zařízení), nácvik chůze (odpovědělo 12% respondentů zařízení), orientaci v DZR (odpovědělo 12% respondentů zařízení), nácvik vaření (odpovědělo 24% respondentů zařízení). K podpoře

jemné motoriky využívají v zařízení B zejména kroužek „šikovné ručičky“ (odpovědělo 20% respondentů zařízení), dílny (odpovědělo 16% respondentů zařízení) a malování (zmínilo 8% respondentů zařízení). Dalšími aktivitami v zařízení B jsou: tělesné cvičení (odpověděla 4% respondentů zařízení), péče o morče (zmínila 4% respondentů zařízení) a o zahradu (odpovědělo 20% respondentů zařízení). 24% respondentů ze zařízení A na tuto otázku neodpovědělo.

#### **Otázka č. 8: Využití starých osobních věcí klientů při jejich aktivizaci**

V zařízení B 100% respondentů uvedlo, že k aktivizaci klientů využívají jejich staré osobní věci, ačkoli v úvodní otázce využití reminiscence zmínilo pouze 44% respondentů (viz Graf 6). V zařízení A se takovýto rozdíl v odpovědích neobjevil. 76% respondentů pracuje se vzpomínkovými předměty klientů a 24% respondentů uvedlo, že tyto věci k aktivizaci nevyužívají (viz Graf 7).

**Graf 7 -** Využití reminiscenčních prvků při aktivizaci klientů v zařízení A



*Zdroj: vlastní průzkum*

## Otázka č. 9: Využívané prvky muzikoterapie

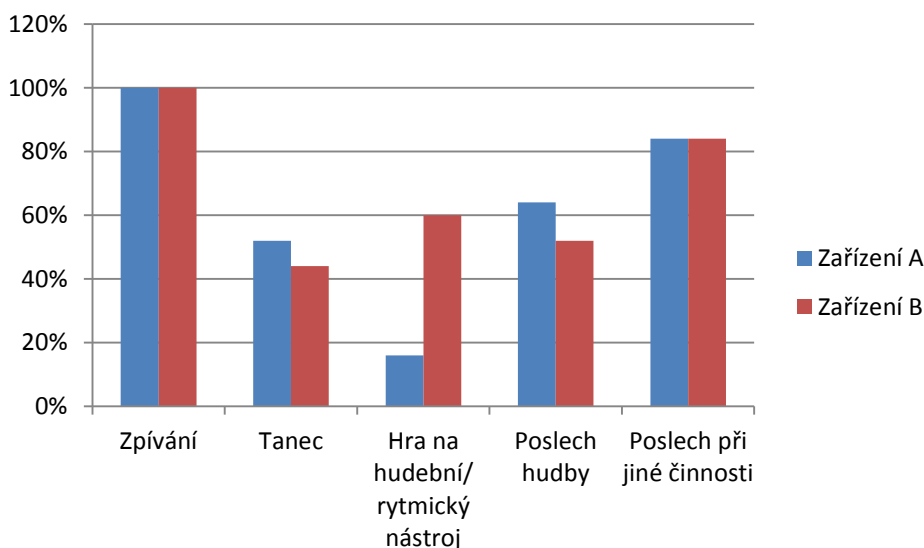
Tabulka 7 - Míra využití prvků muzikoterapie v jednotlivých zařízeních

	Zařízení A	Zařízení B
Zpívání	25 (100%)	25 (100%)
Tanec	13 (52%)	11 (44%)
Hra na hudební/ rytmický nástroj	4 (16%)	15 (60%)
Poslech hudby	16 (64%)	13 (52%)
Poslech při jiné činnosti	21 (84%)	21 (84%)

Zdroj: vlastní průzkum

V tabulce 7 jsou shrnuty výsledky šetření využití prvků muzikoterapie v jednotlivých zařízeních. Je patrné, že muzikoterapie je čteně zařazována do aktivizace klientů v obou zařízeních. Všichni respondenti ve zkoumaných zařízeních uvedli, že k aktivizaci klientů využívají zpěv. 84% respondentů obou zařízení používá hudbu jako kulisu při jiné činnosti. Samotný poslech hudby využívají v zařízení A v 64% a v zařízení B v 52%. Tanec s klienty uvedlo 52% respondentů zařízení A a 44% respondentů v zařízení B. Markantní rozdíl v odpovědích byl pouze u možnosti hra na hudební či rytmický nástroj. V zařízení A tuto odpověď zaškrtnulo pouze 16% respondentů, zatímco v zařízení B ji zvolilo 60% respondentů.

Graf 8 - Využití prvků muzikoterapie



Zdroj: vlastní průzkum

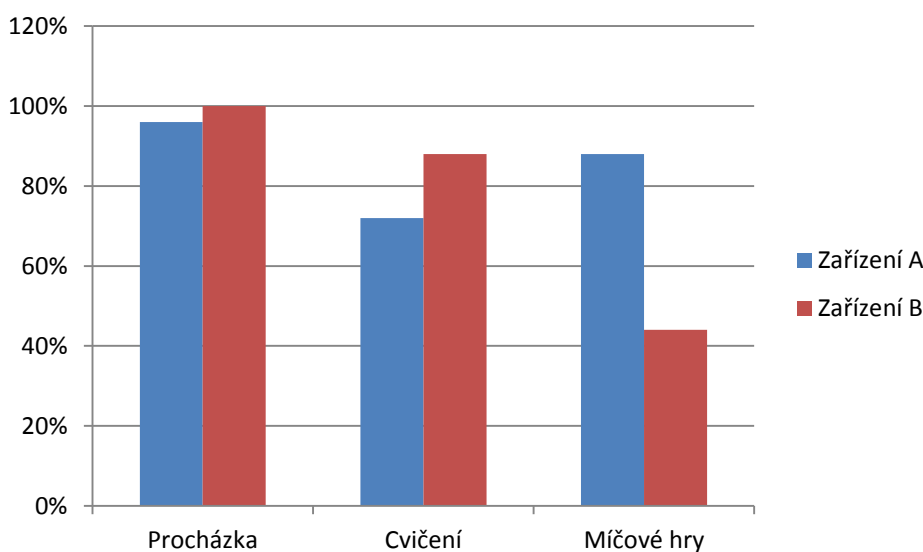
## Otázka č. 10: Fyzická aktivita

Tabulka 8 - Fyzické aktivity

	Zařízení A	Zařízení B
<b>Procházka</b>	24 (96%)	25 (100%)
<b>Cvičení</b>	18 (72%)	22 (88%)
<b>Míčové hry</b>	22 (88%)	11 (44%)

Zdroj: vlastní průzkum

Graf 9 - Využití jednotlivých druhů cvičení v obou zařízeních



Zdroj: vlastní průzkum

Dle průzkumu v obou zařízeních jsou prvky fyzické aktivity zařazovány do programu aktivizace asi polovinou respondentů (viz Graf 6). Fyzická aktivita klientů zahrnuje procházku, cvičení a míčové hry. Jak znázorňuje graf 9, procházku zmínilo 96% respondentů v zařízení A a 100% respondentů v zařízení B. Cvičení zmínilo 72% respondentů v zařízení A a 88% respondentů v zařízení B. Míčové hry jsou více zmiňovány v zařízení A (88% respondentů), v zařízení B to bylo pouze 44% respondentů. V zařízení B volili respondenti také možnost volné odpovědi. Objevila se zde například práce na zahradě (zmínilo 12% respondentů). Dále do fyzických aktivit v zařízení B zahrnují masáže a výlety. Někteří respondenti uvedli také pomoc při běžných činnostech v DZR, drobné opravy, kuchařské okénko a šikovné ručičky. Tyto prvky bych zařadila spíše do ergoterapie.

## Otázka č. 11: Četnost fyzického cvičení v péči o klienty

Tabulka 9 - Četnost fyzických aktivit

	Zařízení A	Zařízení B
Více než 2x týdně	13 (52%)	3 (12%)
1 - 2 x týdně	6 (24%)	11 (44%)
1x za dva týdny	0	7 (28%)
nepravidelně	6 (24%)	4 (16%)

Zdroj: vlastní průzkum

Tabulka 9 ukazuje zastoupení počtu odpovědí na otázku: „Jak často se klienti aktivně účastní fyzických cvičení?“ V zařízení A si 52% respondentů (13 odpovědí) myslí, že klienti cvičí více jak dvakrát týdně. 24% respondentů (6 odpovědí) odpovídalo, že klienti mají cvičení jednou až dvakrát týdně a stejný počet, tedy 24% respondentů (6 odpovědí) uvádí, že cvičení se koná nepravidelně. V zařízení B si pouze 12% respondentů (3 respondenti) myslí, že cvičení je zařazováno do aktivit více jak dvakrát týdně. 44% respondentů (11 odpovědí) myslí, že klienti cvičí jednou až dvakrát týdně. 28% respondentů (7 respondentů) odpovídalo, že klienti cvičí jednou za dva týdny a nepravidelné cvičení uvedlo 16% respondentů (4 odpovědi).

## Otázka č. 12: Znalost základních prvků BAS

Další otázka v dotazníku zněla: „Znáte základní prvky bazální stimulace? (Vypište používané, pokud znáte)“. V zařízení A rozložení odpovědí zhruba odpovídalo úvodnímu sdělení, že 96% respondentů užívá BAS (viz Graf 6). Ačkoli v zařízení B pouze 28% respondentů uvedlo využívání prvků BAS v ošetrovatelské péči (viz Graf 6), alespoň hrubé rozdělení prvků BAS znala přibližně polovina respondentů.

V zařízení A 7 respondentů (28%) nezná BAS. 5 respondentů (20%) vypsalo pouze rozdělení na somatickou, vestibulární, orální a auditivní stimulaci. 13 respondentů (52%) zmínilo povzbuzující a zklidňující masáž nebo koupel a 2 z těchto 13 respondentů odpověď rozšířili ještě o poslech hudby a polohování klientů.

V zařízení B 12 respondentů (48%) BAS nezná a nepoužívá. 10 respondentů (40%) vypsalo hrubé rozdělení na somatickou, vestibulární a vibrační stimulaci. 3 respondenti (12%) zmínili iniciální dotyk a polohování.

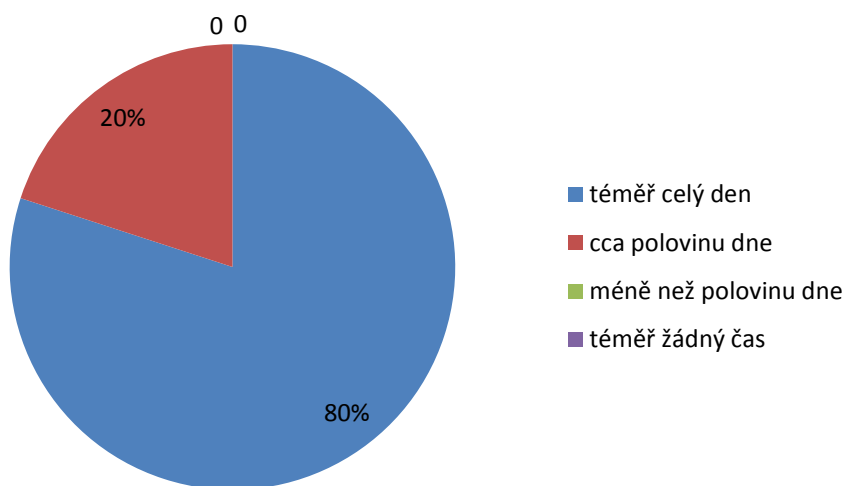
**Tabulka 10 - Znalost prvků BAS**

	<b>Zařízení A</b>	<b>Zařízení B</b>
<b>Nezná</b>	7 (28%)	12 (48%)
<b>Rozdělení stimulace Somatická, vestibulární, ...)</b>	5 (20%)	10 (40%)
<b>Povzbuzující/ zklidňující masáže/ koupele</b>	13 (52%)	
<b>Iniciální dotyk, polohování</b>		3 (12%)

*Zdroj: vlastní průzkum*

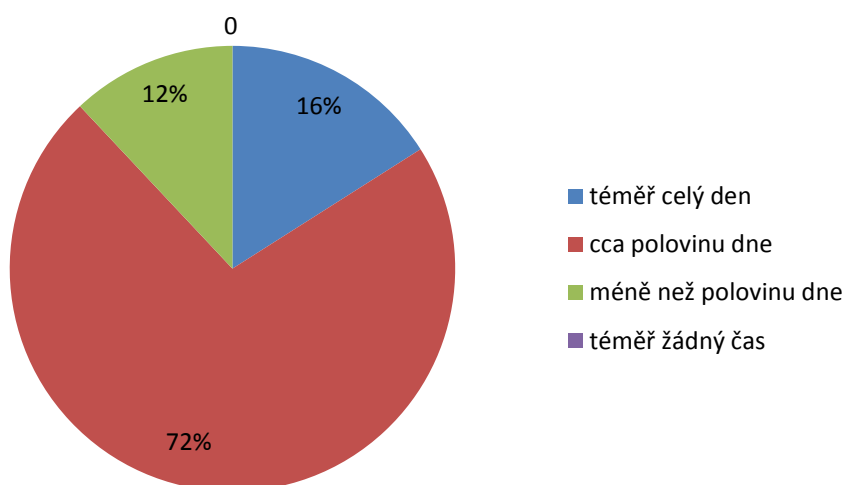
### **Otázka č. 13: Poměrný čas klienta, který denně stráví aktivizací**

**Graf 10 - Čas klienta strávený aktivizací v zařízení A**



*Zdroj: vlastní průzkum*

**Graf 11 - Čas klienta strávený aktivizací v zařízení B**



*Zdroj: vlastní průzkum*

Na grafech 10 a 11 je znázorněn procentuální poměr odpovědí na otázku, kolik času během dne stráví klienti aktivizační činností. Je zřejmé, že v zařízení A jsou klienti daleko více zaměstnáváni, protože 80% odpovědí (20 respondentů) bylo, že klienti jsou téměř celý den zaměstnáváni, a 20% odpovědí (5 respondentů) si myslí, že klienti stráví zhruba polovinu dne klidem na pokoji. V zařízení B 16% odpovědí (4 respondenti) bylo, že klienti jsou téměř celý den zaměstnáváni, 72% odpovědí (18 respondentů) tvrdí, že klienti tráví zhruba polovinu dne klidem na pokoji, a 12% odpovědí (3 respondenti) tvrdí, že klienti opouštějí pokoj na méně než polovinu dne.

#### **Otázka č. 14: Limity poskytování aktivizačních činností**

**Tabulka 10 - Limity poskytování aktivizačních činností**

	Zařízení A	Zařízení B
<b>Financování aktivit</b>	4 (16%)	7 (28%)
<b>Obtížná motivace klientů</b>	4 (16%)	15 (60%)
<b>Zdravotní stav</b>	25 (100%)	23 (92%)
<b>Nevyhovující prostory</b>	1 (4%)	5 (20%)
<b>Kvalifikace personálu</b>	4 (16%)	3 (12%)

*Zdroj: vlastní průzkum*

Další otázka se zaměřuje na názor zaměstnanců obou zařízení, co je pro ně limitující v poskytování aktivizačních činností, viz tabulka 11. V zařízení A pociťují jako největší překážku zdravotní stav klienta, na této odpovědi se shodli všichni respondenti. V zařízení A



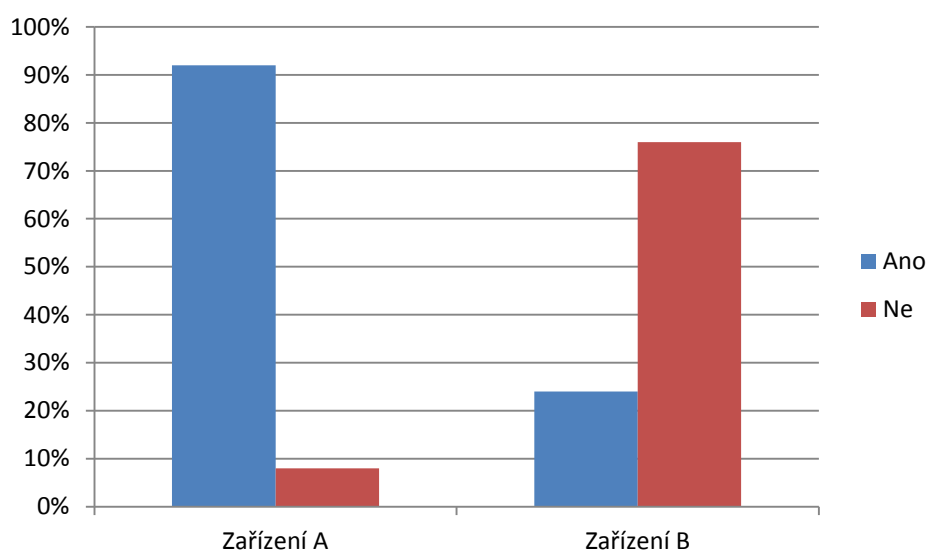
stejný počet odpovědí, tedy 4 odpovědi, měly možnosti financování aktivit, motivace klientů a kvalifikace personálu. Pouze jeden respondent uvedl jako limitující faktor nevyhovující prostory. V zařízení B rovněž nejvíce respondentů uvedlo jako největší limit zdravotní stav klientů (23 odpovědi). Dalším výrazným limitem (15 odpovědí) v zařízení B je obtížná motivace klientů. 7 respondentů zmínilo nedostatečné financování aktivit, 5 respondentů nevyhovující prostory a 3 respondenti nedostatečnou kvalifikaci personálu.

### **Otázka č. 15: Je poskytovaná aktivizace pro klienta přínosem?**

V obou zařízeních si myslí, že jimi poskytovaná aktivizace je pro klienty přínosná. V zařízení A odpovědělo 24 respondentů (96%) ano a pouze jedna odpověď (4%) byla záporná. V zařízení B byly všechny odpovědi (25 respondentů, 100%) ano, tedy že si myslí, že jimi poskytovaná aktivizace je pro klienty přínosem.

### **Otázka č. 16: Využití práce dobrovolníků**

**Graf 12 - Využití práce dobrovolníků v obou zařízeních**



*Zdroj: vlastní průzkum*

V zařízení A odpovědělo 23 respondentů (92%), že využívají práci dobrovolníků a 2 respondenti (8%), že nikoli. V zařízení B odpovědělo 6 respondentů (24%), že práci dobrovolníků u nich v zařízení využívají, a 19 respondentů (76%), že dobrovolnickou práci nevyužívají.

### 3 DISKUZE

Cílem této práce bylo zjistit, zda a jaké aktivizační techniky jsou využívány zaměstnanci pobytových zařízení specializujících se na péči o nemocné Alzheimerovou demencí při jejich aktivizaci, a názor pečujících, zda je prováděná aktivizace pro klienty přínosná. Průzkum proběhl ve dvou domovech se zvláštním režimem, specializujících se na péči o nemocné Alzheimerovou demencí formou dotazníkového šetření. Bylo osloveno 25 zaměstnanců z každého ze těchto dvou pobytových zařízení, kteří ve své práci provádějí aktivizační činnost s klienty. Výsledkem práce je komparace těchto dvou zařízení. Výsledky průzkumu nelze zobecnit na všechna pobytová zařízení pro nemocné Alzheimerovou demencí.

Rosová (2018, s. 76) uvádí, že podmínkou účinné aktivizace klientů je také kvalifikace pracovníka. Také Hnilicová (2018, s. 78) ve svém výzkumu vyzdvihuje nutnost dalšího vzdělávání ošetrovatelského personálu. Potřebu zkušených a odborně proškolených pracovníků vypichuje rovněž Slepíčková (2017, s. 56), která podotýká, že fluktuace zaměstnanců vážně ovlivňuje kvalitu poskytovaných služeb v zařízení. Kvalifikace se odvíjí zejména od stupně vzdělání a délky praxe v zařízení. Co se týče vzdělání, ukázal průzkum v obou zařízeních srovnatelné výsledky. Aktivizaci klientů provádějí většinou lidé se středoškolským vzděláním bez maturity (cca polovina respondentů obou zařízení), čtvrtinu respondentů v obou zařízeních poté tvoří zaměstnanci se středoškolským vzděláním s maturitou. Délka praxe v zařízení je v obou domovech poměrně rozdílná. Zatímco v zařízení A více jak polovina respondentů zde pracuje déle než dva roky, pak v zařízení B je tady nejpočetnější skupina respondentů zaměstnána v době do jednoho roku.

Motlová (2018, s. 148) ve své disertační práci potvrzuje hypotézu, že pracovníci s delší praxí v aktivizačních činnostech mají často větší potřebu zavést ve své práci koncept či model péče. Avšak ani v jednom ze zařízení v této práci posuzovaných není žádný ucelený a plošně aplikovaný koncept péče o klienty využíván. Rozdíl mezi zařízeními neudělala ani skutečnost, že v zařízení A je většina respondentů zaměstnána déle než dva roky.

V obou zkoumaných zařízeních jsou aktivizační techniky využívány ve velké míře i různorodosti, což je dobrým základem pro respektování individuálních potřeb jednotlivých klientů. Tomuto se ve své disertační práci věnuje i Motlová (2018, s. 159), kde uvádí, že aktivizace klientů v zařízeních by měla být plánována s ohledem na jejich bio-psycho-sociální a spirituální potřeby, a Rosová (2018, s. 76), která píše o tom, že je třeba používat velkou škálu aktivizačních metod, aby personál při aktivizaci mohl lépe vycházet z přání

klientů odvozených z jejich osobní anamnézy. Holczerová (2013, s. 34) toto potvrzuje také a dodává, že je třeba respektovat potřeby a přání klientů, ale nezapomínat ani na odpočinek. Na toto navazuje otázka dobrovolnosti účasti na aktivizačních činnostech. Z průzkumu vyplynulo, že v zařízení A se hromadných aktivit v domově účastní většina klientů. V zařízení B nechávají klientům více prostoru pro rozhodování, zda na danou aktivitu chtějí jít, nebo čas stráví odpočinkem, což vychází z předpokladu uvedeného v diplomové práci Horákové (2018, s. 69), že prováděná aktivizace by měla být smysluplná a dobrovolná.

Hošťálková (2016, s. 96) ve své diplomové práci tvrdí, že smyslová aktivizace působí na klienta s Alzheimerovou demencí celkově pozitivně. Ve svém výzkumu došla k závěru, že smyslová aktivizace má dobrý vliv na fyzickou, psychickou i sociální složku osobnosti člověka. I v této práci z průzkumu jasně vychází, že v obou zkoumaných zařízeních se také zaměřují na smyslovou aktivizaci klientů, například prací na zahradě či podporou sebeobslužných činností, které řadí do ergoterapie. Krivošíková (2011, s. 24) zmiňuje nácvik denních aktivit jako vhodnou ergoterapeutickou techniku k udržení schopností nemocných a cestu pomoci k jejich obnovení. Cvičení jemné motoriky a vedení k samostatnosti v oblasti sebepečce zmiňuje ve své práci jako využívanou ergoterapeutickou metodu v domovech se zvláštním režimem v Pardubickém kraji také Weiserová (2018, s. 47), ale konstatuje, že ergoterapie je spíše na okraji zájmu pečujícího personálu. V této práci je ergoterapie zmiňována jako často využívaná terapie, ovšem z otevřené otázky, jaké ergoterapeutické techniky ve své práci respondenti využívají, je výtěžnost malá. Otázkou je, zda to není způsobeno nutností vypisovat odpovědi. Hrnčířová (2019, s. 65) uvádí mezi možnostmi aktivizace seniorů s Alzheimerovou demencí například rukodělné a výtvarné práce, aktivity podporující myšlení a kreativitu. Kreativní a arteterapeutické techniky jsou v oblasti aktivizace dle Stejskalové (2012, s. 76) směrovkou ke zklidnění myšlenek a relaxaci, což na základě výzkumu potvrzuje i tato práce, neboť tyto aktivity rovněž tvoří stěžejní náplň volného času klientů obou zkoumaných zařízení. V práci Hošťálkové (2016, s. 96) se individuální smyslová aktivizace zaměřovala především na muzikoterapii, kde v rámci této terapie podporovali pracovníci také komunikaci a motoriku klientů. Holczerová (2013, s. 40) dodává, že muzikoterapie dokáže v lidech vyvolat pocit uvolnění a už samotným poslechem hudby lze docílit odpoutání myšlenek od prožívané bolesti či jiných potíží. V této bakalářské práci bylo zjištěno, že muzikoterapie je především v zařízení B jednou z nejvyužívanějších metod k aktivizaci klientů. Méně zmiňovaná ve využití byla v této práci reminiscenční terapie, což ale může být i tím, že se tato aktivita a práce se vzpomínkovými předměty

neodděluje od jiné probíhající činnosti, a tudíž je personálem přehlížena. Potvrzuje to zmínka v diplomové práci Horákové (2018, s. 69), kde tvrdí, že reminiscence je v průběhu péče využívána spíše jako součást jiné aktivity než jako samostatná terapie. Dle provedeného průzkumu v této práci nejvíce opomíjenou technikou ke zlepšení schopností klientů je fyzické cvičení, ačkoli je nepopíratelně přínosné. Jak uvádí Zeman (2016, s. 11), provádění přesných cviků zlepšuje klientům pohybové dovednosti, takže jsou potom schopni lépe vykonávat všednodenní činnosti. Blahodárný přínos fyzického cvičení vyzdvihuje také Nehls (2015, s. 104) a podtrhuje nutnost zapojení kinezioterapie do denních aktivit nemocných AD. Tvrdí, že pravidelná procházka může vést k růstu paměťové kapacity.

Dle bakalářské práce Weiserové (2018, s. 44) vyšel jako nejvyužívanější technika ke zlepšení schopností klientů domovů ze zvláštním režimem koncept bazální stimulace. Personál těchto domovů kvituje hlavně nepopíratelnou výhodu BAS v tom, že ji lze aplikovat po celou dobu průběhu onemocnění AD bez ohledu na úbytek kognitivních či motorických funkcí. S tímto zjištěním se však průzkum v této bakalářské práci poněkud rozchází, protože především v zařízení B dle výsledků dotazníkového šetření je mezi personálem minimální znalost konceptu BAS a při své práci ho zaměstnanci téměř neaplikují. V zařízení A je koncept BAS využíván 96% respondentů a shoduje se s tvrzením Weiserové (2018).

Provádění činností vedoucích ke zlepšení schopností klientů má v každém zařízení limity, které tomu do jisté míry brání. Z dotazníkového šetření v této práci jako nejvíce omezující faktor vyšel zdravotní stav klientů. Nacházíme to i u Rosové (2018, s. 76), ta rovněž mezi podmínkami poskytování péče směřujícími k aktivizaci klientů zmiňuje především zdravotní stav seniora a jeho individuální možnosti. Motlová (2018, s. 160) ve své disertační práci uvádí nutnost pracovat s motivací klientů a jejich správným seznámením se s chystanou aktivitou. Motivace klientů byla uváděna zejména respondenty zařízení B jako hlavní limitující faktor poskytování aktivizačních činností. Dle Hnilicové (2018, s. 78) může být nespolupráce klienta způsobena také nízkou informovaností pečujících o daném onemocnění.

Z průzkumu vyšlo, že v obou zařízeních je aktivizační činnost pro klienty velmi prospěšná, což ve své publikaci potvrzuje i Holczerová (2013, s. 34), kde tvrdí, že zaměstnanci pobytových zařízení by si měli být vědomi významnosti aktivizačních činností pro ubytované klienty. Význam aktivizace vyzdvihuje ve své diplomové práci také Horáková (2018, s. 71), která tvrdí, že aktivizace by měla být součástí péče v každém zařízení pečujícím o osoby s demencí a pro její pozitivní přínos by na ni měl být kladen zvláštní důraz. K tomu ještě

dodává, že díky aktivizaci lidí nemocných AD se zpomaluje progresse onemocnění a jsou déle zachovávány jejich stávající schopnosti.

Tato práce se dotýká i oblasti dobrovolnictví. To je dle Holczerové (2013, s. 75) natolik prospěšné, že se mu dostalo uznání státem a je podporováno i zákonem o dobrovolnické službě. Průzkum v této práci však prokázal, že práce dobrovolníků je využívána pouze v zařízení A, druhý domov tuto možnost ke zlepšení kvality péče a vyplnění volného času klientů nevyužívá.

### **3.1 Diskuze k průzkumným otázkám**

**Hlavní průzkumná otázka** zní: Jaké aktivizační techniky jsou využívány v domovech se zvláštním režimem k aktivizaci klientů s AD?

Tato otázka zjišťuje škálu využívaných technik k aktivizaci v jednotlivých zařízeních. Z průzkumu vyšlo, že v obou zkoumaných zařízeních je využíváno mnoho druhů činností ke zlepšení schopností klientů domova. Pracovníci tak mohou vybírat z aktivit ty, které nejvíce vyhovují konkrétnímu klientovi s ohledem na jeho možnosti a momentální zdravotní i psychický stav. Holczerová (2013, s. 34) říká, že individuální aktivizační plán klienta musí vycházet z jeho osobnostních a funkčních charakteristik, což napomáhá k dosažení lepších výsledků prostřednictvím příjemného trávení času.

**Vedlejší průzkumná otázka č. 1** zní: Jaké jsou rozdíly ve využívání aktivizačních technik ve dvou zvolených pobytových zařízeních?

Srovnání dvou zařízení, ve kterých průzkum probíhal, se přímo nabízí a dotazníkové šetření je vhodné ke komparaci výsledků, protože jsou zde data kvantifikovaná, tudíž snadno porovnatelná. Zde průzkum ukazuje velmi srovnatelné výsledky: ani jedno ze zařízení výrazně nevyniká ani nezaostává. Aktivity směřující ke zlepšení schopností klientů jsou samozřejmou součástí péče o klienty v obou zařízeních. Při detailním prozkoumání situace se ukazuje pouze mírné zaostávání zařízení B, kde průzkum odhaluje kratší dobu působení zaměstnanců na daných pracovních pozicích, což se může odrážet na vztazích s klienty a kvalitě poskytovaných služeb. Tuto skutečnost detailně popisuje ve své práci Slepíčková (2017, s. 56), kde vysvětluje, že častá změna zaměstnání zabraňuje personálu mít dostatečné pracovní zkušenosti na dané pozici, čímž také poskytovaná péče zaostává oproti zaměstnancům, kteří pracují na ošetrovatelských pozicích dlouhodobě.

**Vedlejší průzkumná otázka č. 2** zní: Má prováděná aktivizace podle personálu domova se zvláštním režimem pro klienty přínos?

Otázka zjišťuje pohled pečujících na svou práci a jejich sebehodnocení. Zde se respondenti obou zařízení jasně shodli, že jimi poskytovaná péče je pro klienty domova se zvláštním režimem zcela jistě přínosná. Tento fakt by je měl motivovat k dalšímu poskytování kvalitní péče a také by měl být viditelný na výsledcích práce s příjemci služby. Hošťálková (2016, s. 96) také potvrzuje, že aktivizace má pozitivní přínos na kvalitu života nemocných AD. Slepíčková (2017, s. 54) podotýká, že díky aktivizaci klienti pobytového zařízení mají pocit důležitosti a jsou více začleněni do sociálního prostředí, které je obklopuje. Díky činnostem ke zlepšení jejich schopností zažívají větší psychickou pohodu a čas uživatelů pobytové služby je smysluplně vyplněn, proto mají menší sklon k agresivitě či jinému nežádoucímu chování.

**Vedlejší průzkumná otázka č. 3** zní: Jaké techniky ke zlepšení schopností klientů jsou v zařízeních opomíjeny?

Zde je zjišťováno, jestli by se služby v zařízeních zapojených do průzkumu mohly zlepšit nebo rozšířit o vhodnou aktivizační techniku, která v jejich portfoliu chybí nebo je při poskytování péče klientům zanedbávána. Dotazníkové šetření ukazuje nižší využití pohybové terapie a tělesného cvičení v obou zkoumaných zařízeních. Kinezioterapie je zmiňována jako součást práce zhruba u poloviny respondentů v obou zařízeních. Většinou je do programu zařazována formou procházky nebo cvičení na židlích. V tomto bodu se výsledky z obou zařízení téměř shodují. Limitující je zde především zdravotní stav příjemců péče a personální náročnost individuálního cvičení klientů v lůžku. Nebezpečí malého využití kinezioterapie v péči o nemocné AD zmiňuje Holczerová (2013, s. 44) poznatkem, že při nedostatku pohybové aktivity se mohou u nemocného objevovat patologické procesy ať už v oblasti hybnosti, tak také v psychickém prožívání. Potvrzuje to i Nehls (2015, s. 76) tvrzením, že nedostatkem pohybu, mozkové aktivity a sociálních kontaktů se urychluje ztráta mozkových funkcí a tímto se také zhoršuje průběh Alzheimerovy demence.

V zařízení B se ukázala jako opomíjená bazální stimulace. Chybí zde znalosti personálu v oblasti konceptu BAS a možnosti jeho zařazení do každodenní péče o klienty domova. Dle Weiserové (2018, s. 44) je hlavní výhodou konceptu BAS jeho aplikovatelnost během

celého průběhu onemocnění. Prvky BAS se mohou vyskytovat v každodenní ošetrovatelské péči v jakémkoli stádiu onemocnění AD, a proto je lze využít u všech klientů.

### **3.2 Doporučení pro praxi**

Alzheimerova demence je vleklá choroba, během jejíhož průběhu hraje hlavní roli aktivizační práce s nemocným. Na vhodně zvolené aktivizaci závisí další prognóza a průběh onemocnění. Je tedy velmi důležité nezanedbávat jakékoli možnosti a případné techniky ke zlepšení kvality života a schopností klientů pobytových zařízení.

Doporučení pro praxi vychází hlavně ze třetí vedlejší výzkumné otázky, která poukazuje na opomíjené aktivizační techniky. Zde zmíněné poznatky mohou být významné pro poskytovatele pobytových služeb určených pro nemocné Alzheimerovou demencí. Výsledky průzkumu budou předány do obou zařízení, ve kterých probíhalo dotazníkové šetření, spolu s praktickými radami ke zlepšení jimi poskytovaných služeb. Sem patří především upozornění na přijatelnost většího zapojení kinezioterapie do práce s klienty a brožura o možnostech využití konceptu BAS v běžné ošetrovatelské péči pobytového zařízení. Výsledky této práce mohou posloužit i jako podklad k přednášce na konferenci a být publikovány v odborném časopisu pro zvýšení povědomí v této oblasti péče.

## 4 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá tématem aktivizace klientů domovů se zvláštním režimem trpících Alzheimerovou nemocí. Cílem práce bylo zjistit, které činnosti ke zlepšení schopností a kvality života klientů jsou v těchto zařízeních využívány.

Teoretická část zahrnuje informace o Alzheimerově demenci. Je zde popsáno, jak nemoc vzniká a probíhá, jaké jsou možnosti diagnostiky a léčby tohoto onemocnění. Dále se v teoretické části řeší, jak pracovat s nemocnými s tímto onemocněním, a popisují se zde možnosti aktivizačních činností pro zlepšení fyzického i psychického stavu klientů s tímto onemocněním.

Praktická část bakalářské práce se věnuje průzkumu, který byl proveden ve dvou anonymních zařízeních specializujících se na péči o nemocné Alzheimerovou demencí. V těchto pobytových zařízeních bylo provedeno dotazníkové šetření mezi zaměstnanci, kteří provádějí s klienty aktivizační činnost. Výsledky průzkumu ukazují, jaké techniky jsou v jednotlivých zařízeních využívány a jaký je rozdíl v péči mezi oběma zařízeními.

I když z průzkumu vyplývá, že ani v jednom zařízení si zaměstnanci nejsou vědomi, že by pracovali dle nějakého modelu péče či uceleného konceptu, tak je zřejmé, že pracují s velkou škálou aktivizačních činností a aktivizaci klientů věnují mnoho času. Mezi méně využívané techniky se zařadila reminiscence, ale kontrolní otázkou bylo zjištěno, že práci se vzpomínkami pečující personál provádí automaticky a zařazuje ji do běžné péče o klienty. Další metodou, která se ukázala jako méně používaná, je koncept bazální stimulace. Zvláště v zařízení B o bazální stimulaci zaměstnanci povědomí mají, ale do péče o klienty ji nezařazují.

Nejméně využívanou činností ke zlepšení schopností klientů je kinezioterapie. Tělesné cvičení je zřejmě vynecháváno zejména z důvodu omezujícího zdravotního stavu nemocných a časové i personální náročnosti provádění individuálního cvičení s klienty v lůžku. Přesto je ale tělesný pohyb velmi důležitý i pro lidi s omezením hybnosti, zejména pro jeho blahodárný vliv na psychiku člověka a na udržení fyzických schopností, které ještě nebyly ztraceny.

Komparace mezi jednotlivými zkoumanými zařízeními ukázala, že s ohledem na personální zajištění domovů je péče v obou téměř srovnatelná. Ukázalo se, že v zařízení B je pracovní kolektiv na svých pozicích mnohem kratší dobu. Otázka fluktuace zaměstnanců má vliv



i na kvalitu péče, protože nově nastoupení nemají dostatečnou praxi v domově; musí se tedy nejprve zapracovat a postupně si vytvořit dostatečně pevný vztah s klienty. Z hlediska aktivizace byl jediný bod, kde zařízení B znatelně zaostávalo, a to v aplikaci principů konceptu bazální stimulace. Zde bude nápomocna brožura o možnostech využití konceptu BAS v běžné ošetrovatelské péči pobytového zařízení.

## 5 POUŽITÁ LITERATURA

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011. 352 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
2. BARTOŠ, Aleš a Miroslava RAISOVÁ. *Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. Praha: Mladá fronta, 2015. 150 s. ISBN 978-80-204-3491-3.
3. Co je Bazální stimulace. In: INSTITUT Bazální stimulace podle Prof. Dr. FRÖHLICHA, s. r. o. [online] ©2004-2019 [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>.
4. Diagnóza. In: Česká alzheimerská společnost, o.p.s. [online] ©2015 [cit. 2019-01-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/diagnoza/>.
5. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 374 s. ISBN 9788024619668.
6. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
7. FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7367-815-9.
8. FRANKOVÁ, Vanda. *Paní Anežka má demenci: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. 2., upr. vyd. Praha: Galén, 2011. 58 s. ISBN 978-80-7262-760-8.
9. FRANKOVÁ, Vanda: *Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. Psychiatria pre prax* [online]. 2016/ 17(4) [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/9724c24dcbfaf750debd7f96272142a.pdf>.
10. HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. 314 s. ISBN 978-80-906320-7-3.
11. HNILICOVÁ, Pavlína. *Alzheimerova demence v klinické praxi*. Brno, 2018. 107 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová, Ph.D.
12. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. 96 + 4 strany barevné přílohy. ISBN 978-80-247-4697-5.

13. HOLUBOVÁ, Kateřina: *Co je to vlastně ta ergoterapie...?* [online]. In: ERGOPOINT. Informační web o studiu ergoterapie. *Ergopoint.cz*. ©2017 [cit. 2019-04-06]. Dostupné z: <http://www.ergopoint.cz/co-je-ergoterapie.html>.
14. HORÁKOVÁ, Barbora. *Aktivizace osob s Alzheimerovou nemocí v Domově se zvláštním režimem*. Brno, 2018. 81 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra Institutu výzkumu inkluzivního vzdělávání. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Helena Vaňurová, Ph.D.
15. HOŠŤÁLKOVÁ, Marie. *Vliv smyslové aktivizace na kvalitu života seniorů s Alzheimerovou chorobou*. Brno, 2016. 116 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra Speciální pedagogiky. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Ilona Fialová, Ph.D.
16. HRNČÍŘOVÁ, Vladimíra. *Aktivizace seniorů s Alzheimerovou nemocí v domově se zvláštním režimem*. Zlín, 2019. 71 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Blašítková.
17. Jaká je nyní dostupná léčba? In: Česká alzheimerská společnost, o.p.s. [online] ©2015 [cit. 2019-01-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/lecba/>.
18. KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
19. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
20. LINDEROVÁ, Ivica, Petr SCHOLZ a Michal MUNDUCH. *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016. 69 s. ISBN 978-80-88064-23-7.
21. MOTLOVÁ, Lenka. *Vybrané aktivizační činnosti a terapie realizované v domovech pro seniory*. České Budějovice, 2018. 205 s. Disertační práce (Ph.D.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.
22. NEHLS, Michael. *Alzheimer se dá léčit: návrat do zdravého života*. Přeložila Libuše STAŇKOVÁ. Praha: Euromedia, 2015. Esence. 312 s. ISBN 978-80-7549-257-9.
23. NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta: *Validace podle Naomi Feil. Senior zone* [online]. 23. 1. 2017 [cit. 2019-04-06]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/validace-podle-naomi-feil-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EoqUfG5m0hi56Pa6q3s92To/>.

24. O dobrovolnictví. In: Dobrovolník.cz [online] [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: <https://www.dobrovolnik.cz/o-dobrovolnictvi>.
25. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
26. ROSOVÁ, Lucie. *Postoje pracovníků v sociálních službách k aktivizaci seniorů s demencí*. Brno, 2018. 83 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Ilona Fialová, Ph.D.
27. SLEPIČKOVÁ, Soňa. *Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem*. Hradec Králové, 2017. 72 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
28. SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, 2014. 152 s. ISBN 978-80-262-0607-1.
29. STEJSKALOVÁ, Marina. *Psychoterapie uměním*. Praha: Pressto Publishing, 2012. 193 s. ISBN 978-80-905141-0-2.
30. STUHLÍK, Aleš: *Hipokampus – náš „Atlas světa“*. *Vesmír* [online]. 2017/10 [cit. 2019-01-28]. Dostupné z: [http://memory.biomed.cas.cz/332/www332\\_CZ/dokumenty/Stuchlik\\_Vesmír\\_2017b.pdf](http://memory.biomed.cas.cz/332/www332_CZ/dokumenty/Stuchlik_Vesmír_2017b.pdf).
31. SUCHÁ, Jitka. *Cvičení paměti pro každý věk: testy na paměť a logiku*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. 176 s. ISBN 978-80-262-0140-3.
32. VOJTOVÁ, Hana. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. 69 s. ISBN 978-80-260-5804-5.
33. Vše o animoterapii. In: Animoterapie.cz informační server Anitera o. p. s. [online] ©2019 [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/index.html>.
34. WEISEROVÁ, Dagmar. *Aktivita seniorů s Alzheimerovou demencí ke zlepšení schopnosti v ADL v domovech se zvláštním režimem ve vybraném kraji ČR*. Pardubice, 2018. 60 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. et Mgr. Ivana Duková.
35. ZEMAN, Marek. *Obecné základy kinezioterapie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2016. 45 s. ISBN 978-80-7394-584-8.
36. ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

## 6 PŘÍLOHY

Příloha 1 – <i>test MMSE</i> ( <a href="http://www.gerontologie.cz/files/mmse.pdf">http://www.gerontologie.cz/files/mmse.pdf</a> ).....	53
Příloha 2 – <i>test hodin</i> ( <a href="http://www.nudz.cz/adcentum">http://www.nudz.cz/adcentum</a> ) .....	57
Příloha 3 - <i>Montrealský kognitivní test MoCA</i> (AD Centrum, Bartoš a Orlíková, 2012).....	58
Příloha 4 – <i>Dotazník</i> .....	62

# MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Pokyny k užívání



JEDENKRÁT DENNĚ  
**ARICEPT**<sup>®</sup>  
(donepezil HCl)  
*Myslete především na účinnost*

podle Folstein M., Folstein S. et al. (1975)

ARIZ002\_03

### VŠEOBECNÉ POKYNY K POUŽÍVÁNÍ MMSE

1. Před použitím se pokuste posadit vyšetřovaného tak, aby seděl proti vám. Prověřte jeho schopnost slyšet a porozumět velmi jednoduché konverzaci, např. „Jak se jmenujete?“. Pokud vyšetřovaný používá brýle nebo naslouchací přístroj, zajistěte, aby je měl ještě před začátkem vyšetření.
2. Představte se a pokuste se získat důvěru vyšetřovaného. Před vyšetřením ho požádejte, zda mu můžete klást otázky, např. „Mohu se vás zeptat na několik otázek, týkajících se vaší paměti?“. Pomáhá to vyhnout se katastrofickým reakcím.
3. Položte každou otázku nanejvýš třikrát. Když vyšetřovaný neodpovídá, skórujte „0“.
4. Když vyšetřovaný odpoví nesprávně, skórujte „0“. Nenaznačujte (nepomáhejte), ani nekladte otázku znovu. Např. „Jaký je nyní rok?“ – „1952.“ Akceptujte tuto odpověď, nekladte tuto otázku znovu, nenaznačujte, neposkytujte žádný neverbální „klíč“ jako jsou např. pohyby hlavou apod.
5. K používání MMSE je zapotřebí následující vybavení: hodinky, tužka a čistý papír.
6. Když vyšetřovaný odpovídá „Co jste říkal?“, nevysvětľujte ani se nepouštějte do diskuse – jen zopakujte stejné otázky („Jaký je nyní rok?“), maximálně třikrát.
7. Když vás vyšetřovaný přeruší, např. „K čemu je to zapotřebí?“, odpovězte jen „Vysvětlím vám to za několik minut (za chvíli), až skončíme. Nyní bychom mohli pokračovat prosím ... už jsme téměř na konci.“

### POKYNY K JEDNOTLIVÝM ÚKOLŮM

Maximální skóre

#### I. Orientace

##### Ponechte 10 sekund na každou odpověď

- |  |   |
|--|---|
| 1. Jaký den v týdnu je dnes? (akceptujte pouze přesnou odpověď)  | 1 |
| 2. Kolikátého je dnes (jaké je dnes datum)? (akceptujte i včerejší nebo zítřejší datum)  | 1 |
| 3. Který měsíc (v roce) je nyní? (první den nového nebo poslední den starého měsíce – akceptujte oba)                          | 1 |
| 4. Který rok je nyní? (akceptujte pouze správnou odpověď)  | 1 |
| 5. Jaké je nyní roční období? (během posledního týdne starého období nebo prvního týdne nového období – akceptujte obě sezóny) | 1 |
| 6. Ve kterém státě jsme? (akceptujte pouze správnou odpověď)   | 1 |
| 7. Ve kterém okrese jsme? (akceptujte pouze správnou odpověď)  | 1 |
| 8. Ve kterém jsme městě? (akceptujte pouze správnou odpověď)   | 1 |
| 9. Jak se jmenuje tato nemocnice/zdravotnické zařízení (akceptujte pouze správný název nemocnice nebo zařízení)                | 1 |
| 10. Ve kterém poschodí budovy jsme? (akceptujte pouze správnou odpověď)  | 1 |

#### II. Zapamatování

11. „Řeknu vám názvy tří předmětů. Opakujte je po mně a zapamatujte si je. Za chvíli se vás na ně zeptám znovu.“ (Řekněte je pomalu, asi v jednovteřinových intervalech)

*míč auto člověk*

„Prosím vás, zopakujte mi tato slova.“

3

(Skóre 1 bod za každou správnou reprodukci na první pokus.) Při opakování vyšetření použijte tato slova:

*zvonec džbán fanoušek*

*účet déšť sůl*

*býk válka sklenice*

Poskytněte 20 sekund na odpověď. Pokud vyšetřovaný nezopakuje všechna tři slova, opakujte je, dokud se je nenaučí, maximálně však 5krát.



### III. Pozornost a počítání

12. Opakované odčítání čísla 7.  
Řekněte: „Odčítejte 7 od 100 a odčítejte potom dále 7 od výsledku, dokud vám neřeknu dost.“  
Instrukci je možno opakovat třikrát, pokud vyšetřovaný mlčí, pouze opakujte instrukci. Poskytněte 1 minutu. Když už vyšetřovaný začal, nepřerušujte ho, umožněte mu pokračovat do té doby, dokud neprovede 5 odčítání. Když vyšetřovaný přestane, zastaví se před pěti odčítáními, zopakujte původní instrukci: „Odčítejte stále postupně 7 od toho co vám zbylo“.  
Instrukci opakujte nanejvýš třikrát. Zapište si všechny dílčí výsledky vyšetřovaného.

*Skórování:*

- všechny správně – 5  
4 správně, 1 nesprávně – 4  
3 správně, 2 nesprávně – 3  
2 správně, 3 nesprávně – 2  
1 správně, 4 nesprávně – 1

Hláskování slova pozpátku.

Úkol může být použit alternativně místo opakovaného odčítání. Již na začátku vyšetření se rozhodněte, zda použijete odčítání či hláskování. Nepoužívejte hláskování pozpátku, pokud vyšetřovaný nebyl schopný odčítat resp. naopak.

5

Řekněte: „Hláskujte slovo POKRM.“

(můžete vyšetřovanému pomoci hláskovat slovo správně)

Řekněte: „Nyní to prosím hláskujte pozpátku.“

Poskytněte 30 sekund na hláskování pozpátku.

Když pacient nedokáže hláskovat slovo ani s pomocí, skóre je „0“.

*Skórování hláskování pozpátku:*

- všechny správně – 5  
vynechání 1 písmene – 4  
vynechání dvou písmen – 3  
přehození dvou písmen – 3  
vynechání nebo přehození tří písmen – 2  
přehození, vynechání čtyř písmen – 1

### IV. Paměť, vybavnost

13. Řekněte: „Nyní mi řekněte, jaká byla ta tři slova, která jste si měl zapamatovat.“  
*míč auto člověk*  
(skóre 1 bod za každou správnou odpověď, bez ohledu na pořadí)  
Poskytněte 10 sekund.

3

### V. Pojmenování

14. Ukažte náramkové hodinky. Zeptejte se: „Co je to?“  
Akceptujte „náramkové hodinky“ nebo „hodinky“.  
Neakceptujte „hodiny“, „čas“ apod. Poskytněte 10 sekund.
15. Ukažte tužku. Zeptejte se: „Co je to?“  
(skóre 1 bod za „tužku“, skóre pro „pero“ 0)

1

1

### VI. Opakování

16. Řekněte: „Chtěl bych, abyste po mně zopakoval větu: „Žádné kdyby anebo ale.“  
Poskytněte 10 sekund na odpověď. Skóre 1 bod za správnou reprodukci, musí ale být úplná a přesná.

1



<b>VII. Třístupňový příkaz</b>	
17. Zeptejte se vyšetřovaného, zda je pravák nebo levák. Při povelu se tomu musíte přizpůsobit. Řekněte: „Vezměte tento papír do vaší pravé (levé) ruky, přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama a položte papír na podlahu.“ <i>Skórování:</i> vezme papír správnou rukou přeloží ho na polovinu položí ho na podlahu Poskytněte vyšetřovanému 30 sekund. Skóre 1 bod za každý správně vykonaný příkaz.	3
<b>VIII. Čtení a splnění příkazu</b>	
18. Řekněte: „Přečtěte, co je napsáno na tomto listu, a potom to udělejte (udělejte to, co je napsané).“ Podejte vyšetřovanému kartičku s textem „Zavřete oči“. Když vyšetřovaný text jenom přečte, je možné instrukci zopakovat, avšak maximálně třikrát. Poskytněte 10 sekund, 1 bod vyšetřovaný získá jen tehdy, když zavře oči. Předložený text se nemusí číst hlasitě.	1
<b>IX. Psaní</b>	
19. Podejte vyšetřovanému tužku a papír. Řekněte: „Napište mi jakoukoliv celou větu na tento papír.“ Poskytněte 30 sekund. Věta musí být smysluplná, nehodnotí se gramatické chyby.	1
<b>X. Obkreslování</b>	
20. Položte před vyšetřovaného předlohu, papír, tužku a gumu a řekněte: „Obkreslete tento obrázek, prosím.“ Umožněte více pokusů dokud vyšetřovaný neskončí a neodloží kresbu. Vyšetřovaný musí nakreslit 4stranný obrazec mezi dvěma 5strannými obrazy. Roztřesenost ani rotace obrazů nevedí. Maximální čas na kreslení je 1 minuta.	1
<b>CELKOVÉ SKÓRE MMSE</b>	<b>30</b>
<b>Použitá literatura:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Folstein M, Folstein S, Mc Hugh P. Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. <i>J of Psychiatric Research</i>, 12, 1975, s. 189–198.</li> <li>2. Tuokko H, Hadjistavropoulos T, Miller JA et al. The Clock Test: a sensitive measure to differentiate normal elderly from those with Alzheimer disease. <i>J Am Geriatr Soc.</i>1992;40;579–584.</li> <li>3. Mendez MF, Alta T, Underwood KL. Development of scoring criteria for the Clock Drawing Task in Alzheimer's disease. <i>J Am Geriatr Soc.</i>1992;40;1095–1099.</li> <li>4. Nolan KA, Mohs RC. Screening for dementia in family practice. In <i>Alzheimer's disease A Guide to Practical Management</i>, Part II. Richter RW, Blass JP, eds. St. Louis, Mo: Mosby-Year Book, Inc; 1994;81–95.</li> <li>5. American Psychiatric Association. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)</i>, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994;142–143.</li> <li>6. Preiss M. Test hodin: Neuropsychologická skříňková zkouška demence. <i>Čs a Slov Psychiat.</i>1998;8/98 ročník 94;330–335.</li> </ol>	

## TEST KRESLENÍ HODIN

Zde přeložte na polovinu -----

**„Vaším úkolem bude nakreslit hodiny tak, aby ukazovaly čas „23:20“.  
To znamená ciferník se všemi čísly. Poté nastavíte čas „23:20“.**

Čas je možné znovu zopakovat. Nejedná se o zkoušku paměti.

Vyšetřovaný kreslí hodiny v horní polovině papíru.

Skórovací systém BaJa k hodnocení Testu kreslení hodin				
23:20		V KRESBĚ.....	NE	ANO
CIFERNÍK	1	... je všech 12 správných čísel od 1 do 12 rozmístěno po obvodu ciferníku uvnitř nebo vně a všechna ve správné poloze (v každém kvadrantu 4 čísla)?	0	1
	2	... je správný počet ručiček jakékoli délky, tj. právě 2?	0	1
RUČIČKY	3	... je nastavena ručička <b>jakékoli délky</b> správným směrem k požadované hodině?	0	1
	4	... je nastavena ručička <b>jakékoli délky</b> správným směrem k požadované minutě?	0	1
	5	... jsou obě ručičky správně nastaveny a je zřetelný rozdíl v jejich délce, tj. zakreslena správná hodina malou ručičkou a správná minuta velkou ručičkou?	0	1
CELKOVÝ SKÓR BAJA (max. 5 bodů):				

Obecný hraniční skór pro časnou Alzheimerovu nemoc je  $\leq 4$  bodů.

Bližší informace jsou v původním článku Bartoš A, Janoušek M, Petroušová R, Hohinová M. Tři časy Testu kreslení hodin hodnocené BaJa skórováním u časné Alzheimerovy nemoci. *Cesk Slov Neurol* N 2016; 79/112(4): 406-412 dostupném volně na [www.csnn.eu](http://www.csnn.eu).



Identifikační číslo osoby: \_\_\_\_\_

Administrátor: \_\_\_\_\_

## MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST MoCA-CZ1

**Jméno a příjmení:** \_\_\_\_\_ **Datum narození:** \_\_\_\_\_

**Datum vyšetření:** \_\_\_\_\_ **Dominance (kroužkujte):** 1 – pravák, 2 – levák, 3 – ambidexter

**Vzdělání (kroužkujte):** 1 – ZŠ, 2 – SŠ bez maturity, 3 – SŠ s maturitou, 4 – VŠ **Počet let vzdělání:** \_\_\_\_\_

INSTRUKCE	HODNOCENÍ	MoCA skór																					
<b>ZRAKOVĚ-PROSTOROVÉ A EXEKUTIVNÍ ÚLOHY</b>																							
<b>1. Zkrácený test cesty</b>																							
„Spojte postupně čarou číslice a písmena. Začněte od čísla 1 směrem k A, pak od A ke 2 a tak dále a skončete u E.“	1 bod náleží správně propojeným číslicím a písmenům 1–A–2–B–3–C–4–D–5–E. Čáry se nesmí křížit. Bod může být přiznán i při chybném propojení, jen když se vyšetřovaný/á sám okamžitě opravi.	/1																					
<b>2. Obkreslování krychle</b>																							
„Okopírujte tuto kresbu co nejpřesněji na volné místo vedle ní.“	1 bod náleží přesné kopii krychle. Kresba musí být trojrozměrná. Žádné čáry nesmí chybět ani přebývat. Čáry by měly být rovnoběžné, přibližně stejné délky. Lze uznat kresbu kvádrů. Pokud kresba nevyhovuje těmto požadavkům, bod se neudělí.	/1																					
<b>3. Test kreslení hodin</b>																							
„Nakreslete hodiny. Na ciferník umístěte všechna čísla a vyznačte čas 11 hodin 10 minut. Snažte se kreslit co nejpřesněji.“	<p style="text-align: center;">Kontura _____ Čísla _____ Ručičky _____</p> <p>1 bod náleží za ciferník nakreslený jako kruh. Lze uznat drobné odchylky - např. ne zcela přesné spojení kružnice.</p> <p>1 bod se přidělí, pokud žádná čísla nechybí ani nepřebývají. Čísla musí být uvedena ve správném pořadí a ve správných kvadrantech ciferníku. Akceptují se i římské číslice. Čísla mohou být umístěna vně kontury kruhu.</p> <p>1 bod náleží za několika podmínek: Musí být zakresleny dvě ručičky ukazující správný čas. Ručičky musí vycházet ze středu ciferníku a poblíž středu ciferníku musí být spojeny. Hodinová ručička musí být zřetelně kratší než minutová.</p>	/3																					
<b>4. POJMENOVÁNÍ</b>																							
„Pojmenujte tato zvířata.“	<p style="text-align: center;">Lev _____ Nosorožec _____ Velbloud _____</p> <p>1 bod se přidělí za každé správně pojmenované zvíře. Místo ‚velbloud‘ lze uznat i ‚dromedár‘.</p>	/3																					
<b>5. PAMĚŤ – vštípení</b>																							
Čtete rychlostí 1 slovo za sekundu.																							
<p>1. „Nyní vyzkoušíme Vaši paměť. Přečtu Vám seznam slov, která si máte teď zapamatovat a pak si na ně později vzpomenout. Poslouchejte pozorně. Až skončím, snažte si vzpomenout na co nejvíce slov. Na pořadí nezáleží.“</p> <p>2. „Přečtu Vám stejný seznam slov ještě jednou. Snažte si zapamatovat co nejvíce slov a poté mi je vyjmenujte, včetně těch, která jste jmenoval/a poprvé.“</p> <p>„Na konci testu Vás požádám, abyste si na tato slova znovu vzpomněl/a.“</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>TVĚŘ</th> <th>SAMET</th> <th>KOSTEL</th> <th>KOPRETINA</th> <th>ČERVENÁ</th> <th>správně vybaveno (body)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1. pokus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2. pokus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	správně vybaveno (body)	1. pokus							2. pokus							Zde neudělujte žádné body
		TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	správně vybaveno (body)																
	1. pokus																						
2. pokus																							
Za každé správně vybavené slovo udělte 1 nepovinný bod.																							
<b>6. POZORNOST</b>																							
<b>A. Opakování číslic</b>																							
<p><b>1.</b></p> <p>„Řeknu Vám řadu číslic. Až skončím, opakujte je ve stejném pořadí, v jakém jste je slyšel/a.“</p> <p style="text-align: center;">2 1 8 5 4 _____</p> <p>Čtete rychlostí 1 číslice za sekundu.</p>	<p><b>2.</b></p> <p>„Nyní Vám řeknu další řadu číslic. Až skončím, opakujte je v opačném pořadí, než jste je slyšel/a.“</p> <p style="text-align: center;">7 4 2 _____</p> <p>Čtete rychlostí 1 číslice za sekundu.</p>	<p>1 bod za správné zopakování všech číslic.</p> <p>1 bod za správné zopakování všech číslic pozpátku.</p>	/2																				



Příloha 3 - *Montrealský kognitivní test MoCA* (AD Centrum, Bartoš a Orlíková, 2012)

<p><b>B. Vytukávání písmene A</b></p> <p>„Přečtu Vám řadu písmen. Pokaždé, když řeknu písmeno A, ťukněte rukou o stůl. Když řeknu jiné písmeno, neťukajte.“</p> <p style="text-align: center;"><b>F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B</b></p> <p>Jako chyba se počítá, když testovaný ťukne při jiném písmenu, nebo netukne při písmenu A. Přiděte 1 bod, pokud testovaný neudělá chybu, nebo se splete <u>pouze 1krát</u>.</p>	/1																																										
<p><b>C. Odečítání sedmiček</b></p> <p>„Odečtěte od čísla 100 číslo 7 a pak pokračujte v odčítání 7, dokud Vás nezastavím.“</p> <p style="text-align: center;">93    86    79    72    65</p> <p>Počítá se každé správné odečtení 7. Každý odečet se hodnotí odděleně. Skórujte 4–5 správných odečtů = 3 body, 2–3 správných = 2 body, 1 správný = 1 bod, 0 správných = 0 bodů.</p> <p>Pokud je potřeba, instrukci řekněte ještě 1x.</p>	/3																																										
<p><b>ŘEČ</b></p> <p><b>7. Opakování vět</b></p> <p>„Přečtu Vám větu. Vy ji po mně zopakujete přesně tak, jak jsem ji řekl/a.“</p> <p style="text-align: center;"><b>Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat.</b></p> <p>„Nym Vám přečtu další větu. Opakujte ji po mně přesně tak, jak jsem ji řekl/a.“</p> <p style="text-align: center;"><b>Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč.</b></p> <p>1 bod za každou správně opakovanou větu. Odpověď musí být přesná. Nelze uznat vynechání, nahrazení nebo přidání slova.</p>	/2																																										
<p><b>8. Slovní produkce na počáteční písmeno „K“</b></p> <p>„Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají určitým písmenem. Můžete vyjmenovávat jakákoliv slova. Nesmíte však říkat vlastní jména a názvy (např. Barbora, Bratislava) a slova, která se liší pouze příponami (např. malba, malář, malovat). Po 1 minutě Vás zastavím. Jste připraven/a? (pauza) Vyjmenujte co nejvíce slov, která začínají písmenem K. Ted.“ (Po uplynutí 60 sekund.) „Stop.“</p> <p>Slova můžete zaznamenávat na zadní stranu listu pro pacienta.</p> <p>Počítá se každé správné slovo. Přiděte 1 bod, pokud vyšetřovaný vyjmenuje 11 a více správných slov během 1 minuty.</p>	/1																																										
<p><b>9. ABSTRAKCE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Nácvik</b></p> <p>„Řekněte mi, co mají společného pomeranč a banán.“</p> <p>Po špatné odpovědi se zeptejte max. 1x: „Co mají ještě jiné společného?“ Pokud vyšetřovaný neodpoví správně, řekněte: „Ano, ale obojí je také ovoce.“</p> <p style="text-align: center;"><b>1.</b></p> <p>„Nyní mi řekněte, co mají společného vlak a bicykl.“</p> <p style="text-align: center;"><b>2.</b></p> <p>„Nyní mi řekněte, co mají společného hodinky a pravitko.“</p> <p>Správná odpověď (obojí je ovoce) se nebuduje.</p> <p>1 bod za odpověď: dopravní prostředky, způsoby cestování, oběma můžete jet na výlet. Jiné odpovědi jsou špatné.</p> <p>1 bod za odpověď: nástroje na měření, používají se k měření. Jiné odpovědi jsou špatné.</p>	/2																																										
<p><b>10. PAMĚŤ – oddálené vybavení</b></p> <p>Přiděte 1 bod za každé správné vybavené slovo <u>pouze bez nápovědy</u>.</p> <p>„Před několika minutami jsem Vám přečetl/a seznam slov. Řekněte mi co nejvíce slov, která si z něj pamatujete.“</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td><b>TVĚŘ</b></td> <td><b>SAMET</b></td> <td><b>KOSTEL</b></td> <td><b>KOPRETINA</b></td> <td><b>ČERVENÁ</b></td> <td>vybaveno slov</td> </tr> <tr> <td>Bez nápovědy</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> <p>Oddálené vybavení bez nápovědy lze doplnit vybavením s nápovědou. Ke každému slovu, které vyšetřovaný nevybavil, poskytněte kategoriální nápovědu. Pokud ani tak slovo nevybaví, poskytněte nápovědu výběrem ze 3 možností.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Kategoriální nápověda</td> <td>část těla</td> <td>druh tkaniny</td> <td>typ stavby</td> <td>druh květiny</td> <td>barva</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nápověda výběrem</td> <td>nos</td> <td>pytlovina</td> <td>kostel</td> <td>růže</td> <td>červená</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>tvář</td> <td>bavlna</td> <td>škola</td> <td>kopretina</td> <td>modrá</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ruka</td> <td>samet</td> <td>nemocnice</td> <td>tulipán</td> <td>zelená</td> <td></td> </tr> </table> <p>„V seznamu, který jsem Vám četl/a, byl/a (doplňte kateg. nápovědu)...?“</p> <p>„Které z následujících slov tam podle Vás bylo (nápověda výběrem)...?“</p> <p>Nepřiděluje žádný bod do skóru MoCA!</p>		<b>TVĚŘ</b>	<b>SAMET</b>	<b>KOSTEL</b>	<b>KOPRETINA</b>	<b>ČERVENÁ</b>	vybaveno slov	Bez nápovědy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Kategoriální nápověda	část těla	druh tkaniny	typ stavby	druh květiny	barva		Nápověda výběrem	nos	pytlovina	kostel	růže	červená			tvář	bavlna	škola	kopretina	modrá			ruka	samet	nemocnice	tulipán	zelená		/5
	<b>TVĚŘ</b>	<b>SAMET</b>	<b>KOSTEL</b>	<b>KOPRETINA</b>	<b>ČERVENÁ</b>	vybaveno slov																																					
Bez nápovědy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Kategoriální nápověda	část těla	druh tkaniny	typ stavby	druh květiny	barva																																						
Nápověda výběrem	nos	pytlovina	kostel	růže	červená																																						
	tvář	bavlna	škola	kopretina	modrá																																						
	ruka	samet	nemocnice	tulipán	zelená																																						
<p><b>11. ORIENTACE</b></p> <p>„Kolikátého je dnes?“</p> <p>datum    rok    místo    město</p> <p>měsíc    den v týdnu</p> <p>„Nyní mi řekněte přesný název tohoto místa a město, ve kterém jsme.“</p> <p>1 bod za každou správnou odpověď. Odpovědi musí být přesné - přesný název nemocnice či kliniky.</p>	/6																																										
<p><small>Převod do češtiny a graf. úprava: Doc. MUDr. A. Bartoš, PhD, Bc. H. Orlíková, 2012. Původní zdroj: MOCA 7.1. © Z. Nasreddine MD, www.mocatest.org.</small></p> <p style="text-align: center;"> +1b těm, kteří mají 10-12 let vzdělání, +2b těm, kteří mají 4-9let vzdělání; norma &gt;=26/30</p> <p style="text-align: right;"><b>CELKEM</b>    bod(y) za vzdělání</p>	/30																																										

ZÁZNAMOVÝ ARCH SLOVNÍ PRODUKCE

počet	Slovo na K	CHYBY	počet	Slovo na K	CHYBY
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			<b>Celkový počet slov</b>		
18			Opakování	minus	
19			Mimo podmínky	minus	
20			<b>Celkem správně</b>	=	

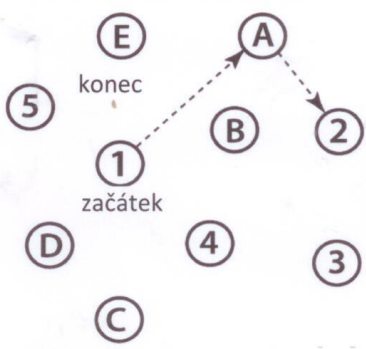
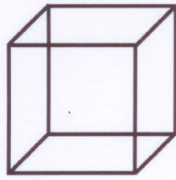
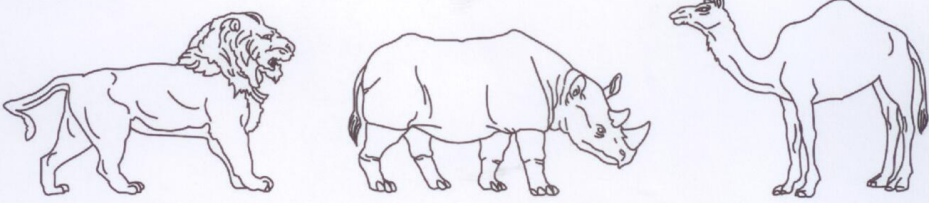
**Poznámka:** opakovaná slova označte vpravo od slova „OP“ a škrtněte slovo a číslo vlevo (např. *15 kyvadlo OP*), slova mimo podmínky označte vpravo od slova „MP“ a škrtněte slovo a číslo vlevo (např. *11 Kanada MP*).



*Převod do češtiny a grafické zpracování tréninkové verze:* Doc. MUDr. Aleš BARTOŠ, Ph.D., Bc. Hana ORLÍKOVÁ. Ke volnému stažení z [www.nudz.cz/adcentrum](http://www.nudz.cz/adcentrum). Převod a úpravy byly schváleny kontrolou zpětného překladu do angličtiny původním autorem Dr. Nasreddine v říjnu 2012.

*Zdroj původní české verze:* Bartoš, Orliková, Raisová, Řípová. Česká tréninková verze Montrealského kognitivního testu (MoCA-CZ1) k časně detekci Alzheimerovy nemoci. *Cesk Slov Neurol N* 2014; 77/ 110(5): 587–595  
Reban J. Montrealský kognitivní test (MoCA): přínos k diagnostice predemencí. *Čes Ger Revue* 2006; 4: 224-229.

*Původní zdroj:* Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian, V, Charboneau S, Whitehead V, Collin I et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr Soc* 2005; 53(4): 695-699.

LIST PRO VYŠETŘOVANÉHO	
Test cesty	
Okopírujte krychli.	
Nakreslete hodiny, které ukazují jedenáct hodin deset minut.	
Pojmenování	

## Příloha 4 – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Košnarová, jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice oboru Všeobecná sestra. Žádám Vás o vyplnění krátkého dotazníku na téma aktivizace klientů s Alzheimerovou demencí v domovech se zvláštním režimem. Výsledky dotazníkového šetření budou souhrnně vyhodnoceny a využity jako podklad pro vytvoření bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní.

Případné dotazy prosím pište na emailovou adresu: st51234@student.upce.cz.

### **DOTAZNÍK pro pracovnice/ pracovníky v domovech se zvláštním režimem**

Vámi zvolenou odpověď zakroužkujte, případně vypište slovní odpověď.

1) Jaká je vaše pracovní pozice v zařízení? (Vypište)

.....

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní vzdělání
- b) Středoškolské vzdělání bez maturity
- c) Středoškolské vzdělání s maturitou
- d) Vyšší odborné vzdělání
- e) Vysokoškolské vzdělání

3) Jak dlouho pracujete s osobami s Alzheimerovou demencí v tomto zařízení?

- a) Méně než 3 měsíce
- b) 3 měsíce – 1 rok
- c) 1 - 2 roky
- d) Více než 2 roky

4) Využíváte ve vašem zařízení při aktivizaci klientů určitý koncept nebo model péče?

- a) Ne
- b) Ano (vypište jaký).....

#### Příloha 4 – Dotazník

- 5) Které z vyjmenovaných aktivizačních technik ve vašem zařízení využíváte? (Více možných odpovědí)
- a) Ergoterapie
  - b) Zvířecí terapie
  - c) Reminiscenční terapie
  - d) Arteterapie
  - e) Muzikoterapie
  - f) Trénování paměti
  - g) Kinezioterapie (pohybová cvičení)
  - h) Bazální stimulace
  - i) Jiné (vypište) .....
- 6) Jaká část klientů se účastní hromadných aktivit?
- a) Všichni, kdo jsou danou aktivitu schopni vykonávat nebo se účastnit
  - b) Jen ta část klientů, co jeví o aktivitu zájem po předchozí motivaci personálem
  - c) Klienty k hromadným aktivitám nepřemlouváme
- 7) Vypište ergoterapeutické techniky používané u vašich klientů. (poz. ergoterapie = smysluplné zaměstnávání za účelem zachování schopností klienta k zvládnutí běžných činností, např. nácvik dovedností)
- .....
- .....
- 8) Pracujete při aktivizaci klientů s jejich starými osobními věcmi (fotografie, dopisy, předměty z mládí)?
- a) Ano
  - b) Ne
- 9) Jaké prvky muzikoterapie využíváte? (Více možných odpovědí)
- a) Klienti zpívají písně
  - b) Klienti tančí
  - c) Klienti hrají na hudební nástroj a/nebo využívají rytmických nástrojů
  - d) Klienti pouze poslouchají hudbu
  - e) Klienti poslouchají hudbu během jiné prováděné činnosti
  - f) Nevyužíváme terapii pomocí hudby
  - g) Jiné (vypište) .....



Příloha 4 – Dotazník

10) Jaké fyzické aktivity jsou klientům nabízeny? (Více možných odpovědí nebo žádná)

- a) Procházka
- b) Cvičení (př. Protahování, cvičení na židlích)
- c) Míčové hry (př. házení na koš, kuželky)
- d) Jiné (vypište) .....

11) Jak často se klienti aktivně účastní fyzických cvičení?

- a) Více než 2x týdně
- b) 1 – 2x týdně
- c) 1x za dva týdny
- d) Nepravidelně

12) Znáte základní prvky bazální stimulace? (Vypište používané, pokud znáte)

.....

13) Kolik času během dne stráví klienti aktivizační činností?

- a) Klienti jsou téměř celý den zaměstnávání
- b) Klienti tráví zhruba polovinu dne klidem na pokoji
- c) Klienti opouští pokoj na méně než polovinu dne
- d) Klienti téměř neopouštějí pokoj

14) Jaké jsou limity poskytování aktivizačních činností ve vašem zařízení. (Více možných odpovědí)

- a) Financování aktivit
- b) Obtížná motivace klientů
- c) Zdravotní stav
- d) Nevyhovující prostory
- e) Kvalifikace personálu
- f) Jiné (vypište) .....

15) Myslíte si, že vámi poskytovaná aktivizace je pro klienty přínosem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16) Využíváte na vašem pracovišti práci dobrovolníků?

- a) Ano
- b) Ne

Děkuji za spolupráci a Váš čas.