

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

Teologická fakulta

Katedra pedagogiky



**Diplomová práce**

PÉČE O LIDI S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Vedoucí práce: **Doc. Michal Kaplánek, Th.D.**

Autor práce: Veronika Tesárková

Studijní obor: Pedagog volného času

Ročník: VI.

2008

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

19. dubna 2008

---

podpis autora diplomové práce

*Děkuji vedoucímu diplomové práce Doc. Michalu Kapláňkovi Th. D. za cenné rady a metodické vedení práce. Další poděkování patří Mgr. Ivaně Svojtkové a Mgr. Janě Bystrické za podporu a cenné připomínky. Za cenné rady a možnost získání praktických zkušeností děkuji týmu terapeutů v Alzheimercentru v Louckém Mlýně.*

*Práce je věnována mé nejdražší rodině. Na tomto místě bych chtěla jmenovitě poděkovat své mamince Jitce Tesárkové a tatínkovi Josefu Tesárkovi, kteří mě obětavě podporovali po celou dobu svého studia.*

## **OBSAH**

### **PÉČE O LIDI S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ**

<b>OBSAH.....</b>	<b>5</b>
<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....</b>	<b>11</b>
<b>2 ALZHEIMEROVA CHOROBA .....</b>	<b>16</b>
2.1 VÝVOJ ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	16
2.2 STÁDIA DEMENCE.....	18
2.2.1 Lehká demence .....	18
2.2.2 Střední demence .....	20
2.2.3 Těžká demence .....	21
2.3 SYMPTOMY .....	22
2.3.1 Kognitivní poruchy .....	23
2.3.2 Nekognitivní poruchy.....	28
2.4 DIAGNOSTIKA A LÉČBA .....	30
2.4.1 Diagnostika .....	30
2.4.1.1 Mini-Mental State Examination.....	32
2.4.2 Léčba.....	33
2.4.2.1 Léčba farmakologická.....	33
2.4.2.2 Léčba nefarmakologická.....	34
<b>3 KOMUNIKACE.....</b>	<b>37</b>
<b>4 PÉČE O ČLOVĚKA S DEMENCÍ.....</b>	<b>41</b>
4.1 VZTAH PEČOVATELE .....	42
4.2 RODINNÁ PÉČE .....	42
4.3 ÚSTAVNÍ PÉČE .....	47
<b>5 PROGRAMOVÁNÍ AKTIVIT .....</b>	<b>53</b>
5.1 AKTIVITY NA INDIVIDUÁLNÍ BÁZI .....	56
5.2 SKUPINOVÉ AKTIVITY .....	57
5.3 CÍLE PROGRAMOVÁNÍ AKTIVIT .....	58

<b>6</b>	<b>TERAPIE</b> .....	<b>60</b>
6.1	KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE.....	60
6.2	REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	64
6.3	ERGOTERAPIE.....	67
6.4	FYZIOTERAPIE.....	68
6.5	CANISTERAPIE.....	69
6.6	VALIDACE.....	70
6.7	AROMATERAPIE.....	71
6.8	PRETERAPIE.....	72
6.9	VIDEOTRÉNINK INTERAKCÍ.....	73
6.10	MAIEUTICKÝ PŘÍSTUP.....	74
6.11	KINEZIOTERAPIE.....	75
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>79</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ</b> .....	<b>82</b>
	PRIMÁRNÍ ZDROJE.....	82
	INTERNETOVÉ ZDROJE.....	85
	SEKUNDÁRNÍ ZDROJE.....	87
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>88</b>
	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>89</b>
	<b>ABSTRAKT</b> .....	<b>94</b>
	<b>ABSTRACT</b> .....	<b>95</b>

## ÚVOD

Alzheimerova choroba! Když se vysloví pojem Alzheimerova choroba, dojdeme k závěru, že mnozí z nás si pod tímto termínem cosi představí, přesto skutečná podstata této nemoci je mnohým lidem velice vzdálena. Od samotného počátku definování a celkového přístupu k tomuto typu demence došlo k významnému pokroku.

Nemoc poprvé popsal již na počátku 20. století německý lékař Alois Alzheimer. Tehdy to byla nemoc vzácná a neobvyklá. Alzheimer představil vědecké radě zvláštní pacientku. Ve svých 51 letech trpěla depresí, halucinacemi a prý chorobnou žárlivostí na svého manžela. Později se však u ní projevila ztráta paměti a podivné chování - schovávala věci a ztrácela se ve svém vlastním domě. Po smrti pitva prokázala zvláštní změny v jejím mozku. Nová choroba dostala jméno podle svého objevitele. Je nutné si však uvědomit, že Alzheimerova choroba není jen nemocí těch nejstarších. Může postihnout i lidi v mladším věku.

Tento typ demence se nedá popsat jednou větou. Existuje mnoho definic od různých autorů, které jsou odlišné především díky úhlu pohledu, kterým je na tuto problematiku nahlíženo. Alzheimerova choroba narušuje část mozku a způsobuje pokles tzv. kognitivních funkcí - myšlení, paměti, úsudku. Bývá nejčastější příčinou demence, která vede postupně k závislosti nemocného na každodenní pomoci jiného člověka. Tento druh demence začíná pozvolna. Nejdříve se u nemocného zhoršuje krátkodobá paměť a není schopen se postarat o některé věci v domácnosti. Rychlost, kterou tento druh demence postupuje, se u každého postiženého liší. Nemocný má však čím dál větší problémy s vyjadřováním, rozhodováním, nedokončuje myšlenky, je zmatenější. Mění se celá jeho osobnost. V posledních stádiích nemoci už vůbec není schopen se sám o sebe postarat.

Řada nemocných je hospitalizována. Vzhledem k stárnutí populace bude v dalších letech přibývat lidí s demencí, proto bude nutné vytvořit komplexní systém péče, který bude vyhovovat jejich potřebám. Patří do něj zařízení pro dlouhodobé pobyty,

centra pro krátkodobé, tzv. respitní pobyty, respitní péče v domácím prostředí aj. Těžiště péče o osoby s demencí jsou v budoucnosti viděny jak ve vzniku denních center, tak ve speciálních zařízeních, kde mohou nemocní smysluplně trávit svůj čas. Tato zařízení nabízí klientům režimový celodenní program, v němž by neměla chybět cílená terapie jako i potřebná smysluplná celková péče. A právě na tyto stěžejní témata se chci ve své diplomové práci zaměřit. Ráda bych nastínila, jak je důležité správně porozumět potřebám těchto pacientů. Svoji pozornost budu věnovat jednak správné komunikaci a ošetřující péči, tak různým možnostem obohacující terapie.

Téma diplomové práce jsem si vybrala z jednoho hlavního důvodu. Během svého studia na Teologické fakultě jsem absolvovala několik zajímavých praxí v různých zařízeních. Jedna z absolvovaných praxí v rámci studia byla v Klidném domě stáří sv. Anny v Sousedovicích. Jedná se o domov rodinného typu pro 29 seniorů. Je zde poskytována nepřetržitá ošetrovatelská a sociální péče a bohatá nabídka zájmových aktivit. V tomto zařízení „údajně“ pečují i o osoby s Alzheimerovou chorobou, ale pouze v omezeném množství. V době mé praxe byly v zařízení také dvě pacientky trpící touto demencí. A právě v celkové péči, přístupu, komunikaci a terapeutickému působení vůči těmto klientkám vznikl hlavní problém. Po absolvované praxi jsem se začala o celkovou ošetrovatelskou péči a možnosti kvalitního vyplňování času o takto postižené osoby více zajímat.

Má diplomová práce by neměla být zaměřena na pouhý popis Alzheimerovy demence s jeho příčinami, druhy a příznaky. Rozhodla jsem se zvolit jedno hledisko v rámci popisování tohoto typu demence. Pokusím se vydat jedním směrem, kterým se při tomto definování budu držet. A to především směrem psychosociálním. Mým cílem diplomové práce bude popis možností a významu kvalitní a obohacující poskytované péče o ty to jedince. Dalším cílem mé práce bude představení několika druhů terapeutických metod, které jsou při práci s lidmi s Alzheimerovou demencí využívány a které těmto jedincům přinášejí pozitivní vliv na jejich celkový stav osobnosti. Během mé práce se budu snažit o vyzdvihnutí konkrétních pozitivních vlivů na stav osobnosti.



Příčina Alzheimerovy choroby stále není zcela zřejmá. Uplatňují se zde určité genetické faktory jako např. dědičnost, ale i různé genetické abnormality bez dědičného podkladu. Jedná se o onemocnění, které může postihnout každého z nás! Ale i přesto existují faktory, které výskyt tohoto onemocnění zvyšují např. věk, pohlaví, duševní aktivita, vzdělání. U tohoto druhu demence je velmi důležité včasné podchycení samotného začátku a prvních příznaků. Proto první část mé diplomové práce bude zaměřena především na samotné definování Alzheimerovy demence s popisem příznaků, příčin a ostatních důležitých faktorů, které je důležité znát pro včasné odhalení a správné pochopení celkové podstaty tohoto onemocnění. V této části bych se ráda opřela o autory Jiráka a Koukolíka, kteří významně přispěli k samotnému zavedení a objasnění pojmu „Alzheimerova demence“. Tito dva významní autoři jsou jedni z nejdůležitějších v diagnostice a léčení Alzheimerovy demence z hlediska především psychologického a sociálního. Dále se budu opírat např. o autory Zgolu, Kalvacha a Onderkovou.

Základním předpokladem vzniku pozitivního vztahu mezi lidmi je jejich vzájemný respekt. Nejedná se však o obdiv ani o přízeň. Jedná se o úctu vůči člověku takovému jaký je a to bez výhrad. A proto porozumění pacientovi, který je postižen Alzheimerovou demencí, je jedním z nejdůležitějších momentů v celkové péči a může být pro pečovatele velmi nesnadné. Je důležité si uvědomit, že dementní lidé mají právě tak mnoho pocitů jako každý jiný člověk a tyto pocity jsou, stejně jako u každého jiného člověka, různorodé. Je tedy na druhém člověku, na rodině a pečovateli, aby tyto pocity pochopili a respektovali je. Proto se budu v druhé části zaměřovat na význam komunikace a pokusím se přiblížit a objasnit možnosti komunikace s těmito jedinci. Informace ohledně komunikace jsem čerpala především z autorů Zgoly, Buijssena a internetových stránek České Alzheimerovské společnosti. Třetí část diplomové práce je zaměřená na popis a přiblížení komplexní péče o jedince s Alzheimerovou chorobou a to především ve dvou základních rovinách. V první rovině půjde především o specifickou situaci uvnitř rodinného prostředí,

kteřá je primární a zásadní jak pro samotné nemocné, tak pro rodinné příslušníky. Zatímco v druhé části se bude týkat spíše profesionální péče ústavní. Mnoho poznatků a informací ohledně ústavní péče čerpám především z pobytu v Alzheimercentru v Louckém Mlýně. V této části své práce se budu však opírat i o autory Zgolů, Hátlovou, Suchou a Hořejší.

V poslední části své diplomové práce se zaměřím na možnosti terapie Alzheimerovy choroby. Vzhledem k faktu, že komplexní etiopatogeneze Alzheimerovy demence není dosud plně objasněna, není možno provádět hlavní terapii, která je terapií ideální. Při léčbě alzheimerovy nemoci se mohou používat jak metody biologické, především farmakoterapie, tak i metody nebiologické. Jedná se například o různé reedukační metody, socioterapii a v neposlední míře i psychoterapii. V této části se pokusím popsat nejdůležitější druhy nefarmakologických terapeutických metod, tak i jejich konkrétní pozitivní vliv na stav pacienta. Význam především nefarmakologické terapeutické metody jsem si zvolila především z důvodu blízké souvislosti se studovaným oborem pedagogiky volného času. Informace na tuto poslední část čerpám z autorek Hátlové, Suché a autorů Kalvacha, Proutyho, Werdeho a Partnera.

V diplomové práci se opírám o knižní literaturu, ale vzhledem k náročnosti tématu budu využívat i internetových zdrojů. Formou teoretického studia shromážděných pramenů doufám, že se mi podaří objevit pozitivní přínos kvalitní péče o jedince s Alzheimerovou demencí.

# 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Diplomová práce se zabývá širokým tématem Alzheimerovy choroby a to zejména z jednoho úhlu pohledu. Toto téma je v dnešní době stále více aktuální z hlediska množství rozšíření této nemoci, neboť Alzheimerova choroba je čtvrtou nejčastější příčinou smrti v průmyslových zemích – po nemocech srdečních, nádorech a mozkových mrtvicích. Na samém začátku vymezím několik základních pojmů, které přispějí k lepšímu pochopení práce a také zabrání případné možnosti záměny důležitých klíčových pojmů. Definovat některé pojmy je obtížné ne z důsledku množství informací, ale především z možnosti výběru daného přístupu k samotnému výrazu.

Ráda bych podotkla, že v celé této práci nebudu přistupovat k Alzheimerově chorobě z perspektivy biomedicíncké a klinické, ale budu se zabývat především psychologickým a sociálním přístupem.

## **Alzheimerova choroba**

Podle Americké psychiatrické asociace se v definici demence Alzheimerova typu uvádí zhruba toto: *„jde o vývoj mnohočetných kognitivních poruch, které se projevují jako:*

- 1) *Poruchy paměti (poškozená schopnost naučit se novým informacím anebo znovu vybavovat informace již naučené).*
- 2) *Jedna anebo více z následujících specifických příznaků*
  - a) *afázie ( porucha řeči)*
  - b) *apraxie ( poškození schopnosti vyvinout pohybovou činnost i přesto, že pohybové funkce nejsou postiženy)*
  - c) *agnozie (neschopnost rozeznávat nebo rozlišovat předměty i přesto,*

*že senzorické funkce nejsou postiženy)*

d) *poruchy výkonu činností (např. plánování, řazení podle posloupnosti, organizace, abstrahování).*<sup>1</sup>

Tyto kognitivní poruchy, které jsem v předchozích bodech vytyčila způsobují významné problémy ve společenském a pracovním životě postiženého člověka a vedou k významnému zhoršení vzhledem k předchozí životní úrovni.

Alzheimerova nemoc se vyvíjí velmi pomalu: začíná zapomnětlivostí, únavou a neschopností naučit se nové věci a vzpomenout si na běžná jména. Nemoc může postupovat dvacet i více let a pacienti jsou stále více zapomnětliví, zmatení a dezorientovaní, až jsou neschopni pochopit jednoduchá sdělení a provádět jednoduché úkony. Mohou zapomenout názvy běžných předmětů, jména lidí, s nimiž se denně stýkají, nebo i adresu, kde bydlí. Mohou zapomínat běžné významy slov ve větách, oblékat si šata naruby, ztrácet věci tím, že je dají na zcela nevhodná místa, jako třeba boty do lednice. Pacienti ztrácejí schopnost jasného a racionálního myšlení a nakonec nejsou schopni ani koordinovat své pohyby: nemohou se mýt, oblékat a starat o sebe – stávají se celodenně závislími na pečovateli.<sup>2</sup>

Častou diagnózou Alzheimerovy choroby lze často stanovit na základě toho, zda je nemocný schopen splnit celou řadu úkolů a úkonů v „Mini-mental State Examination“ (vyšetření minima mentálního stavu). Počet neúspěšných jedinců se zvyšuje od jednoho jedince ze sta ve věku 60-69 let až po jedno z pěti jedinců u lidí starších 85 let. Je to tedy nemoc, která přináší nezměrné sociální a ekonomické problémy a zatížení zdravotnických služeb, rodiny i přátel postižených.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Srov. ZGOLA, M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. s. 19 - 20

<sup>2</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Demence*. Praha: Galén, 2004. s. 240

<sup>3</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999, s. 9

## Demence

Podle Stuarda-Hamiltona výraz demence označuje: *celkový úpadek psychických funkcí způsobený atrofíí centrálního nervového systému (CNS)*.<sup>4</sup>

Demencí se v obecném smyslu slova rozumí získaná ztráta kognitivních schopností s dopadem na kvalitu fungování člověka v oblasti sociální, pracovní a v běžných každodenních aktivitách. K tomuto onemocnění bývají přidruženy také změny behaviorální a osobnostní.<sup>5</sup>

Řada textů může vyvolávat dojem, že demence má pouze několik málo příčin, ve skutečnosti bylo definováno mnoho různých faktorů. Množství těchto faktorů se pohybuje kolem 50. Jedná se např. o důsledek onemocnění mozku, z metabolických, infekčních nebo toxických příčin, eventuelně dalších etiologií (trauma, tumor, normotenzní hydrocefalus). Zároveň ale platí, že mnoho z nich se vyskytuje jen velice zřídka. Mnoho laiků se domnívá, že demence je údělem stáří. Často proto dochází k tomu, že slovo „demence“ se stává synonymem ke slovu „stáří“. Toto ovšem není správný předpoklad. Demence se může dostavit kdykoli v průběhu dospělého života a s věkem se zvyšuje pouze pravděpodobnost onemocnění demencí. Demence je vždy důsledkem choroby. Jak jsem již zmínila, stařecká demence jako taková neexistuje. Ale přesto musím zdůraznit, že i přesto že demence není součástí stárnutí, její výskyt je častější u starších lidí. Je dobré si uvědomit, že pro pacienta se může mnohé udělat tím, že se příčina demence bude včas diagnostikovat.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Srov. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999, s 177

<sup>5</sup> Srov. PREISS, M., KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada, 2006, s. 124

<sup>6</sup> Srov. HOLMANOVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: ČALS, s. 49

## Stárnutí a stáří

Pokud se člověk dostane, jak uvádí Ian Stuart-Hamilton ve své knize *Psychologie stárnutí*, do závěrečné fáze svého lidského vývoje, začnou se u něj projevovat viditelné znaky procesu *stárnutí*. Tento proces je u živého jedince, dosti paradoxně, nastolen již při narození a provází ho celý život. „Obvykle jsou do něj zahrnovány pouze změny (chápané často jako negativní), ke kterým dochází po adolescenci.“<sup>7</sup>

A právě samotného pojmu stárnutí resp. procesu stárnutí se většina lidí obává. Tento pojem se jako všeobecně rozšířený jev objevuje až v západních zemích ve dvacátém století, což je způsobeno snížením kojenecké úmrtnosti a zkvalitněním zdravotnické péče a životního stylu v rané dospělosti, spíše nežli zvýšením kvality lidského stárnutí.<sup>8</sup>

*Stáří* je poslední vývojový stupeň v ontogenezi člověka. U stáří se dají rozlišit tzv. *univerzální znaky stárnutí*, tj. takové znaky, které provázejí všechny staré lidi např. šedé vlasy, vráscitá kůže a *probabilistické znaky stárnutí*, tj. znaky pravděpodobné a nevyskytující se u všech lidí (např. artróza). Tyto znaky mohou být doprovázeny dvěma typy efektů: (1) *efekty vzdálené (distální)*, které jsou důsledkem událostí relativně vzdálených (např. ztráta pohyblivosti způsobená obrnou v dětství) a (2) *efekty časově blízké (proximální)*, které jsou spojeny s důsledky mnoha aktuálních dějů, jako např. ztráta pohyblivosti způsobená zlomenou nohou. Tyto termíny je možno srovnat s podobnými pojmy, jako je primární stárnutí (tělesné změny stárnoucího organismu) a sekundární stárnutí (změny, které se ve stáří objevují častěji, ale nemusejí být nutným doprovodným znakem). Někteří vědci doplňují tyto termíny ještě třetím pojmem, a to terciární stárnutí (má za úkol vyjádřit prudký a nápadný tělesný úpadek bezprostředně předcházející smrti). Ian Stuart-Hamilton se shoduje s dalšími odborníky např. Zdeňkem Kalvachem

---

<sup>7</sup> Srov. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stáří*. Praha: Portál, 2000, s. 40-45

<sup>8</sup> Srov. ONDERKOVÁ, A., KALVACH, Z. *Stáří*. Praha: Galén, 2006, s. 8

a Alicí Onderkovou, kteří se zabývají gerontologií a kteří se shodují na tom, že neexistuje jediné spolehlivé měřítko pro stárnutí.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Srov. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stáří*. Praha: Portál, 2000, s. 18-25.

## 2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

V této části své práce bych se ráda zaměřila na samotný teoretický popis Alzheimerovy demence z důvodu nastínění celé podstaty a průběhu této nemoci.

### 2.1 VÝVOJ ALZHEIMEROVY CHOROBY

Zapomínání je s přibývajícím věkem u každého člověka stále častější a mnohým se stane, že si nemůže vzpomenout na jméno známé osoby nebo zapomene, kam položil klíče. Je důležité rozlišovat mezi běžnými projevy stárnutí a prvními příznaky Alzheimerovy nemoci. Z uvedeného vyplývá, že některé poruchy paměti tedy nemůžeme považovat za pouhé projevy stárnutí. Přináší je sebou některá onemocnění. Domnívám se, že jedním z nejvýznamnějších onemocnění, které se mimo jiné projevuje stále se zhoršující pamětí, dezorientací, poruchou jazyka a ostatními příznaky je právě Alzheimerova choroba, kterou se budu podrobněji zabývat v následující kapitole.<sup>10</sup>

*„Alzheimerova choroba postihuje v České republice dle odhadů 80 – 130 tisíc lidí a patří tak mezi nejčastější onemocnění vyššího věku. Je jí postižen zhruba každý pátý občan starší 65 let.“<sup>11</sup>*

Zejména pak výzkum Alzheimerovy nemoci byl dlouhý, složitý a stále pokračuje. Senilní demenci dobře diagnostikovali a poznávali lékaři již v první polovině minulého století. Mnichovský neuropatolog Alois Alzheimer, popsal v roce 1907 histologický nález v mozku paní Auguste D., která zemřela s diagnózou těžké demence po čtyřletém průběhu nemoci ve věku 51 roků. Spíše než Alzheimer sám,

---

<sup>10</sup> Srov. ZGOLA, M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 19

<sup>11</sup> HOLMEROVÁ, Iva, et al. *Pomerančový den : Světový den Alzheimerovy choroby*. Praha : ČALS, 2004. Alzheimerova choroba, s. 1



považovali jeho spolupracovníci histologický nález, jenž přinesl objev neuronálních klubek, za natolik odlišný od „běžné“ senilní demence, že prosadil pojem Alzheimerovy nemoci.<sup>12</sup>

*„Velké studie provedené v Evropě, Anglii a v USA v dalších desetiletích dokázaly, že mezi presenilní Alzheimerovou nemocí a senilní demencí Alzheimerova typu (označovanou zkratkami SDAT, DAT) nejsou kvalitativní histologické rozdíly. Pojem senilní demence Alzheimerova typu byl zaveden pro odlišení jiných příčin demencí v seniu (=vývojová fáze každého živého organismu vyznačená fyziologickými (metabolismus), psychickými (zvýšená emocionální labilita) a sociálními (snížená sociální adaptabilita) změnami. Přibližně od poloviny sedmdesátých let se proto začal prosazovat pojem Alzheimerova nemoc pro obě její tehdy rozlišené podoby – presenilní i senilní.“<sup>13</sup>*

Genetickým výzkumem posledních dvaceti let bylo zjištěno, že Alzheimerova nemoc je v části případů do značné míry společným klinickým, neurofyziologickým a neuropatologickým vyústěním několika druhů genových poruch. Ve většině případů, kterou představuje pozdní podoba Alzheimerovy nemoci nastupující po 65. roce věku, není její příčina dosud známa.<sup>14</sup>

Mnoho laiků se domnívá, že demence je údělem stáří. Slovo „senilita“, které znamená „stáří“, se stává synonymem „demence“. Demence se však může dostavit kdykoliv v průběhu dospělého života, s věkem se zvyšuje pouze pravděpodobnost onemocnění demencí.

---

<sup>12</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999, s. 35

<sup>13</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999, s. 35

<sup>14</sup> Srov. Tamtéž, s. 35

## 2.2 STÁDIA DEMENCE

Nástup Alzheimerovy choroby je pozvolný a nenápadný. Blízcí si u nemocného něčeho všimnou často až ve chvíli, kdy závažně selže v běžném životě. Rychlost zhoršování příznaků je individuální. U jednotlivých nemocných se objevují velké rozdíly v samotném průběhu onemocnění, jeho intenzitě, stupňování, projevech i samotném konci.

Běžně se rozlišují tři stadia vývoje onemocnění, které bych zde ráda popsala pro snadnější pochopení celkového fyzického i psychického stavu pacienta a také pro různé možnosti přístupů a metod práce s těmito pacienty.

### 2.2.1 Lehká demence <sup>15</sup>

Počáteční stadia nemoci probíhají většinou v domácím prostředí a jsou příčinou dysbalance celého rodinného systému, řady stresových situací a studu u nemocného i u jeho partnera či dětí. Jedinec zapomíná, není si schopen zapamatovat nové věci. Naopak si někdy dobře vybavuje vzpomínky z mládí, rád o nich opakovaně do omrzení mluví. Zhoršuje se jeho obrazová představivost a logické uvažování, schopnost úsudku a počítání. Objevují se poruchy prostorové orientace. Nemocný bloudí na méně známých místech. Trpí také přechodnou časovou dezorientací. Není schopen vybavit si, jaký je den, měsíc nebo rok. Má sníženou schopnost plynulého vyjadřování a mohou se vyskytnout i první psychologické příznaky a poruchy chování - deprese, poruchy vnímání, ojedinele i bludy. Pokud jsou lidé s Alzheimerovou chorobou přivedeni k lékaři, kde jim lékař klade různé testovací otázky, otáčejí se bezradně na doprovázejícího jedince a bezradně hledají odpověď - příznak otáčení hlavy. Pacient je však schopen základní péče o sebe sama,

---

<sup>15</sup> Srov. KONRÁD, Jiří. *Alzheimerova choroba : Stadia nemoci* [online]. 2003. [cit. 2008-02-12]. Dostupné na <[www.stari.cz](http://www.stari.cz)>, ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 4. vydání, Praha: ČASL, 2003, s. 6-7

i když se u něj může vyskytnout ztráta iniciativy a průbojnosti. Často založí někam peníze, dokumenty, klíče a není schopen je najít. Situaci mohou zhoršovat paranoidní projevy nemocného či jeho žárlivost. Podporu potřebuje stejně nemocný jako rodina, zvláště partner. Poruch paměti si nemocní nebyvají vědomi, cítí se často zdraví. Podezírají někdy blízké, že jim věci schovávají. Popírají své problémy, odmítají možnost, že by se jim zhoršovala paměť. Zůstává jim schopnost povrchně diskutovat a společensky povídat. Někdy kontrastuje s podezíráním blízkých naivní důvěra, se kterou se svěřují cizím lidem. Mění se osobnost a povaha nemocných, jsou zvýšeně sobečtí, soustředění jen na sebe.

#### PROBLÉMY:

- obtížné dorozumění,
- zapomínání,
- zakládání věcí,
- podezíravost, vztahovačnost,
- popírání problémů, poruch paměti,
- dezorientace v čase,
- bloudění na známých místech,
- obtížné rozhodování, bezradnost,
- příznak "otáčení hlavy",
- ztráta iniciativy,
- známky deprese, úzkosti a agresivity,
- ztráta zájmu o koníčky,
- změna osobnosti, sobeckost a egocentričnost

### 2.2.2 Střední demence <sup>16</sup>

U postiženého je možné po delší době sledovat již závažnější příznaky a problémy, které mu znemožňují vykonávat běžné denní činnosti. Je to hlavně neschopnost se soustředit, výrazné výpadky paměti, neschopnost pojmenovat známé věci a výpadky běžných slov. Zhoršuje se a ztrácí se schopnost počítat, číst a psát. Zůstávají zachovány útržky vzpomínek na události z mládí. Dále bývají poruchy soudnosti, těžší formy poruchy časové a prostorové orientace a také zhoršování řečových schopností. Objevují se výraznější poruchy chování, halucinace a bludy. Jedinec se domnívá, že mu někdo chodí do bytu, podezírá a obviňuje blízké, sousedy nebo zcela cizí osoby z krádeží. Pacient je již z velké části odkázán na péči okolí, což souvisí s dodržováním hygieny, nedovede se přiměřeně obléci, či udržovat si své věci v pořádku.

Mohou se již objevovat i přechodné odpolední a noční stavy zmatenosti - jedná se o poruchy vědomí, odborně nazývané deliria. Častější je také bloudění, ztrácení se. Přesto zůstává zachovaná schopnost vést povrchní společenskou konverzaci. Na první dojem mohou být nenápadní. Postižení paměti není při krátkém kontaktu patrné. Prohlubuje se změna osobnosti, egocentričnost, sobeckost.

#### PROBLÉMY:

- ztráta paměti,
- poruchy soudnosti, nekritičnost,
- prohlubování změn osobnosti, sobeckost, egocentričnost,
- neschopnost vykonávat běžné aktivity - vaření, nakupování, úklid,
- potřeba pomoci při mytí, vykonávání osobní hygieny a oblékání,

---

<sup>16</sup> Srov. KONRÁD, Jiří. *Alzheimerova choroba : Stádia nemoci* [online]. 2003. [cit. 2008-02-12]. Dostupný na <www.stari.cz>, ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 4. vydání, Praha: ČASL, 2003, s. 6-7

- obtížná komunikace,
- zatoulávání se, bloudění,
- poruchy chování, agrese,
- halucinace, podezřívavé chování, bludná vztahovačnost, bludy, obviňování blízkých,
- stavy zmatenosti – deliria.

### 2.2.3 Těžká demence <sup>17</sup>

Těžké, terciární stádium demence počíná zhruba po pěti letech od odhalení nemoci. U pacienta se symptomy, objevující se v prvním stádiu prohlubují a zhoršují a přidávají se další např. poruchy chůze, pády, neurologické poruchy, poruchy chování - především agresivita, odpolední a noční stavy zmatenosti. Nemocný je zcela závislý na cizí pomoci. Dochází k naprosté ztrátě soběstačnosti, nemocný je ve všem zcela odkázán na pečovatele. Nepoznává přátele ani členy vlastní rodiny, má obtíže při příjmu potravy a s dodržováním pravidelné osobní hygieny. Pacienti s touto demencí mívají problémy s inkontinencí. I při zajištění dostatečného příjmu potravy a tekutin nemocní chátrají a někdy rychle hubnou. Dále se zhoršuje schopnost řeči. Nemocný opakuje jedno nebo několik slov či větu, někdy přestane mluvit úplně. V posledním stadiu onemocnění Alzheimerovou chorobou se u něj mohou objevit další souběžné nemoci. Tyto, jinak mnohdy zanedbatelné choroby, mohou být pro pacienta s Alzheimerovou chorobou rizikové a životu ohrožující.

---

<sup>17</sup> Srov. KONRÁD, Jiří. *Alzheimerova choroba : Stádia nemoci* [online]. 2003 , [cit. 2008-02-12]. Dostupné na WWW: <www.stari.cz>, ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 4 vydání, Praha: ČASL, 2003, s. 6-7

## PROBLÉMY:

- poruchy příjmu potravy,
- nerozpoznání blízkých osob,
- nechápání okolního dění,
- ztráta schopnosti souvislé řeči, opakování slov, vět, křik,
- odpolední a noční stavy zmatenosti – deliria,
- obtížná chůze,
- poruchy vylučování moči a stolice, inkontinence,
- chování neodpovídající situaci,
- úplná ztráta soběstačnosti, ve všem závisí na pečovateli,
- upoutání na invalidní vozík,
- těžké duševní i tělesné chátrání, hubnutí.

### 2.3 SYMPTOMY

Centrálním znakem demence jsou kognitivní poruchy, které podle stadia onemocnění postihují různé kognitivní funkce (paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učit se, řeč a schopnost úsudku). Mým záměrem následujícího popisu je dát jasnější představu o tom, s jakými problémy se bude muset osoba s Alzheimerovou nemocí potýkat. Než se budu věnovat rozboru funkčních důsledků ztrát v každé z níže uvedených oblastí, je třeba si uvědomit, že chování člověka není jen výsledkem chybějících nebo změněných funkcí. Spíše svědčí o snaze jedince pokračovat v uspokojování svých potřeb, ačkoli se přitom musí navíc vypořádat se změnami ve svých schopnostech nebo je kompenzovat. Tato kapitola se tedy bude zabývat různými kognitivními funkcemi a důsledky jejich poruch.

### 2.3.1 Kognitivní poruchy

#### **Poruchy paměti**

Poruchy paměti se objevují u většiny demencí již v raném stadiu. Je rozlišována krátkodobá a dlouhodobá paměť, přičemž je při demenci nejdříve zasažena hlavně krátkodobá paměť. Tím je pro postiženého člověka ztíženo vnímání přítomnosti a více či méně je omezena kontinuita jeho jednání.

Dlouhodobá paměť se dělí na deklarativní a nondeklarativní paměť. Nondeklarativní paměť řídí především průběh automatizovaných dějů (praktickou paměť, primány, podmiňování, nonasociativní paměť) a je z velké části nevědomá. Různé systémy paměti jsou lokalizovány v různých oblastech mozku. Deklarativní paměť je vázána hlavně na funkci mediálního temporálního laloku a na mediální struktury mezimozku. Při demenci je narušena hlavně deklarativní paměť, zatímco nondeklarativní část zůstává ještě dlouho neporušená.<sup>18</sup>

Při Alzheimerově nemoci ovlivňuje ztráta paměti neboli amnézie obyčejně vzpomínky časově nepříliš vzdálené, to znamená, že si postižený nevybaví událost, ke které došlo před chvílí, před několika dny nebo měsíci. Vzpomínky ze vzdálené minulosti jsou obyčejně zachovány do mnohem pozdějších stadií nemoci. Ztráta paměti se projevuje jednak jako neschopnost získat nové znalosti znesnadňující postiženému nabýt nových dovedností a změnit staré zvyky. Neschopnost získat nové znalosti znesnadňuje nemocné osobě také možnost poučit se ze zkušenosti a přizpůsobit se novým okolnostem.<sup>19</sup>

Porucha paměti vede také k neschopnosti člověka udržet jednotlivé informace

---

<sup>18</sup> Srov. NAKONEČNÝ, M. *Obecná psychologie*. Praha: Academia, 1998, s. 201

<sup>19</sup> Srov. ZGOLA, JITKA M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 28

tak dlouho, aby je dokázal spojit dohromady v jediný smysluplný celek, což je nezbytné ke splnění úkolu.<sup>20</sup>

Pro jedince, kteří pečují o pacienty s Alzheimerovou chorobou je důležité uvědomit si několik důležitých informací. Především si pečovatel musí uvědomit, že si pacient nebude pamatovat věci, instrukce, připomínky, které se právě staly. Proto výčitky typu „*Vždyť jsem ti to právě řekla*“ absolutně nejsou na místě. Naopak mohou mít na jedince opačný účinek. Vyvolávají úzkost, nedůvěru a sráží sebevědomí. Místo toho aby osoba byla tázána na události z nedávné minulosti, je nejlepší ji o nich informovat, a pak se jí zeptat, jaký na to má názor. Pro osobu s poruchou paměti je záchranným pásmem důslednost. Když bude informace důsledně opakována, nakonec zakotví a zůstane. Dlouhodobá paměť zůstává zachována obvykle dost dlouho po puknutí nemoci. Proto by mělo být u osob s Alzheimerovou chorobou zkoumána paměť sahající do vzdálenější minulosti. Důležité je vyvolat radost ze zapamatování si a pocit úspěchu.<sup>21</sup>

### **Poruchy orientace**

Zatímco paměť zjišťuje hlavně časovou kontinuitu prožívání, zajišťuje orientace chápání prostorových dimenzí prožívání a jednání. Orientace se může v tomto smyslu vztahovat na časovou dimenzi (Co je dnes za den?), na dimenzi prostorovou (Kde se teď nacházím?) a na osobu (Kdo je můj průvodce?). Také poruchy orientace se objevují už v rané fázi a v dalším průběhu se s nimi setkáváme pravidelně. Porucha prostorové orientace se ukáže nejdříve tehdy, když se nemocný nachází v neznámém prostředí.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Srov. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 445

<sup>21</sup> Srov. ZGOLA, JITKA M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 73



## **Vigilita**

Chování, pro něž je charakteristická neschopnost setrvat u jedné činnosti, přerušování skupinové aktivity, toulání, neklid při jídle, vykřikování a podrážděnost, souvisí s celkovou schopností jedince se soustředit a ubránit se rušivým podnětům. Pokud by byla snaha u jedince s demencí udržet jeho pozornost, je dobré snížit přítomnost rušivých podnětů. Jedinci by měly být poskytnuty smysluplné a konzistentní podněty a možnost mu předávat informace v malých a stravitelných dávkách. V neposlední řadě by jedinec měl být neorientován žádoucím směrem, ať už se jedná o jakoukoliv záležitost.<sup>23</sup>

## **Poruchy myšlení**

V rozvinutých stádiích dochází k deterioraci myšlení a posudku a k omezení myšlenkových pochodů. Deteriorace intelektuální kapacity vede k poklesu funkční zdatnosti. Nemocní mají často potíže s každodenními činnostmi, jako např. mytím, jídlem, oblékáním. Celková úroveň poklesu kognitivních schopností i ztráta funkční zdatnosti je ovlivněna jednak sociálními tak i kulturními faktory, z toho vyplývá, že klinický obraz musí být posuzován s přihlédnutím k předchozímu vzdělání, prostředí a celkové osobnosti. K dalším poruchám myšlení patří např. zpomalení, nevýpravnost a těžkopádnost průběhu myšlení, poruchy úsudku, představitivosti, volné reprodukce a abstraktního myšlení. Některé abstraktní představy dělají potíže většině lidí, ale bohužel člověk s Alzheimerovou chorobou si není naprosto schopen uvědomit, co které slova a označení znamenají a co s nimi má dělat.<sup>24</sup>

## **Poruchy jazyka, řeči, afázie**

*„Verbální forma řeči užívaná určitou společenskou skupinou se nazývá jazyk a má určitou národní formu např. čeština, němčina, ruština atd. Lidská verbální*

---

<sup>22</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998, s. 127

<sup>23</sup> Srov. ZGOLA, JITKA M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 73

<sup>24</sup> Srov. RAHN, E., MAHNOKOPF, A. *Psychiatrie*. Praha: Grada, 2000, s. 8

*komunikace, mluvená a později jako psaná řeč (sdělování pomocí písma, která měla v různých kulturách různou formu ).“<sup>25</sup>*

Poruchy řeči jsou prokazatelné v průběhu nemoci téměř u všech nemocných demencí. Většinou mají poruchy řeči charakter senzoričných afázií: nelze nalézt slova, nemocný obtížně pojmenovává předměty, opisuje jejich názvy. Jedinec s Alzheimerovou chorobou zapomíná i ta nejjednodušší slova nebo je nahrazuje slovy nesprávnými, takže jeho věty vůbec nedávají žádný smysl. Především u vaskulárních demencí mohou být pozorovány také motorické afázie (LANG a kol. 1991). Podle poruchy může v rámci demence vzniknout také dysartrie.<sup>26</sup>

### **Praktické poruchy**

Apraxií se rozumí poruchy účelného pohybu částí těla při zachované pohyblivosti a vnímání. Vyhraněné apraktické poruchy jsou pozorovány hlavně v pozdních fázích demence a objevují se většinou ve spojení s agnostickými poruchami. Postiženy jsou při tom také zautomatizované praktické úkony jako je převlékání, používání přístrojů v domácnosti, kdy si neuvědomují jejich správnou funkčnost nebo nejsou schopni dané přístroje obsloužit tak, aby bylo vše v pořádku. Tyto problémy vedou k nechuti účastnit se aktivit a jsou často mylně hodnocené jako zatvrzelost. Problémy a časté neúspěchy při vykonávání různých činností způsobují, že člověk s demencí žije ve velké nejistotě a úzkosti a činnostem se raději vyhýbá.<sup>27</sup>

### **Agnostické poruchy**

Především v pozdějších stádiích mají nemocní demencí stále větší potíže i přes neporušené vnímání porozumět výzvám a pobídkám. Tyto agnostické poruchy se mohou vztahovat také na požadavky všedního dne jako je např. žádost

---

<sup>25</sup> Srov. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*, Praha: Academia, 1008, s. 283

<sup>26</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998, s. 123

<sup>27</sup> Srov. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, str. 445

„Mohl byste prosím zavřít dveře“. Jedinci s Alzheimerovou chorobou si neuvědomují smysl daného požadavku, nejsou schopni požadavku vyhovět, a proto jsou pomalu ve všech situacích odkázáni na pomoc druhého.<sup>28</sup>

Proto se musí pečovateli jedince co nejvíce přizpůsobit. Především musí přijmout plnou a jednostrannou zodpovědnost za to, že osobě rozumí, a že osoba rozumí jemu. Za druhé si musí uvědomit, že se nejedná o pokus zdokonalit jazyk osoby, ale že jde o to, aby s osobou skutečně komunikoval. Pečovatel by se měl sám naučit slovníku, který daná osoba používá, než opravovat chyby a naučit jedince správné slovo. Velmi užitečné je také rozpoznat některá důležitá slova, kterým osoba nejspíše rozumí a dát ostatním pečovatelům vědět, která slova to jsou. Pokud se ale zamyslím nad samotnou komunikací, uvědomím si, že komunikace obnáší podstatně více než slova. Např. tón hlasu, jeho modulaci, výraz tváře a gesta. To vše doplňuje verbální jazyk a činí je tak více srozumitelným. Proto je velmi důležité poslouchat jedince co říká a také je důležité věnovat pozornost jeho neverbálním signálům. Ty často sdělují význam přesněji než vyřčená slova. Vedle toho, že bude pečovateli věnovat pozornost projevům osoby, musí si být vědom také projevů vlastních. Řeč těla může popřít nebo podpořit to, co bylo vyřčeno slovy. Neverbální vzkazy by měly být používány nejen k tomu, aby došlo k podpoření pacientovy komunikace, ale také k tomu, aby slova podpořila jedincovo snažení o pochopení významu a navázání bližší komunikace.<sup>29</sup>

### **Poruchy úsudku a vhledu**

Nejenom poruchy vhledu, ale i úsudku a abstraktního myšlení způsobují, že člověk nedokáže předvídat důsledky svého jednání, nerealisticky odhaduje vlastní schopnosti a má tendenci chápat věci doslovně.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Srov. HOŘEJŠÍ, J. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999, s. 24

<sup>29</sup> Srov. ZGOLA, JITKA M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 75

<sup>30</sup> Srov. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, str. 445

Mnohému chování by mohlo být zabráněno pomocí včasné obezřetnosti pečovatele. Pečovatel by měl předvídat potenciální chyby, nechtít po osobě, aby se k něčemu přiznala, měl by omezit možnost výběru a především udržet si důvěru s postiženou osobou.<sup>31</sup>

I bez procesu demence se ve stáří mění kognitivní výkonnost. Především rychlost s jakou se uskutečňují jednotlivé kognitivní výkony, s věkem klesá. S těmito změnami se v rámci měření výkonnosti počítá a normy jsou korigovány s ohledem k věku. Souvislost mezi normálním a patologickým kognitivním stářím ještě není definitivně vyjasněna. Kontinuální hypotéza postuluje plynulý přechod, přičemž rychlost kognitivního stárnutí možná determinuje vznik demence. Jiná hypotéza odlišuje procesy demence kvalitativně od normálního kognitivního stárnutí.<sup>32</sup>

### 2.3.2 *Nekognitivní poruchy*

Dalším častým doprovodným projevem onemocnění demence jsou i nekognitivní psychopatologické syndromy. Minulá podkapitola byla věnována vymezení kognitivních poruch, v této podkapitole bych se ráda věnovala vymezení nekognitivních poruch.

Nekognitivní poruchy předcházejí vlastním symptomům demence nebo komplikují průběh onemocnění. Na druhé straně jsou právě nekognitivní poruchy v rámci demence nejpřístupnější ošetření. K těmto poruchám patří psychomotorické změny např. neklid nebo adynamogenie, agresivní způsoby chování, bludy a halucinace, poruchy spánku a afektivní poruchy, především depresivní nálady.<sup>33</sup>

Vztah k onemocnění demencí způsobuje některé zvláštnosti těchto nekognitivních poruch. Tak se u dementního pacienta objevují poruchy spánku v rámci změn

---

<sup>31</sup> Srov. ZGOLA, JITKA M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 79

<sup>32</sup> Srov. ONDERKOVÁ, A., KALVACH, Z. *Stáří*. Praha: Galén, 2006, s. 37

<sup>33</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, s. 148

biorytmu (inverze den-noc). Stav neklidu příležitostně odráží pacientovo zoufalé hledání ztracené orientace. Bludné symptomy jsou často projekcemi existenciálního prožitku ztráty základních schopností např. představa toho, že je člověk oloupen. Právě na začátku vývoje demence může být deprese hodnocena jako výraz blížícího se zoufalství. Právě tak souvisí agresivní chování většinou se subjektivně míněnou obranou před nebezpečími, které připravuje svět. Tato nebezpečí nedokáže postižený uspořádat a odhadnout. Za určitých podmínek mohou nekognitivní symptomy postavit rodinné příslušníky a terapeuty před značné problémy. Inverze dne a noci tak může znemožnit ošetřování pacienta domácím prostředím, nebo mohou bludné symptomy (podezření, že člověka okrádají rodinní příslušníci) zničit emocionální rovnováhu mezi postiženým a rodinnými příslušníky.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, s. 219-221

## 2.4 DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Alzheimerova choroba je onemocnění mozkové tkáně, kterému se nyní věnuje velká pozornost. Hodně se o něm píše, mluví, neboť došlo k velkému pokroku v poznání příčin této nemoci a možnosti její léčby. Ukázalo se, že jde o onemocnění poměrně časté, jak jsem již uvedla na začátku práce a nebylo dříve přesně diagnostikováno. Alzheimerova choroba je pouze jednou z příčin, které vedou k demenci. Jeho častější výskyt jistě souvisí s prodlužujícím se věkem člověka, se zlepšením úrovně zdravotní péče a lepší diagnostikou, ale i se škodlivými civilizačními návyky.

### 2.4.1 Diagnostika

K demenci vede více nemocí, vedle zmíněné Alzheimerovy choroby to může být sklerotické onemocnění cév mozku, ale i chronické stavy otravy alkoholem, návykovými látkami, též některé těžké úrazy a stavy spojené s poruchou krevního zásobení mozku atd.. Je patrné, že k demenci, jako chorobě takové, může vést i více příčin a výsledný stav bývá podobný. Vývoj psychických změn bývá pomalý. Rozpoznání těchto změn je zpravidla brzy patrné pro okolí postiženého, přesná diagnostika však patří lékaři. Důležité je časně určení nemoci, neboť možnosti léčby závisí právě na včasné zachycení této choroby.<sup>35</sup>

Včasná a správná diagnóza Alzheimerovy choroby či jiného onemocnění vedoucího k demenci je základním a nezbytným předpokladem pro zahájení včasné a účinné farmakologické terapie a zachování uspokojivého funkčního stavu. Bohužel je zatím obecně známou skutečností, že od prvních příznaků demence uplyne mnoho měsíců, než se pacient rozhodne vyhledat lékařskou pomoc. Více než polovina

---

<sup>35</sup> Srov. PREISS, M., KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada, 2006, s. 126

pacientů vyhledává lékaře až ve fázi pokročilé demence. To je skutečnost, kterou je třeba zlepšit důslednou edukací a informováním laické i odborné veřejnosti. Lékař, který stanovuje diagnózu Alzheimerovy choroby, by měl pacientovi a jeho rodině vždy dát kontakt na nejbližší kontaktní místo alzheimerovské společnosti, na webové stránky a informační linku. Tam mohou pacienti a rodinní příslušníci získat další informace, které potřebují, aby se s nastávající situací mohli lépe vyrovnat. Měli by se také dozvědět o dalších formách pomoci a podpory pečujících, které jim mohou alzheimerovské společnosti nabídnout v dalším průběhu onemocnění.<sup>36</sup>

*„Třebaže Alzheimerova demence je u starších lidí velmi častou poruchou (ve věku nad 65 let je to 5%), praktičtí lékaři odhalí jen nejvýše polovinu z nich, a to ještě ve značně pokročilém stadiu onemocnění.“<sup>37</sup>*

U řady pacientů je Alzheimerova demence odhalena teprve tehdy, když selže člověk, který o postiženého pečuje, např. když zemře jeho partner. Základem musí být co nejčasnější diagnóza a aktivní péče, která je schopna zlepšit kvalitu života pacientů i těch, kdo o ně pečují, a snížit zátěž, kterou onemocnění představuje pro celou rodinu postiženého.<sup>38</sup>

Neexistuje žádný jednoduchý test pro stanovení diagnózy. K závěru, že se jedná o Alzheimerovu chorobu je možno dospět tak, že od nejbližšího příbuzného nebo přítele se velmi pečlivě zjistí, jak se problémy postižené osoby vyvíjely a zároveň dojde k zhodnocení jeho fyzického a mentálního stavu. Pomocí soustavy testů je možné vyšetřit kognitivní funkce. Je důležité vyloučit jiné nemoci a stavy, které způsobují poškození paměti. Proto je třeba provést také zobrazovací vyšetření mozku.<sup>39</sup>

---

<sup>36</sup> Srov. Holmerová I, Jarolímová E, Jurašková B, et al. *Kvalita péče o pacienty s demencí: role a cíle alzheimerovských společností*, Česká geriatrická revue 1/2004, s. 44–48.

<sup>37</sup> HOŘEJŠÍ, J. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999, s. 83

<sup>38</sup> Srov. HOŘEJŠÍ, J. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999, s. 83

<sup>39</sup> Srov. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 4 vydání, Praha: ČASL, 2003, s. 9

V dnešní době existuje několik druhů testů, díky nimž je možná včasná a především přesná diagnostika Alzheimerovy demence. Patří mezi ně např. Ischemické skóre Hachinskeho, test kreslení hodin podle Schulmana, Test DAD (Disability Assessment in dementia), který slouží k ohodnocení schopností provádět běžné aktivity denního života. Především tyto schopnosti se v Alzheimerově demenci výrazně mění. Jedním z nejdůležitějších a nejvíce využívaných testů je test MMSE (Mini-Mental State Examination), který bych v další kapitole stručněji popsala.<sup>40</sup>

#### 2.4.1.1 Mini-Mental State Examination

*„MMSE je vhodný pro screening, stanovení diagnózy, sledování progresu a indikace k léčbě i ústavní péči. Tímto testem se ověřuje jak přítomnost tak i samotná závažnost Alzheimerovy demence. Zaměřuje se pouze na kognitivní funkce, nikoli na poruchy nálady nebo myšlení. Celý test obsahuje 11 otázek a doma provedení nepřesahuje 20 min.“<sup>41</sup>*

Před zahájením testu je nutné navázat s pacientem kontakt, vytvořit povzbudivou atmosféru a netrvat na úkolech, které jsou pro pacienta příliš obtížné. Škála MMSE je rozdělena do dvou částí. První část vyžaduje pouze ústní odpovědi a testuje především orientaci, paměť a pozornost. Její max. skóre je 21. Druhá část naopak testuje schopnost jedince pojmenovat a opakovat, sledovat jak verbální tak písemné pokyny, spontánně napsat větu a podle předlohy nakreslit geometrické obrazce. Maximální skóre druhé části je 9. Celkové maximální skóre je 30. Pro nás je důležité to, že pro diagnózu demence se jako hraniční považuje 25. Méně než 25 svědčí pro poruchu kognitivních funkcí. Test Mini Mental State Examination jsem pro

---

<sup>40</sup> Srov. HOŘEJŠÍ, J. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999, s. 48

<sup>41</sup> HOŘEJŠÍ, J. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999, s. 37



přesnější představu uvedla v příloze na závěr své práce.<sup>42</sup>

#### 2.4.2 Léčba

Léčba Alzheimerovy choroby by měla být komplexní. V kombinaci s podpůrnou (nebiologickou) formou léčby využívat nejmodernější dostupné léky, které podporují zachování poznávacích funkcí. Pro počáteční a lehce pokročilé stadium byl objeven způsob léčby, který může tuto chorobu podstatně zpomalit a oddálit její rozvoj. V pokročilém stadiu a při demenci je možno léčbou ovlivnit některé projevy choroby.<sup>43</sup>

Pro pečovatele je velmi důležité, aby znali možné dostupné léky a prostředky, kterými mohou svým blízkým jakkoliv ulevit od bolesti a od stávajících problémů.

##### 2.4.2.1 Léčba farmakologická

Samotnou farmakologickou léčbou v léčbě počínající Alzheimerově nemoci jsou k dispozici léky, které dokáží podstatně oddálit její rozvoj. Léčba je poměrně drahá, její indikace a určení způsobu léčení musí určit lékař - neurolog, psychiatr. Nutná je spolupráce pacienta a pravidelné užívání léků. Jedná se především o:

- **Kognitiva**

Základem léčby Alzheimerovy choroby jsou nyní léky nové generace. Tyto léky pomáhají v mozku obnovit potřebné množství acetylcholinu, který je nezbytný pro přenos nervových signálů. Zvyšují jeho hladinu tím, že brání jeho odbourávání. Proto je u onemocnění Alzheimerovou chorobou důležité zahájit léčbu co nejdříve v době, kdy je ještě možné hladinu

---

<sup>42</sup> Srov. *Testy : Mini Mental State Examination* [online]. 2003, posl. aktualizace [cit. 2008-03-08]. Dostupné na <www.stari.cz>

<sup>43</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998, s. 121

acetylcholinu příznivě ovlivňovat. Kognitiva se používají při léčbě především lehkých až středně těžkých forem.<sup>44</sup>

- **„Další volby symptomatické léčby“<sup>45</sup>**

*V průběhu Alzheimerovy choroby se mohou objevovat i další příznaky. Jsou to např. deprese, neklid, nespavost, ale i agresivita. Tyto příznaky lze úspěšně zmírnit či odstranit pomocí určitých skupin léků:*

- *Neuroleptika - zmírňují a odstraňují agresivitu, neklid, vzrušenost.*
- *Antidepresiva - potlačují příznaky deprese.*
- *Hypnotika - léčí poruchy spánku .*
- *Anxiolytika - tlumí úzkost.*

#### **2.4.2.2 Léčba nefarmakologická**

U nefarmakologické léčby je nejdůležitější neustálá aktivizace a stimulace pacienta. Jedná se o druh léčby, které se může zúčastnit každý z nás, a proto je mnohdy větším přínosem, než samotná léčba farmakologická. Rehabilitační programy pro pacienty s Alzheimerovou demencí jsou zaměřeny na kognitivní a fatické funkce a reedukace základních aktivit běžného života. Reedukace může probíhat i za pomoci počítačových programů zvláště k tomu vytvořených. Laskavý přístup pečovatele může snížit pacientovu hladinu úzkosti, zvýšenou ve strachu ze selhání a z nejistoty. Toto snížení napětí a úzkosti může následně zvýšit výkonnost pacienta a zlepšit jeho koncentraci a výkon v paměťových funkcích. Pocit jistoty a podpory je pro nemocného s Alzheimerovou demencí velmi důležitý.

---

<sup>44</sup> KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1998, s 142

<sup>45</sup> *Alzheimerova choroba : Jak se choroba léčí?* [online]. 2003, posl. aktualizace 7.1.2008 [cit. 2008-04-07]. Dostupné na <www.stari.cz>.

Jak jsem již zmínila, nefarmakologickou léčbu představují především různé **aktivační** (zvyšující činnost), **reedukační** (napravující porušené funkce) a **rehabilitační metody**.

Nezákladnějším a nejvíce rozhodujícím a důležitým bodem je **nenechat pacienta v nečinnosti**. Je třeba s jedincem dělat co nejvíce aktivit a činností, i přesto že získáváme pocit jedincova nezájmu, nevnímání či naprosté ztráty smyslu. Ošetřovatel musí s pacientem především mluvit. Veškerá činnost, která se s pacientem vykonává se musí nahlas popisovat, vysvětlovat a přiblížit. Je velkým přínosem např. zpívat, hrát společně hry. S nemocným je dobré nacvičovat základní dovednosti. Především procvičovat to, co je pacient schopen ještě zvládnout sám. Nemocný by měl být neustále konfrontován s realitou. Při práci s jedincem trpícím Alzheimerovou chorobou je dobré dát mu k dispozici kalendář k zapamatování si dat, zřetelně označit jednotlivé místnosti, jako je WC, jídelna nebo pokoj a mnoho dalších přínosných skutečností, které podrobněji rozeberu v dalších kapitolách. Všechny tyto činnosti jsou velkým přínosem v léčbě nefarmakologické.<sup>46</sup> Psychiatrická rehabilitace představuje jeden z nejvýznamnějších nefarmakologických léčebných přístupů. V rehabilitaci je hlavní orientace na nejzákladnější potřeby, na nejběžnější aktivity denního života, jejichž zvládnutí je spojené se zachováním relativní soběstačnosti postižených. Důraz je kladen především na posilování těch schopností a dovedností, které jsou ještě stále u pacienta zachovalé. Velmi důležitá je kognitivní terapie, která je zaměřená na základní dovednosti a na různé složky paměti. Pro trénink paměti jsou vypracovány různé techniky, tato metoda se uplatňuje jak individuálně tak ve skupinách. Bylo také vypracováno několik metod počítačové rehabilitace kognitivních funkcí. Počítačová rehabilitace našla zatím větší uplatnění v zemích, kde i lidé vyššího věku jsou zvyklí pracovat s počítačem (např. USA). Kognitivní terapií se lidé s Alzheimerovou chorobou učí vhodné postupy ke zvládnání

---

<sup>46</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, s. 152

běžných životních situací. Tím se jim zlepšuje kvalita života.<sup>47</sup>

**„Tři body, které jsou považovány za jedny z nejdůležitějších u léčby nefarmakologické“<sup>48</sup>:**

- *vytvoření ochranného prostředí, vyloučení ohrožujících prvků, zajištění životních potřeb, vyřizování úředních záležitostí,*
- *rehabilitační činnosti - instrumentální (rukodělné, pohybové) ale i psychické (komunikační dovednosti, zejména "trening" četby, psaní, opakování přečteného či viděného v TV, nácvik orientace),*
- *udržování kontaktů s blízkými osobami spojenými emočními vztahy).*

Je nutné vést v patrnosti, že žádná léčba ani léky nemohou zcela zastavit chorobný proces při Alzheimerově chorobě ani jiným chorobám, které vedou k demenci. Daří se pouze podstatně zpomalit rozvoj chorobných projevů. Průběh onemocnění lze tedy příznivě ovlivnit, takže z dřívějších měsíců lze nyní prodloužit relativně hodnotné období stáří postiženého člověka na roky.

---

<sup>47</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Demence*. Praha: Galén, 2004. s. 164-165

<sup>48</sup> *Alzheimerova choroba : Jak se choroba léčí?* [online]. 2003, posl. aktualizace 7.1.2008 [cit. 2008-04-07]. Dostupné na <[www.stari.cz](http://www.stari.cz)>.

### 3 KOMUNIKACE

Alzheimerova nemoc vážně ovlivňuje komunikaci na všech úrovních, a tím ovlivňuje i vztah mezi postiženou osobou a pečovatelem. Tím, jak se u postižené osoby ztrácí schopnost komunikovat, mají rodinní příslušníci často pocit, že se ztrácí i sám vztah. Prožívají ztrátu blízkého člověka, přestože s nimi stále ještě je. Problém v komunikaci brání vytvoření fungujícího nového vztahu mezi pečovateli a jedinci postiženými kognitivní poruchou. Osoba, která přichází např. do denního stacionáře nebo do domova důchodců jako nová, zůstává izolovaná a opuštěná. Vzhledem k tomu, že kvalita života postižené osoby Alzheimerovou demencí i těch, kteří o ni pečují, záleží na povaze jejich vzájemného vztahu, je velice důležité, aby byla v průběhu nemoci s postiženou osobou udržována co možná nejlepší komunikace. K tomu, aby bylo kvalitní komunikace dosaženo je důležité, aby ošetřující pečovatel znal co nejlépe podrobný stav postiženého jedince.

Je velmi důležité komunikovat s klientem na jeho úrovni tak, aby porozuměl. Vyžaduje to nejen znalost dané problematiky, ale i značnou dávku vlastního citu zaznamenávat reakce pacienta, protože ty se mohou projevovat v zcela nepatrných niancích. Jestliže se přizpůsobíme komunikační úrovni pacienta a zvolíme-li jeho komunikační formu, můžeme posoudit na jakém stupni vědomí žije a jakékoliv aktivity, kterých je pacient schopen, musíme vidět jako jeho jedinou možnost kontaktu s jeho okolím.

Nejnáročnějším úkolem ošetrovatelské péče je pochopit potřeby pacienta, poznat a porozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti.<sup>49</sup>

Bohužel v mnoha případech stále dochází k tomu, že řada pečujících považuje ležícího a nekomunikujícího jedince za „trosku“, s níž se již ani komunikovat nedá

---

<sup>49</sup> ZGOLA, M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. s. 123-124

a je to zbytečné, protože nám stejně nerozumí. To je bohužel velký omyl. S pacientem s Alzheimerovou chorobou má smysl komunikovat a to i s těžce dementním pacientem. Především tělesný dotek, hlazení, ale i pouhé držení za ruku. V tomto případě se jedná o speciální druh komunikace nazývaný bazální stimulace. Velký význam bazální stimulace se pokusím nastínit v jedné z následujících kapitol. Je důležité uvědomit si, že jedinec s tímto typem demence slyší, cítí a vnímá i přesto, že neumí odpovědět nebo na to nemá již dostatek sil. Jedny ze zásadních aspektů, kterých bychom se měli vyvarovat, jsou nepříjemné hovory nad tímto nemocným, případně různé úvahy o jeho odchodu ze života, protože i to může nemocný slyšet a vnímat i přesto, že nám to tak nepřipadá.<sup>50</sup>

Komunikace nám dává pocit spojení s druhými jedinci. V průběhu Alzheimerovy demence schopnost sdílet zkušenosti s druhými postupně mizí. Pacient s touto demencí dokáže stále méně komunikovat s okolím. Stojí ho mnohem více úsilí, pokud má druhým jasně vysvětlit co cítí nebo potřebuje. Zároveň musí vyvíjet stále větší úsilí, aby pochopil, co se snaží druhí objasnit nebo naznačit jemu. Při normálním rozhovoru do něho přispívají víceméně stejně. Tato rovnováha však chybí, pokud se snažíme komunikovat s pacientem s Alzheimerovou demencí. Do takovéto komunikace musíme investovat mnohem více energie. Čím pokročilejší je stádium demence, tím více energie bude potřeba vynaložit, abychom dosáhli jistého stupně opravdové komunikace.

**V prvním stádiu** nedokáže už pacient s demencí mluvit o nedávných událostech a často má potíže najít ta správná slova k vyjádření. V jakémkoliv typu rozhovoru má jedinec tendenci uchýlovat se ke slovům, jež jsou mlhavá a nejasná. Jako příklad těchto prázdných slov uvedu např. „to“, „někde“, „věci“, „něco“. Tato slova se označují jako slova „prázdná“ protože nesdělují nic konkrétního. Pokud jedinec

---

<sup>50</sup> Srov. KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*. Praha: Grada, 2006, s. 102

s Alzheimerovou demencí v prvním stádiu své choroby udělá chybu v pojmenování nějakého předmětu, často vybere slovo, které je „blízko“ slovu správnému.

**V druhém stádiu** je pro člověka s demencí stále obtížnější zapojit se a také jeho snaha o samotné zapojení do komunikace bude mnohem méně častá, než bylo ve zvyku v minulosti. Pro pečující v jeho blízkosti bude složité, aby mu porozuměli, protože jedinec v této fázi onemocnění pokládá za samozřejmé, že mu okolí rozumí. Postižený jedinec nepoužívá žádná úvodní slova nebo věty, jež by uváděly posluchače do rozhovoru. Jedinec většinou začne komunikaci od prostředku samotného smyslu věty a nevidí situaci z hlediska posluchače. V této fázi onemocnění již nedokáže pochopit význam abstraktních pojmů a není schopen rozlišit rozdíl mezi přítomnou situací a minulostí. Lidem s demencí stojí obrovské úsilí dávat dohromady správnou větu. Aby se s tím vyrovnali co nejlépe, uchylují se pochopitelně k sérii automatismů a běžných frází.

**Ve třetím stádiu** demence přestává pacient komunikovat docela. Nedokáže pronést už ani nejběžnější věty. Jeho vyjadřovací schopnosti mizí (až na několik neartikulovaných zvuků). Stěží dokáže odpovědět na jakoukoli otázku a reaguje pouze na fyzické impulzy jako je např. bolest, teplo, chlad nebo pohyb.<sup>51</sup>

Existuje několik zásad, které platí pro komunikaci s jedincem s Alzheimerovou demencí, a kterých by se měl každý držet, přichází-li do kontaktu s těmito pacienty. Ke klientovi by měl být přístup vždy otevřený, přátelský a laskavý. A to i v případě, kdy situace je naléhavá. Pokud dojde k situaci, že pečující bude pociťovat úzkost, napětí či rozčílení, dojde k přenosu těchto pocitů i na samotného klienta. Jedním z důležitých bodů je hned na začátku klienta oslovit vždy jménem, čímž dojde k ujasnění, zda klient věnuje dostatečnou pozornost. Během rozhovoru by mělo docházet k zjišťování, že je celé komunikaci věnována dostatečná pozornost. Celková pozornost i zaměřená energie vložená do komunikace pomůže osobě

---

<sup>51</sup> Srov. BUIJSSEN, H. *Demence*. Praha: Portál, 2006. s. 59 - 61

s Alzheimerovou demencí soustředit se. Na druhou stranu by si měli osoby pečující o tyto pacienty uvědomit, že jakoukoliv nesoustředěnost či roztěkanost jedinec vycítí a bude pro něho mnohem obtížnější soustředit se na dané téma. Nejlepší je pokaždé, když dojde ke vzájemnému setkání, představit se a naznačit dalšími prostředky o jakou osobu se jedná. Je důležité při komunikaci s jedincem s demencí zůstat věcní a vyvarovat se rozvinutým vysvětlením. Mluvit by se mělo především pomalu, ale zároveň tímto klienta „neznevažovat“. Je dobré používat hojně řeč těla, např. jemný dotyk, držení za ruku, ale ne dříve, než dojde k ujištění, že máte svolení proniknout do jeho osobního prostoru. Někteří lidé si chrání svou soukromou sféru a cítili by jako urážku, kdyby došlo náhle do jejího vstoupení. Jestliže nemocný při pokusu o komunikaci reaguje negativně, je dobré osobu směřovat na pohodlné místo nebo k činnosti, jež ho uklidní. Je velice důležité, aby osoba nechápala pečovatele jako protivníka, ale spíše jako zdroj pohody a bezpečí.<sup>52</sup>

V komunikaci jde o mnohem víc než o pouhou výměnu informací. Komunikace znamená být v kontaktu, ale slova nejsou jediným způsobem, jak kontakt vytvářet. Ve skutečnosti je i mezi lidmi s bohatou výřečností možné shledat, že ani poté, co si vymění milion slov, nenaváží skutečné spojení, že nedojde k žádné skutečné komunikaci. Přesto v jiných chvílích stačí pohled, dotek ruky nebo úsměv a vznikne pouhá fyzická blízkost a výměna informací nebo myšlenek. Je v tom ještě něco jiného, je to přítomnost našeho „já“. Když už nejsou k dispozici slova, můžeme dát pocítit svou přítomnost dotykem, tónem hlasu, zpěvem, výrazem tváře, držáním se za ruce, příjemnými zvuky nebo dokonce jen mlčením – tichou pozorností. Tak uskutečníme komunikaci, která bude znamenat skutečné spojení.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Srov. ZGOLA, M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. s. 138

<sup>53</sup> Srov. LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. s. 49



## 4 PÉČE O ČLOVĚKA S DEMENCÍ

Pokud je vyvinuta snaha o komplexní péči člověka s Alzheimerovou nemocí, je třeba ve vzájemném vztahu usilovat o důstojnost, spokojenost a autonomii nemocného, o jeho ochranu před zbytečným strachem, úzkostí a studem. Domnívám se, že jedna z nejvýznamnějších poruch doprovázejících Alzheimerovu chorobu je porucha paměti. Ta způsobuje, že lidé s demencí se ztrácejí v čase, v prostoru, ve vztazích, v pojmech i sami v sobě. Potřebují proto vnímat lidský hlas a dotek, které k ničemu nemotivují, jen uklidňují. Proto je zde tak důležitá samotná role pečovatele. Nejdůležitější je se snažit bizarnímu světu nemocných porozumět a umožnit jim, aby alespoň v určitých mezích, které jsou jim možné, zažívali klid, akceptaci a jistotu. Je třeba nemocné v rodině i v ústavní péči akceptovat, srozumitelně je brát takové, jací jsou, včetně jejich změn, výpadků a problémů. Dát jim srozumitelně na vědomí, že jsou nadále přijímáni, nikoli doživotně léčeni, kontrolováni a trénováni.

Alzheimerova nemoc omezuje člověka v jeho schopnosti plánovat a řídit svoje činnosti, popř. se naučit něčemu novému. Dlouho však nebrání tomu, aby člověk využíval svou dlouhodobou paměť, staré silně zafixované rutinní dovednosti a návyky, automatické reakce na známé podněty, stereotypy a zažitá vzorce chování a to až do pozdních fází nemoci. Nemocný je dlouho schopen vztahovat se ke svým hodnotám, rozlišit dobré a zlé, je schopen mít svůj názor a nabídnout radu, držet se své logické myšlenkové linie, i když se okolí může zdát absurdní. I člověk v pokročilém stadiu Alzheimerovy choroby je schopen vnímat a prožívat, reagovat zklidněním a projevy slasti na příjemné podněty, na projevy lásky a empatie, na lidský hlas, vůni či pohlázení a nebo naopak stažením a depresí na špatné zacházení, na vnitřní nepohodu, úzkost a nejistotu. Všechny tyto skutečnosti by si měl jedinec pečující o pacienta v ústavní péči ale i pečovatel v rodinné prostředí uvědomit.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Srov. ZGOLA, JITKA M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 146

#### 4.1 VZTAH PEČOVATELE

Nejlepší způsob jak porozumět chování jiného člověka je pokusit se představit si na jeho místě sám sebe. Představit si, jak asi vidí svět osoba postižená Alzheimerovou chorobou a jak může nemoc ovlivnit její reakce. Dojde-li k nahlédnutí do problému dostatečně pečlivě a důsledně, může se často v chování této osoby postřehnout racionální snaha vypořádat se s okolnostmi, které jí přestaly dávat smysl. Uznání tohoto racionálního aspektu v chování osoby postižené demencí je základem pro vytvoření a udržení pečovatelského vztahu. Kognitivně postiženému člověku to poskytuje víru, že je soudným a dospělým člověkem. Setká-li se pečovatel s jednáním problematickým anebo těžko pochopitelným a rozpozná-li, že se jedná o racionální reakci na dané okolnosti, bude se snažit změnit spíše okolnosti než chování samotné. Pečovatel může dokonce při řešení situace využít spolupráce postižené osoby. Jeho úsilí nebude směřovat k řízení osoby, ale k řízení situace. Když se mezi pečovatelem a touto osobou vytvoří vztah vzájemné spolupráce a nikoli opozice vůči ní, jejich vzájemný vztah to posiluje. Je nutné vzít na vědomí, že jedinec s kognitivní poruchou je dospělým člověkem s dospělými reakcemi a jako každý dospělý bude i on příznivěji reagovat na vedení než na řízení.<sup>55</sup>

#### 4.2 RODINNÁ PÉČE

Nejefektivnější v léčbě Alzheimerova demence je komplexní přístup. Prakticky to znamená propojení léčby farmakologické, psychoterapeutické a rehabilitační. Současně je důležité mít na paměti, že léčbu a podporu nepotřebují pouze nemocní, ale často i jejich blízcí, pečující osoby a sociální okolí, protože samotná nemoc a její klinický obraz zejména v pozdních stádiích klade velké nároky právě na pacientovo okolí. Je přirozené, že tato zátěž má dopady na psychický stav blízkých a pečujících osob, a to nejen v důsledku možné únavy a vyčerpání, ale zejména v důsledku

---

<sup>55</sup> KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Demence*. Praha: Galén, 2004. s. 121

vyrovnání se s faktem nemoci a vyhlídky na ztrátu blízké osoby.<sup>56</sup>

Jak jsem již výše zmínila, behaviorální a psychologické symptomy demence jsou doprovodnými příznaky Alzheimerova choroby. Při jakékoliv snaze pečovat o tyto jedince je potřebné naučit se tyto symptomy zavčas identifikovat a především porozumět tomu co je vyvolalo. Následně může dojít k přizpůsobení okolí nemocného tak, aby mohlo dojít k redukci těchto podnětů, a tím i ke změně chování nemocného. Za použití vhodně zvolených strategií lze tyto podněty a rizikové situace redukovat. To je jedním ze základních a nejdůležitějších úkolů rodinného pečovatele.<sup>57</sup>

Více než každé jiné onemocnění je Alzheimerova demence pro každou rodinu spojena od základu s výraznými změnami. Ten kdo žil 30, 40 nebo více let s manželem nebo příbuzným a poté musí prožít především jeho intelektuální, afektivní a náhle i psychické chřadnutí, většinou to pro něho znamená neobyčejné psychické zatížení. Toto zatížení je jak morální, psychické a emocionální, tak i finančního a materiálního způsobu.

V mnoha případech reaguje rodina a okolí na změny stavu nemocného velice špatně. Tyto stavy se projevují sklíčeností, zoufalstvím, depresemi, strachem, ostychem, přáním částečné izolace či pocity viny.

Velkým přínosem by bylo, kdyby rodiny s pacienty s Alzheimerovou chorobou byly pod odborným vedením a společně se kontaktovali s lékařem. V České republice není prozatím tento způsob vzájemné komunikace mezi rodinami a lékaři plně zaveden. V jiných zemích (USA, Francie), ve kterých je tento způsob vzájemné komunikace plně funkční, dochází k vytváření velmi pozitivní skupinové dynamiky. Rozhovor či diskuse o nemoci působí osvobozujícím dojmem, lidé se zbavují strachu z neznáma. Vytváří se určitá skupina jedinců, kteří jsou si blízcí především pocitem

---

<sup>56</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Demence*. Praha: Galén, 2004. s. 166

<sup>57</sup> Srov. PREISS, M., KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada, 2006, s. 164

vzájemné účasti ostatních na nemoci. Rodinný pečovatelé si vyměňují veškeré užitečné rady např. o praktickém zacházení s nemocnými, srovnávají své zkušenosti a vzájemně si pomáhají s cílem. Zkušenosti z takto se vytvářejících skupin rodinných příslušníků ukazují, že se jedná o vynikající systém, který osvobozuje především pečující od pocitu viny.<sup>58</sup>

Velmi významný přístup k péči o neprofesionální pečovatele a rodinné příslušníky představuje psychoedukace. Pečovatelům by mělo být vysvětleno co nejvíce o demencích, Alzheimerově nemoci, o přístupu k pacientům, ale také i o pravděpodobné prognóze a celkovém postupu demence až k smrti pacienta.

Ve světě jsou organizovány různé Alzheimerovské společnosti, u nás je to Česká Alzheimerovská společnost (ČALS). Tato společnost je řízena odborníky, ale práce se aktivně účastní i laici- pečovatelé a jiní rodinný příslušníci pacientů. Společnost poskytuje psychoedukaci a různé druhy péče. Velmi významná je tzv. respitní péče, tj. péče suplující do jisté míry a po omezený čas práci pečovateli.<sup>59</sup>

Pokud se zaměřím na problematiku Alzheimerovy choroby a rodinné péče v prostředí domova, je důležité uvědomit si několik záležitostí. Pro člověka je obvykle domov místem, které mu skýtá pocit bezpečí, pocit klidu, které pozitivně reflektuje významné role z minulosti člověka a usnadňuje mu využívání všech jeho dosud zachovaných schopností. Některým lidem s kognitivní poruchou může domov naopak připomínat frustrace a ztracené schopnosti, může vzbuzovat např. depresi či podněcovat jedince k činnostem, které jsou pro něho nevhodné nebo přímo nebezpečné. Domnívám se, že pokud dojde k řešení rodinné péče a designu domova pro lidi s Alzheimerovou nemocí, musí se zvažovat několik základních oblastí. Jedná se především o faktory, které budou pomáhat k co možná nejdelšímu zachování funkcí, pak ty, které budou mít vliv na bezpečí klientů, a dále ty, které budou

---

<sup>58</sup> Srov. STALLEICKEN, S. *Alzheimer Demenz*. Berlin: Brühlsche Universitätsdruckerei, 1988.s. 58 -59

<sup>59</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Demence*. Praha: Galén, 2004. s. 165

podporovat jejich emoční zdraví.

Jedinec trpící tímto druhem demence má určitý pocit nadbytečné neschopnosti. Je to částečně způsobeno tím, že postižená osoba je částečně neschopna vybírat informace, které jí umožňují chovat se konstruktivním a koherentním způsobem. Z toho vyplývá, že prostředí může mít na zachování funkčních schopností významný vliv. Pokud dokáže rodinný příslušník vytvořit vhodné prostředí, klientovi to pomáhá využít plně jeho zachovaných schopností, přizpůsobit se jeho neschopnosti a poskytuje mu to možnost, aby uspokojil své potřeby. Např. známé předměty mohou fungování jedince usnadnit, nové a moderní předměty jej mohou naopak znemožnit. Mezi zachované schopnosti u osob s Alzheimerovou nemocí patří nejčastěji staré silně zafixované pohybové vzorce. Tyto staré vzorce chování jsou spouštěny známými předměty, které se vyskytují v prostředí domova. Např. hodiny s ručičkami, místo jejich digitální podoby nebo dřez s mýdlovou vodou, místo automatické pračky. Dále se může prostředí usnadnit fungování např. tím, že je přizpůsobíme omezením dané osoby. Je důležité si uvědomit, že mnohé chyby a problematické projevy chování klienta s Alzheimerovou chorobou jsou výsledkem poruchy vnímání a úsudku. Je důležité takovým problémům zabránit a to tím, že dojde k zjednodušení prostředí. Prostředí, které pomáhá, zužuje prostor pro chyby a nehody tak, že nabízí pouze ty předměty, které jsou vhodné pro specifický úkol. Dalším charakteristickým znakem nápomocného prostředí je zajištění možnosti uspokojit individuální potřeby klienta, zejména potřebu chodit sem a tam, přemisťovat se, dát průchod silným emocím a mít dostatek senzorických podnětů. Přecházením sem a tam a bloumáním se pacient často zbavuje přebytečné energie. Dalším důležitým znakem je potřeba ventilovat emoce, jako např. hněv a frustraci. Osoba s Alzheimerovou chorobou často potřebuje k vyjádření neverbální prostředí. Není však schopná vhodné prostředky pro uspokojení této potřeby najít. Proto je třeba díky nápomocnému prostředí takové prostředky nabídnout. K vhodným aktivitám zde patří např. boxování do boxerského pytle, bušení do těsta či rytí zahrady, všechny tyto způsoby jsou považovány za

vhodné k ventilování silných emocí společensky únosným způsobem.<sup>60</sup>

Dalším důležitým aspektem, na který musí rodinní příslušníci brát zřetel je bezpečnost prostředí. Ztráta paměti a zhoršení koordinace pohybů zvyšuje riziko zranění. Podle toho je třeba přizpůsobit vybavení bytu, aby byl pro nemocného co nejbezpečnější.<sup>61</sup>

Porucha paměti, úsudku a schopnosti řešit problémy snižuje u osoby s Alzheimerovou chorobou odolnost vůči stresům z dezorientace a katastrofických reakcí. Čím je stádium nemoci hlubší, tím více závisí udržení emoční stability na podpůrném prostředí. V tomto případě podpůrné prostředí bude takové, které bude podporovat orientaci člověka s demencí, bude poskytovat bezpečí a podpoří také jeho schopnost si vybavovat. Jakýkoli podnět, který zdokonalí orientaci a jasnost vnímání, přidá nemocnému pocit bezpečí a emocionální zdraví. Někdy může být užitečné označit dveře a různé jiné objekty psanými instrukcemi a upomínkami. Takové nálepky jsou nejužitečnější pro usnadnění komunikace s lidmi v počátečním stadiu nemoci, dále u osob, které mají potíže s nacházením slov nebo při přemístění osoby s mírnou poruchou do nového domova. Psané instrukce jsou užitečné k podpoře funkčních schopností lidí s mírnou kognitivní poruchou. Při orientaci dál napomůže multisenzorická stimulace. Čím více smyslů určitá situace zapojí, tím jasněji bude vnímána.

V domě, kde bydlí osoba s Alzheimerovou chorobou, je třeba vždy najít rovnováhu mezi změnami, které jí mají zajistit bezpečí, a mezi neměnným stavem, který má přispět k zachování jistoty a orientace. Často je vhodné, aby rodinní pečovatelé vybavili místo bydliště člověka s demencí bezpečnými, uklidňujícími předměty z minulosti, které reprezentují staré, klidnější časy. Např. fotografie, nářadí, předměty

---

<sup>60</sup> Srov. ZGOLA, JITKA M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s 140-141

<sup>61</sup> Srov. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 4 vydání, Praha: ČASL, 2003, s. 12

řemeslné výroby a jiné věci, které tvoří součást hezkých vzpomínek, mohou často pomoci s orientací a zkvalitnění rodinné péče.<sup>62</sup>

#### 4.3 ÚSTAVNÍ PÉČE

Ústavních zařízení pečujících o jedince trpící Alzheimerovou chorobou je v České republice hned několik druhů. Patří mezi ně lůžková zdravotnická zařízení při jednotlivých okresních nemocnicích. Jedná se o zařízení pro dlouhodobě nemocné. Zde jsou především pacienti s nejtěžšími stádii Alzheimerovy choroby.

Dále se jedná o domovy pro seniory, kde jsou místa pro pacienty s Alzheimerovou chorobou. Tyto zařízení jsou velice omezena na nízký počet pacientů z důvodu neúplného zaměření na tyto jedince.

Dalším zařízením jsou denní stacionáře, kde se kromě aktivizační činnosti a rehabilitace pro klienty a pacienty s Alzheimerovou chorobou pořádají také společenské a kulturní akce.

Nejvýznamnějšími zařízeními jsou specializovaná zařízení přímo pro pacienty s demencí. V České republice je takovýchto zařízení zhruba okolo 70. V jižních Čechách se jedná o zařízení např. Diakonie ČCE - Středisko Blanka – Domovinka v Písku, Domov důchodců v Budíškovcích, Loucký mlýn u Vodňan, Psychiatrická léčebna Lnáře u Blatné, ÚSP Hvízdal DPD v Českých Budějovicích a ÚSP Máj také v Českých Budějovicích.<sup>63</sup>

Prostředí ve kterém pacienti s demencí žijí by mělo být přehledné a pro ně pochopitelné a předvídatelné. To platí nejen pro prostředí domácích, ale zároveň i pro instituce, kde pacienti s demencí krátkodobě či dlouhodobě pobývají. Místnosti v institucích pro pacienty s demencí by měly být jasně označeny. Prostředí by mělo být bezpečné, ale nemělo by pacienty omezovat. Měli by tu mít pocit

---

<sup>62</sup> Srov. ZGOLA, JITKA M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s 145-146

<sup>63</sup> Srov. ČALS. *O Alzheimerově chorobě : Specializovaná péče o pacienty s demencí* [online]. 2003. [cit. 2008-03-17]. Dostupné na < [www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=32](http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=32)>.

soukromí, ale přesto by ošetřující personál neměl ztrácet přehled o jejich činnostech. Tyto podmínky jsou někdy obtížně splnitelné, protože architektonické řešení mnoha zařízení, kde pacienti s demencí žijí, nelze dostatečným způsobem změnit. Nicméně existuje mnoho dobrých nápadů, jak prostředí pro pacienty s demencí upravit co nejjednodušeji a přitom efektivně.

Osobně jsem navštívila zařízení pro jedince s demencí v Louckém Mlýně. Jedná se o zařízení, které splňuje veškeré požadavky na jedinečný a ze všech hledisek obohacující přístup k jedincům trpícím Alzheimerovou demencí. V této kapitole bych chtěla pohovořit nejprve o samotném zařízení a dále pak bych chtěla představit vřelý přístup a smysluplnou práci ošetřovatelů, kteří pracují s těmito pacienty.

Loucký Mlýn se nachází uprostřed nádherné přírody nedaleko města Vodňany. Při návštěvě tohoto zařízení na mě okolí působilo velmi klidně a s bohatými možnostmi pro klienty strávit příjemné dny venku. Velká pole, řeka Blanice a venkovská cesta bez velkého provozu, to jsou motivující prvky pro klienty k pobytu venku k bezpečným vycházkám s personálem i k jejich aktivizaci. Objekt působí velmi moderně a útulně. V zařízení dominuje dřevo a dřevěné prvky. Samotný objekt je zděná budova s vlastní čističkou odpadních vod, která je postavená vedle starobylého mlýna.

Zařízení je specializované pro klienty s Alzheimerovou chorobou psychické poruchy a jiné typy demencí a poruchy chování ve stáří, včetně nejtěžšího stupně onemocnění. Toto zařízení není vhodné pro klienty plně ležící, i když je vybaveno polohovacími postelemi a vším, co k moderní ošetřovatelské péči patří. Pacientů s Alzheimerovou chorobou je zde zhruba okolo 60. Samotné prostředí na mě působilo smyslově stimulujícím dojmem.

Komplex disponuje dvoulůžkovými pokoji s vlastním sociálním zařízením. K dispozici jsou pacientům jednak společenské a terapeutické místnosti, tak zimní zahrada, terasa i zahrádka. To vše se nachází v blízkosti mlýnského náhonu. Do



těchto venkovních prostor je možné vcházet z jídelny a klienti zde mají vytvořen bezpečný prostor pro pobyt mimo budovu. Nedílnou součástí tohoto objektu a ošetrovatelského týmu je trpělivý pes Emilka, který je součástí terapeutické metody canisterapie.

Principem poskytované péče v tomto zařízení je chovat se podle nejnovějších poznatků medicíny a ošetrovatelství a především schopnost dávat najevo city a schopnost empatie. Lidé pracující v těchto zařízeních jsou schopni převzít klienta do péče a zajistit mu kvalitní péči, odpovídající podmínky, maximální možnou kvalitu života a důstojnost. Jsou schopni do svého jednání a přístupu přidat lidskou vřelost a trpělivost. Během návštěvy jsem se přesvědčila o tom, že je zde poskytována péče, která je nastavena přesně na individuální potřeby klienta a nikoliv vyhovující personálu a organizaci provozu. Právě pro tuto nadstandardní úroveň poskytované péče si toto zařízení vybuodovalo svoji pozici.

Pokud bych měla zmínit nejdůležitější body celkové péče, tvoří tuto skupinu především odbornost, kvalita, komunikace na úrovni vnímání klienta, příjemné prostředí a zážitek z péče. Klient se zde stává rovnocenným partner, člověkem s vlastní historií a individualitou. Jedincům s Alzheimerovou demencí jsou zde nabízeny takové vjemy o nichž může sám klient rozhodnout, zda je přijme či nikoliv.

Byla jsem překvapena, že toto zařízení pracuje na základě konceptu bazální stimulace, čímž je výrazně zkvalitněna péče o klienta a dostává se na zcela jinou úroveň, než jaká je běžná nebo obecně známá. Tento model komplexní péči distancuje od zatím obecně zavedených zvyklostí, „nekonzervuje“ stav klienta, ale rozvíjí jej a stimuluje. Dotýkat se je základní lidská schopnost a proto mají velký význam v celkové péči doteky. Protože jedinec s Alzheimerovou demencí si není vědom hranic svého vlastního těla, proto jsou ruce ošetřujících pečovatelských pracovníků, které umožňuje získat klientovi informaci o sobě samém i o okolním světě.

Můj osobní dojem z celkové péče na mě působil tak, že se celý tým snaží využít čas těchto jedinců co možná nejvíce smysluplně.<sup>64</sup>

Nyní bych se stručně zaměřila a vyjmenovala veškeré terapeutické metody, se kterými v tomto zařízení pracují. Jedná se o terapeutické metody, které mají pozitivní vliv na celkový stav jedince. Právě využíváním těchto metod dělá toto zařízení jedno z nejlepších v České republice. Některé z těchto terapeutických metod a možností péče podrobněji rozeberu v další z následujících kapitol.

Terapeutické metody:<sup>65</sup>

- **Ošetřovatelská rehabilitace** poskytovaná k navození soběstačnosti klientů.
- **Rehabilitace, fyzioterapie** poskytovaná taktéž k navození soběstačnosti klienta.
- **Ergoterapie** poskytovaná za účelem aktivizace klienta a navození a obnovení jeho dovedností a schopností (muzikoterapie, výtvarná terapie, pohybová terapie, terapie hrou, videoterapie, slovní terapie, trénování paměti, jazyková terapie, atd.).
- **Basální stimulace** poskytovaná za účelem stimulace smyslů klienta, zlepšení komunikace, zprostředkování informací.
- **Hospicová péče** poskytovaná umírajícímu za účelem jeho důstojného odchodu ze života.
- **Dotyková péče** jako jedna z forem komunikace s pacientem.
- **Taneční a pohybová péče** poskytovaná za účelem zlepšení hybnosti, komunikace a aktivizace klienta.

---

<sup>64</sup> Srov. Loucký Mlýn. [online]. [cit. 12. dubna 2008] Dostupné na [www.alzheimercentrum.cz](http://www.alzheimercentrum.cz)

<sup>65</sup> Srov. Loucký Mlýn: Poskytovaná péče. [online]. [cit. 12. dubna 2008] Dostupné na [www.alzheimercentrum.cz](http://www.alzheimercentrum.cz)

- **Reminiscenční terapie** poskytovaná za účelem vybavování vzpomínek a trénování paměti, zapojení mozkových buněk a zprostředkování informací.
- **Péče videointerakcí.**
- **Canisterapie** – využívána pro pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně-integračních. Působení na fyzické zdraví člověka je u ní druhotné.
- **Hypoterapie** - je rehabilitační metoda, která je doplňkovou terapií v celém procesu rehabilitace. Využívá impulsů, vznikajících při pohybu koně a přenášejících se na člověka, jež vedou k jeho pohybové reedukaci. Tato metoda v sobě zahrnuje nejen prvky fyzické, ale také psychické a sociální terapie.
- **Muzikoterapie** - je léčebná metoda používající jako terapeutického prostředku hudbu.
- **Arteterapie** - je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů.
- **Aromaterapie** - je terapeutické ošetření, které podporuje zdraví, ulevuje při zátěži a stresu, posiluje imunitu organismu a harmonizuje tělesné a duševní pochody.
- **Trénování paměti** za účelem stimulace smyslů, aktivizace a komunikace klienta.
- **Aktivizace klienta** zapojováním do běžného života návštěvami divadel, kin, kaváren, zábavních podniků, výletů, společných akcí.
- **Osobní asistence**, která je intenzivní individuální péčí.

- **Psychowalkman**, který vede ke zlepšení všech duševních výkonů, paměti, soustředění, IQ, zlepšuje úzkostné stavy, poruchy chování, napětí a nespavost.

Jako příklad úspěšného využívání zmíněných bodů týkající se přístupu a péče ke klientům, bych zde ráda uvedla pilotní projekt, který uskutečnila J. M. Zgola na oddělení speciální péče v kanadském Charlottetownu, který **ovlivnil přístup k organizaci každodenních aktivit v zařízeních pro osoby s demencí**. Projekt s názvem „*Kdy bude snídaně? Až budeš chtít.*“ byl realizován v roce 1988. Zaměřil se především na změnu rytmu ranních činností – buzení, vstávání, mytí, snídaně, úklid pokojů, odchod klientů na aktivizační programy. Znamenal revoluci v ústavní péči. Jednalo se o základní změnu filozofie péče, o její důslednou orientaci na klienta, s cílem respektovat rytmus a zvyklosti pacientova života, zklidnit prostředí, zpomalit ústavní tempo, poskytovat podporu aktivitám pacientů, nikoli vynucovat cizorodý režim a plnění pracovních úkolů. Konkrétně to znamenalo, že byl vytvořen větší časový prostor pro podávání snídaně, osobní hygiena byla využita k čichové stimulaci a k fyzickému kontaktu s klientem, k reminiscencím a prohloubení vztahu. Příprava snídaně byla spojena se stimulací čichu a chuti, s rozhovory, s osobním kontaktem a s podporou samostatnosti. Byl tedy položen důraz na aktivity všedního dne, na bazální stimulaci všech smyslů a na intenzivnější osobní kontakt personálu s klienty. Větší úsilí bylo věnováno hledání a stimulaci schopností, které jsou dosud přítomné, ale často paralyzované tím, že činnosti jsou prováděny za klienta, který je později „aktivizován“ ve speciálních programech. Došlo k výraznému posílení spokojenosti klientů i personálu, včetně snížení rizika syndromu vyhoření.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2003. s. 446

## 5 PROGRAMOVÁNÍ AKTIVIT

Na samotnou tematiku *Programování aktivit* osobám s Alzheimerovou chorobou neexistuje příliš mnoho kvalitní literatury. Proto jsem se rozhodla načerpat informace tou nejvíce přínosnou cestou a to osobní návštěvou Alzheimercentra v Louckém Mlýně. Nejdůležitějším faktem je, že lidé trpící alzheimerovou chorobou potřebují nabídku činností a životních zkušeností, které by obnovily jejich pocit sebe sama jako ceněné, zodpovědné, milované a milující bytosti. Protože každý člověk je jedinečná osobnost, musí být programování plánováno především individuálně. Potřeby člověka jsou uspokojeny tehdy, když je vyhověno celé paletě potřeb, které utvářejí jejich kvalitu života. Proto je nutné, aby při plánování programu aktivit došlo k čerpání z celého spektra činností všedního dne stejně jako z událostí, které jsou svou povahou zvláštní. Při návštěvě zařízení pečujícího o jedince s demencí jsem si uvědomila, že i při průběhu takto závažného onemocnění je třeba naplňovat život nejrůznějšími činnostmi, které jsou hodnotné a dávají životu smysl.

Při péči o jedince s Alzheimerovou chorobou zřejmě neexistuje lepší cennější prostředek než smysluplná aktivita. Myslím si, že pokud je daná aktivita používána dobře, dokáže pozvednout člověka na duchu a rozptýlit jedince v jeho depresi, zklidnit jeho nervozitu a neklid. Pokud si dva lidé spolu sednou, aby řešili nějaký společný úkol, spojuje oba jedince v tom okamžiku něco společného. Proto se domnívám, že programy různých aktivit jsou pro nemocného podstatné stejně jako fyzická péče a výživa.

*„Program aktivit neznamena pouze zaneprázdnit lidi poté, co byly zajištěny všechny prvky základní péče. Jde o celkový proces, ve kterém je každému poskytnuta příležitost žít způsobem, který mu vyhovuje nejlépe, a pokračovat v tom, co je důležité pro jeho pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty.*

*Takový program musí být prováděn uvážlivě a rozumně.*<sup>67</sup>

Pečovatelé by měli znát hodnotu a význam programování. Měli by být obeznámeni a vyškoleni v technikách aktivace. Měli by mít plnou podporu, aby programy aktivit dělali dobře. Je tomu jako s kterýmkoli jiným aspektem péče. Špatně vedené nebo nevhodné programování je v lepším případě neúčinné, v nejhorším případě může ublížit.<sup>68</sup>

Lidé trpící Alzheimerovou chorobou nemají od zdravých jedinců příliš odlišné požadavky na stanovování cílů programových aktivit. Jde především o to, aby se podporovalo v člověku vše, co zůstalo zachováno. Dále nabízet a dopřát nemocnému všechny činnosti, které měl rád, na které byl zvyklý a které je schopen bez problému zvládnout.

K nevhodnějším a neúspěšnějším aktivitám patří ty, ve kterých se objevují např. známé pohybové vzorce, které mají výrazné rytmické prvky, skládají se z jednoho stále se dokola opakujícího kroku. Ty poskytují okamžitou zpětnou vazbu, zapojují člověka přímo a jsou do určité míry konkrétní a předvídatelné. Je důležité, aby si každý, kdo pečuje o jedince s Alzheimerovou demencí uvědomil, že veškerá snaha o podporu činnosti člověka s demencí bude úspěšnější, bude-li vycházet z jeho zachovaných schopností, bude-li minimalizovat podněty které rozptylují jedincovu pozornost a omezí-li výběr z více možností a tím i nutnost rozhodnout se a volit. Je důležité, aby došlo především k vyhýbání se dvojznačným situacím. Jestliže dojde k situaci, že se některý z klientů nechce připojit k činnosti, tak obvykle pomůže, když se terapeut příliš neptá, ale raději dává pokyny a směr. Je vhodné užívat konkrétní nápovědy, začít práci a nechat osobu, aby jen přihlížela. Využívat podnětů, které spustí automatickou reakci. Je třeba mít však jistotu, že daná aktivita nepřesahuje možnosti pacienta porozumět jí a vykonávat. Dalším důležitým prvkem je, že veškeré

---

<sup>67</sup> ZGOLA, JITKA M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 148

<sup>68</sup> Tamtéž, s. 149

činnosti by se měly odehrávat v podpůrném prostředí, které usnadňuje orientaci, nabízí snadno ovladatelné prvky, poskytuje dostatek soukromí pro jednotlivce či skupiny a nerozptyluje zbytečně pozornost.<sup>69</sup>

Existuje jen malá výjimka, že do určité míry a v určité fázi choroby je třeba tyto pacienty zaměstnávat úkoly zaměřenými na procvičování ztrácející se paměti. Ani ty by však neměly být nepřiměřené ani zcela nové. Je třeba přijmout fakt, že mnohé dovednosti a vše co bylo v průběhu nemoci ztraceno se již nedá trvale „naučit“ – může se to však znovu vynořovat, jak to odpovídá kolísavému průběhu choroby. Není proto vhodné vystavovat člověka postiženého demencí neustálé konfrontaci s jeho neschopností vybavit si z paměti názvy předmětů např. otázkami *Co to držíte, jak se tomu říká?...* O mnoho prospěšnější může být vstřícná nápověda. Obdobně je tomu s nepřiměřeným prováděním úkonů, které jsou pro nemocného příliš náročné a nedávají mu smysl. Naopak tomu je u péče o vlastní tělo, o pěkný vzhled, doteky, čichové a chuťové podněty, známé melodie a pravidelné rituály, které mohou být zdrojem příjemných pocitů bez jakéhokoliv rizika selhání.<sup>70</sup>

Při návštěvě zařízení jsem si také uvědomila, že tradiční metody v případě Alzheimerovy choroby nefungují. Jako příklad mohu uvést programy, které vyžadují účastníkovu iniciativu a spolupráci založenou na vhledu a pochopení. Takové programy jsou pro tyto jedince nevyhovující. Osoby s demencí totiž zřídka sledují rozpis činností a vybírají si aktivity např. s přímo psané na tabuli. Téměř nikdy se z vlastní vůle nedostaví k aktivitám, které jim byly určeny. Když se personál pokouší uplatnit své staré metody a tráví spoustu zbytečně promarněného času tím, že aktivity vypisují, vyvěšují vývěsky a shromažďují účastníky u plánovaných aktivit dochází k tomu, že už jim zbývá pouze málo času na to, aby zjistili co lidé trpící

---

<sup>69</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 448

<sup>70</sup> Srov. BRAGDON, A. D. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál, 2002, s. 36

Alzheimerovou chorobou skutečně potřebují. Zejména je třeba aktivity přiblížit tím směrem, který se nejvíce podobá tomu, co by dělali kdyby byli zdraví. Potřebují aktivity, které přicházejí za nimi, do kterých se zapojí sami přímo a spontánně, které vycházejí nikoli z rozpisu činností, ale z rutiny jejich každodenního života.

### *5.1 AKTIVITY NA INDIVIDUÁLNÍ BÁZI*

Program aktivit je plánován jako samostatný a nezávislý celek, ale na bázi stanoveného cíle. Účel programu musí vyhovět potřebám, zájmu a především se přizpůsobit schopnostem každého účastníka. K tomu je nutné individuální plánování. Přestože může existovat celkový plán aktivit pro celé oddělení nebo např. pro celý domov, je důležité také sestavit individuální plán pro každého jednotlivce, který bude respektovat některý proměnné. Jedná se např. o účel aktivity, co by z ní osoba chtěla získat, jaké silné stránky bude při této aktivitě schopna uplatňovat, které její omezení bude třeba respektovat, na jaké úrovni se bude účastnit a které aktivity jsou pro ni vhodné. Domnívám se, že jsou spíše zvyklí volit cíle programů, do kterých je možné účastníka zařadit, místo cílů, které jsou přizpůsobeny možnostem účastníků.

Pokud nedojde k naplánování jakékoli aktivity pro jednotlivce, měli by se ošetřující zamyslet na tím, proč nabízejí právě tuto konkrétní činnost. Především k zamyšlení by mělo dojít proto, aby účel aktivity určil, jak je daná aktivita prezentována a jak do ní bude účastník zapojen. Vědomí záměru aktivity může napomoci k určení, zda se bude provádět činnost individuálně či se skupinou. Má-li být druh programů aktivit úspěšný, musí oslovit potřeby, síly a slabosti daného jedince. To vyžaduje především soustavné hodnocení účastnickových schopností a hluboký a stálý respekt k jeho zachovaným schopnostem a životním zkušenostem. Je velice důležité, abychom se věnovali informacím o uplynulém životě jedince s Alzheimerovou demencí a neustále



hodnotili jeho schopnosti.<sup>71</sup>

## 5.2 SKUPINOVÉ AKTIVITY

Většina činností, které jsou určeny lidem v dlouhodobé nebo denní péči, jsou prováděna ve skupinách. Jenom těm jedincům, pro které je nesnadné tolerovat velkou, často heterogenní skupinu, je věnována individuální pozornost. Na smysl individuální práce a individuálních aktivit se zaměřím v další kapitole.

Skupinové aktivity nerespektují individuální potřeby. Důvodem pro založení skupiny by měla být možnost nabídnout smysluplný společný zážitek. Proto také musí být skupina uzpůsobena tak, aby vyhovovala potřebám osoby, a nikoli naopak. Bohužel nikdo zatím nevěnoval příliš mnoho pozornosti skupinové práci s lidmi postiženými Alzheimerovou chorobou. Snad je tomu tak proto, že jejich potřeby jsou velice speciální a práce s takovou skupinou jedinců je velice náročná.<sup>72</sup>

Je několik důvodů proč jsou skupinové aktivity i pro jedince s tak závažným onemocněním jako je Alzheimerova choroba velmi přínosné. Jedním z hlavních důvodů je, že pro člověka s demencí, stejně jako pro kohokoli jiného, je důležité mít určitou roli, být členem lidské skupiny. Pro každého z nás je zcela nepochybně důležité někam patřit a být zde ceněn a respektován. Proto jsou pro lidi s „*alzheimerem*“, přes všechny problémy a konflikty, důležité skupinové aktivity, spolupráce na společném úkolu či díle, kde každý plní nějaký drobný úkol, přiměřený jeho schopnostem a zájmům. Taková dělba práce je možná např. při společném vaření nebo při společné výtvarné práci. Někdo může práci připravovat a kontrolovat, někdo může dělat rutinní úkony, někdo další je pozorovatelem, což je role stejně důležitá, jako každá jiná. Přesto zapojení do takového týmu musí být vždy individuální, podložené dobrou znalostí zachovaných schopností jedince.

---

<sup>71</sup> Srov. JITKA M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 163 - 164

<sup>72</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 446

Musí vycházet z jeho zájmu o členství ve skupině a z přání účastnit se společné činnosti.<sup>73</sup>

Skupina, v níž by se člověk s Alzheimerovou chorobou cítil dobře, je taková, která mu umožní, aby v ní byl a účastnil se pouze toho, na co stačí. Skupina, která nejlépe funguje tímto způsobem, je společnost přátel. Jinými slovy se jedná o skupinu, v níž nebyl předem stanoven žádný program. Program jí nebyl vnucen ani žádným vedoucím skupiny či facilitátorem. Pokud není cíl jiný, než „*jen tu teď být*“ může se účastnit každý. To však může být poněkud provokující myšlenka pro ty pracovníky a pečovatele, kteří potřebují pro svou práci jasný, předem připravený program s hmatatelnými výstupy.<sup>74</sup>

Pečovatelé by se neměli nechat zlákat myšlenkou, že všechny dobré programy aktivit musí být nutně inovativní a vzrušující. Ani skutečnost, že mají všichni pacienti v daný moment co dělat, nevypovídá jasně o tom, že jde o dobrý program aktivit. Jediným správným měřítkem efektivnosti programu aktivit je především spokojenost a potěšení všech zúčastněných. U jedinců s Alzheimerovou demencí mají velikou hodnotu především tiché, tlumené aktivity, i když se zde na první pohled jednoznačně nejedná o společenské nebo fyzické aktivity.<sup>75</sup>

### 5.3 CÍLE PROGRAMOVÁNÍ AKTIVIT

Cíle vhodného programování aktivit pro lidi s demencí jsou stejné, jako u ostatních lidí. Jde především o to podporovat v člověku vše, co zůstalo zachováno, nabízet a dopřát nemocnému všechny činnosti, které měl rád a které je schopen zvládnout. Jen do určité míry a v určité fázi choroby je třeba zaměstnávat pacienta úkoly zaměřenými na procvičování ztrácející se paměti. Ani ty by však neměly být

---

<sup>73</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 444

<sup>74</sup> Srov. Tamtéž

<sup>75</sup> Srov. ZGOLA, M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 163

nepřiměřené ani zcela nové. Je třeba přijmout jeden ze základních faktů, které jsou velice významné, že mnohé co bylo ztraceno se již nedá trvale naučit. Některé záležitosti se však mohou znovu vynořovat, což také odpovídá kolísavému průběhu nemoci. Není tak vhodné vystavovat člověka postiženého demencí neustálé konfrontaci s jeho neschopností vybavit si z paměti např. názvy předmětů či jména osob. Obdobně je tomu s nepřiměřenými úkoly, které jsou pro nemocného příliš náročné a především mu nedávají smysl. Jako příklad takové činnosti mohu uvést úkol typu : „Dej na své místo všechny zelené, žluté, modré kostičky.“

Naopak pomoc s péčí o vlastní tělo, o pěkný vzhled, doteky, čichové a chuťové podněty, známé melodie a pravidelné rituály jsou zdrojem příjemných pocitů většinou bez rizika selhání.<sup>76</sup>

---

<sup>76</sup> Srov. ZGOLA, M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, s. 163

## 6 TERAPIE

Díky využívání různých terapeutických metod u pacientů s demencí dochází k mnoha pozitivním vlivům. Terapeutické metody jsou považovány za obecně přínosné, což je podloženo také různými vědeckými důkazy. Existuje několik druhů terapeutických metod, které výrazně kvalitně ovlivňují celkový stav jedince s Alzheimerovou demencí. V následující kapitole se pokusím možnosti terapeutických metod podrobněji popsat a vyzdvihnout konkrétní příklady pozitivního působení na pacienty.

### 6.1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Nyní bych ráda popsala samotný vznik a princip konceptu Bazální stimulace. Materiály jsem čerpala ze skript paní Karolíny Fiedlové, která založila Institut bazální stimulace a která první poznatky o tomto konceptu přinesla ze zahraničí do ČR. V 70. letech vyvinul Prof. Andrea Fröhlich koncept Bazální stimulace, který umožnil dětem s těžkým psychosomatickým postižením rozvoj osobnosti a výrazné zlepšení komunikace se svým okolím. Poznatky Prof. Fröhliche ukázaly, že principy konceptu Bazální stimulace mají velký význam pro lidi všech věkových kategorií, zdravé i nemocné. Koncept přenesla do ošetrovatelské péče o dlouhodobě nemocné a do péče v intenzivní medicíně zdravotní sestra Christel Bienstein.

Bazální stimulace je pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který vychází z poznatků pedagogiky, vývojové psychologie, anatomie, fyziologie a ošetrovatelství.

*„Koncept umožňuje klientům a žákům se změnami v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace integraci do současného života s maximálním využitím jejich dřívějších životních návyků a zkušeností a navíc akceptuje jejich budoucí životní potřeby. Koncept je orientován na pochopení potřeb těchto lidí a porozumění jejich stylu komunikace. Bazální stimulace má strukturované vlastní techniky a tréninkové programy, kterými dosahuje stimulace somatické, taktilně-haptické, vestibulární,*

*vibrační, orální, optické, olfaktorické a auditivní. Jedná se o vysoce kvalifikovaný pokus přizpůsobit ošetrovatelskou péči či pedagogický plán životní situaci postiženého a poskytnout mu vhodné stimuly zohledňující jeho biografickou anamnézu.“<sup>77</sup>*

Bazální stimulace poskytuje pedagogickou podporu v aktivitách všedního dne a nepoužívá žádných nadstandardních pomůcek či přístrojů, nevyžaduje tedy finanční zatížení pro zdravotní a vzdělávací zařízení, pouze vyškolený personál a pochopení a spolupráci všech členů týmu. Nejbližší sociální okolí klienta nebo žáka je integrováno do pedagogického nebo ošetrovatelského procesu.

Bazální stimulace umožňuje lidem s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat svůj stav a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Lidský mozek disponuje schopností uchovávat své životní návyky v paměťových dráhách ve více svých regíonech a to nám dává šanci cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost. Kontinuální stimulace smyslových orgánů dle konceptu Bazální stimulace umožňuje vznik nových spojení dendritů v mozku a novou neuronální organizace v jeho určitých regíonech. Tento koncept dává ošetrovatelské péči terapeutickou relevanci.

Ošetrovatelská péče dle tohoto konceptu začíná s včasnou rehabilitací a tím výrazně stoupá kvalita života u pacientů a snižuje se délka jejich hospitalizace.

Na pacienta je pohlíženo jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a s individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje. Každý má vzhledem k svému momentálnímu stavu jiný požadavek na komunikaci se svým okolím a to vše koncept zohledňuje a tímto poskytuje individuální, efektivní, terapeutickou a humánní ošetrovatelskou péči.<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace* [online]. 2003 , [cit. 2008-04-03]. Dostupné na <[www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz)>.

**Cílem bazální stimulace** je podpora a umožnění vnímání tak, aby u postižených docházelo k:

- podpoře rozvoje vlastní identity
- umožnění navázání komunikace se svým okolím
- zvládnutí orientace v prostoru a čase
- zlepšení funkce organismu <sup>79</sup>

V zařízení, které jsem navštívila v Louckém Mlýně, pracují pečovatelé na základě tohoto konceptu bazální stimulace a výrazně tím zkvalitňují péči o klienty a dostávají ji na zcela jinou úroveň, než je běžná nebo obecně známá. Tento model jejich péči distancuje od zatím obecně zavedených zvyklostí, „nekonzervuje“ stav klienta, ale rozvíjí jej a stimuluje. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče není prováděna na klientovi, ale utváří se v rámci možností a schopností klienta a ošetřujícího. Péče se musí stát zážitkem, nikoliv nepříjemnou zkušeností. Důležitým aspektem je, že klient je rovnocenný partner, člověk s vlastní historií a individualitou. Klientovi jsou nabízeny takové vjemy, o nich může sám rozhodnout, zda je přijme, či nikoliv.

V tomto zařízení jsem poznala, že velký význam při bazální stimulaci mají doteky. Především ruce jsou ošetrojících médiem, které umožňuje získat klientovi především informace o sobě samém i o okolním světě. Práce s klientem je na úrovni zejména jeho vnímání a každá péče je klientovi „šitá na míru.“ Terapeuti se snaží o podporu veškeré úrovně jeho vnímání, aktivaci jeho mozkové činnosti na základě dlouhodobých paměťových drah a stimulaci smyslových orgánů.

V zařízení Loucký mlýn při uplatňování konceptu bazální stimulace zapojují do péče příbuzné a rodiny klientů, což je pro všechny velkým přínosem. Je totiž velice nutné vytvořit mosty mezi klienty, jejich rodinou a přáteli. Taková spojení

---

<sup>78</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007, s. 27

se samozřejmě nevytvoří sama. Je na pečovateli, aby byli při jejich budování oporou a spoluvůrci. Díky spolupráci všech se mění nejen kultura práce a komunikace, ale i kompetence ve vztahu k pacientům a jejich blízkým. Proto je potřebné získat od příbuzných mnohem více informací, než je obvyklé v jiných zařízeních. Tyto informace se poté využívají v mnoha činnostech např. při výživě klienta, v poskytované péči a podnětech, jako i jeho vnímání a komunikaci s ním.<sup>80</sup>

Základním prvkem bazální stimulace je dotek. Dotýkat se je základní lidská schopnost. Přes doteky se k jedincům s Alzheimerovou demencí dostává spousta impulsů ze zevního prostředí, ale také my s našim okolím přes doteky komunikujeme. Doteky mají v životě člověka různé role a to jim přikládá obrovský význam.

Současná ošetrovatelská péče v ČR konzervuje stávající stav pacienta, namísto aby jej stimulovala a rozvíjela. Je známo, že ruce se používají jako mechanický nástroj k různým výkonům, ovšem mnohdy jedinci nedochází, že by mohl tohoto dokonalého mechanického nástroje využít k ušlechtlejším úkonům jako je např. dávat pacientovi důležité informace o jeho těle a navozovat příjemné pocity, které jsou pro něj tak důležité. Mnoho pečovatelských zařízení si mnohdy neuvědomuje ten důležitý fakt, že lidské ruce jsou většinou jediný komunikační most mezi ošetřujícím a pacientem. Význam doteků nebyl totiž nikdy v naší ošetrovatelské péči tematizován, ale spíše tabuizován, přestože jsem si jistá, že každý dotek nám něco poskytuje a stává se formou komunikace mezi lidmi.

Jsem přesvědčena o tom, že pokud chceme dávat klientům maximum z toho, co dnešní moderní ošetrovatelství ve světě umí a zná, je tento koncept tím, který se začíná u nás v mnoha zařízeních uplatňovat v praxi. A to především proto,

---

<sup>79</sup> Tamtéž, s. 32

<sup>80</sup> Srov. *Poskytovaná péče : Bazální stimulace* [online]. [cit. 2008-04-12]. Dostupné na <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace/>>.

aby bylo umožněno pacientům poznat a akceptovat vlastní hranice, vlastní kreativitu a realizovat jejich schopnosti a dali jim současně možnost odmítnout to, nechťejí.

Nečekané a necílené doteky u klientů se sníženým stupněm vnímání vyvolávají pocit nejistoty a strachu. Také jiné okolím poskytované informace, které pacienti s demencí vnímají různými smyslovými orgány je mohou, přicházejí-li nečekaně, lekat. Proto ke třeba klientovi vždy dát jasně najevo, kdy začíná a kdy končí přítomnost ošetřující nebo pečující osoby u něho. Tuto informaci je možné mu poskytnout pomocí cíleného doteku tzv. Iniciálního doteku. Místo doteku se volí na základě biografické anamnézy, nejčastěji to bývá rameno a pevným, zřetelným dotek ho vždy informuje o počátku a ukončení přítomnosti či činnosti ošetřujícího s jeho tělem.

Dotek musí být jasný, zřetelný a především přiměřeného tlaku, bez jakéhokoliv násilného vtlačení. Je nutné jej podpořit i verbálně a musí ho všichni, kteří přijdou s pacientem do styku respektovat a poskytnout, lékaři, ošetřovatelé, fyzioterapeuté včetně návštěv. Každý příchozí o něm musí být informován, což by měla zajišťovat cedulka na viditelném místě např. u postele, kde je označeno místo iniciálního doteku a verbální projev.<sup>81</sup>

## 6.2 REMINISCENČNÍ TERAPIE

*„Jde o aktivizační a validační metodu, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Vychází ze skutečnosti, že i v poměrně pokročilé fázi demence zůstává dlouhodobá paměť poměrně zachována. Součástí reminiscenční terapie je vyhledávání nejlepšího způsobu komunikace s pacientem a pro něj vhodného prostředí a zajištění dobré komunikace s rodinným pečovatelem.“<sup>82</sup>*

---

<sup>81</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007, s. 29, *Poskytovaná péče : Bazální stimulace* [online]. [cit. 2008-04-12].

Dostupné na < <http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace/>>.

<sup>82</sup> Srov. HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J., *Kinezioterapie demencí*, Praha: Triton, 2005. s. 27



Při reminiscenční terapii se doporučuje využívat vhodné pomůcky, které zohledňují věk, minulost, zkušenost a způsob života seniorů, jsou přizpůsobené schopnostem jedince a využívají co největší počet smyslů (např. staré filmy, tanec, společenské hry, knihy, fotografie, staré předměty, staré receptury, plakáty, výlety na stará místa a pod.).

Především u klientů s demencí je vhodné používat takové pomůcky, které aktivují jejich vzpomínky prostřednictvím smyslů - čich, hmat, zrak, sluch, chuť (např. vůně mleté kávy, usychajícího listí, květin; hlazení kočky, psa, držení se za ruce, hlazení; přátelský milý laskavý lidský hlas, zpěv ptáků, poslech hudby; dívání se na všední, prosté, jednoduché a přitom krásné okouzující věci (lidé na ulici, děti na hřišti), staré fotografie, věci v kabelce; chuť vánočky, povidlové omáčky, brambory na loupačku; houpání, tleskání, tanec.

Reminiscence má pozitivní účinky nejen na samotné seniory, kteří se vzpomínkových setkání účastní, ale zároveň, což je velice důležité, i na pracovníky samotné.

Vzpomínání se seniory pomáhá pracovníkům v:

- chápání seniorů jako osobností,
- upevnění vztahu mezi seniorem a pracovníkem,
- plánování služby "šité na míru" jednotlivým seniorům,
- pochopení chování seniora a jeho potřeb,
- probuzení zájmu o jednotlivé seniory a jejich životní příběhy,
- rozvíjení role naslouchajícího.<sup>83</sup>

Bylo prokázáno, že práce se vzpomínkami zlepšuje psychický, funkční a zdravotní stav jedinců s demencí. Je důležité si uvědomit, že život takto nemocných jedinců má svoji cenu, je plný událostí, které jsou důležité a mohou být sděleny

---

<sup>83</sup> *Poskytovaná péče : Reminiscenční terapie* [online]. [cit. 2008-04-12]. Dostupné na < <http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/reminiscencni-terapie/>>.

druhým. Touto terapeutickou metodou si pacienti potvrzují svou vlastní identitu, kontinuitu svého života. Velký význam v reminiscenční terapii má setkávání ve skupině, ve společenství, kde mají lidé možnost vzpomínat společně. Vzpomínky jsou spojeny s příjemnými pocity, s prožíváním situací tak, jak proběhly kdysi dávno, včetně tehdejších smyslových vjemů a emocí. Ke specifickým výjimkám patří vyrovnání s traumatickými vzpomínkami na těžké dlouhodobé strádání, např. za holocaustu. Tento druh negativních vzpomínek vyžaduje specifickou psychoterapeutickou pomoc. Vzpomínání je důležitý zdroj informací pro personál, posiluje vztah mezi pečovatelem a klientem tím, že se z objektu péčování stává subjekt, skutečný člověk s vlastní historií, zvládnutými i nezvládnutými životními úkoly, s významnými rolemi, které vykonával, se vztahy, které prožíval, stává se osobností, která zaslouží úctu, zájem, soucit a lásku.<sup>84</sup>

Jak jsem již zmínila, reminiscenční terapie je založena na poznání toho, že v mozku zůstávají nejdéle zachovány ty vědomosti, vzpomínky a návyky, které jsou fixovány v dlouhodobé paměti. V alzheimerc centru v Louckém Mlýně trvají na tom, aby si s sebou do zařízení klienti přinášeli drobné předměty, fotografie, obrázky, vysvědčení, medaile atd., které byly kdysi součástí jejich života. Z nich je jim sestaven tzv. vzpomínkový kufřík a album, se kterým s pomocí reminiscenčního terapeuta pracují. Rodiny mají často pocit, že brát s sebou klientovi všechny drobnosti z jeho života je zbytečné a odůvodňují to tím, že jejich blízký již tyto věci již nevnímá a nepotřebuje je. Mýlí se. Ve skutečnosti si myslím, že každý vnímáme do té doby, dokud dýcháme. A že i klient, který na první pohled nereaguje na podněty, vnímá. Jen nedává najevo své pocity a žije ve vlastním světě, do kterého jeho okolí nemá přístup. Rodina a okolí ví, že nemocný mozek stále pracuje a nejlépe reaguje na známé podněty, které má uloženy v dlouhodobé paměti a na tom

---

<sup>84</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 451

je založena celá terapie.<sup>85</sup>

### 6.3 ERGOTERAPIE

*„Cílem Ergoterapie je smysluplná činnost jedince s demencí, vnímání vlastní důležitosti, sounáležitosti s druhými, vyplnění volného času, prevence psychických příznaků proti psychickým příznakům, jako je např. deprese, úzkost, neklid. Působí jako určitý „ventil“ k uvolnění nahromaděné energie. Cílem je i udržení, příp. i rozvíjení stávajících schopností pacienta. Je však nutno vzít v úvahu možnou apraxii u osob s demencí nebo zhoršení jejich jemné motoriky z jiných příčin, než je demence, u starých lidí je časté např. zhoršení zraku.“<sup>86</sup>*

Při uplatňování ergoterapie je vhodné přihlédnout i k dřívějšímu zaměstnání a zájmům pacientů. Je nutno počítat i s určitou apatií a nechutí k činnosti z jejich strany. Důležitá je správná motivace.

U ergoterapie jde především o to, že pokud nejsou u klientů s demencí jejich návyky a dovednosti obnovovány a opakovány, stačí jen několik málo dnů k tomu, aby zcela vyhasly a nejsou ve většině případů obnovitelné.

Příklady činností, které lze při kondiční ergoterapii s jedinci s Alzheimerovou demencí použít: výtvarné techniky (kresba, malba, malování na porcelán, sklo, textil, hedvábí), textilní techniky (textilní koláže, výroba polštářů, batikování textilu), práce s papírem (koláže, vystřihování, výroba draků), práce s přírodními materiály (aranžování živých i sušených květín, koláže z listů), pečení nebo vaření, nácvik jemné motoriky (puzzle, stavebnice, navlékání větších korálek).<sup>87</sup>

---

<sup>85</sup> Poskytovaná péče : Reminiscenční terapie [online]. [cit. 2008-04-12].

Dostupné na < <http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/reminiscencni-terapie/>>.

<sup>86</sup> HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*, Praha: Triton, 2005. s. 27

<sup>87</sup> Srov. WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005, s. 138

#### 6.4 FYZIOTERAPIE

„Výraz *fyzioterapie* pochází z řeckého *physis* (příroda) a *therapeia* (léčení). Jedná se o léčbu využívající přirozených přírodních podnětů k zachování či obnově zdraví.

Základními složkami *fyzioterapie* je složka

- **diagnostická**, zabývající se zhodnocováním funkčních změn pohybového systému,
- **terapeutická**, zahrnující snahu o cílenou nápravu daných změn. “<sup>88</sup>

Základním cílem *fyzioterapie* je tedy léčba funkčních poruch pohybového aparátu, mezi něž řadíme např. blokády kloubů, svalové spasmy a další, s využitím anatomických a fyziologických poznatků pohybového aparátu. Hlavním diagnostickým a zároveň terapeutickým "nástrojem" je terapeutova ruka, která pacientům dává mnoho okem nespřitelných, a přesto nepostradatelných informací dokreslujících celkový obraz pacientova problému. Hmatem terapeuti zjišťují nejen tuhost a napětí svalstva, ale zároveň i teplotu a vlhkost kůže poukazující na reflexní změny daných míšních segmentů atd.<sup>89</sup>

Fyzioterapeut aktivizuje pacienta v rámci jeho kondice, pohybu, nácvičku chůze, nebo rehabilitování té části, která je nemocná a potřebuje odbornou péči. V každém odborném zařízení by měli být přítomni rehabilitační pracovníci. V Alzheimer centru v Louckém Mlýně je to zařízení tak, že pokud pacient potřebuje rehabilitaci, nebo *fyzioterapii* na přístrojích nebo takovou speciální péči, která není zajistitelná přímo

---

<sup>88</sup> STAMMER, S. *Fyzioterapie*. Praha: Brázda, 2007. s. 11

<sup>88</sup> Srov. *Fyzioterapie* [online]. [cit. 2008-04-12]. Dostupný na [www.fyzioterapie.cz](http://www.fyzioterapie.cz)

v zařízení, je za touto péčí dovážen do specializovaného zařízení a po absolvování terapie je zase přivezen zpět do zařízení.<sup>90</sup>

## 6.5 CANISTERAPIE

*“Slovo canisterapie se objevuje v současné době stále častěji a ve volném překladu znamená terapii s pomocí psa. Canisterapii můžeme také definovat jako způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně-integračních a působení na fyzické zdraví člověka je u ní druhotné. „<sup>91</sup>*

Uplatňuje se zejména jako pomocná psychoterapeutická metoda při řešení různých situací v případě, že jiné metody nejsou účinné nebo použitelné. Jedná se např. o navazování kontaktu s pacienty, kteří obtížně komunikují a při práci s citově deprivovanými dětmi, autistickými dětmi, mentálně postiženými, v logopedické a rehabilitační praxi, při výskytu apatie, u dlouhodobě nemocných dětí nebo jako součást komplexní terapie v geriatrici apod.

Komplexně ovlivňuje funkce lidského organismu. Má výrazně pozitivní účinky na psychiku lidí postižených demencí. Působí na snížení deprese a úzkosti, ovlivňuje vyšší nervovou činnost, zejména stimuluje společenské chování a zlepšuje komunikaci. Má ovšem pozitivní vliv i na fyziologické funkce. Dochází např. k mírnému poklesu krevního tlaku a ke zpomalení srdeční činnosti. Léčbu touto formou lze provádět několika způsoby. Například se organizují pravidelné návštěvy dobrovolníků se zvířaty. Nebo jsou zvířata trvale umístěna přímo v instituci, kde se mohou pacienti sami aktivně podílet na péči o ně.<sup>92</sup>

---

<sup>90</sup> Srov. *Poskytovaná péče : Fyzioterapie* [online]. [cit. 2008-04-12]. Dostupné na <[www.alzheimercentrum.cz](http://www.alzheimercentrum.cz)>.

<sup>91</sup> *Canisterapie : Co je to canisterapie?* [online]. 2004 , [cit. 2008-04-13]. Dostupné na <[http://www.canisterapie.info/portal/alias\\_Rainbow/lang\\_cs/tabID\\_3328/DesktopDefault.aspx](http://www.canisterapie.info/portal/alias_Rainbow/lang_cs/tabID_3328/DesktopDefault.aspx)>

<sup>92</sup> Srov. HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J., *Kinezioterapie demencí*, Praha: Triton, 2005. s. 28

## 6.6 VALIDACE

Pokud bude okolí akceptovat nemocné takové, jací jsou, je možné se k nim velmi přiblížit. Většina lidí potřebuje blízkost a intimitu a demenční lidé v tomto směru nejsou výjimkou. Pokud ovšem dojde k přetváření nemocného jedince, zaručeně dojde ke ztrátě kontaktu s nimi. V případě validace je důležité znát životní příběh nemocného. Ne ze zvědavosti, ale aby došlo k hlubšímu pochopení nemocného..

*„Validace znamená následovat jedince s Alzheimerovou chorobou do jejich vnitřního světa, tento svět akceptovat, pojmenovat a potvrdit. Když už vývoj nemoci pokročí dále, nemají už nemocní k dispozici žádná slova. Potřebují ostatní, aby je vyslovili za ně.“<sup>93</sup>*

Úkolem pečovatelů je vzít na vědomí různé chování pacientů s demencí a tím dát jejich chování smysl a cenu a zároveň zhodnocovat všechny jejich projevy-validovat. U jedinců s demencí nahrají emočně podbarvené vzpomínky z raného dětství jiné intelektuální aktivity omezené či poškozené nemocí. Jestliže je terapeuti přijmou, nabývají pro ně tyto lidé vážnosti. Vylisovat znamená také potvrzovat, vzít na vědomí city druhých jako pravé a především pravdivé. Jde tady především o snahu pomáhat řešit vnitřní problémy tak, aby se jim vrátil pocit vlastní hodnoty, sebeúcty a aby se cítili spokojenější.

V pozdějších stádiích demence, když dojde ke ztrátě jedince na realitou i nad sebou samým, ztrácí jedinec potřebu sebe sama. Potřebuje především vnímat potvrzení sebe, své vlastní integrity, nikoliv pouhou pozornost personálu, jak to v mnohých zařízeních bývá. Pocity osobní ztráty zmírňují např. dotek, rytmus či opakované zvuky. Ztráta blízkých lidí znamená ztrátu doteku, pohledu, uznání, které jsou základními potřebami člověka. Např. příjemně znějící slova, rýmování, tóny a zvuky, houpání, to vše stimuluje minulé zážitky a minulé slasti. Lidé už nepotřebují být orientováni zpátky do reality, ale potřebují především vnímat. Jak jsem se sama přesvědčila v Louckém Mlýně, bez stimulace a vnímání dochází k pouhému přežívání

---

<sup>93</sup> KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s 442

a k následné smrti jedince s Alzheimerovou demencí. K validačním technikám patří v pokročilé fázi demence např. dotek, zrcadlení, hudba, jasný hlas plný citu, upřímný především delší pohled z očí do očí, emfatické naslouchání verbálnímu i neverbálnímu vyjadřování, intuice. Lidé v pokročilém stadiu demence vyjadřují své city často namísto mizejících slov pomocí pohybů, výrazů očí, zbarvení hlasu či grimasami. Za používání validacích technik sice nedochází k vymizení nemoci, ale v jakémkoliv jejím stádiu lze pomocí validace podstatným způsobem zlepšit kvalitu života.<sup>94</sup>

## 6.7 AROMATERAPIE

*„Aromaterapie je terapeutické ošetření, které podporuje zdraví, ulevuje při zátěži a stresu, posiluje imunitu organismu a harmonizuje tělesné a duševní pochody. Využívá vlastností přírodních éterických olejů (silic) a působí jak preventivně, tak při akutních stavech.“<sup>95</sup>*

U jedinců s Alzheimerovou demencí vychází aromaterapie z poznatků toho, že příjemné vůně aroma a esence ovlivňují v mozku určité látky, které působí povzbudivě nebo mají uklidňující účinek na psychiku nemocných pacientů. Užití aromaterapie je velice různé. Je možné ji využít, tak v koupeli nebo užitím olejů.

Vůně éterických olejů, jako každá jiná vůně, se dostává do čichového centra v mozku, odkud vonná aktivní látka ovlivňuje autonomní nervní systém. Může navodit emoční odezvu a vyvolat pocity popisované lidmi jako úleva, osvěžení, uklidnění, nebo povzbuzení. Stejně tak může příjemná vůně přispět ke zlepšení atmosféry doma i na pracovišti.

Pokud se jedná o masáže v tomto případě rostlinné silice správně ředěné ve vhodném nosném oleji pronikají všemi vrstvami kůže a dostávají se až ke krevním vlásečnicím.

---

<sup>94</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 449

<sup>95</sup> Asociace českých aromaterapeutů. *Aromaterapie* [online]. posl. aktualizace 6.4.2008 [cit. 2008-04-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.aromaterapie.cz/index.php?/pages/aromaterapie.html>>.

Specifický účinek éterických olejů spolu s relaxační masážní technikou vyvolává příznivou regenerační odezvu v lidském organismu a působí příznivě na stav jedince s Alzheimerovou demencí. Vhodná je také lokální aplikace formou obkladů, mastí či balzámů při různých bolestivých stavech svalů a kloubů, při kožních onemocněních a nebo k běžnému dennímu ošetření.<sup>96</sup>

Dalšími terapeutickými metodami, které jsou součástí péče o pacienta a doplněním základní péče jsou např. taneční terapie, arteterapie, která využívá prvků výtvarné činnosti či muzikoterapie, která užitím drobných hudebních nástrojů jak klienty, tak pečovateli, se může stát každodenní součástí práce s klientem.

## 6.8 PRETERAPIE

Preterapie je další stupeň ve vývoji myšlení a praxe zaměřené na klienta. Rogersův přístup k terapii byl založený na třech nutných předpokladech či postojích. Prvním postojem je bezpodmínečné pozitivní přijetí, dalšími empatie a kongurence.

Bezpodmínečné pozitivní přijetí znamená vřelý, přijímající, pečující postoj ke klientovi, vstřícnost a upřímný zájem, ať je to kdokoli. Empatie je spojena s jasným vyjadřováním porozumění pro klientovu zkušenost.

*„ Kongruence bývá popisována jako emoční opravdovost, otevřené projevování pocitů terapeuta vůči klientovi. Přítomnost a vyjadřování těchto přístupů, včetně nedirektivního zrcadlení klientových pocitů a sdělovaných významů, představuje základ terapie zaměřené na klienta. Toto splývání postojů a technik je považováno za posilující faktor pro sebe utváření a seberealizaci.“<sup>97</sup>*

Jde o specifický postup, který umožňuje navázat kontakt a budovat vztah i u osob, které obtížně komunikují nebo nemohou komunikovat vůbec. Poskytnout pomoc

---

<sup>96</sup> Srov. Asociace českých aromaterapeutů. *Aromaterapie* [online]. posl. aktualizace 6.4.2008 [cit. 2008-04-17]. Dostupné na <<http://www.aromaterapie.cz/index.php?/pages/aromaterapie.html>>.

<sup>97</sup> PROUTY, G., WERDE, D., PÖRTNER, M. *Preterapie*. Praha: Portál, 2005, s. 35



těmto lidem je velice obtížné, protože většinou není žádná možnost jak vstoupit do jejich vnitřního uzavřeného světa. Pro pečovatele, ať už v rodinném prostředí či v ústavní péči, je proto velmi obtížné porozumět potřebám nemocných jedinců. Jejich možnosti navázat kontakt s okolním světem, komunikovat a sdělovat tak své potřeby a přání jsou silně narušeny. Také vytvářet interakci v rámci společenství s ostatními lidmi je silně narušeno a to jednak jejich zdravotním stavem tak také vnějšími okolnostmi jejich života. Je prokázáno, že pečovatelé věnují daleko méně pozornosti lidem, kteří nekomunikují nebo komunikují s obtížemi. Pečovatelé s těmito jedinci většinou nemluví, nereagují na jejich neverbální projevy, neptají se jich, nesnaží se naslouchat, hovoří o nich v jejich přítomnosti, chovají se tak, jako by tito lidé byli hluchí.

Výsledkem je důsledné uplatňování přístupu orientovaného na klienta, o něž se právě samotná preterapie snaží. Profesionální terapeuti jsou trénováni k trpělivé snaze navázat kontakt s těmito klienty reagováním na jejich nejjemnější iniciativy. Posilují u klienta kontakt s realitou, kontakt se sebou samým a také kontakt s druhou osobou. V této technice se dají nalézt také některé prvky validačních přístupů, které jsem zmínila v předchozí části. Jedná se např. o zrcadlení, kladení otázek, blízkost nebo doteky. V tomto případě je však kontakt mnohem intenzivněji propracován a prohlubován tak, aby člověk mohl co nejvíce projevit svoje pocity a přání a tím i kontrolu nad svým životem.

Preterapie patří k metodám, které vycházejí z tradic humanistické psychologie a jejím autem je G. Prouty, přímý žák C. Rogerse.<sup>98</sup>

## 6.9 VIDEOTRÉNINK INTERAKCÍ

Videotrénink představuje moderní metodu zlepšování komunikace mezi pečovatelem a osobou závislou na péči, která je dobře využitelná právě při práci se starými lidmi, zejména s lidmi s demencí. Běžná interakce pečovatele s pacientem je

---

<sup>98</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 449 – 450

snímána kamerou. I velmi krátký videozáznam umožňuje detailní analýzu komunikace s hledáním možností jak posilovat a rozvíjet pozitivní komunikační dovednosti i s hledáním cest k řešení problematických situací a k navázání účinného kontaktu. Při zpětném rozhovoru nad vybranými momenty pečovatel spolu s kvalifikovaným videotrenérem hledají, které kroky v komunikaci vedly k úspěchu. Ze záznamu se dá vyčíst i např. jak byly přijímány jednotlivé iniciativy klienta nebo jak pečovatel věnoval pozornost např. očnímu kontaktu. Pečovatel se pak zaměří na úspěšné prvky v komunikaci a snaží se je vědomě integrovat do svých komunikačních vzorců. Zhruba v průměru šesti setkání lze sledovat, jak vybraný prvek komunikace napomáhá řešení konkrétních situací a dosahování dílčích cílů péče. Jedná se např. o spolupráci pacienta při různých činnostech, při koupání nebo při zvládnání obtížného chování. Videotréning je moderní účinná metoda, která pomůže personálu lépe spolupracovat s klientem, především jej motivovat a předcházet vzniku problematických situací. Při využívání této metody dochází k zachování pacientovy identity, jeho práva, autonomie i důstojnosti.<sup>99</sup>

#### *6.10 MAIEUTICKÝ PŘÍSTUP*

Alzheimerova choroba a jiné demence postupně progredují do terminální fáze, do fáze, kdy pacienti potřebují náročnou ošetrovatelskou péči. Tato péče má svá specifika, která jsou zohledněna v některých metodách. Jednou z těchto metod je právě Maieutický přístup.

Jedná se o rozvíjení schopnosti ošetrovatelského personálu pracovat s prožitkem, empatií a citlivou interakcí s lidmi v terminálních stádiích demence. Pečovatelé se učí uvědomit si reakce, které jsou ve své podstatě intuitivní a pracovat s energií a vztahem. Učí se také překonávat pocit bezmoci při práci s těmito lidmi. Neusilují pouze o to, aby se zlepšila orientace člověka v realitě, nepracují na hledání

---

<sup>99</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 449 – 450

nevyřešených konfliktů a na splnění životních úkonů, ale snaží se navázat účinný kontakt

s člověkem tím, že vstoupí do jeho vnitřního světa. Kontakt s realitou, který znamená život, je posilován a udržován prostřednictvím prožívaných citů a pocitů, které nemocnému člověku zůstávají a s nimiž lze pracovat až do posledního okamžiku, a ovlivňovat tak kvalitu života v nejtěžších stádiích onemocnění. Proto je důležité vyladění pečovatele, umění naslouchat, pojmenovávat vlastní prožitky a pocity, identifikovat je u klientů a tím lépe rozumět jejich i vlastním potřebám.<sup>100</sup>

Rozlišuje se šest přístupů:

1. Prožívání tělem (aktivace smyslů, strach, samota, radost – koupání, mazlení, masáže).
2. Smyslové prožívání (hudba, jídlo, vůně, kouření a pití).
3. Prožívání reality objektivní (datum, roční období, části dne) ale i subjektivní (realita intuice, vnímání personálu).
4. Instinktivní prožívání (smutek, zlost, strach – udržení emoční rovnováhy).
5. Sociální zkušenost (jak byl a je vnímán svět lidí).
6. Duchovní zkušenost (vyrovnanost) a vnímání vlastní hodnoty (trávení času).<sup>101</sup>

## 6.11 KINEZIOTERAPIE

*„Kinezioterapie je cíleným působením na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, funkce, stavy, osobnost a její vztahy prostřednictvím předem určeného, aktivně prováděného pohybového programu, využívajícího prvků tělesných cvičení, sportů a pohybových her. Cílem kinezioterapie je spolupůsobení na zmírnění, odstranění nebo schopnost ovlivňování psychických a psychosomatických obtíží nebo*

---

<sup>100</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 450

jejich příčin.“<sup>102</sup>

Kinezioterapie způsobuje změnu požívání a chování nemocného a prostřednictvím získávání nového náhledu na prožívaný problém umožňuje pacientovi, aby si uvědomil, jaké jsou možnosti vyrovnávání se s ním. Cílem činnosti u jedinců postižených demencí je umožnit účastníkům získat zkušenosti prostřednictvím spoluúčasti na smysluplné činnosti a prožít sebe sama jako platného, potřebného a alespoň z části užitečného pro ostatní. Celkový program kinezioterapie pro osoby s demencí je tvořen dlouhodobě. Základní obsah je tvořen zkušeností z každodenních činností. Úspěšnost programu je dána především mírou pocitu smysluplnosti a sounáležitosti účastníků a následně kvalitou změn jejich somatopsychického stavu. Tendence je především v tom, aby došlo k udržení kvality života a její stabilizace. U jedinců s Alzheimerovou demencí lze použít několik různých forem kinezioterapie. Jak jsem již zmínila, u nemocných, kteří trpí zvýšeným napětím projevujícím se úzkostným, depresivním, neuspořádaným, neklidným, agresivním chováním lze podle stupně postižení použít různé druhy kinezioterapeutických metod.<sup>103</sup>

**U lehčích forem** demence můžeme využít aktivně relaxujících programů s použitím např. gymnastických a tanečních prvků. Terapeuti se zaměřují především na udržení a podporu stávající kondiční úrovně, kognitivních, koordinačních, psychických a sociálních funkcí a obnovování dovedností, znalostí a jejich kvality. Využívají se cvičení integrujícího charakteru s uvědomování si vlastního těla, jeho integrovanosti a možností. Cvičení probíhá za manipulace s drobnými předměty, řešení úkolů spojených s manipulací, zařazují se neverbální komutativní programy, komunikativní programy s jednoduchou formou spolupráce a verbální komunikace.

**U těžších forem** demence koncentrativně zaměřené na provádění nenáročných

---

<sup>101</sup> Srov. Tamtéž, s. 450

<sup>102</sup> HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie*. Praha: Universita Karlova, Karolinum. 2003, s. 11

<sup>103</sup> HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton. 2005, s. 35

gymnastických a dechových cvičení doprovázených automasáží. Nemocný je veden k uvědomování si vlastního těla, jeho částí i celku. Uvědomováním si svého tělesného schématu je možné snížit míru dezintegrovanosti. Cvičení je možno provádět i v sedu na židli, vleže nebo ve stoji s oporou.<sup>104</sup>

Demence Alzheimerova typu se vyznačuje, jak jsem již několikrát v předchozím textu zmínila především úbytkem paměťových funkcí a apraxií. To se projevuje nejnápadněji při učení se novým informacím. Postupně dochází k obtížím ve vybavování. Poruchy paměti bývají spojeny s poruchami pozornosti. Nemocný se nedokáže soustředit a nic nového se nenaučí. Postupně mizí i dříve naučené dovednosti a návyky. Cvičení u kinezioterapie je zaměřeno na procvičování a znovu vybavování stávajících dovedností, souvisejících s pohyblivostí vedoucí k soběstačnosti. Procvičovány jsou zejména drobné manipulační dovednosti, pohyblivost ruky, správné držení těla a chůze a další.

Každá cvičební jednotka má tři části. Před zahájením cíleně zaměřené hlavní části cvičební lekce je důležité snížit celkové napětí, motivovat nemocného k účasti na cvičení a navodit schopnost koncentrace mysli. Terapeuti se snaží uvést nemocné do reality, připomenout si společně např. jaké je datum, den v týdnu, roční období, kdo má dnes svátek atd. Kvalifikovaní pracovníci zahajují cvičení krátkým dialogem o aktuálním prožívání pacienta. Zdůrazňují především pozitivní okolnosti, připomínají příjemné záležitosti plynoucí ze setkání a předešlých cvičení. Cílem celého cvičení je zvýšit vědomí ovládnutí svého těla a tím sebe sama. Cvičení probíhá v sedu, je-li to přijatelné pro účastníky, vleže. V aktivní části se přechází do stoje buď s oporou, nebo bez opory, či k pohybu v prostoru.

Hlavní část hodiny kinezioterapie má předem určený záměr, daný mírou onemocnění, aktuálním psychosomatickým stavem a záměrem léčby. Míra fyzické zátěže je mírná

---

<sup>104</sup> Srov. HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton. 2005, s. 35 - 36

až střední. Začíná se s mírně zvýšenou fyzickou zátěží při tepové frekvenci 80 – 90, která má uvolňující účinky. Aerobní zátěž může být později zvýšena, ale pouze v případě, jsou-li pro zvýšení zátěže cvičící pozitivně motivováni. Jakékoliv násilné vedení, ať už u kinezioterapie nebo jiného druhu terapie, by mohlo vést ke ztrátě zájmu a trvalé demotivaci.

V závěrečné fázi se přechází v klidné polohové a dechové cvičení. Závěr je věnován dialogu o prožitcích při cvičení, o aktuálním prožívání a přínosu do dalšího života.<sup>105</sup>

---

<sup>105</sup> Srov. HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton. 2005, s. 35 - 36

## ZÁVĚR

První část své práce jsem věnovala právě nezbytnému popisu Alzheimerovy choroby, který bylo třeba zmínit, ať už se práce ubírala jakýmkoliv směrem. Neboť od popisu Alzheimerovy demence se odvíjí pochopení celé problematiky přístupu a péče o tyto pacienty. Alzheimerova choroba se v současnosti řadí mezi nejčastější příčinu demencí na světě, přesto její etiologie není paradoxně doposud zcela jednoznačně objasněna. Přesné příčiny Alzheimerovy choroby nejsou zatím známy. Nemoc vzniká komplikovanou souhrou mnoha okolností. Všechna možná rizika zřejmě jen připravují vhodnou půdu pro zatím neznámý "spouštěč" choroby. Alzheimerova demence má tři hlavní stádia. Počáteční stadium nemoci si můžeme snadno splést s přirozeným stárnutím. S postupem času sledujeme u postiženého již závažnější příznaky a problémy, které mu znemožňují vykonávat běžné denní činnosti. V posledním stádiu demence můžeme u postiženého sledovat již závažnější příznaky a problémy, které mu znemožňují vykonávat běžné denní činnosti. Všechny tyto faktory je třeba znát pro uplatnění následné kvalitní péče.

Diagnostika a léčba demencí je kapitola, u které jsem se soustředila především na význam léčby nefarmakologické. Přesto léčba demencí by měla být komplexní a měla by být konzultována v multidisciplinárním týmu. Kromě léčby farmakologické by se měla uplatnit léčba nefarmakologická, která zahrnuje integrující a následně aktivační terapie a především trénink kognitivních funkcí. K úspěchu léčby významně přispívá pravidelný režim, dobré rodinné zázemí nemocného, co nejdelší setrvání v domácím prostředí a přiměřená aktivace během dne.

Vzhledem k faktu, že Alzheimerova nemoc vážně ovlivňuje komunikaci na všech úrovních, a tím ovlivňuje i vztah mezi postiženou osobou a pečovatelem, stala se komunikace dalším důležitým bodem mé práce. Vzhledem k tomu, že kvalita života postižené osoby Alzheimerovou demencí i těch, kteří o ni pečují, záleží na povaze

jejich vzájemného vztahu, je velice důležité, aby během péče o tyto pacienty byla udržována co možná nejlepší komunikace. K tomu, aby bylo kvalitní komunikace dosaženo je důležité, aby ošetřující pečovatel znal co nejlépe podrobný stav postiženého jedince. Komunikace znamená být v kontaktu, ale v případě Alzheimerovy demence slova nejsou jediným způsobem, jak kontakt vytvářet. V mnohých chvílích stačí pohled, dotek ruky nebo úsměv a vznikne pouhá fyzická blízkost a výměna informací nebo myšlenek.

Přístup k aktivitám u lidí s demencí představuje další vyhraněnou část. Právě u jedinců, jejichž paměť a myšlení jsou poškozeny chorobným procesem, kteří jsou mimořádně zranitelní, je třeba při programování aktivit důsledně uplatňovat filozofii a mravní princip kontinuity života, lidské hodnoty a důstojnosti.

Poskytování péče nemocnému Alzheimerovou chorobou je značnou zátěží pro celé jeho okolí. Rodina potřebuje informace, podporu a lékařskou asistenci. Péče o nemocného vyžaduje také dostatečné finanční prostředky a zejména čas, který je nutno nemocnému Alzheimerovou chorobou věnovat. Nežádá jediným řešením je trvalá ústavní péče. Principem poskytované ústavní péče je chovat se podle nejnovějších poznatků medicíny a ošetrovatelství a především schopnost dávat najevo city a schopnost empatie. Pečovatelé by měli vyvíjet snahu o komplexní péči člověka s Alzheimerovou nemocí. Především je třeba ve vzájemném vztahu usilovat o důstojnost, spokojenost a autonomii nemocného, o jeho ochranu před zbytečným strachem, úzkostí a studem a snažit se o jedince pečovat tak, aby docházelo k obohacování kvality jeho života. Velmi významnou složku hraje v kvalitní péči také využívání různých terapeutických metod, kdy u pacientů s demencí dochází k mnoha pozitivním vlivům.



S ohledem na současný i prognostický celosvětový trend stárnutí populace a paralelní prodlužování střední délky života se dostáváme k paradoxu, kdy máme možnost se dožít stále vyššího věku, ale současně za to platíme daň – v podobě rostoucího procenta výskytu onemocnění spojených s vyšším věkem, tedy i v podobě Alzheimerovy choroby. A právě proto, aby prodlužování délky života mělo pro nás svůj přínos, a abychom si čas mohli kvalitně užít, má svůj smysl se tímto onemocněním zabývat a bojovat s ním. A to prevencí, včasnou diagnostikou, efektivní léčbou, ale především vhodným přístupem a péčí o tyto pacienty.

## SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ

### PRIMÁRNÍ ZDROJE:

**ALLARD, M., SIGNORET, J., STALLEICKEN, D.** *Alzheimer Demenz.*

Berlin: Springer, 1988. ISBN 3-540-18285-3

**BRAGDON, A. D.** *Nedovolte mozku stárnout.*

Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-567-9

**BUIJSSEN, H.** *Demence.*

Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X

**ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST.** *Na pomoc pečujícím rodinám.*

4 vydání, Praha: ČASL, 2003. ISBN 80-86541-10-X

**FRIEDLOVÁ, K.** *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.*

Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4

**HÁTLOVÁ, B.** *Kinezioterapie.*

2. vydání, Praha: Universita Karlova, Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0719-2

**HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J.** *Kinezioterapie demencí.*

Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-564-7

**HOLMEROVÁ, Iva, et al.** *Pomerančový den : Světový den Alzheimerovy choroby.*  
Praha : ČALS, 2004. Alzheimerova choroba, ISBN není uvedeno

**HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K.** *Vybrané kapitoly z gerontologie.*

2. vydání, Praha: ČASL, 2003. ISBN 80-86541-12-6

**KALVACH, Z.** *Geriatric a gerontologie.*

Praha: Grada, 2003. ISBN 8-247-0548-6

**KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A.** *Stáří.*

Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5

**KOLEKTIV AUTORŮ, HOŘEJŠÍ, J.** *Alzheimerova choroba.*

Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-025-8

**KOLEKTIV AUTORŮ, PREISS, M., KUČEROVÁ, H.** *Neuropsychologie v neurologii.*

Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0843-4

**KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R.** *Diagnostika a léčení syndromu demence.*

Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-716-8

**KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R.** *Demence.*

Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4

**KOLEKTIV AUTORŮ, LECHTA, V.** *Terapie narušené komunikační schopnosti.*

Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5

**KUČEROVÁ, H.** *Demence v kasuistikách.*

Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1491-4

**NAKONEČNÝ, M.** *Encyklopedie obecné psychologie.*

Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0625-7

**PROUTY, G., WERDE, D., PÖRTNER, M.** *Preterapie.*

Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6

**RAHN, E., MAHNOKOPF, A.** *Psychiatrie.*

Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-964-0

**STAMMER, S.** *Fyzioterapie.*

Praha: Brázda, 2007. ISBN 978-80-209-0355-6

**STUART-HAMILTON, I.** *Psychologie stárnutí.*

Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2

**STONE, T., DARLINGTONOVÁ, G.** *Léky, drogy, jedy.*

Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1065-3

**ZEILOVÁ, J.** *Muzikoterapie*

Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807367-237-9

**ZGOLA, M. J.** *Úspěšná péče o člověka s demencí.*

Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9

**HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., JURAŠKOVÁ, B.,** et al. *Kvalita péče o pacienty s demencí: role a cíle alzheimerovských společností.*

Česká geriatrická revue 1/2004, s. 44–48

#### INTERNETOVÉ ZDROJE:

*Alzheimerova choroba : Jak se choroba léčí?* [online].

2003 , posl. aktualizace 7.1.2008 [cit. 2008-04-07]. Dostupné na <www.stari.cz>

Poslední aktualizace neuvedena

ASOCIACE ČESKÝCH AROMATERAPEUTŮ. *Aromaterapie* [online].

posl.aktualizace 6.4.2008 [cit. 2008-04-17]. Dostupné na

<<http://www.aromaterapie.cz/index.php?/pages/aromaterapie.html>>

ČALS. *O Alzheimerově chorobě : Specializovaná péče o pacienty s demencí* [online].

2003. [cit. 2008-03-17]. Dostupné na <[www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=32](http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=32)>

Poslední aktualizace neuvedena

*Canisterapie : Co je to canisterapie?* [online]. 2004 . [cit. 2008-04-13].

Dostupné na <<http://www.canisterapie.info/portal/aliasRainbow/langcs/tab>

ID3328/Desktop Default.asp>. Poslední aktualizace neuvedena

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace* [online].

2003 , [cit. 2008-04-03]. Dostupné na <<http://www.bazalni-stimulace.cz>>.

Poslední aktualizace nevedena

*Fyzioterapie* [online]. [cit. 2008-04-12]. Dostupné na <[www.fyzioterapie.cz](http://www.fyzioterapie.cz)>

Poslední aktualizace nevedena

KONRÁD, J. *Alzheimerova choroba : Stádia nemoci* [online].

2003 , posl. aktualizace 7.1.2008 [cit. 2008-02-12]. Dostupné na <[www.stari.cz](http://www.stari.cz)>

*Loucký Mlýn: Poskytovaná péče.* [online].

[cit. 12. dubna 2008] Dostupné na <[www.alzheimercentrum.cz](http://www.alzheimercentrum.cz)>

Poslední aktualizace nevedena

*Poskytovaná péče : Bazální stimulace* [online].

[cit. 2008-04-12]. Dostupné na < <http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace/>>.

Poslední aktualizace nevedena

*Poskytovaná péče : Reminiscenční terapie* [online].

[cit. 2008-04-12]. Dostupné na < <http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/reminiscencni-terapie/>>.

Poslední aktualizace nevedena

*Testy : Mini Mental State Examination* [online].

2003 , posl. aktualizace 7.1.2008 [cit. 2008-03-08]. Dostupné na <[www.stari.cz](http://www.stari.cz)>

SEKUNDÁRNÍ ZDROJE:

**TOPINKOVÁ, E.** *Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Manuál pro klinickou praxi.* Praha: UCB Pharma, 1999. ISBN 80-238-4913-1

## SEZNAM PŘÍLOH

**PŘÍLOHA č. I – Test Mini Mental State Examination**

**PŘÍLOHA č. II – Ukázka bazální stimulace**

**PŘÍLOHA č. III – Vzpomínkový kufr u reminiscenční terapie**



## PŘÍLOHY

### PŘÍLOHA Č. I – Test Mini Mental State Examination

**A. Orientace** (*Nechte nemocnému 10 vteřin na odpověď na každou otázku.*)

Který je teď rok?

Které je nyní roční období?

*(V posledním nebo prvním týdnu ročního období hodnoťte jako správnou odpověď obě období.)*

Můžete mi říci dnešní datum?

Který je den v týdnu?

Který je teď měsíc?

*(V prvním dnu měsíce hodnoťte jako správný i předchozí měsíc, v posledním dnu měsíce přijměte i předchozí měsíc.)*

Ve kterém jsme státě?

Ve kterém jsme okrese (kraji)?

Ve kterém jsme městě?

Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení)? (*Název nemusí být přesný a úplný.*)

Na kterém jsme poschodí?

### **B. Zapamatování**

Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Zapamatujte si je, poněvadž se Vás na ně zeptám znovu za několik minut. Vyslovujte pomalu s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy

**lopata**

**šátek**

**váza**

*Prosím, opakujte tato slova.*

Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte skóre za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Jestliže pacient nezopakuje všechny tři, opakujte nanejvýše pětkrát, nebo než se to nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat smysluplně kapitolu "Výbavnost".

### C. Pozornost a počítání

Začněte od 100 a odečítejte po 7. Skončete po 5-ti odečtech. Jestliže se nemocný zmýlí a další výsledky jsou proto posunuty, skórujte jako jednu chybu.

93       86       79       72       65

Jestliže nemocný nemůže, nebo nechce počítat, požádejte ho:

**Hláskujte nazpět slovo POKRM.**

Opakujte nanejvýš třikrát, až nemocný rozumí. Skóre je počet písmen ve správném pořadí (tedy např. MRKOP=5, PKORM=3).

### D. Výbavnost

Teď, prosím, mi řekněte ta tři slova, která jste si měl(a) zapamatovat. (Na odpověď dejte 10 vteřin).

lopata

šátek

váza

### E. Pojmenování předmětu

Jak se to jmenuje? (Ukažte náramkové hodinky).

Co je to? (Ukažte tužku).

### F. Opakování

Opakujte po mně větu:

„Žádná kdyby nebo ale.“ (Na odpověď nechejte 10 vteřin. Skórujte 1 jen za celou větu a jen na první pokus).

### G. Třístupňový příkaz

Přečtěte nemocnému následující příkaz a dejte mu do ruky kus prázdného papíru.

**Vezměte do ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu.**

*(Ponechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Za každý provedený stupeň skórujte jeden bod).*

- 1. stupeň: pravá ruka
- 2. stupeň: složení na polovinu
- 3. stupeň: položení na podlahu

### H. Čtení a vyhovění příkazu

Ukažte nemocnému kartu s nápisem: „**Zavřete oči**“.

- Přečtěte nápis na papíru a udělejte, co žádá.

*(Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení příkazu, instrukci můžete opakovat maximálně třikrát. Skóre je na místě jen tehdy, jestliže nemocný skutečně zavře oči).*

### I. Psaní

Dejte nemocnému tužku a papír.

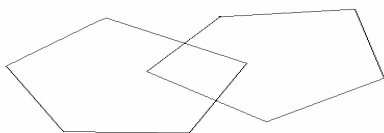
- Napište jakoukoli větu.

*(Nechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Věta by měla mít podstatné jméno a sloveso a musí mít smysl. Pravopisné chyby nevadí).*

### J. Opisování

- Dejte nemocnému papír, tužku a pryž. Ukažte mu obraz a požádejte ho, aby obraz obkreslil. Ponechte mu několik pokusů během **1 minuty**.

*(Skórujte jako 1, jestliže jsou zachovány všechny strany a úhly a jestliže protnutí vytváří čtyřúhelník. Tremor a rotace nevadí)*



## **PŘÍLOHA Č. II – Ukázka bazální stimulace**



### PŘÍLOHA Č. III – Vzpomínkový kufr u reminiscenční terapie



## ABSTRAKT

TESÁRKOVÁ, V. *Péče o lidi s Alzheimerovou chorobou*. České Budějovice 2008. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky.

**Vedoucí práce:** Doc. Michal Kaplánek Th. D.

**Klíčové pojmy:** Alzheimerova choroba, demence, komunikace, rodinná péče, ústavní péče, možnosti aktivit, terapie.

Obsahem mé diplomové práce je nastínění důležitosti správného porozumění potřebám jedinců trpících Alzheimerovou chorobou a zároveň správné péče o tyto pacienty.

Úvodní část se zaměřuje na samotný popis Alzheimerovy demence spolu s příznaky, druhy, diagnostikou a možnostmi léčby.

Pozornost je soustředěna na možnosti správné komunikace s těmito pacienty a na to navazující vhodnou rodinnou či ústavní ošetrovatelskou péči.

Závěrečné část se zabývá nabídkou vhodných aktivit a různých druhů terapií, které mají pozitivní vliv na celkovou osobnost jedince s Alzheimerovou demencí.

## ABSTRACT

TESÁRKOVÁ, V. *The care of the people with Alzheimer disease*. České Budějovice 2008. Dissertation. University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Theology. Department of Pedagogy.

**Dissertation supervisor:** Doc. Michal Kaplánek Th. D.

**Keywords:** Alzheimer's disease, aphrenia, communication, family care, adequate care, possibilities activities, therapy

The subject of the work is to sketch the importace right understanding needs of individuals suffering from alzheimer disease together with acceptable care of these patients.

The introductory part is focusing in single characteristics of alzheimer aphrenia together with appearances, kinds, diagnostic and possibilities the treatment.

Pozornost je soustředěna na- The work focuses on possibilities the right comunication with these patient and continuing acceptable family or institutional nurse care on it.

In the final parts I was deal with the offer of activities and different kinds of therapy which have the positive effect on general personality of individual with alzheimer aphrenia.