

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Trénink paměti u seniorů v denním centru SANCO v Příbrami

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Petra Zimmelová

Autor:
Ivana Žebrová

Datum odevzdání: 14. 5. 2007

Training of senior's memory in the daily centre SANCO in Příbram

Training memoirs today deal with row organization for example in Germany, Austria or England. Also at our place there has been Czech society for training memoirs and cerebral jogging. Associates special trainer – coach that the skirt skill. This activity most often survey on training memoirs fathers. Czech Republic lines to the next European lands, in which will men above 60 years create in the near future expressive part population. Extension longevity is able to go in for society poser.

Aim those work is valorize training memoirs with clients daily centre SANCO in Příbrami and evidence, that the this course betters memory and cognitive function clients that the already bring in first appearances aphrenia. This quantitative research traces fractional set informants on detachment specialty care intended especially for men disabled Alzheimer's illness et al. print aphrenia, with capacity for 10 as far as 15 clients incoming from his home and for 12 clients with permanent residence. Estimation effect training memoirs in the elderly was effected by the help of standardized Folsteinova test mini- Mental State Examination, MMSE. It is possible obtain 0 – 30 points, whereas surface 25 – 30 points considers to be the normal. Single constituency were tracked for a period of gamma months training memoirs. Test was effected at the beginning and at the end hereof period. Informants that the have had score MMSE in surface 24 - 18 points, attained after training memoirs improvement about 0,27 point and constituency that the have had score 17 – 6 points, attained after training downgrade about 0,3 point. Aim work it is possible account replete. Research highlighting importance training memoirs in the elderly with beginning aphrenia, because in definite time period can achieve preservation or mild improvement cognitive function. In the elderly intermediate aphrenia training memoirs slows wind - down cognitive function. Training memoirs innovates quality of life and in the elderly, where doesn't go already just about malfunctioning memoirs, but about organic change in brain. Work can be used like argument for introduction these courses in arrangements working with clients distressful aphrenia.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum:

Podpis studenta:

Poděkování

Děkuji vedoucí práce paní Mgr.Zimmelové za podnětné rady, předsedkyni České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging paní Ing. Daně Steinové za cenné připomínky a mojí rodině za podporu.

Obsah

Úvod.....	6
1 Současný stav	7
1.1 Demografie	8
1.2 Stáří a stárnutí	8
1.2.1 Involuce centrální nervové soustavy.....	9
1.2.2 Psychická involuce	10
1.3 Paměť	10
1.3.1 Druhy paměti	11
1.3.2 Funkce paměti.....	12
1.4 Demence	13
1.4.1 Demence atroficko-degenerativního původu.....	14
1.4.2 Sekundární demence	15
1.4.3 Hodnocení kognitivních funkcí	16
1.4.4 Terapie demencí.....	16
1.5 Zdravotně sociální péče o seniory	17
1.6 Kognitivně rehabilitační péče	18
1.7 Trénování paměti	19
1.7.1 Trénink paměti u zdravých starších osob	20
1.7.2 Trénink paměti orientovaný na léčení poruch mozkové výkonnosti.....	22
2 Cíle práce a hypotézy	24
3 Metodika	24
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	24
4 Výsledky	26
5 Diskuse.....	35
6 Závěr	38
7 Seznam použitých zdrojů	40
8 Klíčová slova.....	42
9 Přílohy.....	43

Úvod

„Mozek je nejkomplicovanější kilogram hmoty ve vesmíru“, Anon

Pracuji jako sociální pracovnice v nestátní organizaci M. Blatoňová, Ošetrovatelská péče SANCO v Příbrami. Rezidenční oddělení s denním centrem je zapojeno do projektu ANDa - Alzheimerova nemoc, demence a jiné nesoběstačnosti. Jedná se o ucelený program péče o seniory s poruchou paměti či soběstačnosti, který je podporován Krajským úřadem Středočeského kraje.

V roce 2005 jsem se zúčastnila základního semináře „Trénování paměti seniorů“ u České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging. Podílím se na celodenním programu klientů ošetrovatelského oddělení a jednou za čtrnáct dní organizuji v denním centru kurzy trénování paměti pro zdravé seniory docházející z Příbrami a okolí.

Zakladatelkou trénování paměti je doktorka medicíny Franciska Stengel. Před 30 lety udělala v Rakousku první kurz pro trénování paměti, aby aktivovala seniory v domovech důchodců. Dnes je po celém světě propagováno trénování paměti pro seniorskou populaci.

Ještě nikdy nebylo na Zemi tolik starých lidí, jako naznačuje demografický vývoj v blízké budoucnosti. Obraz stáří má dvě polarity. Část kurzu pro trenéry paměti vedl profesor Jaro Křivohlavý a právě tento starší pán s obrovskou životní silou dal směr mojí další práci. Ze své praxe znám také obraz starého, bezmocného člověka. V druhé polovině 20. století se objevil termín ageismus. Vyšší věk je často spojován s předsudky, že všichni staří lidé trpí ztrátou výkonnosti, jsou nemocní, smyslově a pohybově postižení. Potřeby stárnoucí populace budou zřejmě tento obraz proměňovat. To je moje výzva do budoucnosti. Trénování paměti patří mezi efektivní způsoby jak zvýšit soběstačnost a prodloužit nezávislost seniorské populace. Starší člověk, který zjistí, že je schopen se zapojit do skupinové práce, nápadně zvedne svoje sebehodnocení a následně si zlepší i kvalitu života.

Cílem této práce je zhodnotit trénink paměti u seniorů a prokázat, že trénování paměti zlepší kognitivní funkce klientů, kteří již mají první příznaky demence.

1 Současný stav

Souhrnem poznatků o stárnutí a stáří se zabývá vědní obor gerontologie. Zkoumá aspekty biologické, demografické, sociální a mnoho dalších (7). Gerontologie bývá klasicky členěna na tři důležité části, na experimentální, klinickou a sociální. Experimentální gerontologie studuje procesy biologického a psychologického stárnutí. Atraktivní jsou především vytrvalé snahy lidstva o to, jak prodloužit život člověka hledáním elixíru mládí (5).

Gerontologie klinická, čili geriatrie, se zabývá zvláštnostmi a diagnostikou chorob ve stáří, prevencí a kvalitou života, ve stáří podmíněnou zdravím (11). Medicína je dnes rozdělena do velkého počtu oborů, které věnují pozornost nemocným vyššího věku. Patří sem psychiatrie, protože řada duševních poruch je typická pro stáří, navíc počet těchto poruch s věkem roste a jejich léčení má svá specifika. Tyto důvody vedly ke vzniku gerontopsychiatrie, oboru, který zasahuje do řady jiných specializací jak medicínského, tak i sociálního charakteru (14).

Gerontologie sociální analyzuje vztahy a problémy starého člověka vůči společnosti, zasahuje například do sociologie, psychologie, politologie, sociální práce, pedagogiky, ekonomie, práva a dalších oborů (14).

Česká republika se řadí k těm evropským i světovým zemím, ve kterých budou osoby nad 65 let tvořit v blízké budoucnosti výraznou část populace (10). Jak uvedla přednášející Hrdá, J. (8), počet obyvatel starších 65 let tvořil na počátku 20. století 3 – 5 % populace a na počátku 21. století je to již 12 – 16 % populace v České republice. Střední délka života, to je pravděpodobná doba dožití, je dnes pro muže 71,5 let a pro ženy 78,1 let (5).

Systematická sociální práce, která usiluje o podporu aktivity u starých lidí, by měla cílevědomě vytvářet husté sociální sítě kontaktů a příležitostí. Je žádoucí otevírat šance pro ty seniory, kteří zůstávají v izolaci a bez aktivity a napomoci jim k účasti na životě společnosti přes jejich omezení. V této souvislosti se často užívá pojem aktivizace seniorů. Někdy však vyvolává představu pasivního konzumenta předem připravených programů s povinnou účastí, a tím byl tento pojem kompromitován. V současnosti je nahrazován nenásilným vytvářením podmínek a nabízením možností

v rámci programování aktivit. Skutečná podpora aktivity seniora znamená společné hledání toho, co jej naplňuje radostí, rozmnožuje jeho příjemné prožitky a pocity v každodenním životě. Je důležité tyto principy uplatňovat v přiměřené podobě i vůči starým lidem s výrazným zdravotním omezením, včetně demence. I v jejich těžkém postižení je třeba hledat a vytvářet prostor pro životní aktivitu a sociální angažovanost. Z francouzského prostředí se k nám dostává výraz animace ve smyslu oživení. Animuje se celkový přístup ke klientům a klima v zařízeních sociální péče (10). Myšlenku aktivního stáří podporují kurzy tréninků paměti mající za úkol především udržovat dobrou duševní kondici, která je pro život seniorů nesmírně důležitá (6).

1.1 Demografie

Demografie je vědní disciplína, která na základě statistických údajů zkoumá počet, strukturu a pohyb obyvatelstva. Klasický strom života, který vyjadřuje vzájemný poměr různých věkových skupin populace, se výrazně změnil. Světová populace stárne (5).

Pro ty profese v oblasti sociálních služeb, které se angažují v péči o stárnoucí a staré lidi, je alarmující skutečností, že se v devadesátých letech výrazně urychlilo stárnutí populace. Projevil se pokles porodnosti a postupně přibývá starých lidí. Počet seniorů se dále zvýrazní po roce 2010, až zestárnou silné poválečné ročníky (10, 11). Počet a podíl osob starších 65 let se bude nadále zvyšovat a předpokládá se, že podíl těchto osob vzroste do roku 2020 na 27 % z nynějších 18 % (12). Podstatné také je, že dochází k výraznému přibývání seniorů ve věku 85 let a více. Odborníci předpovídají, že se lidský věk v budoucnosti dále prodlouží. Celá společnost bude stále častěji řešit problémy a výzvy plynoucí ze stárnutí naší populace, bude se muset přizpůsobit potřebám starších občanů (5, 7).

1.2 Stáří a stárnutí

Co je stáří a kdo jsou staří lidé? Na tuto jednoduchou otázku není snadné odpovědět. Stáří neboli senium je obtížně definovatelná poslední fáze života, v níž se projevuje zhoršování zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Z medicínského hlediska se hovoří o involučním úbytku potenciálu zdraví. Často dochází k rozdílům

mezi stářím kalendářním a stářím biologickým. Někteří lidé jsou na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní, jiní působí předčasně zestárlým dojmem. V hospodářsky vyspělých zemích se obvykle uvádí za počátek kalendářního stáří věk 65 let. Často se uvádí věk 65 – 74 let jen jako počínající stáří a za hranice vlastního stáří se považuje věk 75 – 80 let. Jako dlouhověkost se označuje věk 90 let a více. Hranice stáří se posouvají do vyššího věku, protože přibývá seniorů s lepším zdravotním i funkčním stavem (5, 11, 14).

Stárnutí je přirozený fyziologický a zákonitý proces a nikdo živý se mu nemůže vyhnout. Je ale pochopitelné, že lidé si přejí žít dlouho a stejně tak dlouho chtějí být zdraví a soběstační (5). Změny v průběhu stárnutí postihují jednotlivé orgány a následně organismus jako celek. Ačkoli involuce a regrese jsou pro stáří typické, nejsou zdaleka povšechné. Je zřejmé, že proces stárnutí ovlivňuje životní styl. Zvláště nedostatek tělesné aktivity, přejídání, kouření, drogy a nadměrná konzumace alkoholu mají zhoubný vliv na zdraví a kvalitu života (10). Vzhledem k zaměření této práce na trénování paměti seniorů bude věnována pozornost oblastem, které bezprostředně souvisí s daným tématem, a to na oblast věnovanou změnám centrální nervové soustavy a změnám psychickým v průběhu stárnutí (14).

1.2.1 Involuce centrální nervové soustavy

Mozek je propojen s duševní činností člověka. Procesem fyziologického stárnutí je mozek postihován stejně jako všechny jednotlivé orgány a tkáně lidského organismu. K makroskopickým projevům přirozené involuce centrálního nervového systému patří pokles hmotnosti mozku. Původně známá empirická skutečnost byla doložena možnostmi novodobých zobrazovacích a počítačových vyšetření, které potvrdily úbytek objemu mozkové tkáně ve vztahu k nitrolebečnímu obsahu. S tím souvisí skutečnost, že se snižuje tloušťka mozkové kůry a rozšiřují se mozkové komory (10, 14).

Při posouzení mikroskopických projevů involuce se často uvádí úbytek neuronů v průběhu života. Do nedávné doby se předpokládalo, že počet neuronů je daný již při narození, během života jedince už žádné nové neurony nevznikají a na rozdíl od většiny ostatních buněk nejsou schopny se dělit. Teprve v poslední době byla koncepce

neuronálního úbytku narušena průkazem limitovaného dělení neuronů a novými výzkumy v oblasti neuronální plasticity mozku. Tyto studie znamenají optimistický posun v tradovaných redukčních představách o neuronální výbavě jedince v závislosti na postupujícím věku (10, 14, 21).

1.2.2 Psychická involuce

Výzkum v této oblasti naráží na různé problémy, například výběr skupin a nedostatek testů pro vyšší věk. Získané poznatky však mohou být užitečné z hlediska snah o udržení přiměřené úrovně psychických funkcí staršího člověka a mít tak důležitý praktický význam (14). Například výzkum kognitivních schopností a stárnutí univerzitních profesorů podpořil domněnku, že provozování náročné intelektuální činnosti v průběhu života může bránit vzniku poruch obvyklých ve stáří – poruch plánování, uspořádání informací a zacházení s nimi (4).

Přes různé involuční změny se osobnost a osobitost staršího člověka bez přítomnosti závažné choroby výrazně nemění. Intelektové schopnosti zůstávají také dobře zachovány do nejpokročilejšího stáří. Slovní zásoba stejně jako jazykové znalosti jsou v průběhu fyziologického stárnutí zachovány (14). Starší lidé dokonce mívají ve srovnání s mladšími rozsáhlejší slovní zásobu (4). To znamená, že přirozená involuce nevede k demenci, ta je vždy důsledkem onemocnění, které poškozuje mozkovou tkáň (7). S věkem sice klesá schopnost rychlého zvládnutí neznámých situací a problémů, ale starší člověk dokáže využívat k řešení problémů zkušenosti a zažitá schémata. Z hlediska psychického výkonu je ve stáří vhodné zajistit dostatečný odpočinek, klid a vlastní tempo, protože nepřítelem starých lidí je časový stres a obava z neúspěchu. Při učení je třeba počítat se zhoršenou vštípivostí, protože staří lidé potřebují ve srovnání s mladými k zapamatování stejného objemu informací větší počet opakování (11).

1.3 Paměť

Paměť je komplexní funkcí mozku, je velmi úzce spojena s učením a účastní se rozvoje všech ostatních mentálních funkcí. Umožňuje porovnávat aktuální informace o změnách zevního a vnitřního prostředí se zkušenostmi a informacemi získanými již

v minulosti. Člověk si díky paměti udržuje kontinuitu každodenního života a v širším slova smyslu se skrze paměť propojuje kulturně i historicky s ostatními lidmi (4, 21).

1.3.1 Druhy paměti

Paměť je možné rozdělovat podle různých hledisek. Podle časového uložení informace je možné paměť rozdělit na paměť krátkodobou a dlouhodobou. Vzhledem k obrovskému množství podnětů funguje paměť ekonomicky (14).

Krátkodobá paměť se někdy rozděluje podle doby zachycení informace na tři okruhy, na paměť ultrakrátkou trvající sekundy, paměť střednědobou trvající hodiny a paměť čerstvou trvající několik dní (15). Krátkodobá paměť má omezenou kapacitu, limit je dán počtem jednotek, které si lze zapamatovat. Člověk je schopen naučit se během určité doby pět až devět položek. Psychologové to nazývají fenomén „sedm plus minus dvě“ nebo také „magické číslo sedm“ (21). Platí však, že zvýšení nároků na krátkodobou paměť vede k aktivizaci dalších oblastí mozkové kůry. Působí jako počáteční filtr, který přijímá různé informace zachycené smysly. Vzhledem k obrovskému množství podnětů, které má paměť k dispozici, je nezbytná jejich selekce. Paměť musí pracovat ekonomicky, a proto je kapacita paměti omezená. Člověk si může zapamatovat jen něco, musí si vybrat, a tak si pamatuje to, co je pro něj potřebné, nutné a významné, ostatní informace zapomíná nebo si je ani nevštlípí. Jedna z variant krátkodobé paměti se označuje jako pracovní paměť a slouží ke krátkodobému uložení těch informací, které jsou potřebné pro řešení aktuálního problému (25). Jde nejen o podržení informací, ale i jejich zpracovávání (15). Krátkodobá paměť je základním krokem k trvalému uchování informace. Důležitá je míra pozornosti a soustředění se na daný úkol. Jsme-li například rušeni v hlučném prostředí, zapamatujeme si jen velmi málo (21).

Dlouhodobá paměť může uchovávat informace po celý život, například osobně významné vzpomínky či některé dovednosti jako číst a psát. Pro trvalejší uchování v paměti je důležité těmto informacím rozumět a dokázat je zařadit do systému dříve získaných poznatků. Záleží také na tom, zda jsou tyto znalosti či dovednosti využívány a zda mají pro jedince nějaký, například emoční, význam. Jde o nesmírně složitý mechanismus, neexistuje jedna forma paměti, ale jde o několik propojených systémů

zachovávání informací v mozku. Proces sjednocení nových dat do existujících schémat se označuje jako konsolidace **(15, 25)**.

V současné době se používá dělení neuropsychologické dělení, a to na systém implicitní paměti a na systém explicitní paměti. Implicitní, takzvaná procedurální paměť, se vztahuje k náhodnému učení předchozí zkušenosti, jednatel si toho nemusí být vědom. Procedurální paměť se odvozuje od právě probíhající činnosti, například zapamatování si sledu jednotlivých pohybů při chůzi, jízdě na kole nebo při řízení auta. Jednou naučená dovednost pak přetrvává velmi dlouho a je odolná až rigidní vůči změnám. Zvláštností procedurální paměti je i to, že se nedá slovně popsat nebo vysvětlit jednoduchými slovy **(14, 25)**.

Naopak explicitní, takzvaná deklarativní paměť, představuje vědomý proces získávání informací. Deklarativní paměť se dále dělí na primární či krátkodobou paměť a sekundární či dlouhodobou paměť. Vyšší úroveň má paměť dlouhodobá sémantická a epizodická **(14, 25)**. Sémantická paměť se týká všeobecných znalostí o světě v celé jeho rozmanitosti, bývá uchována po dlouhou dobu. Člověk ji získává pozorováním a učením a může ji vyjadřovat slovy. Slovní zásoba většiny lidí obsahuje přibližně dvacet až padesát tisíc slov, jejichž významy jsou uloženy právě v sémantické paměti. Je to poklad naší verbální sociální komunikace. Zajímavou úroveň paměti je epizodická paměť, může být vyjádřena slovy, ale její obsah se týká více událostí ze života člověka než všeobecných znalostí. Epizodické vzpomínky bývají spojeny s určitým místem a časem. Člověk líčí sám sebe jako účastníka nebo pozorovatele. Je to paměť osobních zážitků a zpracování toho, co člověk prožil. Epizodická paměť je více citlivá na běh času a pokud není pravidelně vyvolávána, je stále rozmazanější **(15, 21)**.

1.3.2 Funkce paměti

Kvalita paměti je závislá na propojení a koordinaci jednotlivých funkcí mnoha mozkových oblastí. Do této sítě se zapojují jak centra mozkové kůry čelního, spánkového, temenního i týlního laloku, tak další mimokorové oblasti mozku. Paměťový proces má tři fáze: zakódování, uchování a vybavení **(25)**. Tento proces zajišťují tři paměťové funkce:

- všípivost, schopnost uložit informaci do paměti
- schopnost fixovat, uchovat paměťové obsahy
- schopnost znovu vybavit uloženou informaci.

Při poruchách paměti za různých chorobných stavů trpí buď jen některá z těchto funkcí nebo mohou být poškozeny všechny tři (14).

Výkonnost paměti umí poměrně přesně měřit klinická psychologie svými testovými metodami. Snížení výkonnosti paměti, hypomnézie, je nutno odlišit od pouhé nesoustředěnosti, která bývá jen funkční, například při únavě. Hypomnézie bývá v praxi nejčastěji jeden z příznaků demence. Často nejprve utrpí všípivost paměti, pacient není schopen zapamatovat si nové skutečnosti, neví, co měl před pěti minutami k obědu, dovede však sdělovat řadu vzpomínek ze svého mládí. Jak demence postupuje, může se porucha všípivosti paměti natolik prohloubit, že pacient ztrácí orientaci v čase, místě i situaci. Při delším trvání demence pak klesá i schopnost uchovat paměťové obsahy a schopnost znovu vybavit uloženou informaci (14).

1.4 Demence

Demence je vždy důsledkem choroby, není nikdy důsledkem pouhého stárnutí. Demence je syndrom charakterizovaný snížením původních, již určité úrovně dosahujících, schopností jako je paměť, myšlení, úsudek, intelekt, schopnost učení. Jako časové kritérium pro možný vznik demence je udáván věk nejméně tři let, po vzniku základů kognitivních, poznávacích funkcí, dříve nelze demenci diagnostikovat. Při rozvoji demence druhotně dochází i k poruše nekognitivních funkcí, emocí, chování, spánku. Ačkoli je tedy věková hranice pro vznik demence velmi nízká, je nutné zdůraznit, že je častá u starších lidí a demence je tedy považována za onemocnění, které náleží mezi nejzávažnější choroby vyššího věku (7, 10, 14).

Termín demence je jedním z medicínských termínů, který vyvolává mezi lidmi strach. S tímto termínem je spojena představa postupné ztráty duševních schopností, sebekontroly, schopnosti komunikace a sebeobsluhy. Ne všechny demence jsou stejné, některé z nich jsou léčebně ovlivnitelné, reverzibilní. Vedle toho se stále objevují nové léky nabízející možnost zlepšení či alespoň zpomalení rozvoje i těch onemocnění, které vedou k demenci ireverzibilní, spojené s poškozením mozkové tkáně. Tyto

okolnosti důrazně upozorňují na důležitost přesné a včasné diagnostiky demencí umožňující zahájení cílené léčby. Syndrom demence můžou vyvolávat různé etiologie (7).

Hloubka demence se obecně dělí na tři stupně závažnosti - mírnou, středně pokročilou a pokročilou formu demence. Při mírné, počínající či lehké demenci je již zřetelně snížena paměť a schopnost učení se novému. Náročnější intelektové kapacity jsou porušeny o více než dvacet procent. Běžný život pro člověka s tímto postižením je obtížnější a pracnější, ale dobře možný, protože je ještě v podstatě soběstačný (7, 11).

Středně pokročilá či středně těžká demence umožní vybavení jen hluboce vštípených a fixovaných informací. Zhoršuje se kvalita verbální komunikace, vážnou už základní početní úkony a komplikovanější činnosti končívají nezdarem. Člověk se středně pokročilou demencí potřebuje už občas pomoc druhých lidí a vyžaduje častý dohled. Jednoduché práce ještě zvládne (7, 11).

Při pokročilé či těžké formě demence je vštípivost paměti už zcela nefunkční, zůstanou jen útržky kdysi naučených návyků a získaných informací. Nakonec dojde k úplné ztrátě srozumitelných myšlenkových pochodů, vážne základní orientovanost, je patrna bezradnost. Pacient ztrácí schopnost vyjadřovat se a rozumět mluvenému slovu, často ani nepoznává své blízké a je plně odkázán na péči okolí (11, 14).

Demence je možné podle etiologie zhruba rozdělit do dvou základních skupin, na skupinu primárních demencí atroficko-degenerativního původu a na skupinu sekundárních demencí, kdy se demence projevuje jako příznak určitého systémového onemocnění centrální nervové soustavy (10).

1.4.1 Demence atroficko-degenerativního původu

Do této skupiny patří Alzheimerova choroba, která je nejčastější příčinou demence. Přesto, že se různé statistiky liší, udává se průměrné zastoupení Alzheimerovy choroby mezi demencemi kolem 50 %. Je to neurodegenerativní onemocnění mozku samotného, způsobuje pokles kognitivních funkcí - myšlení, paměti, soustředění, úsudku. Příčina vzniku nemoci je doposud neznámá. Jsou popisovány dvě formy této choroby podle věku začátku: Před 65. rokem časná, presenilní forma, po 65. roku

pozdní, senilní forma Alzheimerovy demence. U časných formy této choroby je patrná rychlá progresse příznaků ve formě afázie, agrafie, alexie, akalkulie či apraxie (7, 10).

U pozdní formy není průběh tak rychlý jako u časných formy, ale výskyt je daleko častější a s vyšším věkem dokonce stoupá. Uvádí se, že k manifestaci dochází většinou v sedmé a osmé dekádě života. Alzheimerova choroba je tedy nemoc především vyššího věku (10). U pozdní formy převažuje postižení paměti nad zhoršením intelektu (14).

Makroskopické změny v mozku jsou podobné jako při fyziologickém stárnutí. Typické mikroskopické změny, které devastují mozek, zahrnují nálezy nadprahového množství extracelulárních senilních plaků a nálezy intracelulárních neuronálních klubek, tangles. Dochází k poruchám nervových přenašečů (10, 14).

Kromě Alzheimerovy choroby dále do skupiny demencí atroficko-degenerativních patří demence při Parkinsonově chorobě, korová nemoc s Lewyho tělísky, Pickova choroba a jiné vzácně se vyskytující choroby (10).

1.4.2 Sekundární demence

Do sekundárních demencí patří ischemicko-vaskulární demence, dříve nazývané arteriosklerotické. Tyto demence jsou druhé nejčastější po Alzheimerově chorobě, jednotlivé statistiky udávají procentuální zastoupení mezi všemi demencemi 15 – 30 % (10).

Vaskulární demence je způsobena postižením cév a v důsledku toho postižením mozkové tkáně. Nejčastější příčinou jsou mnohočetné drobné infarkty mozkové tkáně nebo jeden rozsáhlejší infarkt v oblastech významných pro kognitivní funkce. Demence na podkladě kombinace vaskulárních změn i Alzheimerovy choroby je označována jako smíšený typ neboli demence při Alzheimerově chorobě (10, 14).

Do takzvaných symptomatických demencí patří skupina demencí, z nichž některé jsou po odstranění příčiny plně reverzibilní. Například demence objevující se při užívání některých farmak, demence jako důsledek hypoxie, demence vznikající v důsledku metabolického rozvratu, demence po prodělaném traumatu hlavy, demence infekčního původu (14).

1.4.3 Hodnocení kognitivních funkcí

U pacientů s podezřením na kognitivní deficit a přítomnost syndromu demence je vhodné použít screeningový Folsteinův test – Minimální vyšetření mentálního stavu (Mini Mental State Examination, MMSE). Používá se v klinické praxi jako orientační metoda neuropsychologické diagnostiky, zejména u počínající a mírné demence (viz příloha 1 a 2). Tento test je standardizovaný a mezinárodně srovnatelný (7, 20). Vyšetření jsou přítomny pouze dvě osoby, vyšetřující a klient, bez přítomnosti příbuzných klienta. Provádění testu nesmí být rušeno. Vyšetřující pokládá otázky v přesném znění tak, jak jsou uvedeny. Pokud klient zvolí více odpovědí, je třeba dát mu pokyn, aby si vybral pouze jednu odpověď. Za správnou odpověď je 1 bod, za nesprávnou nebo žádnou odpověď 0 bodů (11). Při provádění testu je třeba vykonat všechny doporučené instrukce (viz příloha 3).

1.4.4 Terapie demencí

Jak uvádí Ressler, P. (20) onemocnění demencí znamená významný socioekonomický problém, který nabývá na závažnosti, neboť s rostoucím věkem populace se zvyšuje množství těchto nemocných a péče o ně je velmi náročná a nákladná.

V současné době je terapie možná jen symptomatická, pouze u sekundárních demencí, kde je známá vyvolávající příčina a je možné ji odstranit, se jedná o terapii kauzální. Terapie demencí se rozděluje na farmakogenní léčbu, nefarmakologickou léčbu kognitivních funkcí a léčbu dalších příznaků. Jako léky se podávají látky nazývané se kognitiva, které napomáhají výrazným způsobem zpomalit proces úbytku kognitivních funkcí (14).

Do nefarmakologické léčby kognitivních a také fatických funkcí patří různé způsoby tréninku těchto funkcí (14). Důraz je kladen na paměť a reedukaci základních aktivit běžného života. Nejdůležitější je neustálá aktivizace a stimulace klienta (20). I zdánlivé drobnosti mohou mít vliv na aktivizaci seniorů. Není pravdou, že senioři nemají o aktivity zájem, je třeba najít vhodnou formu, může to být i cvičení paměti pomocí jednoduché hry. Kreativita v této oblasti je prakticky nevyčerpatelná . I když senioři trpí demencí s nedobrou perspektivou, může dobře vedená

rehabilitace významně zlepšit kvalitu jejich života zvýšeným sebehodnocením a sociálním kontaktem (7, 10).

Důležitá je spolupráce s rodinnými příslušníky, jejich edukace a spolupráce s odborníky. U nás se tím zabývá především Česká alzheimerovská společnost. Do léčby demence je nutné také zařadit režimová opatření, která mají hlavní smysl ochránit člověka s demencí před sebou samým, neboť je ohrožen možností úrazu a zabloudění. Je nutné dbát i na dostatečnou hygienu a výživu těchto pacientů. Péče o pacienta s demencí klade nesmírné nároky na okolí pacienta, ošetřující jsou vystaveni enormní psychické, fyzické i ekonomické zátěži. Je to 24hodinový proces, který nemůže zvládnout jedna osoba, a proto jsou tyto pacienti velmi často umístováni do různých zařízení sociální péče (2, 10, 14).

1.5 Zdravotně sociální péče o seniory

Současné formy péče o staré lidi jsou nejčastěji zajišťovány rodinou, resortem zdravotnictví a sociálních služeb. Zdravotní a sociální problémy starých lidí jsou neoddělitelné. Zvyšuje se úloha občanských sdružení, církevních iniciativ a dobrovolnictví (5).

Sociální služby pro seniory stejně jako osoby mladšího věku upravuje Zákon č.108 / 2006 Sb. o sociálních službách. Tyto služby mají formu pobytovou, ambulantní nebo terénní. Pobytové služby jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Součástí ambulantní služby není ubytování a osoba do zařízení dochází nebo je doprovázena či dopravována. Terénní služby jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí (27).

Současným trendem v oblasti sociálních služeb v zemích Evropské Unie je ústup od paternalistické státní péče a dochází k posilování neformálního sektoru komunit, rodin a nezávislých organizací. Tím se přenáší odpovědnost za své závislé členy přímo na rodiny (12). V péči o starého člověka je zdůrazňována zásada, že by měl být léčen doma, je-li to z hlediska zdravotního stavu a zajištění potřebné péče možné. V případě nemoci či zhoršení soběstačnosti seniora potřebuje rodina takové služby, které jí s péčí o pacienta seniora pomůžou (7).

Současná situace u nás není stále ideální. Nelze se vždy vyhnout hospitalizaci starých lidí s demencí na gerontopsychiatrických odděleních psychiatrických léčeben, a to jak v péči akutní, tak i následné. Kromě specializovaných stanic v rámci běžných domovů pro seniory existují také domovy pro seniory s psychiatrickým dohledem. V současnosti se už obdobnou péčí zabývají i některé privátní instituce. Velkým problémem je trvalý nedostatek těchto lůžek právě pro gerontopsychiatrické pacienty. Značný význam má také intermediární péče, kterou zastupuje existence denních stacionářů (14). Cílem je vyplnit čas osamělým seniorům nebo těm, které rodina nemůže nechávat samotné bez zdravotního dohledu doma. Výhodou je docházkový systém při zachování kontaktu s rodinou, současně je o duševně nemocné seniory přes den postaráno (18). V rámci celodenního programu je zde poskytována rehabilitační a ošetrovatelská péče (6). Nemalou část zdravotnických a sociálních služeb pro seniory zajišťuje systém home care a pečovatelská péče (5).

V USA vznikl jako alternativa klasické ústavní péče modelový projekt PACE, Program of All-inclusive Care for the Elderly. Umožňuje život v komunitě a základem je koordinované poskytování ošetrovatelských, odborných, respitních a také sociálních služeb. Přidruženým projektem je chráněné komunitní bydlení Green House Projekt. Usiluje o náhradu dlouhodobé rezidenční péče komunitním bydlením v domcích pro malý počet osob vyžadujících kvalifikovanou ošetrovatelskou péči. Komunitní péče představuje více než propojení zdravotnických a sociálních služeb, jde o celostní pohled na člověka, o příslušení někam, o sounáležitost (10).

1.6 Kognitivně rehabilitační péče

Kognitivní procesy slouží k poznávání, umožňují člověku, aby se orientoval ve svém prostředí, získával různé informace, zpracovával je, uvažoval o nich a na základě toho se rozhodoval a reagoval. Do poznávacích funkcí patří především vnímání a myšlení, ale jejich fungování není možné bez paměti a učení, důležitá je také řeč (25).

Kognitivní rehabilitace může po určitou dobu obnovovat či udržovat porušené kognitivní funkce nebo posilovat funkce, které zůstaly zachovány, může zpomalovat rozvoj demence. Specifikum tohoto přístupu je v celostním řešení nastalého problému klienta v rovině zdravotně sociální i duševní, kultivace jeho citů, uvolňování vnitřních

psychických tlaků a stresu (10). Množství důkazů svědčí o tom, že v mnoha případech může být zhoršení paměti způsobeno nejen nevyhnutelnými neurologickými změnami, ale částečně i psychickou depresí způsobenou nepřítomností podnětné mentální činnosti (4). Cílem je optimální výkon odpovídající momentálním možnostem člověka. Podstatou snažení by vždy mělo být rozvíjení či udržování komunikace, práce se vzpomínkami, nenásilné orientování v realitě a podpora aktivity. Mezi postupy kognitivní rehabilitace například patří řešení různých skládaček a jednoduchých „hlavolamů“, slovní popis obrázků, hry typu „země, město“, poznávání vůní, zvuků, předmětů podle hmatu. V neposlední řadě jsou to různé pohybové aktivity a tanec, který aktivuje nejen svalstvo, vzpřímenou polohu těla, ale i mozek. Tančit mohou lidé i vsedě, stačí pohupování v rytmu, tleskání rukou nebo dupání nohou. Konkrétní aktivity a metody se řídí stupněm postižení klienta. (10).

1.7 Trénování paměti

V péči o zdraví se často více zdůrazňuje trénování typu tělesného cvičení. Trénování se však týká i jiných činností, příkladem mentálních aktivit je trénování paměti. V posledních desetiletích 20. století vznikla řada organizací v Německu, Rakousku či Švýcarsku, kde se organizované a systematické vzdělávání trenérů paměti stalo již tradicí. Česká republika se k těmto evropským zemím zařadila. Od roku 1998 u nás existuje Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. Sdružuje odborné cvičitele, trenéry paměti, kteří prošli školením. Tato činnost se nejčastěji zaměřuje na trénování paměti seniorů. Mozkový jogging je obdobnou činností, ale zaměřenou na trénování kognitivních funkcí u mladších generací (15, 23).

Cílem tréninku paměti je aktivovat mozkovou výkonnost u zdravých starších osob pro udržení mentální zdatnosti nebo léčení poruch výkonnosti mozku při demenci. Psychické deficity jako oslabení vstřípivosti, narůstající zapomnětlivost, obtížné nalézání slovních pojmů nebo snížená schopnost koncentrace mohou být u zdravých starších osob přisuzovány nedostatečnému tréninku. Ty pak mohou znovu získat a podržet si svou psychickou výkonnost odpovídajícím cvičením. U lidí s psychickými deficity podmíněnými demencí to pak znamená stabilizovat a využívat tímto způsobem ještě existující rezervy. U zdravých seniorů jde o optimalizaci psychického výkonu, u seniorů

s demencí se jedná o rehabilitaci kognitivních funkcí, které byly nějakým způsobem poškozeny (16).

Propracované techniky trénování paměti vycházejí z předpokladu, že schopnost učení a psychického rozvoje trvají po celý život, tedy i ve stáří. Nejnovější výzkumy prokazují, že mozková aktivita stimuluje nervové buňky k vytváření nových větvení a sítí, hovoří se o plasticitě mozku. Všestranně orientovaný trénink paměti směřuje k posílení vnímání, koncentrace, nacházení slov, schopnosti postřehu, fantazie i tvořivosti. Moderní gerontologie požaduje, aby se trénování paměti provádělo pomocí smysluplného, obsažného materiálu, na tématech se vztahem ke každodennímu životu (15, 24).

Vědecky ověřená metoda trénování myšlení a paměti podle doktorky medicíny Francisky Stengel splňuje požadavky pedagogického přístupu, který je přiměřený potřebám lidí v druhé polovině života. Trénování paměti může být prováděno individuálně nebo ve skupině (24). Práce v malých skupinách, pro 10 - 12 lidí, je vhodnější z hlediska vzájemného sociálního kontaktu mezi účastníky (17). Integrovaný trénink paměti dle Stengel je zaměřený na rozhovor, vzájemnou výměnu myšlenek a vyhýbá se situacím připomínajícím školu nebo kvízy. Nejde o to co nejrychleji nalézat řešení, ale o domýšlení, přemýšlení z různých hledisek, další dotazování na známé věci a nabývání nové zkušenosti. Je důležité, aby výběr témat byl z životního prostředí účastníků, aby řešení bylo po ně zábavou a prožitkem úspěchu. Pozitivní emoce účinkují proti stresové a usnadňují ukládání nových informací (24).

1.7.1 Trénink paměti u zdravých starších osob

Pokud mozkové buňky nepoužíváme, dáváme jim tím najevo, že je ke svému životu nepotřebujeme. Nepoužívané buňky neaktivují své výběžky vyvinuté k tomu, aby sdílely informace s ostatními buňkami. A tak čím většímu množství prožitků je mozek vystaven, tím více se dendrity a axony větví, aby se spojily s co největším množstvím dalších neuronů a pomohly tak řešit dané problémy. Například schopnost počítat z paměti ztratí již teenageři, pokud se spolehnou více na kalkulačky než na svůj mozek (4). Zdravý starší člověk by měl jako každý občan výrazně pečovat o své zdraví a nést za něj odpovědnost. Hovoří se o stárnutí na dobrý způsob. Na podporu tomu, aby

člověk věděl, jak to má udělat, vznikají různé programy a činnosti podporující plný a kvalitní život (5). Například tréninky paměti jsou rozvíjeny především v zařízeních sociálních služeb a seniorských klubech. Kurzy organizuje Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging prostřednictvím svých vyškolených trenérů (3).

Vlastní trénink má probíhat v příjemných podmínkách pocitu bezpečí, důležité je vyloučení stresu a úzkosti ze selhání. Postupuje se od jednoduchých věcí ke složitějším. Není vhodná atmosféra soutěživosti, skupiny by měly být malé, výkonově i znalostně vyrovnané. Důležité je optimální prostředí pro trénování, dobré osvětlení a sezení kolem stolu v uvolněné, anatomicky správné poloze (10, 24). Cílem tréninku je přesvědčit seniory, že si ještě dobře pamatují. Při trénování má být vše vědomé, tím se zvyšuje pravděpodobnost zapamatování (23).

Trenér paměti při sestavování plánu cvičební hodiny určí téma, které celou lekci spojuje. Můžou to být města, jídlo, povolání, květiny, les a podobně. Optimální doba tréninku je 60 minut rozdělených na menší celky:

- 15 minut: Rozehřátí (řešení jednodušších úkolů)
- 20 minut: Hlavní program (vyšší náročnost na soustředění a koncentraci)
- 5 minut: Pohybové cvičení (možnost přestávky, napít se)
- 15 minut: Přehled (toho co se dělalo)
- 5 minut: Závěr a rozloučení (16).

Již v antickém Řecku vznikly paměťové techniky či mnemotechniky. Veřejní řečníci byli schopni pronášet hodinové projevy s úžasnou dokonalostí právě proto, že používali systém technik, které usnadňují zapamatování. Postupem času se mnemotechniky přestaly ve větší míře používat a ti, kteří je znali, byli obviňováni z čarodějnictví. William Stokes, anglický filosof, ve své knize „Paměť“ z roku 1888 vyjadřuje silné rozhořčení nad stavem společnosti, která neumí využívat systém paměťových technik a doufá, že přijde doba, kdy neznalost mnemotechnik bude přirovnána k negramotnosti (23).

Mnemotechniky nutí mozek zpracovávat informace jiným způsobem a jsou kompenzací nedokonalosti mozku. Klíč k úspěchu je skryt v efektivnosti krátkodobé paměti, ale její kapacita je velmi limitována. Musí zpracovat ve velmi krátké době

obrovské množství informací neustále přicházejících , a proto má tendenci zbavit se informací co nejrychleji a mít volnou kapacitu k přijetí dalších. Není v naší moci zvýšit kapacitu krátkodobé paměti jako takovou, ale s pomocí mnemotechnik výrazně zlepšit spolupráci krátkodobé a dlouhodobé paměti. Nová informace, kterou si chceme zapamatovat se zatraktivní, mozek ji snáze přijme a uloží ji v takové formě, že bude snadné vybavit si ji v případě budoucí potřeby. Trénování paměti se zaměřuje na obě hemisféry mozku. Levá hemisféra je zodpovědná za psaní a počítání, pravá hemisféra zpracovává emoce, kreativitu a hudbu. Mnemotechniky aktivují obě hemisféry najednou, používáme je díky pravé hemisféře a zároveň jsou mechanické (23). Starší člověk často ztrácí sociální kontakty a své původní role, tím se jeho sebevědomí, následně i kognitivní výkon snižuje (16). Jestliže se naučí mnemotechniky využívající mechanické prostředky k zapamatování, setře se rozdíl věku a stejné výkony podá 15letý nebo 80letý a ohromně si zvedne výši sebevědomí (23).

Dva nejdůležitější nástroje při tvorbě mnemotechnik jsou asociace a vizualizace. Asociace používáme podvědomě celý život. Pokud nejsme schopni vytvořit asociaci s něčím, co už známe, nahradíme tento nedostatek vytvořením nové, neobvyklé, legrační, vtipné, absurdní informace, která bude naší vlastní originální kreací. Snáze si představíme konkrétní pojmy než abstraktní. To, co si dokážeme vizuálně představit, dokážeme si i zapamatovat (16).

Mezi nejznámější mnemotechniky patří akrostika. Vymyslíme větu ve které každé slovo začíná tím písmenem jako informace, kterou si potřebujeme zapamatovat. Na zapamatování 16ti pražských mostů můžeme akrostikum utvořit takto: Bradatá brýlatá žába plavala jako labuť, která měla černou špinavou hlavu natřenou lesklým žlutým bílým emailem. Ve větě jsou skryty mosty Bránický, Barrandovský, železniční, Palackého, Jiráskův, Legií, Karlův, Mánesův, Čechův, Štefánikův, Hlávkův, Negreliho viadukt, Libeňský, železniční, Barikádníků, elektrických drah (23).

1.7.2 Trénink paměti orientovaný na léčení poruch mozkové výkonnosti

Při tréninku s osobami postiženými demencí je potřeba počítat s proměnlivým emocionálním chováním. Pokud se nepodaří vyvolat zájem pro trénování, měl by se

pokus opakovat, ale v zásadě platí, že klienti nemají být nikdy přinucováni k účasti na trénování paměti. Aktivita, ke kterým jsou senioři nuceni, pro ně nemají smysl (28).

Při tréninku paměti pro terapeutickou práci je možné využívat veškerý tréninkový materiál Francisky Stengelové. Cvičení jsou zaměřena na konkrétní výkon mozku a procvičování určitých funkcí, podněcují k diskuzi a dotazování. Jsou rozdělena podle stupně obtížnosti a doplněna pokyny jak cvičení obměňovat. Trénuje se celkové spektrum myšlení, jako například koncentrace, všípivost, vyhledávání slov, myšlení v souvislostech, rozhodování, dedukce a jiné. Využíváme zachovalé smysly, čich, chuť, oči, uši a hmat (24). Mnemotechniky, které se využívají v klasickém trénování paměti u zdravých seniorů, nejsou příliš vhodné. U počínající demence se může zkoušet kategorizace, ale mozek informace zařazuje do skupin spontánně a výsledek je nejistý (23).

Vhodnější jsou takzvané hry s pamětí, které byly vytvořeny pro hravý trénink myšlení a paměti. Vhodná je práce se slovy, například k písmenům celé abecedy se hledají zvířata, květiny, křestní jména a podobně. Hledání opozita znamená k zadanému slovu najít protiklad, např. u podstatných jmen (den – noc), přídavných jmen (krásný – ošklivý), u sloves (stojí – leží). Při cvičení na vybočující výraz se určí čtyři názvy, ptáme se co tam nepatří (olše – jilm – modřín - lípa) a proč to tam nedáme. Při úhrnném vyhledávání se hledá co možná nejvíce pojmů podle zadané podmínky (10 různých barev). Přísloví a úsloví se cvičí tak, že prvá část je zadána a druhá část má být doplněna, např. „Co můžeš udělat dnes...“ (24).

V zařízeních se jednotlivé lekce neuzavírají, trénování paměti je nekonečný cyklus, nepřerušuje se, stále se pokračuje. S lidmi postiženými demencí je vhodné pracovat v ještě menších skupinách než se zdravými seniory, pro 6 – 8 lidí. Nejdůležitější je postupovat pomalu a v rozhovorovém tónu. Jinak vzniká nebezpečí, že se dotyčný ohrožen a odmítne spolupracovat. Pro zahájení se výtečně hodí sluchová cvičení, například hádání písní nebo zvířecích projevů. Následně je možné o právě vyslechnutém hovořit, vzbudit zájem a zvědavost. Cvičební hodina se zkracuje na 45 minut. Ideální je trénink realizovat formou krátkých cvičení v průběhu celého dne, 20 minut dopoledne a 20 minut odpoledne, vhodné je využít třeba 5 až 10 minut před

jídlem. Klienti denního centra dostávají na doma úkol a přemýšlí o něm s pečujícími rodinnými příslušníky, například před pitím kávy nebo během procházky. Tento úkol se při dalším setkání diskutuje (16).

2 Cíle práce a hypotézy

Cílem je zhodnotit trénink paměti s klienty denního centra SANCO v Příbrami a prokázat, že tento kurz zlepší paměť a kognitivní funkce klientů, kteří přišli již s prvními příznaky demencí.

Hypotéza 1: Klienti denního centra SANCO, kteří mají skóre MMSE v hladině 18 – 24 bodů, po kurzu trénování paměti dosahují skóre 25 a vyšší.

Hypotéza 2: Klienti denního centra SANCO, kteří mají skóre MMSE v hladině 6 – 17 bodů, po kurzu trénování paměti nedosahují vyššího bodového skóre.

3 Metodika

Zvolila jsem kvantitativní výzkum, přestože jsem pracovala s poměrně malým souborem respondentů. Pro výzkum zaměřený na vliv trénování paměti u seniorů jsem použila Folsteinův test kognitivních funkcí Mini-Mental-State Examination, MMSE (viz příloha 1, 2, 3). Tento standardizovaný specifický test se používá v psychiatrické a psychologické klinice k měření kvality psychiky, k vyšetření a diagnostice pacienta. V této práci je použit pouze pro výzkumné účely. Předmětem výzkumu je srovnání kvality kognitivních funkcí před začátkem tréninku paměti a po třech měsících pravidelného trénování paměti. Cílem práce je pak zhodnotit efekt trénování paměti u seniorů trpících již počínající nebo středně pokročilou demencí.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Sledovaný soubor obsahuje dva výzkumné vzorky. První výzkumný vzorek tvoří skupina zdravých seniorů. Do denního centra nestátní organizace M. Blatoňová, Ošetřovatelská péče SANCO Příbram docházejí v rámci pravidelných kurzů tréninků paměti pro veřejnost, a to dvakrát do měsíce na hodinové lekce. Test MMSE byl proveden jedenkrát při první návštěvě respondenta na kurzu tréninku paměti. Šetření

probíhalo od května 2006 do března 2007. V tomto období proběhly celkem tři cykly tréninků paměti pro tři rozdílné skupiny respondentů. Každý cyklus tréninků paměti měl celkem šest hodinových lekcí v průběhu třech měsíců, to znamená, že se každá skupina sešla dvakrát v kalendářním měsíci. První cyklus probíhal od května do července 2006, test MMSE absolvovalo devět respondentů. Druhý cyklus probíhal od září do listopadu 2006, test absolvovalo osm respondentů. Třetí cyklus probíhal od ledna do března 2007, test absolvovalo jedenáct respondentů. Celkem se tedy do testování kognitivních funkcí zapojilo dvacet osm respondentů. Všichni tito respondenti s jednou výjimkou měli skóre MMSE v hladině 30 - 26 bodů, tedy v normálních hladinách. Vzhledem k nastavení výzkumu se kontrolní hodnocení MMSE po kurzu jeví jako nepodstatné (viz tabulka 1). Do zpracovaných dat jsem použila dosažené bodové skóre MMSE těchto docházejících respondentů, pohlaví a věk.

Druhý výzkumný vzorek tvořili stálí klienti nestátní organizace M. Blatoňová, Ošetřovatelská péče SANCO Příbram, která je zařazena do projektu ANDa - Alzheimerova nemoc, demence a jiné nesoběstačnosti. Je to ucelený program péče o seniory s poruchou paměti či soběstačnosti. Toto zařízení rodinného typu má statut Vážka, který uděluje Česká Alzheimerovská společnost. Poskytuje intenzivní péči v malé skupině na lůžkovém oddělení pro 12 klientů a denní pobyty v denním centru s kapacitou pro 10 - 15 klientů, o které se pak doma stará jejich rodina. Výzkum probíhal v období od června 2006 do března 2007, tedy v průběhu deseti měsíců. V tomto období byli jednotliví respondenti sledováni vždy tři měsíce. Tréninky paměti probíhaly v rámci denních aktivit klientů. Test MMSE byl proveden na začátku sledovaného období celkem u 51 respondentů. Z výzkumu bylo postupně vyloučeno 20 respondentů, a to ze třech důvodů:

- skóre MMSE bylo na začátku výzkumu v hladině 0 – 5 bodů (u 11 respondentů)
- kontrolní test MMSE po třech měsících trénování paměti nebylo možno provést u klientů propuštěných z péče, hospitalizovaných z důvodu celkového zhoršení zdravotního stavu a klientů zemřelých (u 6 respondentů)
- skóre MMSE bylo na začátku výzkumu v hladině 25 bodů a vyšší (u 3 respondentů).

S ohledem na stanovené hypotézy splnilo kritéria výzkumu 31 respondentů. Tento výzkumný vzorek byl rozdělen na dvě skupiny, podle výše skóre MMSE na začátku šetření. První skupinu tvořilo 11 respondentů, ti měli před tréninkem paměti skóre MMSE v hladině 24 – 18 bodů (viz tabulka 2 a graf 1). Druhou skupinu tvořilo 20 respondentů, ti měli před začátkem tréninku paměti skóre MMSE v hladině 17 – 6 bodů (viz tabulka 3 a graf 4). Do zpracovaných dat jsem použila výši bodového skóre MMSE jednotlivých respondentů na začátku výzkumu a výši bodového skóre MMSE jednotlivých respondentů po třech měsících pravidelného trénování paměti na konci výzkumu. Dále jsem uvedla pohlaví (viz graf 2) a věk (viz graf 3) jak u respondentů v hladině MMSE 24 – 18 bodů, tak i pohlaví (viz graf 5) a věk (viz graf 6) u respondentů v hladině MMSE 17 - 6 bodů.

4 Výsledky

Tabulka 1: Bodové skóre MMSE respondentů docházejících na trénování paměti, trvale nežijících v zařízení.

Květen-červenec 06

Respondent	Ž/68	Ž/62	M/82	M/70	Ž/85	Ž/72	Ž/75	Ž/64	Ž/68
Skóre MMSE	28	27	30	29	26	27	29	30	28

září - listopad 06

Respondent	M/78	M/72	Ž/68	Ž/80	Ž/75	Ž/64	Ž/70	Ž/82
Skóre MMSE	29	30	26	26	29	28	20	29

leden - únor 07

Respondent	Ž/68	Ž/82	Ž/73	M/78	M/72	M/69	Ž/73	Ž/74	Ž/70	Ž/65	Ž/71
Skóre MMSE	30	29	29	30	26	27	28	29	30	29	28

Pozn.: Ž - žena, M – muž, / věk

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: tabulka 1 slouží k dokreslení situace o aktivním zájmu seniorů docházejících na tréninky paměti – skóre těchto klientů je u většiny v normálních hladinách, vzhledem k nastavení výzkumu se hodnocení po kurzu jevílo jako nepodstatné.

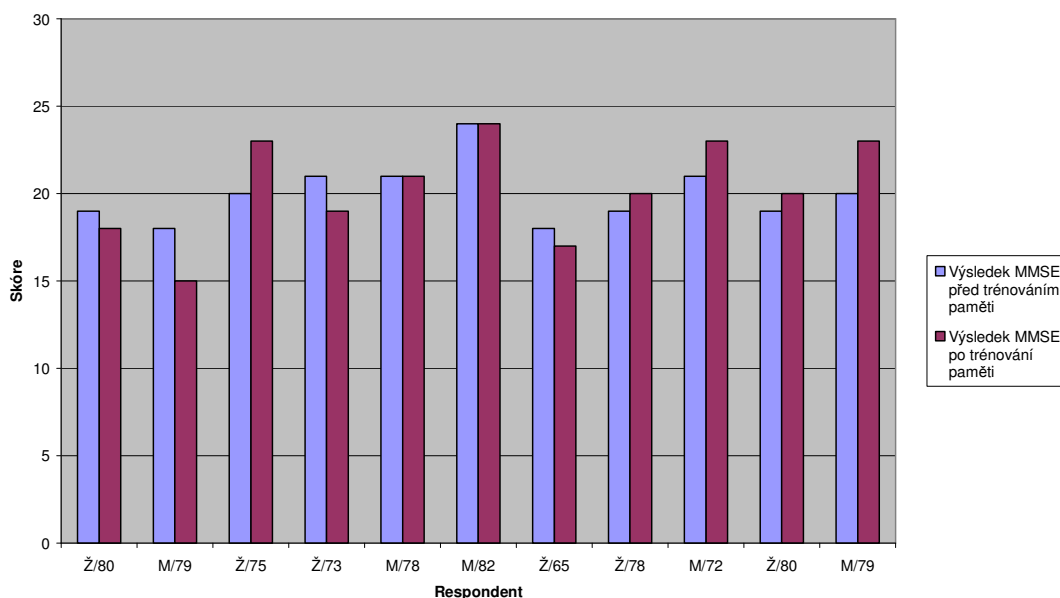
Tabulka 2: Respondenti v hladině 24-18 bodů MMSE.

Respondent Ž – žena M – muž / věk	Výsledek MMSE před Trénováním Paměti	Výsledek MMSE po trénování paměti
Ž/80	19	18
M/79	18	15
Ž/75	20	23
Ž/73	21	19
M/78	21	21
M/82	24	24
Ž/65	18	17
Ž/78	19	20
M/72	21	23
Ž/80	19	20
M/79	20	23

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: v tabulce 2 je uvedeno 11 respondentů a jejich dosažené výsledky na začátku a na konci tříměsíčního sledování.

Graf 1: Grafické zobrazení dosažených výsledků respondentů v hladině 24-18 bodů MMSE (v absolutních číslech)

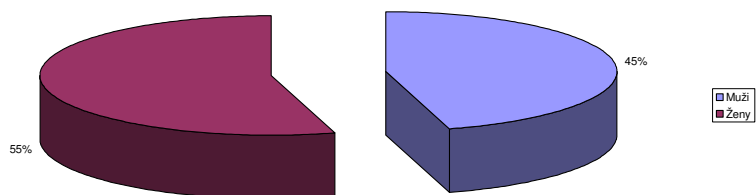


Zdroj: Vlastní výzkum

Pozn.: Ž – žena, M – muž, / věk

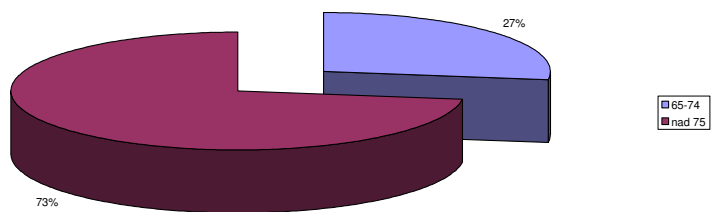
Komentář: Grafické znázornění ukazuje u 5 respondentů zlepšení, u 2 respondentů udržení stejného výsledku a u 4 respondentů zhoršení kognitivních funkcí po třech měsících pravidelného tréninku paměti.

Graf 2: Grafické zobrazení rozdělení pohlaví respondentů v hladině MMSE 24-18 bodů
MMSE (v procentech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3: Grafické zobrazení věkové struktury respondentů v hladině MMSE 24-18 bodů
MMSE (v procentech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Hladina MMSE 24 – 18 bodů odpovídá kognitivním poruchám u počínající demence.

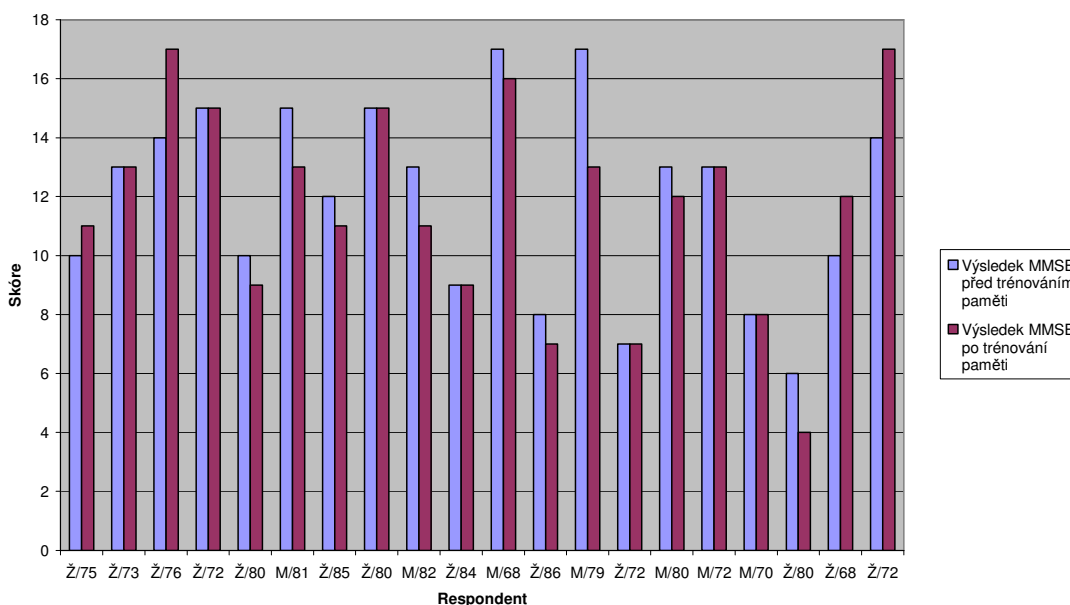
Tabulka 3: Respondenti v hladině 17-6 bodů MMSE

Respondent Ž – žena M – muž / věk	Výsledek MMSE před Trénováním Paměti	Výsledek MMSE po Trénování Paměti
Ž/75	10	11
Ž/73	13	13
Ž/76	14	17
Ž/72	15	15
Ž/80	10	9
M/81	15	13
Ž/85	12	11
Ž/80	15	15
M/82	13	11
Ž/84	9	9
M/68	17	16
Ž/86	8	7
M/79	17	13
Ž/72	7	7
M/80	13	12
M/72	13	13
M/70	8	8
Ž/80	6	4
Ž/68	10	12
Ž/72	14	17

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: V tabulce je uvedeno 20 respondentů a jejich dosažené výsledky na začátku a na konci tříměsíčního období pravidelných tréninků paměti.

Graf 4: Grafické zobrazení dosažených výsledků respondentů v hladině 17-6 bodů MMSE (v absolutních číslech).

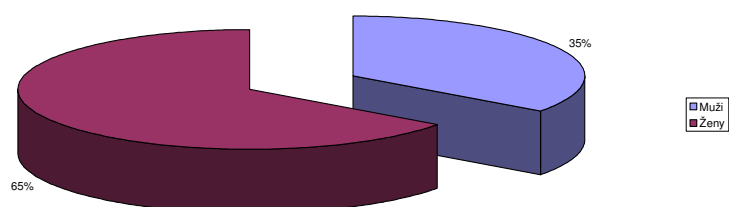


Zdroj: Vlastní výzkum

Pozn.: Ž – žena, M – muž, / věk

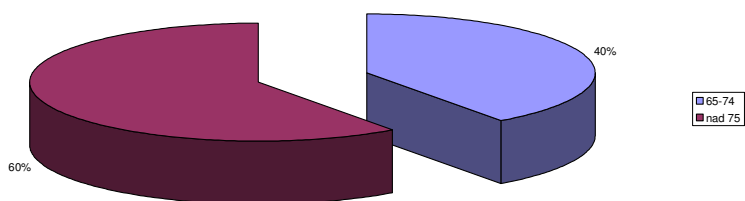
Komentář: Grafické znázornění ukazuje u 4 respondentů zlepšení, u 7 respondentů udržení stejného výsledku a u 9 respondentů zhoršení kognitivních funkcí po tříměsíčním období pravidelných tréninků paměti.

Graf 5: Grafické zobrazení rozdělení pohlaví respondentů v hladině MMSE 17-6 bodů
(v procentech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6: Grafické zobrazení věkové struktury respondentů v hladině MMSE 17 - 6 bodů



Zdroj: Vlastní výzkum

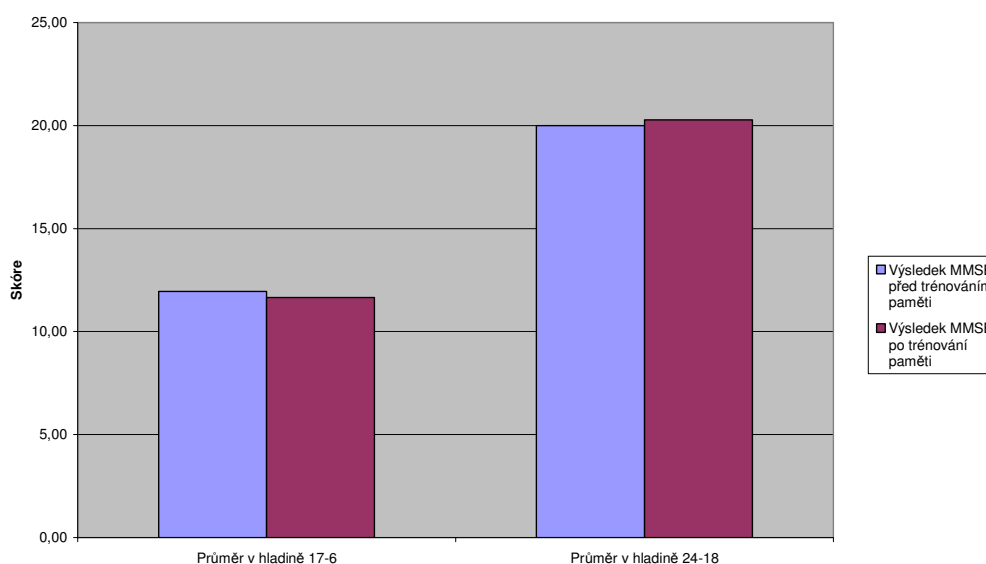
Komentář: Hladina MMSE 17 – 6 bodů odpovídá poruchám kognitivních funkcí u středně pokročilé demence.

Tabulka 4: Průměrné skóre MMSE všech respondentů v hladinách 24-18 a 17- 6 b.

	Výsledek MMSE před trénováním paměti	Výsledek MMSE po trénování paměti	Rozdíl	[%]
Průměr v hladině 24 -18	20,00	20,27	0,27	1,36
Průměr v hladině 17 – 6	11,95	11,65	-0,30	-2,51

Zdroj: Vlastní výzkum

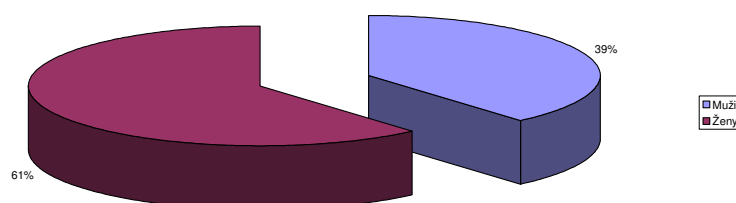
Graf 7: Grafické zobrazení průměrného skóre MMSE všech respondentů v hladinách 24-18 a 17 – 6 bodů (v absolutních číslech).



Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Respondenti se známkami počínající demence (24 – 18 b.) dosáhli zlepšení o 0,27 bodu (1,36 %) a respondenti se známkami středně pokročilé demence (17 – 6 b.) dosáhli zhoršení o 0,3 bodu (- 2,51 %) po tříměsíčním období pravidelných tréninků paměti.

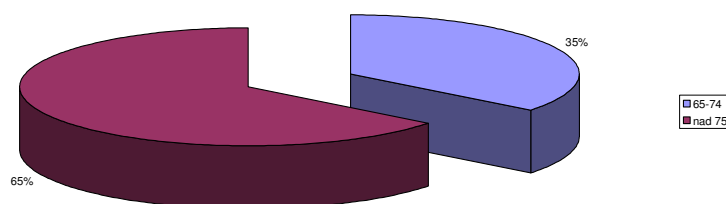
Graf 8: Grafické zobrazení rozdělení pohlaví všech respondentů v hladinách MMSE 24-18 a 17 - 6 bodů (v procentech).



Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Výzkumný vzorek všech respondentů se známkami počínající a středně pokročilé demence tvoří 61 % žen a 39 % mužů.

Graf 9: Grafické zobrazení věkové struktury všech respondentů v hladinách MMSE 24-18 a 17 - 6 bodů (v procentech).



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Výzkumný vzorek všech respondentů se známkami počínající a středně pokročilé demence ve věku 65 – 74 let tvoří 35 %, ve věku od 75 let a výše 65 %.

5 Diskuse

Sledovaný soubor všech seniorů, u kterých byl prováděn trénink paměti, jsem rozdělila na seniory zdravé, uvedené v prvním výzkumném vzorku a na seniory se známkami počínající či středně pokročilé demence, uvedené ve druhém výzkumném vzorku. Vzhledem k zaměření této práce a daným hypotézám je podstatná část práce věnovaná právě klientům s příznaky demence.

Jedenáct klientů mělo před sledovaným obdobím trénování paměti bodové skóre MMSE v rozmezí 24 - 18 bodů. Po třech měsících tréninku paměti je uvedeno dosažené skóre u jednotlivých respondentů (viz tabulka 2). Graf 1 ukazuje individuální rozdíly. Klienti sice dosáhli v průměru zlepšení z 20ti bodů na 20,27 bodů, to je o 0,27 bodu více (viz tabulka 4 a graf 7), ale nedosáhli skóre 25 a vyšší. Hypotéza 1 nebyla potvrzena. Bylo předpokládáno, že klienti denního centra SANCO, kteří mají skóre MMSE v hladině 18 – 24 bodů, po kurzu trénování paměti dosahují skóre 25 a vyšší.

Domnívám se, že se jedná o malý a specifický vzorek lidí, kteří trpí demencí převážně Alzheimerova typu a dalšími určitými chorobami zhoršujícími základní onemocnění chronické. Shodují se s Kalvachem Z., že u geriatrických pacientů je běžná polymorbidita, klinický průběh a prognóza je dána nejen základní chorobou, ale také labilitou chorob přidružených a regulačními rezervami organismu (10).

Skóre MMSE v hladině 25 bodů a vyšší odpovídá normálnímu stavu bez patologického postižení. Již počínající či mírná demence, je projevem určité patologie. V tomto výzkumném vzorku se nejednalo o lidi s pseudodemencí či reverzibilní demencí, ale převážně o nezvratný proces Alzheimerovy choroby. Přesto tito klienti v průměru dosáhli zlepšení o 0,27 bodu (viz tabulka 4) oproti počátečnímu stavu. Zde se shodují s Křivohlavým J., že trénování paměti se týká i pacientů, u kterých nejde již jen o selhávání paměti, ale o organické změny. Zde se však jedná především o zpomalení postupu nemoci a udržování statu quo (15). To znamená, že cílem trénování paměti u seniorů s počínající demencí, která není vratná, je minimalizovat postupné snižování kvality kognitivních funkcí. Proces je nezvratný, ale trénování paměti může nemocného člověka udržet delší čas v relativně dobré psychické i fyzické kondici a významně ovlivnit jeho kvalitu života. Také Kalvach, Z. uvádí, že cílem

kognitivní rehabilitace u pacientů s nereverzibilní demencí není zlepšit, ale udržet a uhlídat propad kognitivních schopností (10). Tento výzkum ukazuje, že kromě udržení či zpomalení úbytku psychických schopností, je možné dosáhnout i mírného zlepšení těchto schopností v určitém časovém období. To prokazuje následující výzkum u klientů, kteří jsou již ve stavu středně pokročilé demence a již dosahují nižšího bodového skóre MMSE v hladině 17 – 6 bodů (viz tabulka 3 a graf 4). U těchto klientů dochází průměrně k trvalému zhoršování psychického stavu.

Hypotéza 2 byla potvrzena. Bylo předpokládáno, že klienti denního centra SANCO, kteří mají skóre MMSE v hladině 17 - 6 bodů, po kurzu trénování paměti nedosahují vyššího bodového skóre. Klienti se v průměru zhoršili z 11,95 bodů na 11,65 bodů, to je o 0,3 bodu méně (viz tabulka 4), než dosáhli na počátku tříměsíčního sledovaného období pravidelných tréninků paměti. V rámci této skupiny již v průměru došlo ke zhoršení psychických funkcí oproti původnímu stavu. Jak uvádí Holmerová, I. je velmi důležité včas diagnostikovat již první známky demence a zahájit léčbu vhodnými léky a kognitivní rehabilitací (7). Tuto skupinu zastupuje 20 klientů se středně pokročilou demencí. To je výraznější počet oproti skupině 11ti klientů s počínající demencí. Zde je důležité sledovat další problém, protože ve výzkumném vzorku převažují klienti s nižšími kognitivními schopnostmi. Trénink paměti podporuje alespoň částečné zachování psychických schopností a tito klienti se snadněji zapojí do náročného ošetrovatelského programu. Lze se domnívat, že jak uvádí Jiráček, R. by progredace kognitiva byla daleko hlubší, trénování paměti u těchto klientů zmírňuje rychlost a hloubku postižení, avšak nedokáže postup syndromu demence zastavit (9).

Důležitý je pohled na věkové rozložení všech klientů s příznaky demence. Vzorek respondentů ve věku 65 – 74 let tvoří 35 % a ve věku 75 let a výše tvoří 65% (viz graf 9). Jak uvádí Haškovcová, H. osoby starší 75 let patří do skupiny rizikových seniorů. Výzkum potvrzuje, že rizikový starý člověk je více ohrožen dalším zhoršením fyzického nebo psychického stavu. Není schopen se rychle a účelně přizpůsobit aktuálním změnám ve svém životě včetně změny svého zdravotního stavu. Dále Haškovcová uvádí, že vyšší věk je nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro vznik demence (5). Také Kalvachem Z. uvádí, že po 75. roce života se zvyšuje procento lidí,

kteří onemocní Alzheimerovou chorobou. Manifestace demence nastupuje v sedmé a osmé dekádě života a považuje se za nemoc vyššího věku (10).

Kalvach Z. dále uvádí, že Alzheimerovou chorobou častěji trpí ženy (10). Tomu odpovídá větší zastoupení žen ve výzkumném vzorku všech sledovaných respondentů s příznaky demence. Vzorek těchto respondentů zastupuje 61 % žen a 39 % mužů (viz graf 8). K tomu se přidává ta skutečnost, že se muži obecně dožívají nižšího věku. Kalvach Z. uvádí, že mužská nadúmrtnost je s věkem narůstající a ve stáří vysoká ovdovělost žen je podkladem gerontologického fenoménu osamělých starých žen. Ten se promítá do atmosféry seniorských programů a zařízení (10).

Jak uvádí Kalvach , trendy ve vývoji dlouhodobé ústavní péče směřují k nahrazování velkých ošetrovatelských zařízení pro několik set obyvatel či pacientů malými komunitními projekty pro zhruba 10 osob. Například v USA vznikl modelový projekt Green House Projekt napojený na program integrované komunitní péče PACE (10). Tyto myšlenky mají ohlas i v našich podmínkách a začínají se rozvíjet komunitní centra pro denní pobyt. Klienti ošetrovatelské péče SANCO bydlí v malé skupině a s okolním světem je spojují nejen senioři s demencí docházející do denního centra, ale i zdraví senioři scházející se ve skupinách na trénování paměti.

Souhlasím s Kalvachem, Z., že těžiště komunitní péče může spočívat v terénních službách s možností intervenčního využití malého lůžkového centra (10). SANCO Příbram organizuje i službu HOME CARE v Příbrami a v okolí do dvaceti kilometrů. Tato terénní odborná péče poskytuje základní ošetrovatelské a jiné zdravotní úkony nejenom v terénu, ale právě i klientům ošetrovatelské péče a denního centra SANCO. Celé zařízení má široké využití, bezbariérové úpravy včetně kompenzačních pomůcek a poskytuje individuální služby podle potřeb klienta. Jak uvádí Haškovcová, H. byly vybudovány jednak zdravotnické, jednak sociální systémy, ale péče o staré nemocné lidi musí být komplexní, protože starý nemocný člověk potřebuje jeden den více zdravotní a druhý den více sociální péči či opačně, nezřídka však obě najednou. Oddělovat zdravotní a sociální péči o staré lidi je nevyhovující. Jak dále pokračuje Haškovcová, H. počet lidí s demencí výrazně stoupá a proto se hovoří

a tiché epidemii a každý dvacátý člověk starší 65 let bude trpět některým druhem demence (5).

Cílem práce bylo zhodnotit trénink paměti s klienty denního centra SANCO v Příbrami a prokázat, že tento kurz zlepšil paměť a kognitivní funkce klientů, kteří přišli již s prvními příznaky demence. Domnívám se, že lze cíl práce považovat za naplněný.

6 Závěr

Skupina respondentů s lehkou kognitivní poruchou je v denním centru SANCO zastoupena nízkým počtem klientů. Domnívám se, že příčinou je plíživá progresivní onemocnění. Rodina je v této fázi ještě schopna péči zvládat a případné docházení do zařízení, které pečuje o lidi s demencí, považují spíše za zatěžující a odkládají takový pobyt až do doby ještě hlubší patologie. Důvodem nevyhledání pomoci může být i falešný stud, že „to postihlo právě mne“. Někdy rodina dokazuje „děláme pro něj všechno“ a myslí tím základní ošetrovatelské úkony včetně hygieny a jídla, ale nedělají dobře, protože si neuvědomí, že člověk nemocný demencí potřebuje stimulační činnost a kontakt s okolím. Rodiny bývají o průběhu choroby s demencí většinou dobře informovány, přesto procházejí různě dlouhým obdobím smíření a přijetí, to je přirozené. Setkávám se však i se závislostí na péči manžela nebo manželky, takový člověk pak péči o blízkého podmiňuje své potřebě, a ne potřebě blízkého nemocného.

Výzkum této práce důrazně upozorňuje na důležitost tréninku paměti u seniorů s počínající demencí, protože v určitém časovém období patologického procesu je možno kromě zpomalení dosáhnout udržení či mírného zlepšení kognitivních funkcí. U seniorů s pokročilou demencí již nedochází ke zlepšení psychických schopností, ale trénink paměti minimalizuje postupné snižování kognitivních funkcí a významně ovlivňuje kvalitu jejich života. Trénování paměti se týká i pacientů, u kterých nejde již jen o selhávání paměti, ale o organické změny v mozku. Práce může být použita jako argument pro zavedení těchto kurzů v zařízeních pracujících s klienty trpícími demencí.

Moje práce s lidmi trpícími demencí mě naučila vnímat jejich emoce. Radost, spokojenost, smutek, zloba a další škála jejich pocitů je to, co jim zůstává i v pokročilých stádiích demence. Nedá se navázat na skutečnosti prožité před pěti

minutami, protože je zapomenou, ale většinou jsou ochotni prožívat to, co se právě děje. Stačí krátká rozcvička, písnička či jednoduchá hra a jejich výraz v obličeji se náhle mění (viz příloha 4). Oboustranná spokojenost stojí za námahu.

Některé výzkumy v práci s lidmi postiženými demencí se zaměřují na vliv pohybu a jeho dopad na kognitivní funkce. Toto téma otevřel pan profesor Vince Thomas z USA v únoru 2004 na přednášce v České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging. Všeobecná lehká tělesná činnost a cílená pohybová terapie nejenom podporuje motorické schopnosti nemocného, ale působí léčebně i na kognitivní funkce. Vince Thomas pracoval se dvěma skupinami lidí s počínající demencí a zaznamenal velký rozdíl ve prospěch skupiny lidí, u kterých prováděl 12ti týdenní speciální fyzický trénink. Mojí původní profesí je fyzioterapie a tento přístup je mi blízký. V léčbě demencí bude zřejmě úspěšný ten přístup, který bude kombinovat fyzioterapeutické cvičení a trénování kognitivních funkcí.

Celkový smysl a motivaci k další práci mi dávají zdraví senioři, kteří navštěvují tréninky paměti pro veřejnost (příloha 5). Ti co si myslí, že se dá něco dělat, přicházejí na kurzy. A ti co si zatím myslí, že se s pamětí nedá nic dělat, jsou výzvou pro zdravotně sociální pracovníky, aby vytvořili tak dobré programy, aby se staří lidé zapojili. Nejenom, že vyučuji, ale učím se od lidí.

7 Seznam použitých zdrojů

- (1) BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: Nco nzo. 2005. 146s. ISBN 80-7013-416-X
- (2) Česká alzheimerovská společnost: Denní centrum pro lidi postižené demencí Vážka. Praha. 2007-03-13. Dostupné z: [http:// www.alzheimer.cz/?PageID=574](http://www.alzheimer.cz/?PageID=574)
- (3) Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. Praha. Dostupné z: [http:// www.trenovanipameti.cz](http://www.trenovanipameti.cz)
- (4) GAMON, D. *Mozek a jak ho cvičit*. Přel. S. Struková. 2. vyd. Praha: Portál.2001. 84 s. ISBN 80-7178-680-2
- (5) HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10 . Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Idvz. 2002. 72 s. Ediční řada Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-363-5
- (6) HOLEČEK, P. *80 let Domova důchodců Praha 6 1924-2004*. Praha. Agentura Gm. 2004. 55 s. ISBN 80-903561-0-9
- (7) HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd. Česká alzheimerovská společnost. 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6
- (8) HRDÁ, J. *Přednášky. Gerontologie a geriatricie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta . 2006
- (9) JIRÁK, R. et al. *Demence*. Praha: Maxdorf Jesenius. 1999. 226s. ISBN 80-85800-44-6
- (10) KALVACH, Z. et al. *Geriatricie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
- (11) KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. Edice Care. ISBN 80-7262-455-5
- (12) KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Triton. 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7
- (13) KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: [http:// www.eamos.cz](http://www.eamos.cz)

- (14) KRAMÁŘOVÁ, N., TUČEK, J. *Getontopsychiatrie*. 2. vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. 2005. 55 s. ISBN 80-7040-829-4
- (15) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál. 2003. 279 s. ISBN 80-7178-551-2
- (16) KŘIVOHLAVÝ, J. Přednášky. Psychologie trénování paměti. Praha: Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. 2006
- (17) MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál. 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2
- (18) MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál. 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X
- (19) MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha: Potál. 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- (20) RESSNER, P. Alzheimerova nemoc-diagnostika a léčba. *Lékařské listy. Zdravotnické noviny*. Praha: 2006, roč.55, č.21, s.16-19. ISSN 0044-1996
- (21) SAMUEL, D. *Paměť*. Přel. A. Cívínová. 1. vyd. Praha: Grada. 2002. 106 s. ISBN 80-247-0186-3
- (22) STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6. Hodnocení a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: Idvzp. 2001. 55 s. Ediční řada Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-3
- (23) STEINOVÁ, D. Přednášky. Mnemotechniky a koncentrační cvičení. Praha: Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. 2006
- (24) STENGEL, F. *Veselé hrátky s pamětí*. Přel. J. Tůma. Stuttgart: Hedwig Ladner. 1996. 65 s. ISBN 3-929317-61-3
- (25) VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum. 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3
- (26) ZACHARIASOVÁ, S. *Diagnóza Alzheimer: Helmut Zacharias*. Přel. M. Regalová. 1. vyd. Praha: Galén. 2000. 85 s. ISBN 80-7262-218-8
- (27) Zákon 108 o sociálních službách. 2006. Sbíрка zákonů
- (28) ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Přel. V. F. Eisenberger. 1.vyd. Praha: Grada. 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9

8 Klíčová slova

Alzheimerova nemoc

Demence

Denní centrum

Kognitivní funkce

Mini – Mental State Examination

Senioři

Trénink paměti

9 Přílohy

Příloha 1: Mini-Mental State Examination, MMSE (1.část)

Příloha 2: Mini-Mental State Examination, MMSE (2.část)

Příloha 3: Mini-Mental State Examination, MMSE (základní instrukce pro vyšetřování)

Příloha 4: Fotografie z ošetrovatelské péče SANCO

Příloha 5: Kurzy trénování paměti seniorů v regionálním tisku Periskop

Příloha 1: Mini-Mental State Examination (1.část)

Tab. 4. Mini-Mental State Examination (MMSE)

Orientace	
Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.	
Jaké je dnešní datum? <i>Pokud je odpověď nesprávná nebo neúplná, zeptejte se na chybný údaj znovu, v následujícím pořadí:</i>	
	0 ~ 1
1. Který je rok?	[]
2. Které je roční období?	[]
3. Který je měsíc?	[]
4. Kolikátého je dnes?	[]
5. Který je den v týdnu?	[]
Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.	
6. Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme?	[]
7. Ve kterém městě jsme?	[]
8. Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice?	[]
9. Ve kterém státě jsme?	[]
10. Ve kterém jsme poschodí?	[]
Registrace	
Řeknu Vám tři slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.	
11. klobouk	[]
12. citrón	[]
13. auto	[]
Pozornost a počty	
Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.	
14. 93	[]
15. 86	[]
16. 79	[]
17. 72	[]
18. 65	[]
Paměť	
Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.	
19. klobouk	[]
20. citrón	[]
21. auto	[]

Příloha 2: Mini Mental State Examination (2. část)

Tab. 4. Mini-Mental State Examination (MMSE)

Orientace	
Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.	
Jaké je dnešní datum? <i>Pokud je odpověď nesprávná nebo neúplná, zeptejte se na chybný údaj znovu, v následujícím pořadí:</i>	
	0 1
1. Který je rok?	<input type="text"/>
2. Které je roční období?	<input type="text"/>
3. Který je měsíc?	<input type="text"/>
4. Kolikátého je dnes?	<input type="text"/>
5. Který je den v týdnu?	<input type="text"/>
Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.	
6. Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme?	<input type="text"/>
7. Ve kterém městě jsme?	<input type="text"/>
8. Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice?	<input type="text"/>
9. Ve kterém státě jsme?	<input type="text"/>
10. Ve kterém jsme poschodí?	<input type="text"/>
Registrace	
Řeknu Vám tři slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.	
11. klobouk	<input type="text"/>
12. citrón	<input type="text"/>
13. auto	<input type="text"/>
Pozornost a počty	
Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.	
14. 93	<input type="text"/>
15. 86	<input type="text"/>
16. 79	<input type="text"/>
17. 72	<input type="text"/>
18. 65	<input type="text"/>
Paměť	
Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.	
19. klobouk	<input type="text"/>
20. citrón	<input type="text"/>
21. auto	<input type="text"/>

Příloha 3: Mini- Mental State Examination (základní instrukce pro vyšetřování)

Základní instrukce pro vyšetřování

Vyšetření MMSE jsou přítomny pouze dvě osoby – vyšetřující a pacient, nesmějí být přítomni příbuzní pacienta. Provádění testu nesmí být ničím rušeno (např. telefony, sekretářka). Instrukce k testu musejí být striktně dodržovány, vyšetřující musí pokládat otázky v přesném znění tak, jak jsou zde uvedeny. Pokud pacient zvolí dvě (nebo více) odpovědi, je třeba mu dát tuto instrukci: „Vyberte si pouze jedinou odpověď.“ Za každou správnou odpověď je 1 bod, za špatnou nebo žádnou odpověď 0 bodů. Je třeba provést test kompletně (vykonat všechny instrukce).

Orientace

- Na každou odpověď má pacient 10 sekund.
- Za správnou může být uznána pouze přesná odpověď na otázky.
- Pouze v případě, že se právě mění měsíc nebo roční období, nebo v případě bodu 10 (počet podlaží) umožněte pacientovi opravit špatnou odpověď a zeptejte se ho: „Jste si jist?“
- Jediné přípustné tolerance jsou tyto:
 - a) Otázka č. 6: přípustná jsou i místně obvyklá neoficiální označení (ústavu, nemocnice, oddělení).
 - b) Otázka č. 8 (místně přizpůsobeno): pokud pacient nezná odpověď a nepochází z Prahy, zeptejte se, v jakém kraji se město nachází. Pokud odpoví např.: Středočeský kraj, střední Čechy, Čechy, kraj Praha, počítejte 1 bod.

Registrace (místně přizpůsobeno)

- Objekty jmenujte v rozmezí 1 sekundy, mluvíte jasně a dívejte se přímo na pacienta.
- Na odpověď má pacient 20 sekund.
- Udělte 1 bod za každé slovo, které pacient zopakuje na první pokus.
- Pokud pacient neodpoví správně na první pokus, opakujte mu tato tři slova tak dlouho, dokud nedokáže zopakovat všechna tři správně. Opakování má smysl pouze tehdy, když pacient všechna tři slova správně zaregistroval.
- Maximální počet pokusů je 6.

Pozornost a počty

- Povoleno více pokusů, protože tato úloha je obtížná. Je možné usnadnit úkol otázkou: „Kolik je 100 minus 7?“, pokud je to nutné, opakujte dále otázku ve formě: „Kolik je 93 minus 7?“, pokud pacient odpoví nesprávně, můžete se ho zeptat: „Jste si jist?“ Pacient smí opravit nesprávný výsledek. Pokud tentokrát již odpoví správně, počítejte mu 1 bod.
- Na každou odpověď má pacient 10 sekund.
- Po třech chybách úlohu ukončete.

Paměť (místně přizpůsobeno)

- Na každou odpověď má pacient 10 sekund.
- Není přípustná žádná tolerance, protože správná registrace byla ověřena.

Jazyk

- Na každou odpověď má pacient 10 sekund.
- Každá správná odpověď znamená 1 bod.

Praxe

- Počítejte 1 bod, jestliže se obrazce protínají dvěma odlišnými hranami a zároveň souhlasí počet stran a úhlů.
- Umožněte několik pokusů, celkový čas je 1 minuta.

Příloha 4: Fotografie z ošetrovatelského oddělení SANCO



Příloha 5: Kurzy Trénování paměti seniorů v regionálním tisku Periskop

Trénování paměti seniorů - k čemu a jak?

Naše paměť nás zrazuje, selhává při zapamatování tváří, jmen, čísel, faktů... To není důvod k zoufání, ale nevyplatí se ani podceňování. Je potřeba rozlišit, kdy je zapominání v normě, a kdy už se jedná o nemoc. Jde především o nemoci typu Alzheimerovy choroby, Hopkinsonovy choroby, Korsakova syndromu a dalších. U těchto nemocí nejde již jen o selhávání paměti, ale o organické změny. Trénování paměti se týká i pacientů s těmito chorobami. Zde jde však o zpomalení postupu nemoci a udržování statut quo. Lepší je možnost onemocnění předcházet. Proto se v posledních letech stále častěji setkáváme s trénováním paměti. Řada organizací dnes existuje v Německu, Rakousku, Anglii atp. I u nás máme Českou společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. Ta sdružuje a vychovává odborné cvičitele a trenéry. Studie neurologů a neuropatologů ukazují, že zhruba od třiceti let věku klesá schopnost přijmu a udržení informací v paměti. Od sedmdesáti let je tento pokles ještě prudší.

V pozadí je mimo jiné pozvolné ubývání počtu mozkových buněk, v poměru k celkovému počtu buněk v mozku jde však o zanedbatelný úbytek. Daleko důležitější než počet mozkových buněk je tzv. plasticita mozku. V mozkové tkáni je nepředstavitelně složitá nervová síť. Informace neprochází jediným spojem, jak je tomu například v drátové telefonní síti, ale mnoha různými cestami. Plasticitou mozku se rozumí schopnost mozku zachovat při oslabení či porušení jednoho "vedení" další fungující spoje v nervové síti.

Pravidelný trénink paměti a myšlení je právě tak důležitý jako trénink tělesný! Pomůže nám zapamatovat si vše, co potřebujeme - tváře, jména, čísla...

V Příbrami začíná první tříměsíční kurz trénování paměti již 16. března od 16 hodin v Rožmitálské 168 (konec Březových Hor, směr Rožmitál). Kurz je rozdělen do šesti lekcí, trenérem paměti bude Iva Žebrová. Informace a přihlášky na tel. č: 318 427 424, 736 611 680. Další kurzy budou navazovat.
Iva Žebrová, trenérka paměti

Trénování paměti seniorů

Denní centrum v Příbrami, Rožmitálská 168 (konec Březových Hor směr Rožmitál), pořádá přednášky na téma Trénování paměti seniorů. Přednášky jsou v tomto období zdarma a uskuteční se jednou za 14 dní, vždy ve čtvrtek - 25. 5., 8. 6., 22. 6., 29. 6., 13. 7., a 27. 7. od 16 hodin. Dozvíte se zde například co jsou to "hrátky s pamětí", jaké aktivity jsou vhodné pro soběstačný a nezávislý způsob života, jak si zapamatovat vše co potřebujeme - tváře, jména, čísla...

Informace na tel: 318 427 424, 736 611 680, 731 465 264.

Ivana Žebrová, trenér paměti

Trénování paměti seniorů

Denní centrum v Příbrami, Rožmitálská 168 - konec Březových Hor směr Rožmitál, zahajuje v měsíci září cyklus 6 lekcí Trénování paměti seniorů. Jednotlivé lekce začínají vždy ve čtvrtek od 16 hodin, a to: 14. 9., 21. 9., 5. 10., 19. 10., 2. 11. a 16. 11. 2006. Mnoho lidí si myslí, že proti duševním úbytkům ve stáří se nedá nic dělat. Nejnovější výzkumy však prokazují, že si člověk i ve stáří ponechává schopnost se učit, může se psychicky rozvíjet a má k dispozici velkou kapacitu myšlení, z níž často není dosti čerpáno a jež by měla být využívána.

Bližší informace na tel. 318 427 424, 736 611 680, 731 465 264.

Ivana Žebrová, trenérka paměti

Trénování paměti seniorů

Denní centrum v Příbrami, Rožmitálská 168 (konec Březových Hor, směr Rožmitál), pořádá cyklus 6 lekcí „Trénování paměti seniorů“. Jednotlivé lekce začínají vždy ve čtvrtek od 16 hodin, a to: 18. 1., 1. 2., 15. 2., 1. 3., 15. 3., 29. 3. 2007.

V posledních letech se stále častěji setkáváme s trénováním paměti. Řada organizací dnes existuje například v Německu, Rakousku, Anglii atd. I u nás máme „Českou společnost pro trénování paměti a mozkový jogging.“ Ta sdružuje a vychovává odborné cvičitele - trenéry.

Nejnovější výzkumy prokazují, že si člověk i ve stáří ponechává schopnost se učit, může se psychicky rozvíjet a má k dispozici velkou kapacitu myšlení, z níž často není dosti čerpáno a jež by měla být využívána.

Poslední demografické výzkumy upozorňují na to, že v Evropě stárne populace. Smyslem různých aktivit pro starší lidi, včetně trénování paměti, je soběstačný a nezávislý způsob života.

Pravidelný trénink paměti a myšlení je právě tak důležitý jako trénink tělesný!

Informace na tel: 318 427 424, 318 632 757 nebo 731 465 264.

Ivana Žebrová, trenér paměti

