

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Iveta Chvojková

**Psychologické metody a aktivizační  
programy pro pacienty s demencí**  
**Psychological methods and activation  
programs for patients with dementia**

Praha, 2018

Vedoucí práce: MUDr. Gabriela Šivicová

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat paní MUDr. Gabriele Šivicové za vstřícnost a podnětné rady při vedení této práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svým blízkým přátelům, rodině a příteli za jejich podporu a obrovskou trpělivost.

**Prohlášení:**

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 1 . 5 . 2018*

.....

*Iveta Chvojková*



**Abstrakt:**

Nefarmakologická léčba v podobě aktivizačních programů má potenciál zpomalit progresi syndromu a tím zkvalitnit zbývající život jedincům trpícím demencí. V literárně přehledové části je pozornost věnována především klinickým příznakům, na něž aktivizační programy cílí. Neopominuta je i část psychologických aspektů, které se s tímto tématem neoddělitelně pojí. Jádro celé práce tvoří kapitola stávající z několika vybraných aktivizačních programů, u nichž je kladen důraz na klinickou účinnost v péči o pacienty s diagnózou demence. Hlavním cílem práce je pak ověření efektivnosti vybraných způsobů léčby. Praktickou část tvoří návrh replikační studie, jenž testuje účinnost kombinace aktivizačních programů se zaměřením především na nekognitivní neuropsychiatrické symptomy pojící se s demencí.

**Klíčová slova:**

demence, aktivační programy, nefarmakologická léčba, klinické příznaky demence, účinnost

**Abstract:**

Non-pharmacological treatment in the form of activation programs has the potential to slow down the progression of the syndrome and thereby enhance the quality of the remaining life of individuals suffering from dementia. The overview of literature is mainly focused on clinical symptoms to which the activation programs aim. Psychological aspects, which are inseparably linked to this topic, are not neglected in this paper. The core of this paper is the chapter consisting of several selected activation programs focusing on clinical efficacy in caring of patients with the diagnosis of dementia. The main goal of this thesis is to verificate the treatment efficacy. In the emperical part there is the proposal of replication research, which ought to varificate the efficacy of activation programs with the main focus on PBSB.

**Key words:**

dementia, activation programs, non-pharmacological treatment, clinical symptoms of dementia, efficacy

## Obsah

Úvod.....	9
1. Demence .....	11
1.1. Vymezení pojmu demence .....	11
1.2. Klinické příznaky pojící se s demencí.....	12
1.3. Psychologické aspekty pojící se s demencí.....	14
1.4. Diagnostika jedince s demencí.....	16
2. Vybrané aktivizační programy a psychologické metody určené pro osoby s demencí ..	18
2.1. Vybrané aktivizační programy .....	19
2.1.1. Terapie zaměřená na orientaci pacienta v realitě.....	19
2.1.2. Kognitivní rehabilitace .....	20
2.1.3. Reminiscenční terapie.....	21
2.1.4. Validizační terapie .....	22
2.1.5. Smyslová aktivizace .....	23
2.1.6. Snoezelen.....	24
2.1.7. Arteterapie .....	24
2.1.8. Taneční terapie .....	25
2.1.9. Muzikoterapie.....	26
2.1.10. Pet terapie (terapie se zvířaty-koně, psi, kočky...) .....	27
2.1.11. Ergoterapie .....	27
2.2. Další metody používané v péči o pacienty s demencí:.....	28
3. Využití aktivizačních programů v péči o pacienty s demencí a jejich dosavadní využívání v České republice.....	30
4. Návrh výzkumného designu .....	32
4.1. Cíle výzkumu .....	32
4.2. Argumenty pro replikaci studie Chen et al. (2014).....	32
4.3. Formulace výzkumných hypotéz .....	33
4.4. Design výzkumného návrhu.....	34

4.4.1. Intervenční program .....	35
4.4.2. Metody.....	36
4.5. Charakteristika výzkumného souboru .....	38
4.6. Statistická analýza dat .....	39
4.7. Etika navrhovaného výzkumu .....	39
5. Diskuze .....	41
Závěr.....	43
Seznam použité literatury .....	44
Seznam obrázků .....	53
Seznam zkratk .....	54



## Úvod

*,Važ si starce i tehdy, kdyby ze stařecké slabosti pozapomněl svých vědomostí. ' Talmud*

Obecně se traduje názor, že život člověka tvoří jeho vzpomínky. Situace, které během svého života zažíváme, bez pochyb ovlivňují naši osobnost, naše pohlížení na svět. Co ale potom, když stojíme tváří v tvář oné plíživé nemoci jménem demence. Naše paměť slábně, naše komunikační dovednosti ztrácí na své síle, můžeme se dostat až do situace, kdy zůstáváme na lůžku v neznámém prostředí, kolem nás se vyskytují podivní lidé, jež berou naše věci, svlékají se v situaci k tomu nevhodné a vykřikují hrubá slova. Lidé, jež se v tomto období o nás starají, stěží znají naše vlastní jméno, natož naši minulost, naše osudy. Co když ani sami nevíme, jak se jmenujeme? Zůstáváme opuštěni na lůžku, lidé kolem nás nám nerozumí, až se úplně vzdáme ze strachu z posměchu, či odmítnutí. Naše potřeba projevovat se pomalu utichá.

Komunikace je nástrojem sloužícím nejen k porozumění si s druhým člověkem. Je nástrojem, jenž usnadňuje náš život a orientaci v něm. Komunikujeme nejčastěji v podobě slov, kterým mnohdy připisujeme až nadbytečnou moc. Vzniká v nás přesvědčení, že beze slov není možné žít. Možná i proto se učíme cizím jazykům, s touhou poznávat nové, dosud nepoznané. Možná se v nás skrývá touha porozumět druhým kolem nás. Porozumět však člověku, jenž ztratil tuto schopnost vyjadřovat se ve slovech, zdá se nám být neuskutečnitelné. Komunikace s takovým člověkem netkví pouze ve slovech, avšak ve schopnosti empatie, akceptace a velké trpělivosti.

Jedním ze způsobů, jak bojovat s utichající potřebou projevovat se u jedince stíženého demencí, je nefarmakologická léčba v podobě aktivizačních programů. Těm je v této bakalářské práci věnována velká část. Aktivizačních programů je v dnešní době spousta. K nalezení vysvětlení jejich podstaty a definování jejich cílů není třeba vynakládat přílišné energie, s lehkostí dokážeme během mžiku nalézt potřebné informace. To se však netýká oblasti vědeckých důkazů podkládajících jejich účinnost ve zmírnění příznaků, s nimiž se pacienti v průběhu progresu nemoci potkávají. A právě proto je v literárně přehledové části této bakalářské práce na aktivizační programy nahlíženo z pohledu účinnosti při léčbě pacientů stížených demencí. Pro pochopení účinků aktivizačních programů jsou nejdříve důkladně popsány příznaky a psychologické aspekty pojící se s demencí, ty plynule přechází do kapitoly vybrané aktivizační programy a na samotném konci této práce se nachází kapitola věnující se aplikaci zmiňované problematiky v reálném prostředí.

V druhé části této práce se nachází zpracovaný návrh replikační studie, jenž ověřuje účinnost kombinace několika aktivizačních programů v českém prostředí.

Opodstatnění výběru tématu bakalářské práce tkví v předešlé zkušenosti s aktivizačními programy v praxi a v celkovém zájmu o oblast gerontopsychologie. Konkrétní zaměření se na účinnost aktivizačních programů, vnímám jako snahu přiblížit profesionálům aktivizace jako odborný termín, jenž má své opodstatněné místo v léčbě pacientů s demencí.

## 1. Demence

### 1.1. Vymezení pojmu demence

Demence představuje jednu z hlavních příčin zdravotního postižení na celém světě a má významný dopad na životy stížených a na kvalitu života jejich příbuzných, jedinci v pokročilých stádiích demence se totiž už bez svých blízkých, popřípadě bez pečovatele neobejdou (Cotelli, Manenti & Zanetti, 2012; Fišar, 2009). Spolu s deliriem a depresí se řadí mezi vůbec nejzávažnější psychické poruchy ve stáří, nevyskytují se však jen ve stáří, avšak pravděpodobnost onemocnění demence se s věkem zvyšuje (Kalvach, Zadák, Jirák & Zavázalová, 2004).

Nejčastěji je demence charakterizována ztrátou paměti a neschopností zapamatovat si věci nové. Lépe řečeno v případě demence jde prvotně o poruchu paměti explicitní, která se např. v případě Alzheimerovy choroby objevuje velmi brzy. Naopak paměť implicitní bývá často velmi dlouho zachována. Implicitní paměť není vyvolatelná vůlí, je spojena s motorickými dovednostmi a se subjektivním vnímáním, je tedy osobnostně specifickou pojící se s autobiografickými událostmi, kulturními a společenskými vlivy (Harrison, Son, Kim & Whall, 2007).

Demence je syndrom progresivní, ireversibilní a nejčastěji způsoben neurodegenerativním poškozením mozku. Nejenže dochází k celkovému poškození kortikálních funkcí, mezi něž patří myšlení, paměť, exekutivní funkce, jazyk, úsudek, či orientace osobou, prostorem i situací, avšak i k poruchám nekognitivního rázu, jakožto nejčastějším poruchám chování, které jsou s demencí úzce spojované (Jirák & Laňková, 2007). Mezi příznaky demence patří agitovanost, aberantní motorické chování, úzkostlivost, podrážděnost, deprese, apatie, dezinhibice, bludy, halucinace, poruchy spánku, nebo chuti k jídlu (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012). Tyto příznaky se rozdělují celkem do 3 skupin, a to narušení kognitivních funkcí, neuropsychiatrické symptomy a narušení schopnosti vykonávat každodenní aktivity (Jirák, Holmerová & Borzová, 2009).

## **1.2. Klinické příznaky pojící se s demencí**

### **Narušení kognitivních funkcí**

Prvními příznaky demence jsou ve valné většině poruchy kognitivních funkcí, konkrétněji u demencí kortikálních a kortiko-subkortikálních. V případě Pickovy choroby, se první příznaky projevují v behaviorální podobě a kognitivní funkce bývají ještě poměrně dlouho zachovány (Jirák, Holmerová & Borzová, 2009). Pro mírnou kognitivní poruchu označovanou jako MCI (Mild Cognitive Impairment) je typická porucha paměti. MCI není zařazováno mezi demence, avšak odborníci uvádí, že 12-18 % pacientů s MCI ročně přechází do diagnózy Alzheimerova typu, pro níž je mezi prvními příznaky typická porucha paměti, která je vnímána jako hlavní znak tohoto onemocnění (Ressner, 2004).

Mezi narušení kognitivních funkcí při onemocnění demencí patří tedy bezpochybně poruchy paměti a učení, dále také poruchy exekutivních, symbolických a vizuospaciálních funkcí. Mezi poruchy symbolických funkcí patří poruchy jako afázie, agnozie, apraxie, jež se velmi často objevují v pozdějších stádiích demence a mezi poruchy exekutivních funkcí řadíme poruchy plánování, organizování a abstrakce. Pacienti s poruchou vizuospaciálních funkcí trpí problémem vyznat se v prostorech jím dříve známým, nedokážou uspět v testech kreslení, jež je využíváno v diagnostice kognitivních funkcí. Porucha orientace se objevují také u orientace se pacienta v čase, pacient není schopen orientovat se v denním čase. Zpočátku pacienti mají náhled na svůj zdravotní stav, avšak během onemocnění s progresí demence svůj náhled na nemoc ztrácejí, což přechází až do úplné anosognozie (Ressner, 2004).

### **Nekognitivní neuropsychiatrické symptomy pojící se s demencí**

Nekognitivní neuropsychiatrické symptomy nebo také jinak řečeno behaviorální a psychologické příznaky demence představují heterogenní skupinu nekognitivních symptomů způsobujících problémové chování, jež se vyskytuje u pacientů trpících demencí různého typu. V literatuře je často nacházíme pod zkratkou BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia). Jsou relevantní stejně jako kognitivní symptomy, protože silně korelují se stupněm funkčního a kognitivního poškození (Kales, Gitlin & Lyketsos, 2015). Někteří autoři dokonce řadí behaviorální příznaky mezi nejobtížnější projevy demence nejen pro pacienty, ale i pro pečovatele, či pečující, což nesouhlasí s tradičním pojetím demence, kde za primární jsou považované kognitivní pokles a funkční postižení (Jirák et al., 2009; McKeith & Cummings, 2005).

Mezi BPSD patří neklid, až agitovanost, agrese, deprese, úzkosti, apatie, dezinhibice a také psychotické příznaky od halucinací až přes bludy, poruchy spánku i chuti k jídlu. Všechny tyto faktory ovlivňují celkový stav pacientů s demencí, a protože demence je, jak už bylo zmíněno, klinický syndrom, jež tvoří skupina symptomů a rysů, jež se vzájemně kombinují, všechny tyto behaviorální a psychologické symptomy se vyskytují u pacientů s demencí bez ohledu na její podtyp a to v 90 % případů. Jsou i takové případy, kdy se tyto příznaky vyskytují samostatně, avšak mnohem častěji se jich vyskytuje více u jednoho pacienta (Buijssen, 2005; Jiráček et al., 2009; Kales et al., 2015).

Velmi často se u dementních pacientů objevují stavy neklidu, především u demencí s Lewyho tělísky a Alzheimerova typu (Jiráček et al., 2009).

V případech, kdy je pacient vystaven velmi silnému neklidu, může se u něj objevovat agresivita, jež se projevuje nejrůznějšími způsoby, mezi velmi časté patří nadávky, ničení věcí, násilné chování k pečovateltům, popřípadě k členům rodiny. Nebo se projevuje neúčelným chováním, které není spojené s agresivitou, velmi často se jedná o neúčelné přesouvání věcí, nebo svlékání ve chvílích k tomu nevhodných. A právě tyto problémy dementních pacientů v podobě BPSD odborníci doporučují léčit kombinací farmakologické a nefarmakologické léčby, jež v nynější době ukazuje jako účinná (Jiráček et al., 2009; Kales et al., 2015; Mimica & Kalinić, 2011).

### **Narušení schopnosti vykonávat každodenní aktivity**

Nejvíce viditelným projevem demence je progresivní neschopnost vykonávat aktivity každodenního života, což vede ke ztrátě nezávislosti jedince. Neschopnost vykonávat každodenní aktivity najdeme v odborné literatuře pod zkratkou ADL (Activities of Daily Living). ADL je stále více uznávaná jako zdroj sociálních, zdravotních a ekonomických nákladů. Neschopnost pacienta provádět ADL zvyšuje kladenou zátěž na pečující osobu, což může vést k alternativní péči nebo k umístění pacienta do pečovatelské instituce. (Potkin, 2002).

Mezi ADL patří lehká domácí práce, příprava jídla, schopnost užít léky. Aktivity jako koupání, schopnost najíst se, či obléknout se spadají pod aktivity BADL (Basic Activities of Daily Living), které mají největší podíl na ztrátě autonomie. Někteří dokonce uvádí, že pokles BADL je větší zátěží pro pečovatele, nežli pokles v oblasti kognice (Boersma, Van Brink, Deeg, Eefsting & Tilburg, 1999; Iavarone et al., 2007).

Studie Andersen et al. (2004) ukázala, že faktor, který nejvíce ovlivňuje kvalitu života související se zdravím, se zdá se být právě pacientova závislost na druhých. Zároveň sami poukazují na nutnost dalšího výzkumu. Farmakologická léčba ADL dle Potkin (2002) se ukazuje jako účinná, lze ji využít k prevenci, anebo dokonce ke zpomalení onemocnění, či stabilizaci ztráty ADL. Studie zahrnující celkem 98 probandů ukázala pozoruhodné výsledky týkající se naopak nefarmakologické léčby založené na kognitivní rehabilitaci. U intervenční skupiny zůstaly ADL a kognitivní funkce stabilní oproti skupině kontrolní skupině, která se zhoršila (Graessel et al., 2011). Z čehož vyplývá, že i tyto symptomy lze léčit pomocí kombinace farmakologické a nefarmakologické léčby.

### **1.3. Psychologické aspekty pojící se s demencí**

I když je pohled na důstojnost člověka mezi generacemi odlišný, ať už z důvodu výchovy, prostředí či vlastních zkušeností, obecně je ve společnosti spojován s úctou, autonomií a schopností rozhodovat sám o sobě. Každý z nás má potřebu úcty a důstojnosti, v momentě, kdy je člověk ztrácí, si je snaží znovu získat zpět. V momentě, kdy se však člověk stává závislým na druhé osobě, jeho vlastní důstojnost trpí (Holmerová, Jurášková & Zikmundová, 2007). Jedinec s progredující demencí se bezpodmínečně stává odkázaným na péči druhé osoby z důvodu neschopnosti vykonávat každodenní aktivity. Proto je nezbytně nutné vést pacienta k soběstačnosti a to kvalifikovanými, trpělivými pečujícími, schopnými vést pacienty k vlastní autonomii skrze jednoduché a postupné kroky (Holmerová, Janečková, Vaňková & Veleta, 2005). Neméně důležité je, aby pacienti trpící demencí zůstávali součástí vztahů, ve kterých je podporována individualita a respekt. Tento typ podpůrného a prospěšného vztahu by měl být více zaměřený na interakci než na úkol. Takový vztah dává prostor pro oslavu úspěchů, individuální rozdíly a podporuje samostatnost a angažovanost (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

Jedinec stížený demencí je víc než jen diagnózou, je třeba znát jeho jedinečnou a úplnou osobnost, a to včetně všech jejích hodnot, přesvědčení, zájmu, schopností, přátel i nepřátel, ať už minulých nebo současných. Tyto informace jsou velmi přínosné pro komunikaci pečovatele/pečujícího i samotného jedince stíženého demencí. Proto, aby člověk byl schopen zachovat komunikaci s člověkem trpícím demencí je třeba, aby se na svět pokusil dívat jeho očima.

Právě sociální interakce je jedním z výkladů účinnosti při zpomalování progresu deprese (Fazio et al., 2018).

S postupující nemocí se stává pacient dokonce velmi často neverbálním a pro druhé v jejich světle jedincem neschopným komunikovat, avšak neverbálnost pacienta neznamená jeho komunikační neschopnost. Komunikační bariéry mezi pacientem a personálem lze odstranit příslušným zaškolením personálu, neboť při zdařilé komunikaci se vytváří vztah mezi zúčastněnými, umožňující vidět zlepšení a tím předcházet burn-out syndromu, protože samotná zdařilá komunikace mezi pacientem a personálem, pomáhá udržovat smysl práce pro pečující personál. Vždy je důležité si pamatovat, že i když je člověk v té nejhorší fázi demence, je schopen stále komunikovat a zažívat radost a smysl (Ellis & Astell, 2017; Fazio et al., 2018; Kasl-Godley & Gatz, 2000).

O tom, že během demence dochází k postupné a úplné změně osobnosti není pochyb. U jednotlivých podtypů demence se však tato proměna osobnosti liší. Například ze studie Robins Wahlin (2011) vyplývá výrazný rozdíl mezi sebevědomím frontotemporální demence a demence Alzheimerova typu. Zatímco v případě Alzheimerovy demence vykazovali pacienti akurentní sebevědomí ve všech osobnostních rozměrech s výjimkou poddajnosti a extravertze, v případě pacientů s frontotemporální demencí se ukazovala minimalizace negativních vlastností a přehánění naopak vlastností pozitivních.

Psychologické aspekty pojící se s demencí se netýkají jen samotných pacientů, nýbrž i pečovatелů, či rodinných pečujících. Bez debat zátěž, ať už rodinných pečujících, či profesionálních pečovatелů, se kterou se dennodenně setkávají je značná (Buijssen, 2005). V případě, že partner stíženého pacienta je ještě naživu a je s to, ve většině případů je on ten, co se postará, avšak v momentě, kdy se pacient nachází bez partnera, pečující roli přebírají obvykle jejich děti, přičemž dcery jsou v této roli více pravděpodobné než synové (Schulz & Martire, 2004), což ukazuje i studie Li & Sprague (2002), kde z celkového počtu 148 respondentů bylo 23% pečujících partnerů, 46% dcery a zbývajících 14% synové pacientů stížených demencí. I když jsou někdy úkoly týkající se péče o jedince s demencí rozděleny mezi několik pečujících, více typické je poskytování péče jen jednou osobou (Schulz & Martire, 2004). Je však zřejmé, že rodinní pečující pomoc od ostatních členů rodiny potřebují. Pomoc lze chápat ve dvojím smyslu, nejde jen o samostatnou opravdovou pomoc, často povzbudí i prosté uznání, či povzbuzení. V momentě, kdy se jim takové pomoci nedostává, dochází k četnějšímu výskytu rodinných konfliktů. Dalším důležitým aspektem spojeným s rodinnými

pečujícími je, že čím více dnů stráví péčí o stíženého, tím více touží po jejich vlastním životě (Li & Sprague, 2002).

Na všechny tyto již výše zmíněné aspekty se zaměřují aktivizační programy, či psychologické metody pomáhající snášet pacientovy strasti a jeho velmi často náročnou životní situaci, a dokonce zpomalovat funkční propady nemoci. Pozitivní efekty se nenachází jen na straně pacienta stíženého demencí, avšak i na straně jedinců podílejících se na jejich péči. U některých aktivizačních programů je dokonce dokázáno, že kombinace farmakologické léčby a aktivizačních programů u pacientů příznivé účinky navzájem posilují. (Cotelli, Calabria & Zanetti, 2006; Ellis & Astell, 2017; Mimica & Kalinić, 2011; Takayama, Maki & Yamaguchi, 2012).

#### **1.4. Diagnostika jedince s demencí**

Diagnostika demence je proces, na kterém se podílí několik odborníků, počínajíc pečovatelem a konče lékařem (Jirák et al., 2009). Celý proces diagnostiky začíná podrobnou anamnézou, neurologickým vyšetřením, několika laboratorními testy (tj. krevní obraz, biochemické parametry, aj.). Velmi důležitou součástí celého procesu je neuropsychologické vyšetření (Rektorová, 2007), další důležitou součástí celého procesu je rodina, která poskytuje velmi cenné informace týkající se rodinné, osobní, pracovní či sociální anamnézy, následuje somatické vyšetření, orientační vyšetření poznávacích funkcí a zobrazovací techniky typu CT mozku, MRI, SPECT, PET, EEG (Jirák et al., 2009).

K tomu, aby byla definitivně diagnostikována demence u jedince je zapotřebí neuropatologické potvrzení (Ressner et al., 2008). Existují však i takové případy, kdy člověk nevykazuje projevy demence, žije docela normálním životem a po pitvě dojde k objevení stejné mozkové deformace jako mají lidé trpící demencí (Buijssen, 2005).

První fáze demence je nenápadná, těžko postřehnutelná. To proto, že některé nervové buňky dokážou přebírat funkce již nefunkčních buněk, a to ať už částečně nebo celkově (Buijssen, 2005). Jedním z problémů diagnostiky demence je problematické odlišení normálního procesu stárnutí a MCI, jež často předchází samotnému vývoji demence. V takovém případě časné diagnostiky je zapotřebí velmi pečlivě vybírat testovou baterii, která dokáže citlivě diskriminovat mezi těmito dvěma stavy. Existuje proto hned několik variant neuropsychologických baterií, jejichž použití záleží na míře předpokládaného kognitivního deficitu (Hort, Vyhnálek & Bojar, 2005; Jirák et al., 2009; Nikolai, Štěpánková, Vyhnálek & Kopeček, 2016).



Časná diagnostika se ukazuje jako velmi významná v následné léčbě, čím dříve se s ní začne, tím je větší pravděpodobnost oddálení nejzávažnějších stádií demence. Pacientova soběstačnost je tedy po jistou dobu díky správné léčbě zachována, prodloužena, což má samozřejmě vliv i na kvalitu jeho života. Přesto však bývá často jak rodinou, tak lékaři opomíjená a zaměňována s příznaky normálního stárnutí (Hort et al., 2005; Nikolai et al., 2016).

Velmi důležitou roli v léčbě o pacienty s demencí hraje péče o duševní pohodu a sociální prostředí a vazby, jež je obklopují (Hort et al., 2005). V případě, kdy je pacientovi včasné diagnostikovaná demence, měl by být informován o svém budoucím stavu a postupu léčby. Dostat prostor k vyslovení svých přání týkajících se jeho samotného a jeho následující léčby. Obzvláště důležitý prostor by měl být vyhrazen pro zodpovězení otázek ohledně pokročilých stádií demence, nejen pro samotného pacienta, ale i pro jeho nejbližší rodinný příslušníky. Předem vyslovená přání poté mohou pomoci v rozhodování odborníků, ohledně léčebných komplikací, či resuscitací. K tomu, aby takové přání pacient měl odvahu vyslovit a takové témata otevřít, bezpochybně potřebuje důvěrné prostředí a otevřená komunikace nejen s lékaři, ale i s nejbližší rodinou (Holmerová et al., 2013).

Ke komplexnímu vyšetření jedince trpící demencí se u nás hojně využívá několika následujících testů. Ke screeningovému vyšetření kognitivních funkcí je hojně využíváno testu MMSE, ACE testu, jehož součástí je MMSE a je časově náročnější, nebo také testu MoCA. K základnímu zhodnocení BPSD jsou doporučovány testy NPI a BEHAVE-AD. Ke zjištění stavu jedince v oblasti ADL, k němuž je nejlepší polostrukturovaný rozhovor s pečovatelem pomocí například častou Lawtonovou škálou IADL (Ressner et al., 2009). Podrobněji jsou uvedeny některé z těchto testů v praktické části.

## 2. Vybrané aktivizační programy a psychologické metody určené pro osoby s demencí

V některé literatuře se objevuje rozlišení mezi pojmy terapie a aktivizace (popřípadě aktivizační program). V případě, že se intervence nazve terapií, někteří odborníci automaticky předpokládají, že je zaměřená na snížení symptomů pojících se s nemocí, naopak u aktivizací za cíl považují spíše vyplnění volného času (Beard, 2012). Avšak stále se hovoří o možnosti, že za účinností terapie, či aktivizace, nemusí často stát samotná intervence. Účinnost totiž může způsobovat sociální kontakt během probíhající intervence (Fazio et al., 2018; Kasl-Godley & Gatz, 2000), což toto rozlišení mezi pojmy terapie a aktivizace dělá nesmyslným.

Aktivizační programy jsou prospěšné pro demenční pacienty nejen díky jejich pozitivnímu ovlivňování psychiatrických syndromů, či absenci nežádoucích účinků, ale i proto, že jsou prospěšné pro pečovatele, u kterých se redukuje stresová zátěž (Sheardová, 2011). Bohužel výzkumy ověřující účinnost nefarmakologických intervencí jsou stále v začátcích a jejich množství je nedostačující (Beard, 2012). Neexistuje proto stále jednotný názor, zda jednotlivé aktivizační programy jsou, nebo nejsou účinné. Z tohoto důvodu je následující kapitola věnována především účinnosti týkající se nefarmakologických intervencí užívaných v péči o demenční pacienty.

Existuje hned několik aktivizačních programů a psychologických metod, které se používají k vyplňování volnočasových aktivit pacientů s demencí, a zároveň dokážou řešit symptomy související s demencí, což lze považovat za přínosné. Každý typ intervence se se symptomy vypořádává svým specifickým způsobem, například může vést k posilování soběstačnosti a snaze vést pacienty k samoobslužným činnostem (Holmerová, Rokosová, Suchá & Veleta, 2004). Komplexně se dá říct, že se od aktivizačních programů očekává znovuprobuzení touhy žít, znovubudování sebeúcty, nalezení motivace, která může vést ke zlepšení kognitivních funkcí. Očekává se od nich behaviorální i psychologické zlepšení stavu pacienta, ve zkratce tedy zlepšení kvality života, a to nejen pacientů, nýbrž i u pečovatelů a pečujících, což je z hlediska oboustranného působení pacienta a pečovatele, či pečujícího velmi přínosné (Yamaguchi, Maki & Yamagi, 2010).

Nefarmakologické intervence se podílejí na léčbě kognitivních, funkčních a afektivních aspektů demence (Cotelli et al., 2006). A protože farmakologická léčba behaviorálních a psychologických příznaků demence má dokonce omezenou účinnost a u pacientů se vyskytují nežádoucí účinky (Ballard et al., 2006), dochází k rozvíjení nefarmakologické léčby v podobě aktivizačních programů. Ty hrají důležitou roli právě ve zpomalení progresu

syndromu, což vede ke zpomalování funkčních propadů. Jedním z vysvětlení je, že projevy a chování dementních pacientů nejsou způsobeny samotným onemocněním, nýbrž sociálním a enviromentálním kontextem, tedy vnímáním a reakcemi jedince trpícího demencí, což např. psychosociální intervence dokáže řešit (Kasl-Godley & Gatz, 2000; Yamagami, Takayama, Maki & Yamaguchi, 2012). Existuje také jiné vysvětlení účinnosti nefarmakologických intervencí, například v případě intervencí zaměřených na kognici pacientů, se odborníci domnívají, že explicitní paměť je u osob s demencí v jisté míře stále k dispozici a pomocí aktivace je možné dokonce implicitní paměť podporovat (Harrison et al., 2007).

Gitlin et al. (2009) přichází s tvrzením, že farmakologické přístupy nejsou účinné při léčbě depresivních symptomů spojovaných s demencí, a že v tomto případě jsou nefarmakologické přístupy mnohem důležitější. Nicméně důkazy o účinnosti a použití aktivizačních programů jsou stále vzácné, či považované dokonce za kontroverzní (Alves et al., 2013). To podceňuje stále k novým výzkumům a meta-analýzám, které se snaží o prověření účinnosti aktivizačních programů.

Dle meta-analýzy obsahující 23 studií se nefarmakologické intervence poskytované rodinnými pečujícími ukazují jako účinné mající potenciál snížit frekvenci a závažnosti behaviorálních a psychologických příznaků demence, dokonce s účinkem, který se alespoň vyrovnává účinnosti farmakologické léčbě (Brodaty & Arasaratnam, 2012). V návaznosti na to byla provedena meta-analýza o 31 studiích, která zkoumala účinnost nefarmakologických, psychosociálních přístupů v institucionální péči. Svůj výběr probandů zdůvodnili tak, že dokonce až tři čtvrtiny residentů pečovatelských zařízení jsou lidé trpící demencí (Cabrera et al., 2015). Scales et al. (2018) doporučují nefarmakologické přístupy používat běžně v péči o pacienty s demencí, a to nejen v momentě, kdy pacienta tíží strach. Přístupy jako orientaci realitou, validační terapii, reminiscenční terapii, zahradní terapii, terapii panenkou a pet terapii považují za efektivní i z hlediska systému zdravotnické péče.

## **2.1. Vybrané aktivizační programy**

### **2.1.1. Terapie zaměřená na orientaci pacienta v realitě**

Terapie orientace, v angličtině jako reality orientation (RO), se využívá u pacientů s mnoha psychiatrickými problémy. Nejčastěji je užívána u zmatených pacientů v institucionální péči, kteří jsou dezorientovaní (Kasl-Godley & Gatz, 2000). Používá se ve formě individuální i skupinové a v případě těžké formy demence se doslova nedoporučuje ve

skupinové formě (Tavel, 2009). Pacienti trpící již těžkou formou demence totiž potřebují více individuálního kontaktu, více času a více odpočinku (Jiráček et al., 2009).

V dnešní době se z celkového přístupu využívají jen některé techniky, které jsou stále považované za přínosné. Mezi ně patří používání nástěnek připomínajících roční období, kalendáře s hodinami na jasně viditelném místě, nebo barevné, jasné nápisy a označení. Od celkové formy orientace realitou bylo upuštěno, pacienti v pokročilých stádiích demence, totiž sice zapomínají obsah sdělení zprostředkované druhou osobou, avšak emoce, které v nich sdělení vyvolává, v nich ještě delší dobu zůstává. Terapie zaměřená na orientaci pacienta v realitě může způsobovat v tomto případě nekomfort a následně problémové chování pramenící ze smutku. Totiž pomocí některých technik je pacientovi připomenuta skutečná realita, například smrt blízké osoby, což se ukázalo jako nevyhovující právě z hlediska problémového chování. V momentě, kdy se pacient, již nachází ve svém vlastním světě, například žije-li v pečovatelském zařízení, a přitom je sám přesvědčen, že je stále u sebe doma, neukazuje se jako přínosné, či ohleduplné pacientovi jeho pojetí reality vymlouvat a tím záměrně vystavovat pacienta strachu. V tomto případě se doporučuje využít validační terapie, která ji naopak respektuje (Jiráček et al., 2009; Mitchell & Agnelli, 2015).

Studie Kasl-Godley & Gatz (2010) se vyjadřují k RO jako přístupu účinnému, ale uvažují také o možnosti, že za účinností tohoto přístupu stojí především sociální kontakt, který je pacientovi věnován během probíhající intervence. Livingston, Katon & Lyketsos (2005) dokonce uvádí RO společně s validizací a aktivitami Montessori, jako aktivizace bez vlivu na neuropsychiatrické symptomy. Tyto aktivizace považují za jednoduché opakované cvičení, které vůbec nepracuje s neuropsychiatrickými příznaky. Je tedy zřejmé, že jednotliví odborníci se ve svých tvrzeních neshodují. Výzkum v oblasti nefarmakologických přístupů je stále v počátcích a chybí kvalitní studie (Brodsky & Arasaratnam, 2012; Kasl-Godley & Gatz, 2000).

### **2.1.2. Kognitivní rehabilitace**

Kognitivní rehabilitace jako nefarmakologická léčba demencí, je používaná v nesoutěživé formě, v podobě jednoduchých říkanek, doplňovacích cvičení, nebo ve formě skládání obrazců, či zjednodušených her pexeso. Důležitým faktorem úspěšné kognitivní rehabilitace je, aby intervence v této formě byla provedena citlivě a s dostatečnou kvalifikací (Holmerová et al., 2005). Zaměřuje se na specifické kognitivní funkce, tedy nejen na paměť, nýbrž i na trénování dovedností a kompenzačních technik. Využívá se nejen individuálně, ale

i ve skupinové terapii, přičemž individuální se používá především u časných stádií demence přímo ke zlepšení kognitivních funkcí. Vždy je potřeba přizpůsobit obtížnost jednotlivých cvičení dle stavu pacienta a navázat důvěrný vztah, avšak kognitivní rehabilitace může být i značně stresující zejména u pacientů trpících mírnou demencí (Alves et al., 2013; Mimura & Komatsu, 2007; Jiráček et al., 2009).

Meta-analýza zahrnující 162 studií uvádí, že kognitivní stimulace, společně se vzděláváním pečovatelského personálu a specifickým typem pečovatele jsou dlouhodobě efektivní při práci spojenou s demencí (Livingston et al., 2005). Výsledky jiné studie vykazují sice malé, ale konzistentní účinky u jedinců s demencí, které se vlivem kognitivního tréninku zlepšují. Autoři zároveň stále upozorňují na nutnost získávání více důkazů o účinnosti kognitivních tréninků, přičemž zdůrazňují nutnost studia zvláště u každého typu demence a každého stupně jejího zhoršení (Alves et al. 2013). Jiráček et al. (2009) zastávají tvrzení, že kognitivní trénink, nezpůsobuje zlepšení v kognitivních funkcích a považují tento přístup spíše za aktivizaci, nikoli terapii.

### **2.1.3. Reminiscenční terapie**

Reminiscence je jednou z nejpobulárnějších psychosociálních intervencí, která se běžně užívá při léčbách demence (Woods, Spector, Jones, Orell & Davies, 2005). U zdravých seniorů má preventivní význam a v případě pacientů s demencí má obzvláště významný vliv, neboť pacienti trpící demencí, tedy se ztrácející se paměti, si často velmi dobře vybavují vzpomínky velmi vzdálené (Holmerová et al., 2005). Reminiscenční terapie je tedy založena na předpokladu, že vzdálená paměť zůstává nedotčena až do pozdějších stádií demence a může být používána jako určitá forma komunikace (Norris, 1986). Snaží se pomocí hudby, fotografií, nebo jiných podnětů vybavovat vzpomínky seniora, a tím zkvalitňovat komunikaci a zároveň uchovávat prožitek lidské důstojnosti. Zároveň dokáže zlepšovat náladu, pohodu a následné chování pacientů s demencí, včetně některých kognitivních schopností (Cotelli et al., 2012; Holmerová et al., 2005).

K reminiscenční terapii se využívají předměty pacientovi známé, proto je velmi cenná spolupráce s rodinou, která obstará a přinese pacientovy vlastní věci, např. fotografie, nebo jiné předměty. K úspěšnému vedení intervence jsou terapeutovi velmi prospěšné informace od rodinných příslušníků, jež se týkají života pacienta. Terapeut si vytváří biografii pacienta společně s rodinou a samotným pacientem, která mu je nesmírně užitečná (Jiráček et al., 2009).

Studie Cotelli et al. (2012), zaměřená na demenci středního a pokročilého stupně, ukázala, že u skupiny, které byla poskytnuta reminiscenční terapie spolu s technikami orientace, byly výsledky v kognitivní a behaviorálních aspektech nejpříznivější. Autoři této studie proto doporučují aktivizaci zmatených pacientů začít terapií zaměřenou na orientaci pacienta v prostoru a poté plynule přejít do terapie reminiscenční. Jiný výzkumný poznatek doporučuje začlenit do reminiscenčního procesu psa, který se může stát ‚nástrojem‘, umožňujícím vybavování emocionálních vzpomínek z předešlého života. Existence psa v domově důchodců slouží i ke snižování pocitu osamělosti seniorů, což pozitivně ovlivňuje jejich imunitní systém (Galajdová & Galajdová, 2011).

Ve zkratce cílem reminiscenční terapie pro pacienty s demencí je posílit komunikaci, zvýšit pocit osobní identity, vytvoření příjemné aktivity v kolektivu, zlepšení nálady, blahobytu a stimulace pomocí sdílení vzpomínek. Proto bývá označována jako práce se vzpomínkami (Špatenková & Bolomská, 2011; Woods et al., 2005).

Obdobným přístupem jako reminiscenční terapie je Life review terapie, označována jako LRT. Oba přístupy mají společně některé aspekty, a to konkrétně zaměření na vzpomínky týkajících se událostí, emocí nebo sociálních vztahů. LRT se soustředí na otázky pocitů viny, nelibosti a nevyřešených konfliktů (Cotteli, Manenti & Zanetti, 2012). Na rozdíl od LRT reminiscence využívá paměti spíše jako nástroje pro vedení životního příběhu (Burnside & Haight, 1994). LRT společně s reminiscenční terapií vykazují drobné zlepšení v sociálních a psychologických funkcích, které zahrnují i vztahy s ošetrovatelským personálem a také snižují problémy týkající se problematického chování pacientů s demencí (Kasl-Godley & Gatz, 2000).

#### **2.1.4. Validizační terapie**

Patří k nejstarším druhům aktivizačních programů, stále však neztrácí na své přínosnosti a je využívána v komplexní péči o pacienta s demencí. Obsahuje prvky Rogeriánské humanistické psychologie v čele s individuální jedinečností. Terapeut dává důraz na důstojnost pacienta, tím že pozorně a empaticky naslouchá a NIKDY neříká ne, v tom smyslu že, pokud si pacient přeje navštívit někoho z rodiny, který již dávno nežije a sděluje to terapeutovi, terapeut ho neopravuje (Holmerová et al., 2005; Livingston et al., 2005). Ve validizační terapii jde tedy především o přijetí reality pacienta, subjektivní zkušenosti a subjektivní pravdy druhého člověka (Neal & Barton Wright, 2009). Nutné je však podotknout, že terapeut sice pacienta neopravuje, zůstává s pacientem v jeho realitě, avšak

nikdy pacientovi nelže a nerozvíjí jeho myšlenky s jeho nepravdivým kontextem (Jirák et al., 2009).

Mezi důležité vlastnosti terapie dle samotné zakladatelky Naomi Feil patří jednoduchost praktických postupů umožňující obnovování důstojnosti, zabraňování zhoršování vegetativního stavu. Mezi základní techniky patří používání věcných a neohrožujících slov sloužících k důvěře, úmyslné vyhýbání se slovu ‚Proč?‘, udržování těsného očního kontaktu a nízkého milujícího hlasu. Také kopírování pohybů těla pozitivně koreluje s budováním důvěry. S doteky se musí zprvu opatrně, zjistit, zda pacient reaguje dobře, pokud ano, zařazuje se častý dotyk, do terapie se zařazuje i hudba, která pomáhá obnovovat staré vzpomínky pacienta (Feil, 1993, in Mitchel & Agnelli, 2015).

Terapeut je ve validizační terapii empatickým posluchačem, který má k danému člověku respekt a snaží se o skutečné přijetí osoby a o dokončení nedokončeného před smrtí pacienta, čímž usnadňuje jeho odchod. Nejen proto je validizační terapie hojně využívána u pokročilejších fázích demence (Neal & Barton Wright, 2009). Cílem validizační terapie je zmírnit negativní pocity pacienta, a naopak stimulovat prožívání pozitivních emocí (Scales, Zimmerman & Miller, 2018).

Ohledně účinnosti validizační terapie se odborníci neshodují, jedni, jak už bylo zmíněno výše, považují validizaci za přístup, jenž necílí na neuropsychiatrické symptomy demence, druzí zmiňují validizaci naopak jako hojně využívanou a přínosnou, a to především ke zvládnutí agrese a neklidu pacienta. Oblast týkající se validizace je stále málo probádaná (Holmerová et al., 2005; Livingston et al., 2005). Avšak Scales et al. (2018) vidí validační terapii jako přínosnou z hlediska nízké investice, může být integrována do běžné péče a ukazuje se, že její negativní účinky jsou minimální. I riziko možnosti vzniku pocitů tísně pacienta, způsobené nedostatečným připravením terapeuta ctít pacientovy emocionální potřeby. Přesto je označována za jednu z nejefektivnějších intervencí využitelnou v domácím prostředí (Sheardová, 2011).

### **2.1.5. Smyslová aktivizace**

Smyslová aktivizace se využívá ve formě krátkodobé, což dává pečovatelskému personálu možnost zařadit ji do každodenního procesu péče i přes časovou tíseň, se kterou se personál často potýká. Člověk má přirozeně od narození potřebu intimnosti a doteků. Tato potřeba je nejdříve naplňována rodiči, později se konejšiteli stávají partneři. V seniorském věku se, ale člověk ocitá jak bez rodičů, tak velmi často už i bez partnera. A právě smyslová

aktivizace vychází z předpokladu, že v seniorském věku je potřeba doteků, blízkosti, intimnosti, neméně důležitá a často nedostatková (Wehner & Schwinghammer, 2013).

Ze studií vychází, že právě terapeutický dotek, během intervencí s dementními pacienty, zdá se mít nejpříznivější účinky (Cabrera et al., 2015).

#### **2.1.6. Snoezelen**

Snoezelen nebo také jinak řečeno multi-senzorická stimulace je stimulací smyslových modalit (sluchových, zrakových, hmatových, čichových, chuťových) pomocí osvětlovacích efektů, meditativní hudby, různých povrchů, či vůní. Probíhá ve speciálně upraveném prostředí. A protože jedinci s onemocněním demencí mohou trpět právě senzoričnou deprivací, je využitelným nefarmakologickým přístupem ke zmírnění symptomů spojitých s demencí. Snoezelen stimulace se ukazuje jako výhodná z hlediska dostupnosti pro pacienty, využívá se totiž bez ohledu na zhoršení v oblasti intelektu za pomoci zbylých senzomotorických schopností, tedy je aplikovatelná u pacientů nacházejících se v jakékoli fázi demence, i proto, že není tolik náročná na pozornost (Baker et al., 2001; Chung & Lai, 2002).

V meta-analýze Hulme et al. (2010) zkoumající účinnost multi-senzorické stimulace byly přezkoumány účinky na problémové chování, náladu, depresi, agresi, apatii, kognici, sociální a emoční chování, blouznění a jiné neuropsychiatrické symptomy. Dvě randomizované kontrolované studie přinesly pozitivní výsledky týkající se účinnosti multi-senzorické stimulace na chování pacienta a redukci apatie a redukci apatie u pacientů s pozdějšími stádii demence. Nutné podotknout, že se však pozitivní výsledky neukazují jako trvalé. Také studie Staal et al. (2007) uvádí významné zlepšení týkající se apatie pacientů trpících demencí a nejen to, také výrazné zlepšení v agitovaném chování. Jak již bylo zmíněno výše, autoři se ohledně výzkumu týkajícího se obecně účinnosti aktivizačních programů neshodují, například studie Chung & Lai (2002) naopak zmiňuje nedostatek důkazů potvrzující efektivnost této metody a neuvádí ji proto jako účinnou.

Studie Baillon et al. (2004) zkoumající rozdíl účinků reminiscenční terapie a stimulace Snoezelen nevykazuje žádné statisticky významné rozdíly týkající se změny agitovanosti probandů s onemocněním demencí před a po sezení.

#### **2.1.7. Arteterapie**

Arteterapeuti se snaží zdůrazňovat důležitost procesu nikoli konečného produktu, totiž někteří pacienti, a nejen oni, se mohou vylekat, že jim malování (už) nejde. Pro pacienty



s demencí, jež zaznamenaly zhoršení ve zručnosti následkem kognitivního úpadku se používají samozřejmě uzpůsobené výtvarné pomůcky. Používání například nůžek se ukázalo pro pacienty s demencí jako nemožné, všechny materiály, jež se dají k dispozici pacientům by měly být bezpečné a netoxické (pacienti se mohou totiž materiály pokusit ochutnat). Arteterapie u dementních pacientů může substituovat komunikaci a způsob sebevyjádření (Stewart, 2004), jejím hlavním cílem je tedy umožnit pacientovy tvůrčí komunikaci a vyjádření jeho zájmů a emocí v důvěryhodném terapeutickém vztahu (Mottram, 2003).

V případě pacientů s demencí je vždy nutné zaměřit aktivity na realitu, popřípadě na činnosti, jež se zaměřují na usnadnění každodenních aktivit. V některých případech jde používat i metodu rozpomínání na jejich předešlé úspěchy, které jim mohou dodávat pocit důstojnosti (Liebmann, 2005). Arteterapie je vhodná v různých stádiích demence a ukazuje se jako přínosná, avšak stále omezeně používaná (Stewart, 2004). Přitom významně přispívá farmakologické léčbě a podporuje její účinnost, arteterapie se dokáže velmi dobře vypořádat se stresem, který se v pacientech trpícími demencí kumuluje a následkem toho se u nich objevuje problémové chování (Mimica & Kalinić, 2011). Také se ale diskutuje o tom, zda arteterapie není spíše přínosná pro pečovatele a pečující než pro pacienty samotné (Beard, 2012). Na druhou stranu většina lidí pečujících o jedince s demencí si uvědomuje výhody skryté v umění, v tom smyslu, že umělecké aktivity pomáhají k relaxaci, zlepšují koncentraci, zvyšují sebevědomí (Mottram, 2003).

### **2.1.8. Taneční terapie**

Taneční terapie pro pacienty s demencí představuje prostředek k usnadnění komunikace, je to jakási forma neverbální komunikace. Díky napojení na emoce, se stává hudba a tanec pro pacienty nástrojem k dosažení příjemného pocitu, společně s pozitivní zpětnou vazbou terapeuta dokáže působit blahodárně na psychiku pacienta. Během taneční terapie nejde jen o stimulaci pohybového systému, nýbrž i o soustředěnost a vnímání druhé osoby, v tomto případě terapeuta (Jiráček et al., 2009).

Taneční terapie se ukazuje jako přínosná u pacientů, pro něž už jsou slova obtížná a těžko se vyjadřují, slouží k objevování emocí bez použití slov (Karkou & Meekums, 2014). Avšak i tato forma nefarmakologického přístupu stojí na velmi slabé vědecké základně týkající se účinnosti. Přesto taneční terapie vykazuje pozitivní účinky spojené s redukcí stresu, s problematickým chováním a agitovaností. Odborníci nadále volají po dalším výzkumném šetření (Guzmán-García, Hughes, James & Rochester, 2013). Jako účinné složky, jež mohou

mít pozitivní dopady na pacienty s demencí se považuje využívání pohybu jako cvičení, či tance, využívání hudby a také terapeutický vztah (Karkou & Meekums, 2014).

Jedna intervence většinou trvá 30-90 minut a probíhá jednou v týdne v různých sociálních zařízeních a trvá několik týdnů či měsíců, vše se odvíjí od individuálních potřeb pacienta. Vyskytuje se, jak ve skupinové, ale i individuální podobě (Karkou & Meekums, 2014).

### **2.1.9. Muzikoterapie**

Muzikoterapie se řadí mezi terapie senzorké a objevuje ve dvou formách, pasivní a aktivní. Aktivní forma muzikoterapie se liší od pasivní podílením se na tvorbě hudby, například pomocí jednoduchých nástrojů (Bidewell & Chang, 2011; Vink, Bruinsma & Scholten, 2003). Pasivní forma díky evokatívním prvkům hudby pomáhá uvolňovat potlačené pocity, čímž snižuje zmíněné agitované chování. Pozitivně na pacientův zdravotní stav působí známá, popřípadě líbivá hudba, která navazuje či dokonce připomíná pacientův normální život před institucionalizací a navíc bylo zjištěno, že hudba navazuje u pacientů s demencí klid a pomáhá k relaxaci (Lin et al., 2011; Sambandham & Schirm, 1995). Přesto, že se muzikoterapie jeví jako účinná ke zmírnění behaviorálních i psychologických symptomů demence a k vybavování si příjemných vzpomínek ze života, bohužel ale její účinky nejsou dlouhodobé (Livingston et al., 2005; Scales et al., 2018).

Přesto, že se doporučuje individuální přístup ke přizpůsobení se individuálním preferencím (Scales et al., 2018), se skupinová muzikoterapie ukázala ve studii Lin et al. (2011) jako účinná, a to především, co se týče obecně redukce agitovaného chování, ať už fyzicky nebo neverbálně neagresivního chování, a to i po 1 měsíci po skončení intervence. Vzhledem k tomu, že muzikoterapie může zvyšovat účinky farmakologické léčby a nevyvolává žádné kontraindikace, doporučuje se implikovat do farmakologické léčby pacientů s demencí. Přesto je stále ukazuje jako nepříliš využívaná, a to i přesto, že náklady na ni jsou relativně nízké. Odborníci dále upozorňují že, aby byla terapie úspěšná, je samozřejmě zapotřebí vyškolený terapeut, který dokáže vhodně zvolit hudbu a ostatní prvky k terapii potřebné tak, aby odpovídaly individuálním potřebám pacienta. Muzikoterapie se může odehrávat ve společenských prostorách, v průběhu koupání či například během jídla, což má pozitivní dopad i na oblast výživy (Hulme et al., 2010; Vink et al., 2003).

### **2.1.10. Pet terapie (terapie se zvířaty-koně, psi, kočky...)**

Pet terapii se dostává stále větší a větší pozornosti, a to napříč řadou různých zařízení pečujících o stárnoucí populaci. Zapojení zvířat do procesu léčby totiž napomáhá ke snižování krevního tlaku. A právě tyto účinky mohou být přínosné k výše zmíněným BPSD (Filan & Llewellyn-Jones, 2006).

Studie Churchill et al. (1999) poukázali na významnost interakce terapeuta se zvířetem, v tomto případě se psem, intervence se psem (canisterapie) se ukázala jako účinnější při nefarmakologické léčbě Alzheimerovy choroby než intervence s absencí zvířete za účasti pouze terapeuta. I jiní autoři zkoumající účinnost canisterapie ji uvádí jako slibnou v léčbě BPSD při různých stupních poškození (Perkins, Bartlett, Travers & Rand, 2008).

Studie Moretti et al. (2010) zaměřená na jedince s mentální poruchou ukázala pozitivní efekt pet terapie u pacientů v testech Mini-Mental State Examination (MMSE) a Geriatric Depression Scale (GDS). Meta-analýza zahrnující 49 studií zkoumající obecnou účinnost terapie vykázala zlepšení mírného stupně v oblasti symptomů autistického spektra, problémového chování a emocionální pohody, což potvrzuje výše zmíněné výsledky studií (Nimer & Lundahl, 2007).

### **2.1.11. Ergoterapie**

Ergoterapie anglicky známá jako Occupational Therapy se doporučuje při léčbě demence, jelikož je přínosná nejen pro pacienty, ale také pro ošetřovatele, u obou dochází ke zlepšení v oblasti nálady a kvality života a u ošetřovatele navíc nalezení smyslu v péči o pacienta (Graff et al., 2007). Toto tvrzení vychází z randomizované kontrolované studie Graff et al. (2006), kde zjistili, že během 5 týdnů s celkovým počtem 10 sezení, došlo významně ke zlepšení každodenního fungování pacientů s demencí a u jejich primárních pečovatелů významně klesla pociťovaná zátěž. Po 6 týdnech sezení se dokonce pečovatелé cítili více kompetentní k péči. Všechny tyto příznivé účinky setrvaly ještě 7 týdnů po dokončení výzkumu. Ergoterapie se zdá velmi přínosná i z ekonomické stránky, ukazuje se totiž, že vykazuje trend ke snížení zdravotnických výdajů (Graff et al., 2008).

Ergoterapie může být efektivní pro pacienty s demencí v udržování funkčních schopností, sociální interakci a kvality života (Steultjens et al., 2004). Meta-analýza Kim et al. (2012) zkoumající účinnost ergoterapie podrobněji, a to dle jejího zaměření ukázala, že ergoterapie založená na sensorické stimulaci je efektivní v problémovém chování pacientů

s demencí, kdežto ergoterapie založená na aktivitách s funkčními úlohami nebo modifikací prostředí, se ukázala z hlediska efektivity jako statisticky nevýznamná.

K cílům ergoterapie jednoznačně patří, co nejdříve člověku ponechat důstojnost a pomoci mu k soběstačnosti pomocí nácviků ADL i IADL. V rámci ergoterapie nejde jen o prostý nácvik činností, avšak ergoterapeut dbá i na bezpečnost a náročnost domácího prostředí a shledá-li domácí prostředí jako nevyhovující, navrhuje úpravy. V rámci ergoterapie se využívá jak reminiscence, orientace v realitě, tak i fyzická aktivita a trénování jemné motoriky. Při terapii je nutné jako i u ostatních aktivizačních programů dbát na to, aby aktivita z pohledu pacienta s demencí byla dobrovolná, smysluplná a přinášela pozitivní pocity, vytvářela příjemné prostředí (Kalvach et al., 2004).

## **2.2. Další metody používané v péči o pacienty s demencí:**

### **Naučený postup**

Tento přístup se osvědčuje u pacientů s demencí, jež mají střídavou péči, tedy nestará se o něj jen jedna osoba, nebo u těch, kteří navštěvují více institucí. Tento přístup se dá charakterizovat jako souhrn a popis věcí o jednotlivci, který obsahuje, co člověk rád dělá, co má rád, v jakém tempu a pořadí je zvyklý provádět jednotlivé činnosti. Tento soupis věcí nejen usnadňuje péči o pacienta, avšak i snižuje agresivitu, nevhodné chování, zmatenost, či poruchy spánku. Čímž se ve své podstatě snaží o stabilizaci a zlepšování celkového stavu pacienta trpícího demencí (Jiráček et al., 2009; Lužný, 2011).

### **Programované aktivity**

Programové aktivity se týkají jedinců s počátečními stádii demence, kteří se o sebe mohou ještě postarat z velké části sami a zároveň jsou motivováni k zachování samostatnosti a sebezpeče. Jde o to vytvořit program, podle kterého bude probíhat celý den pacientů. Přičemž se snaží, co možná nejvíce, o zachování zvyků jednotlivých pacientů. Společné aktivity se stávají pro pacienty s demencí, slavnostními, proto i všední oběd, nejde odbýt. Je třeba brát v potaz i samotnou přípravu. Umožnit pacientovi i podíl na přípravě samotného pokrmu, či na výběru (Jiráček et al., 2009; Lužný, 2011).

### **Individualizované aktivity**

Individualizované aktivity jsou vhodnější naopak pro pacienty s pokročilým stádiem demence, neboť potřebují více odpočinku, více pochopení, jejich delší spánek, nevede k neklidu a bezesným nocím jako je tomu v předešlých stádiích demence. Nabízí se pro ně

jednodušší činnosti, pomocí níž se ošetřovatel snaží stále ještě z části vést pacienta samotného k sebeobsluze (Jirák et al., 2009).

### **Reflektivní podpora**

Reflektivní podpora je multidisciplinárním přístupem, v němž se klade důraz na individualitu a důstojnost člověka, která se rozvíjí podpůrnou komunikací. Ať už pacient komunikuje verbálně, nebo jen neverbálně. Během komunikace se pečovatel snaží vytvářet příjemné prostředí s ohledem na aktuální stav pacienta a jeho přání, což přispívá k rozvoji pocitů jistoty a bezpečí. Ti, kteří se nacházejí v blízkosti jedince stíženého demencí, pečovatelé i rodinný pečující vytvářejí jeden společný spolupracující tým, přičemž každý z nich má jinou roli, ale všichni jsou si ve vzájemném procesu rovni (Jirák et al., 2009).

Komplexně se dá říci, že programované aktivity se snaží vytvořit podpůrné prostředí z hlediska psychosociálního, duchovnědného a materiálního kontextu. Přičemž se pacient s pečovatelem snaží najít to, co pacienta dělá šťastným, v čem je jeho smysl života (Kalvach et al., 2004).

### 3. Využití aktivizačních programů v péči o pacienty s demencí a jejich dosavadní využívání v České republice

I přes velkou snahu propojení jednotlivých systémů, jež se podílí na péči o pacienty s demencí, se stále jedná spíše o separované sektory. Péči o pacienty s demencí můžeme rozdělit mezi **neformální péči rodinných příslušníků v domácnostech** a **péči zdravotní** nebo **péči poskytovanou sociálními službami**. I když je povinností poskytovatelů služeb vykazovat velké množství dat, není možné se dopátrat, jak to s tou péčí vlastně je a kdo se o jedince stížené demencí doopravdy stará. Sociální péče, stejně tak jako zdravotní, má několik forem, z níž si je možné vybrat. Mezi formy sociální péče patří terénní, ambulantní a pobytové (Mátl, Mátllová & Holmerová, 2016). Z celkového počtu ubytovaných seniorů v ČR tvoří 70 % v domovech pro seniory jedinci trpící demencí a v případě domovů se zvláštním režimem je to až 90 % (Vaňková, Hradcová, Jedlinská & Holmerová, 2013). Odlišnost mezi domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem tkví ve vytvoření specifických podmínek, jež zohledňují zvláštní potřeby pacientů (Malíková, 2010).

O přednáškovou činnost pro pracovníky, jak zdravotnické péče, tak sociální, se i ve spojitosti s nefarmakologickou léčbou podílí Česká Alzheimerovská společnost, často uváděná pod zkratkou ČASL. Podílí se nejen na přednáškové činnosti, ale i vytváření pomůcek kognitivních tréninků (Jirák et al., 2009).

Jak z předcházejících kapitol vyplývá, mezi příznaky pacientů s demencí patří úbytek kognitivních schopností, neschopnost vykonávání každodenních aktivit a symptomy behaviorální a psychologické (Jirák et al., 2009). Na léčbě těchto symptomů se v dnešní době využívá právě oné nefarmakologické léčby v podobě aktivizačních programů. Aktivizační programy se většinou nezaměřují specificky pouze na jediný symptom, ale spíše komplexně na celkový zdravotní stav. Studie Chen et al. (2014) došla k závěrům, že nefarmakologická léčba má pozitivní účinky nejen u vnějších BPSD jako je agitovanost, která často demenci doprovází, ale také na vnitřní BPSD jako jsou bludy a halucinace.

I přesto mají aktivizační programy určité cílové zaměření v léčbě, i to i na několik symptomů najednou. Což je zřejmé z následujícího přehledu, na kognitivní funkce se z aktivizačních programů zaměřují především kognitivní rehabilitace, muzikoterapie, RO, reminiscenční terapie, Snoezelen, validizační terapie. Na zlepšování schopností vykonávat každodenní aktivity se zaměřují kognitivní rehabilitace, RO, Snoezelen, Pet terapie. A na poslední z třetice hlavních symptomů demence, na BPSD, cílí kognitivní rehabilitace,

muzikoterapie, terapie zaměřená na orientaci pacienta v realitě, reminiscenční terapie, Snoezelen, validizační terapie (Hulme et al., 2010).

## **4. Návrh výzkumného designu**

V předešlé části práce byly zmapovány poznatky týkající se klinických příznaků pacientů stížených demencí, účinků aktivizačních programů cílených na klinické příznaky a celkový zdravotní a psychický stav pacientů, včetně využití aktivizačních programů v péči, ať už domácí, či institucionální. Výzkumné šetření této oblasti je stále, jak již vychází z teoretické části, v počátcích. I nadále se nenachází potřebné množství kvalitních studií, které by buď potvrdili, či vyvrátili účinek aktivizačních programů pro pacienty s demencí.

V následující části bude předložen návrh replikačního výzkumu Chen et al. (2014), jež za prvé zapadá do kontextu celé práce a ověřuje účinky aktivizačních programů na klinické příznaky demence, konkrétně BPSD a obsahuje hned několik již zmiňovaných konkrétních aktivizačních programů. V závislosti na zkoumané problematice, bude potřebné zaměřit se na reprezentativní výběr vzorku populace pacientů s demencí a následně jej přizpůsobit českému prostředí.

### **4.1. Cíle výzkumu**

Hlavním cílem návrhu replikačního výzkumu je tedy především ověření klinické účinnosti aktivizačních programů v léčbě pacientů s demencí. Dále poskytnout vzhled do výsledků účinnosti aktivizačních programů na reprezentativním vzorku populace v České republice. Původní studie, na kterou navazuje tento návrh se totiž zaměřuje pouze na pacienty s demencí mužského pohlaví, starších 65 let, z veteránských pečovatelských domů na severním Tchaj-wanu, a to neodpovídá reprezentativnímu vzorku populace pacientů stíženými demencí. Ze studie, jež byla vybrána k návrhu výzkumného designu, není možno zobecňovat na populaci pacientů s demencí, z důvodu velmi specifického výběrového souboru.

### **4.2. Argumenty pro replikaci studie Chen et al. (2014)**

Hlavním a nejdůležitějším argumentem zdůvodňující provedení replikační studie Chen et al. (2013) je ověření výsledků na výběrovém souboru odpovídající české populaci pacientů trpících demencí. Originální studie Chen et al. (2013) je jednou z prvních studií, jež se zaměřila i na účinky aktivizačních programů na vnitřní psychotické příznaky jako jsou bludy a halucinace. A tím se odlišili od ostatních, jež se zaměřovali především na vnější BPSD jako je agitovanost.

K dalším z argumentů patří, že díky navázání na studii Chen et al. (2014) bude snazší udržet kvalitu následného šetření, neboť v této oblasti, jak už bylo zmíněno, není stále dostatek



kvalitních kontrolovatelných studií. Nové argumenty týkající se nefarmakologické léčby jsou potřebné kvůli stále rostoucímu počtu jedinců stížených demencí, jež dokonce v posledních letech stoupl ještě více, než se předpokládalo a s největší pravděpodobností bude počet stížených demencí stále přibývat (Mátl, Mátllová & Holmerová, 2016). Tyto nové poznatky jsou přínosné nejen pro odbornou veřejnost, jako jsou lékaři, psychologové, sociální pracovníci, ale poslouží i laické veřejnosti, především pak rodinným příslušníkům, pro něž je péče o pacienty s demencí každodenní realitou. A navíc tento stále poměrně nový přístup k léčbě otevírá dveře lékařům k poznání. Ačkoliv z originální studie vychází, že aktivizační programy mají pozitivní efekt na BPSD, a to nejen při vnějších, ale i psychotických příznaků bez zvyšování psychotropních léků, což je velmi významné zjištění.

### **4.3. Formulace výzkumných hypotéz**

H1: Aktivizační programy v kombinaci se vzdělávacím programem pro personál více zmírní vnitřní příznaky BPSD u pacientů s demencí v porovnání pouze se vzdělávacím programem pro personál.

H2: Aktivizační programy v kombinaci se vzdělávacím programem pro personál více zmírní vnější příznaky BPSD u pacientů s demencí v porovnání pouze se vzdělávacím programem.

H3: Aktivizační programy v kombinaci se vzdělávacím programem budou v testu BI dosahovat vyššího skóru u pacientů s demencí v porovnání pouze se vzdělávacím programem.

H4: Aktivizační programy v kombinaci se vzdělávacím programem pro personál budou na škále IADL dosahovat vyšších skóru u pacientů s demencí v porovnání pouze se vzdělávacím programem.

H5: Aktivizační programy v kombinaci se vzdělávacím programem pro personál budou dosahovat v testu MMSE vyššího skóru u pacientů s demencí v porovnání pouze se vzdělávacím programem.

H6: Aktivizační programy v kombinaci se vzdělávacím programem pro personál budou dosahovat v testu GDS nižších skóru u pacientů s demencí v porovnání pouze se vzdělávacím programem.

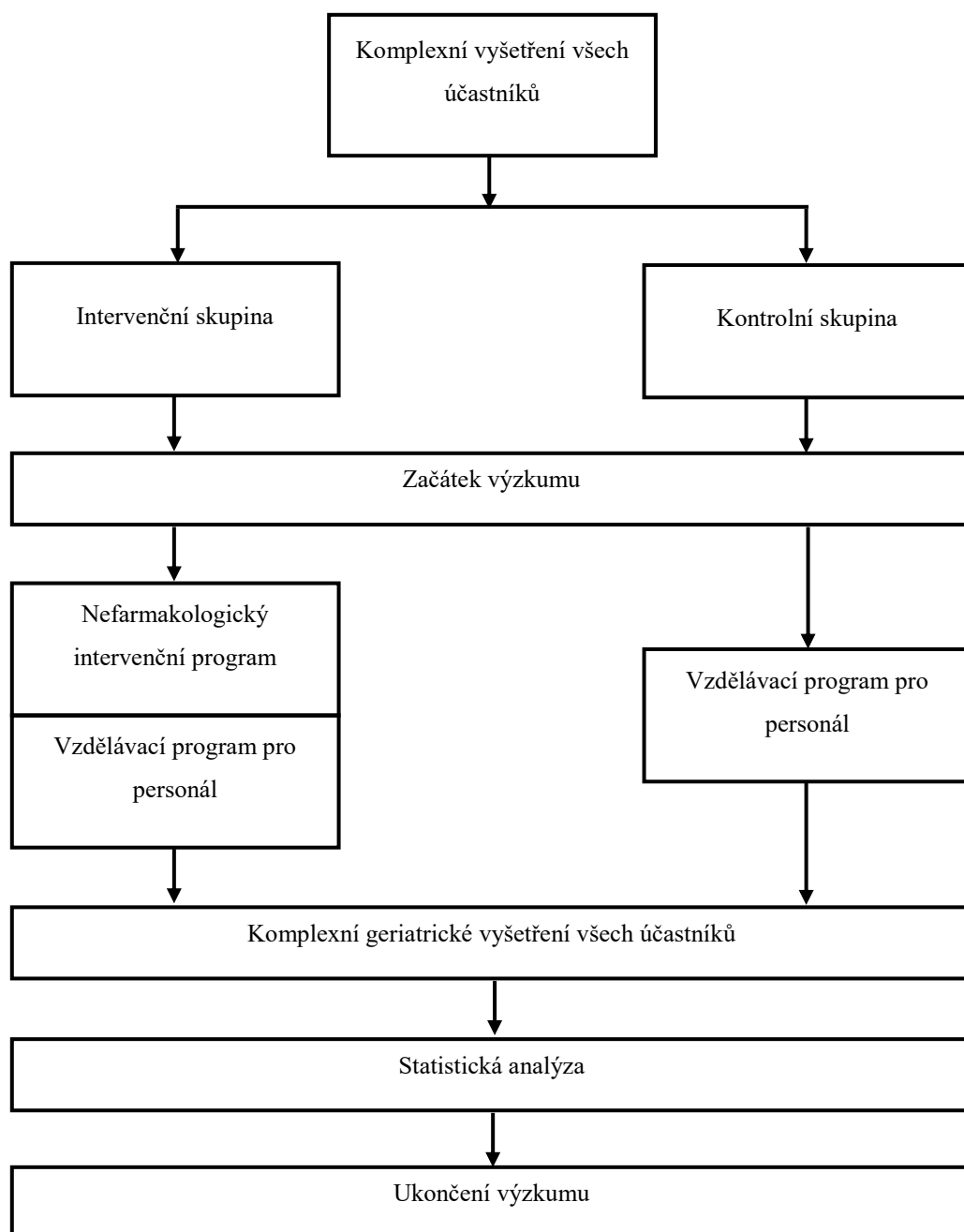
H7: Aktivizační programy v kombinaci se vzdělávacím programem pro personál budou v testu Tinetti balance & Tinetti gait dosahovat vyššího skóru u pacientů s demencí v porovnání pouze se vzdělávacím programem.

#### **4.4. Design výzkumného návrhu**

Design tohoto výzkumného návrhu je kvantitativního charakteru. Jedná se o randomizovanou kontrolovanou studii, jež bude sestávat ze dvou skupin, intervenční a kontrolní. Do těchto skupin budou účastníci rozděleni randomizací tak, aby každý z nich měl stejně tak velkou šanci dostat se do skupiny kontrolní, jako do skupiny intervenční.

Stejně jako v původní studii, budou účastníci studie po dobu 3 měsíců provedeno komplexní geriatrické vyšetření pomocí několika metod (viz. níže) ke zjištění informací o jejich vstupním zdravotním stavu. Stejně tak i po dobu 3 měsíců po skončení intervence budou vyšetřováni a testováni pomocí uvedených metod k závěrečnému vyhodnocení stavu po intervenci. Vstupní a výstupní vyšetření, tedy před a po, bude provedeno nezávislými zdravotními sestrami.

Pracovníci pečovatelských zařízení budou 1x týdně školeni ve znalostech a jejich schopnostech týkajících se BPSD. Tito pracovníci budou pečovat o obě skupiny, tedy jak o kontrolní, tak i intervenční. Intervenční skupině navíc bude poskytována nefarmakologická léčba v kombinaci několika aktivizačních programů.



Obrázek 1 Schéma průběhu výzkumu (Chen et al., 2014)

#### 4.4.1. Intervenční program

Pro intervenční skupinu bude vytvořen režim časového plánu (stejně jako u originální studie) různých aktivizačních programů, a to konkrétně tyto: *muzikoterapie, terapie orientace (RO), arteterapie a fyzická aktivita*. Přičemž všechny tyto nefarmakologické intervence budou vedeny trénovanými ergoterapeuty dvakrát týdně po dobu 12 týdnů.

Muzikoterapie bude intervenční skupině poskytována jedenkrát týdně v malé skupince, čítající 10-15 účastníků v každém sezení. Stejně tak RO, fyzická aktivita a arteterapie bude probíhat jedenkrát v týdnu. Přičemž během muzikoterapie budou účastníci povzbuzováni ke zpěvu, k rytmickému pohybování paží a k používání jednoduchých bicích nástrojů do hudby, bude tedy spíše aktivní formy. Fyzická aktivita bude zahrnovat různé míčové hry a jiné rekreační aktivity, které se zaměřují na zvyšování aktivity účastníků. Při arteterapii budou účastníci vykonávat různé malířské činnosti, které mohou umožňovat účastníkům stimulaci pro sebevyjádření pomocí různých barev a témat. Navíc během arteterapie budou využíváno RO. Například mohou být požádáni jako u originální studie o vymalování plážové scény u čehož budou představovat jednotlivé rysy léta.

#### 4.4.2. Metody

Metody, které budou použity k posouzení komplexního stavu účastníků před a po intervenci budou následující : **Barthel index** (BI) ke zjištění míry soběstačnosti, **Lawtonova škála IADL** (Instrumental Activities of Daily Living) pro posouzení každodenních aktivit, **MMSE** (Mini-Mental State Examination) pro kognitivní funkce, neuropsychiatrického inventáře **NPI** (Neuropsychiatric Inventory) a jeho subdoménami, včetně psychotického, afektivního a behaviorálního syndromu pro zjištění závažnosti BPSD, **GDS** (Geriatric Depression Scale) ke zjištění míry depresivity a **Tinetti balance & Tinetti gait** užívaných pro zjištění problémů pacientů s mobilitou.

##### **Barthel index (BI)**

Barthel index je používán ke zjištění funkční zdatnosti a míry soběstačnosti, hodnotí celkem 10 činností a těmi jsou: příjem potravy, přemísťování, mobilita, chůze po schodech, oblékání, koupání, péče o vlasy, užívání toalety, ovládání močového měchýře, ovládání konečníku (Richards et al., 2000; Vaňásková, 2005).

Maximální počet, jež může jedinec získat, je 126 bodů. Dle získaného skóre lze jedince označit za nezávislého, pokud nepotřebuje pomoc druhé osoby. Za částečně závislého je jedinec označen, pokud potřebuje **minimální pomoc** druhé osoby a získá alespoň 95 bodů, nebo v případě **střední pomoci** při získání alespoň 63 bodů. Za plně závislého je jedinec považován v případě **výrazné pomoci**, kdy získá alespoň 31 bodů, anebo pokud vyžaduje **plnou pomoc** a získává méně než 30 bodů (Vaňásková, 2005). Cronbachova alfa uvádějící vnitřní konzistenci BI je 0,92 (Shah, Vanclay & Cooper, 1989).

### **Lawtonova škála IADL (Instrumental Activities of Daily Living)**

Lawtonova škála je stále hojně využívána při vyšetřování pacientů stížených demencí, a to k posouzení schopnosti vykonávat každodenní aktivity, tato schopnost je typicky u pacientů s demencí poškozena, a proto se řadí k jedním ze tří hlavních symptomů demence. (Jirák et al., 2009; Rektorová, 2011).

V rámci Lawtony škály se vyšetřují IADL v celkem jeho 8 doménách, které zahrnují instrumentální aktivity jako používání telefonu, nakupování, příprava jídla, úklid, praní prádla, využívání dopravy, užívání léků a zacházení s penězi. Skóre, jež může pacient získat se pohybuje od 0 do 8 bodů. Přičemž, čím vyšší skóre pacient získává tím lepší jsou jeho schopnosti týkající se IADL (Graf, 2008). Lawtona škála IADL vykazuje vnitřní konzistenci škál vyjádřenou Cronbachovou alfou=0,86 (Tong & Man, 2002).

### **MMSE (Mini-Mental State Examination)**

MMSE je nejpoužívanější screeningovým testem ve světě, zkoumajícím kognitivní funkce. Jedním z důvodů, proč je stále nejpoužívanější je jeho vyžadování pojišťovnou při sledování léčby (Jirák et al., 2009; Rektorová, 2011), Jiným z důvodů je jeho spolehlivost, která se pohybuje na střední až vysoké míře korelace (Marioni et al., 2011). Důvodem, proč je v dnešní době kritizován, je jeho neschopnost rozeznat mírnou kognitivní poruchu (MCI) od zdravé populace, nebo pro problematické nalezení frontotemporální demence, z důvodu nezaměření se na exekutivní funkce frontálního laloku (Ferruci et al., 1996; Ressner & Ressnerová, 2002).

V MMSE lze dosáhnout až 30 bodů, pacient, jenž získá alespoň 24 bodů včetně je ještě považován za zdravého a nachází se v normě. Do **23 bodů** je diagnostikována **lehká kognitivní porucha**, do **20 bodů středně těžká** a méně než **10 bodů těžká kognitivní porucha** (Kalvach et al., 2008). Cronbachova alfa testu MMSE je 0,79 (Volicer et al., 1994).

### **NPI (Neuropsychiatric Inventory)**

NPI v překladu Neuropsychiatrický inventář je hojně využívanou škálou, která se využívá k hodnocení symptomů BPSD u dementních pacientů. Tato škála hodnotí stav psychiatrických symptomů, mezi něž patří halucinace, bludy, problémy s potravou, úzkosti, deprese, agresivity, motoriku a další, viz výše. Informace dostáváme od pečovatелů, stížený pacient totiž nemá na svůj stav týkající se BPSD náhled (Rektorová, 2011). Cronbachova alfa pro test NPI činí 0,70 (Camozzato et al., 2008).

V tomto výzkumném návrhu bude NPI použito k šetření BPSD a bude provedeno za pomoci výzkumu nezávislých zdravotních sester, které provedou hodnocení na základě **rozhovoru s primárními pečovateli.**

### **GDS podle Yessavage (Geriatric Depression Scale)**

GDS se z angličtiny překládá jako Geriatrická depresivní škála využívá se k vyhodnocení patických nálad, konkrétně pro depresi. Skládá se z celkem 15 otázek, na které je možné odpovídat pomocí odpovědí *ano-ne*. S tím, že za každou položku lze získat buď 1 nebo 0 bodů. Pokud jedinec získává skóre 0 -5 bodů jeho emoční stav je považován za normální, takový normální stav nazýváme normoforie. Se skórem **6 -10 bodů** se pojí **mírná deprese**, s **11-15 body** je přiřazována **klinická deprese** (Kalvach et al., 2004). Vnitřní konzistence položek testu GDS je 0,94 (Fountoulakis et al., 1999).

### **Tinetti Balance & Tinetti Gait**

Tinetti Balance & Tinetti Gait jsou známé také pod názvem *Performance-Oriented Mobility Assesment*. Je to velmi široce používaná metoda k zjištění klinických charakteristik spojovaných s pády. Skládá se z 24 položek, u nichž lze získat 40 bodů, nebo se užívá i ve zkrácené verzi, kde sestává z 16 položek a maximální počet dosažených bodů čítá 28.

Zkrácená verze, jež bude použita v tomto výzkumném návrhu, posuzuje rovnováhu (balance) v celkem 9 položkách a druhá část (gait) výkonnostně orientovaného testu, používá se k vyhodnocení problémů s mobilitou u pacientů, sestává z celkem 7 položek. U každé z položek je možné získat 0 až 2 body. V případě získání skóru **nižšího než 19 z celkem 28, je vysoké riziko pádu** (Lin et al., 2004; Loretz, 2005). Cronbachova alfa určující vnitřní konzistenci položek pro Tinettiho test je 0,88 (Panella et al., 2008).

## **4.5. Charakteristika výzkumného souboru**

Výběr probandů v originálním znění studie byl zjednodušen výběrem 2 zařízení, v němž se nacházeli pacienti s diagnózou demence a celkový počet probandů čítal 104 probandů. Pro takový počet probandů bude v České republice nutno zapojit více zařízení než v původní studii, budou proto osloveny zařízení, buď zaměřující se na problematiku demence konkrétně, nebo jiné pečovatelské domy nebo jiné instituce, kde se nachází jedinci trpící demencí. Z důvodu dostupnosti budou nejvíce oslovovány zařízení v okolí hlavního města Prahy, prvotně ty, se kterými mám vlastní zkušenost jako aktivizační pracovník, lze u nich proto očekávat větší vstřícnost. Nejen z důvodu dostupnosti budou oslovovány zařízení

v Praze, ale také proto, že Praha je regionem s nejvyšším výskytem jedinců stížených demencí, k roku 2015 tento počet vyšplhal až na 20 049 lidí (Mátl, Mátlová & Holmerová, 2016).

Z důvodů náročnější dostupnosti pacientů bude výzkumný soubor sestávat z 200 probandů. Pohlaví výzkumného souboru se již dopředu očekává s převahou žen, statistiky uvádějí dokonce, že až více než dvě třetiny osob trpících demencí jsou ženy (Mátl, Mátlová & Holmerová, 2016). Věkové zastoupení lze předpokládat stejně jako u originální studie, tedy nad 65 let, ze statistik vyplývá, že riziko demence roste s věkem. V České republice se předpokládá prevalence 1 ze 13 osob starších 65 let, 1 z 5 osob starších 80 let a 1 ze 2 starších 90 let (Mátl, Mátlová & Holmerová, 2016).

#### **4.6. Statistická analýza dat**

Statistická analýza toho výzkumu neodpovídá analýze původní studie, z důvodů jejího neoptimálního provedení. Regresní analýze bude statisticky kontrolovat na všechny proměnné, které by mohli způsobit zkreslení (věk, pohlaví, vzdělání).

Jako deskriptivní statistiky budou uvedeny průměry a směrodatné odchylky kardinálních proměnných a relativní četností kategorických proměnných uvnitř jednotlivých souborů. Kardinální proměnné v tomto výzkumném návrhu jsou věk, výsledek v testu BI, Lawtonovy škály IADL, MMSE, NPI, GDS a Tinettiho testu. Kategorickými proměnnými tohoto výzkumného návrhu je pohlaví a vzdělání, obě z proměnných jsou používány jako dichotomické (pohlaví- žena/ muž; vzdělání- vysoká škola/ bez vysoké školy).

Pro vyhodnocení účinnosti aktivizačních programů budou spočítány rozdíly mezi vstupními a výstupními hodnotami testu MMSE, NPI, BI, Lawtonovy škály IADL, Tinettiho testu. Ty budou následně použity jako závislé proměnné v lineární regresi s prediktory členství v intervenční/kontrolní skupině a kontrolou na věk, vzdělání a pohlaví. Účinnost aktivizačního programu bude zjištěna pomocí koeficientů u členství v intervenční/kontrolní skupině získaných z lineárních regresí.

#### **4.7. Etika navrhovaného výzkumu**

Etiku a etická dilemata patří ke každému výzkumu, úkolem výzkumníka je být ostražitý a nijak nezanedbat, pokud možno žádný z aspektů. Jedním takovým aspektem v klinickém výzkumu, kdy zkoumáme účinek intervence u jedince, je neopominout kontrolní skupinu a nabídnout ji alespoň základní možnou podporu. A proto konkrétně v tomto výzkumném

designu je kontrolní skupině poskytována základní podpora v podobě vzdělaného personálu v problematice BPSD.

Dalším velmi důležitým etickým aspektem je problematika ohledně informovaného souhlasu. V případě, kde participanti jsou jedinci, kteří nejsou způsobilý k právním úkonům, řešit tuto problematiku je nezbytné. Participanti tohoto výzkumu jsou pacienti trpící demencí, mnozí z nich proto mohou disponovat nesvéprávností, nemohou tedy o své účasti, popřípadě neúčasti na výzkumu rozhodovat, alespoň ne dle právních norem (ČASL). Proto se za pomoci pečovatelských zařízení budou kontaktovat nejbližší rodinní příslušníci, opatrovatelé, kteří budou seznámeni o účelech plánované studie, včetně případných pozitiv, které by v průběhu mohly nastat. Ti dle svého nejlepšího svědomí a vědomí se mohou o účasti jedince v této studii rozhodnout. V případě, kdy je schopen se pacient rozhodnout sám za sebe, má samozřejmě také plné právo odmítnout. Tento postup získávání informovaného souhlasu podporuje samostatnost pacienta a jeho sebeurčení (Quinn & Dickinson, 2014).



## 5. Diskuze

V sestrojeném výzkumném návrhu zkoumajícím účinnost aktivizačních programů v léčbě BPSD pacientů s demencí nemůžeme s určitostí mluvit o účinku aktivizačních programů, alespoň ne přímočaře. V případě pozitivního efektu po intervenci je důležité uvažovat i možnosti efektu sociálního kontaktu, jež je považovaný jako jeden z možných výkladů účinnosti aktivizačních programů v léčbě pacientů trpících demencí (Fazio et al., 2018; Kasl-Godley & Gatz, 2000). Onen sociální kontakt je to, co často pacienti trpící demencí postrádají, proto je na místě o efektu pouhého sociálního kontaktu uvažovat. I když se objevují názory, které mluví o zlepšování podmínek pečovatelských zařízení. Ze studií vyplývá, že úroveň v oblasti sociálního kontaktu je stále velmi neuspokojivá. Celkem 68,6 % z celého dne pacienti pečovatelských zařízení spí, nebo tráví čas doslova nic neděláním. Sociálního kontaktu se pak pacientům dostává nejčastěji pouze při asistenci k vykonávání denních potřeb, jako je krmení, koupání atd. (Ellis & Astell, 2017). Velmi alarmující však je, že velmi podobné výsledky vykazuje také studie z roku 1993, i když by se s pokrokem vědy a obrovským počtem studií dal předpokládat významný posun k vytvoření kvalitnějších podmínek v pečovatelských zařízeních (Bowie & Mountain, 1993).

Vzhledem k tomu, že intervence v tomto výzkumném návrhu sestává z kombinace několika aktivizačních programů, nelze určit, která z nich je účinná více, či méně. V případě kdy, by bylo primárním cílem tohoto výzkumného návrhu zjistit míru účinnosti konkrétní intervence, museli by se porovnat účinnosti dvou aktivizačních programů mezi sebou. Nebo by musela být vybrána pouze jedna z intervencí, která byla testována v designu s kontrolní skupinou, jež by dostávala pouze nějakou základní podporu, například v podobě obvyčejného setkávání s člověkem (dobrovolníkem), který by neměl znalost žádného z aktivizačních programů. V takovém případě by se dalo zjistit, zda je onen aktivizační program opravdu účinný v léčbě pacientů s demencí. To nabízí prostor k dalšímu šetření.

Jako pozitivní lze vnímat na tomto výzkumném návrhu dvojité zaslepení jedinců, kteří se na výzkumu podílejí. Screening účastníků studie byl proveden za pomoci pro výzkum nezávislých zdravotních sester, které neměly přehled o tom, kdo z účastníků se nachází v kontrolní, a kdo v intervenční skupině. V tomto případě je málo pravděpodobné uvažovat o zkreslení ze strany výzkumníka. Studie lze vyhodnocovat i pomocí trojitého zaslepení, kdy ani statik, který dělá konečnou analýzu dat, neví, kdo byl ve skupině intervenční a kdo ve skupině kontrolní, má pouze informaci o jevu A a jevu B.

Dalším aspektem, který je důležité zmínit v diskuzi tohoto výzkumného návrhu je specifická výběru výzkumného souboru, i když se v tomto výzkumném návrhu objevila snaha o reprezentativní výběr odpovídající populaci jedinců trpících demencí. Do tohoto výzkumného návrhu jsou vybíráni účastníci z hlavního města, kde podle statistik je největší koncentrace jedinců stížených tímto syndromem (Mátl, Mátllová & Holmerová, 2016). Avšak je nutné brát v úvahu možnost vyššího socio-ekonomického statusu těchto pacientů a jejich rodin, rozdílnost v kvalitě pečovatelských zařízení, než např. některých pečovatelských zařízeních na venkově, či jiných městech České republiky. I z této strany by tedy mohlo dojít k jistému zkreslení studie.

Vzhledem k tomu, že pro tento návrh bude vybráno několik pečovatelských zařízení, je nutné očekávat nežádoucí proměnné plynoucí z rozmanitosti prostředí. A to ať už týkající se kvality péče, zaměření pečovatelského domova, či různorodosti v denním režimu a dalších mnoha jiných faktorů.

## Závěr

Demence je jedním z nejčastějších onemocnění, s nímž se potýkají lidé nejčastěji ve stáří po celém světě. Ba co více, je jedním z nejzávažnějších onemocnění, jenž má významný dopad nejen na rodinné příslušníky člověka trpícím demencí, ale i na celou společnost, která na jeho léčbu vynakládá velké finanční prostředky. Problematika týkající se demence proto nemůže být upozadována, naopak je na místě podporovat výzkum, který dokáže pomáhat zvládat stav stále narůstajícímu počtu nemocným jedinců, který je dokonce mnohem vyšší, než se v minulých letech předpokládalo (Mátl, Mátlová & Holmerová, 2016). Existují tvrzení, které se zmiňují o možnostech snížení nákladů na péči právě díky aktivizačním programům (Graff et al., 2008; Hsu et al., 2017), proto by právě jim měla být věnována zvýšená pozornost.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat dosavadní poznatky týkající se demence a příznaků s nimiž se pacienti s onemocněním demencí potýkají. Tyto poznatky poté aplikovat a spojit s problematikou aktivizačních programů se zaměřením na léčbu, a to nejen v pečovatelských zařízeních. Následně sestavit návrh výzkumu, jenž zkoumá účinnost aktivizačních programů v českém prostředí. Ukázalo se, že ač se vyskytuje poměrně velké množství informací ohledně aktivizačních programů, v oblasti účinnosti léčby se však stále potýkáme s nedostatkem kvalitních klinických studií. Proto byla této problematice věnována největší část této práce s ohledem na psychologické aspekty a využití v péči.

První kapitolou literárně přehledové části této práce je krátké vymezení pojmu demence, které volně pokračuje v podrobnější popis hlavních příznaků, což bylo shledáno jako nezbytné pro vymezení účinnosti aktivizačních programů, které na tyto příznaky ve své léčbě cílí. Pozornost byla věnována i psychologickým aspektům, které se se syndromem demence úzce pojí a nelze je proto upozadovat. Ke zpracování literárně přehledové části bylo použito novějších kontrolovatelných studií a meta-analýz týkajících se výše zmíněné problematiky.

Ve druhé části práce se nachází návrh replikační studie, která vychází z poznatků již uvedených v předchozí části. Tento návrh replikační studie ověřuje účinnost kombinace několika aktivizačních programů, v českém prostředí na méně specificky určeném výběrovém souboru než v původní studii, u příznaků BPSD pacientů trpících demencí. Poslední část této práce byla věnována diskuzi, jež reflektuje první i druhou část této práce.

## Seznam použité literatury

Alves, J., Magalhães, R., Machado, Á., Gonçalves, Ó. F., Sampaio, A. & Petrosyan, A. (2013). Non-pharmacological cognitive intervention for aging and dementia: Current perspectives. *World Journal of Clinical Cases*, (8), 233-241.

Andersen, C. K., Wittrup-Jensen, K. U., Lolk, A., Andersen, K. & Kragh-Sørensen, P. (2004). Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia. *Health and quality of life outcomes*, 2(52).

Baillon, S., Van Diepen, E., Prettyman, R., Redman, J., Rooke, N. & Campbell, R. (2004). A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behavior of patient with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 19(11), 1047-1052.

Baker, R., Bell, S., Baker, E., Holloway, J., Pearce, R., Dowling, Z. ... Wareing, L. A. (2001). A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *The British Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 81-96.

Ballard, C. G., Waite, J. & Birks, J. (2006). *Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Beard, R. L. (2012). Art therapies and dementia care: A systematic review. *Dementia*, 11(5), 633-656.

Bidewell, J. W. & Chang, E. (2011). Managing dementia agitation in residential aged care. *Dementia*, 10(3), 299-315.

Boersma, F., Van Den Brink, W., Deeg, D. J., Eefsting, J. A. & Van Tilburg, W. (1999). Survival in a population-based cohort of dementia patients: predictors and causes of mortality. *International journal of geriatric psychiatry*, 14(9), 748-753.

Bowie, P. & Mountain, G. (1993). Using direct observation to record the behaviour of long-stay patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(10), 857-864.

Brodsky, H., Arasaratnam, C. (2012). Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 169(9), 946-953.

Buijssen, H. (2005). *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál.

Burnside, I. & Haight, B. (1994). Reminiscence and life review: therapeutic interventions for older people. *The Nurse Practitioner*, 19(4), 55-61.

- Camozzato, A. L., Kochhann, R., Simeoni, C., Konrath, C. A., Franz, A. P., Carvalho, A. ... Chaves, M. L. (2008). Reliability of the Brazilian Portuguese version of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) for patients with Alzheimer's disease and their caregivers. *International Psychogeriatrics*, 20(2), 383-393.
- Cabrera, E., Sutcliffe, C., Verbeek, H., Saks, K., Soto-Martin, M., Meyer, G. ... Zabalegui, A. (2015). Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 134-150.
- Cerejeira, J., Lagarto, L. & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3, 73.
- Cotelli, M., Calabria, M. & Zanetti, O. (2006). Cognitive rehabilitation in Alzheimer's disease. *Aging Clinical and Experimental Research*, 18(2), 141-143.
- Cotelli, M., Manenti, R. & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72 (3), 203-205.
- Česká alzheimerovská společnost. *Právní aspekty: Svéprávnost a její omezení*. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/pravni-aspekty/svepravnost-a-jeji-omezeni/>
- Ellis, M. & Astell, A. (2017). Communicating with people living with dementia who are nonverbal: The creation of Adaptive Interaction. *PloS ONE*, 12(8).
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J. & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58(1), 10-19.
- Ferrucci, L., Cecchi, F., Guralnik, J. M., Giampaoli, S., Noce, C., Salani, B. .... FINE Study Group. (1996). Does the Clock Drawing Test Predict Cognitive Decline in Older Persons Independent of the Mini-Mental State Examination?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(11), 1326-1331.
- Fišar, Z., Jiráček, R., Bob, P. & Papežová H. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*, 2. Vyd. Praha: Grada publishing.
- Fountoulakis, K. N., Tsolaki, M., Iacovides, A., Yesavage, J., O'Hara, R., Kazis, A. ... Ierodiakonou, C. (1999). The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging Clinical and Experimental Research*, 11(6), 367-372.
- Galajdová, L. & Galajdová, Z. (2011). *Canisterapie: Pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál.

- Graessel, E., Stemmer, R., Eichenseer, B., Pickel, S., Donath, C., Kornhuber, J. ... Luttenberger, K. (2011). Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomized, controlled trial. *BMC medicine*, 9(1), 129.
- Graf, C. (2008). The Lawton instrumental activities of daily living scale. *The American Journal of Nursing*, 108(4), 52-62.
- Graff, M. J., Adang, E. M., Vernooij-Dassen, M. J., Dekker, J., Jönsson, L., Thijssen, M., ... Rikkert, M. G. O. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *BMJ*, 336(7636), 134-138.
- Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. & Rikkert, M. G. O. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*, 333(7580), 1196.
- Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. & OldeRikkert, M. G. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology*, 62(9), 1002-1009.
- Guzmán-García, A., Hughes, J. C., James, I. A. & Rochester, L. (2013). Dancing as a psychosocial intervention in care homes: A systematic review of the literature. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(9), 914-924.
- Harrison, B. E., Son, G. R., Kim, J. & Whall, A. L. (2007). Preserved implicit memory in dementia: A Potential Model for Care. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22, 286-293.
- Holmerová, I., Baláčková, N., Baumanová, M., Hájková, L., Hradcová, D., Hýblová, P. ... Nováková, H. (2013). Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. *Geriatric a gerontologie*, 2(2), 158-164.
- Holmerová, I., Janečková, H., Vaňková, H. & Veleta, P. (2005). Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 180-184.
- Holmerová, I., Jurašková, B. & Zikmundová, K. (2007). *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations.
- Holmerová, I., Rokosová, M., Suchá, J. & Veleta, P. (2004). Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora pečujících rodin. *Neurologie pro praxi*, 5(1), 17-20.

- Hort, J., Vyhnanek, M. & Bojar, M. (2005). Časná stádia demence: Možnosti diagnostiky a léčby. *Neurologie pro praxi*, 6(6), 308-311.
- Hsu, T. J., Tsai, H. T., Hwang, A.-C., Chen, L. Y. & Chen, L. K. (2017). Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(S1), 28-35.
- Hulme, C., Wright, J., Crocker, T., Oluboyede, Y. & House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: A systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(7), 756-763.
- Chen, R. C., Liu, C. L., Lin, M. H., Peng, L. N., Chen, L. Y., Liu, L. K. ... Chen, L. K. (2014). Non-pharmacological treatment reducing not only behavioral symptoms, but also psychotic symptoms of older adults with dementia: A prospective cohort study in Taiwan. *Geriatrics & Gerontology International*, 14(2), 440-446.
- Churchill, M., Safaoui, J., McCabe, B. W. & Baun, M. M. (1999). Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 37(4), 16-22.
- Chun, J. C. & Lai, C. K. (2002). *Snoezelen for dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Iavarone, A., Milan, G., Vargas, G., Lamenza, F., De Falco, C., Gallotta, G. & Postiglione, A. (2007). Role of functional performance in diagnosis of dementia in elderly people with low educational level living in Southern Italy. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19(2), 104-109.
- Jirák, R., Holmerová, I. & Borzová, C. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing.
- Jirák, R. & Laňková, J. (2007). *Demence: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Společnost všeobecného lékařství ČSL JEP
- Kales, H. C., Gitlin, L. N. & Lyketsos, C. G. (2015). Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762-769.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jirák, R. & Zavazalová, H. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.

- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H. & Holmerová, I. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing.
- Kasl-Godley, J. & Gatz, M. (2000). Psychosocial interventions for individuals with dementia: An integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 755-782.
- Karkou, V. & Meekums, B. (2014). *Dance movement therapy for dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Kim, S. Y., Yoo, E. Y., Jung, M. Y., Park, S. H. & Park, J. H. (2012). A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *NeuroRehabilitation*, 31(2), 107-115.
- Li, Y. & Sprague, D. (2002). Study on home caregiving for elders with Alzheimer's and memory impairment. *Illness, Crisis & Loss*, 10(4), 318-333.
- Liebmann, M. (2005). *Skupinová arteterapie: Nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha: Portál.
- Lin, M. R., Hwang, H. F., Hu, M. H., Wu, H. D. I., Wang, Y. W. & Huang, F. C. (2004). Psychometric comparisons of the timed up and go, one-leg stand, functional reach, and Tinetti balance measures in community-dwelling older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(8), 1343-1348.
- Lin, Y., Chu, H., Yang, C. Y., Chen, C. H., Chen, S. G., Chang, H. J. ... Chou, K. R. (2011). Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(7), 670-678.
- Livingston, G., Katona, C. & Lyketsos, C. G. (2005). Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1996-2021.
- Loretz, L. (2005). *Primary care tools for clinicians: a compendium of forms, questionnaires, and rating scales for everyday practice*. Elsevier Health Sciences.
- Lužný, J. (2011). Nefarmakologické ovlivnění kognitivních funkcí u klientů s demencí. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2(4), 312-318.
- Malíková, E. (2010). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing.



- Marioni, R. E., Chatfield, M., Brayne, C. & Matthews, F. E. (2011). The reliability of assigning individuals to cognitive states using the Mini Mental-State Examination: A population-based prospective cohort study. *BMC medical research methodology*, 11(1), 127.mari
- Mátl, O., Mátlová, M. & Holmerová, I. (2016). *Zpráva o stavu demence 2016: Kolik zaplatíte za péči?* Praha: Česká alzheimerovská společnost.
- McKeith, I. & Cummings, J. (2005). Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *The Lancet Neurology*, 4(11), 735-742.
- Mimica, N. & Kalinić, D. (2011). Art therapy may be beneficial for reducing stress-related behaviours in people with dementia. *Psychiatria Danubina*, 23(1), 125-128.
- Mimura, M. & Komatsu, S. I. (2007). Cognitive rehabilitation and cognitive training for mild dementia. *Psychogeriatrics*, 7, 137-143.
- Mitchell, G. & Agnelli, J. (2015). Non-pharmalogical approaches to alleviate distress in dementia care. *Nursing Standard*, 30(13), 38-44.
- Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C. ... Atti, A. R. (2011). Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*, 11(2), 125-129.
- Mottram, P. (2003). Art therapy with clients who have dementia. *Dementia*, 2(2), 272-277.
- Neal, M. & Barton Wright, P. (2009). *Validation therapy for dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Nikolai, T., Štěpánková, H., Vyhnálek, M. & Kopeček, M. (2016). Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu ve stáří. *Československá psychologie*, 60(5), 525-541.
- Nimer, J. & Lundahl, B. (2007). Animal-assisted therapy: A meta-analysis. *Anthrozoös*, 20(3), 225-238.
- Norris, A. (1986). *Reminiscence: With elderly people*. Winslow.
- Panella, L., Tinelli, C., Buizza, A., Lombardi, R. & Gandolfi, R. (2008). Towards objective evaluation of balance in the elderly: validity and reliability of a measurement instrument applied to the Tinetti test. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(1), 65-72.
- Perkins, J., Bartlett, H., Travers, C. & Rand, J. (2008). Dog-assisted therapy for older people with dementia: A review. *Australasian Journal on Ageing*, 27(4), 177-182.
- Potkin, S. G. (2002). The ABC of Alzheimer's Disease: ADL and Improving Day-to-Day Functioning of Patients, *International Psychogeriatrics*, 14(S1), 7-26.

- Quinn, J. F. & Dickinson, S. (2014). *Dementia*. England: Wiley-Blackwell.
- Rektorová, I. (2011). Screeningové škály pro hodnocení demence. *Neurologie pro praxi*, 12, 37-45.
- Rektorová I. (2007). *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: TRITON.
- Ressner, P. (2004). Alzheimerova choroba: Diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi*, 1, 11-16.
- Ressner, P., Hort, J., Rektorová, I., Bartoš, A., Rusina, R., Línek, V. ... Sheardová, K. (2008). Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 71/104(4), 494-501.
- Ressner, P., Hort, J., Rektorová, I., Bartoš, A., Rusina, R., Línek, V. ... Sheardová, K. (2009). Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a ostatních demencí. *Neurologie pro praxi*, 10(4), 237-241.
- Ressner, M. P. & Ressnerová, M. E. (2002). Test hodin, přehledná informace a zhodnocení škál dle Shulmana, Sunderlanda a Hendriksena. *Neurologie pro praxi*, 6, 316-322.
- Richards, S. H., Peters, T. J., Coast, J., Gunnell, D. J., Darlow, M. A. & Pounsford, J. (2000). Inter-rater reliability of the Barthel ADL index: how does a researcher compare to a nurse?. *Clinical rehabilitation*, 14(1), 72-78.
- Robins Wahlin, T. B. & Byrne, G. J. (2011). Personality changes in Alzheimer's disease: a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(10), 1019-102.
- Sambandham, M. & Schirm, V. (1995). Music as a nursing intervention for residents with Alzheimer's disease in long-term care. *Geriatric Nursing*, 16, 79-83.
- Scales, K., Zimmerman, S. & Miller, S. J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist*, 58(1), 88-102.
- Shah, S., Vanclay, F. & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of clinical epidemiology*, 42(8), 703-709.
- Sheardová, K. (2011). Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí. *Psychiatrie pro praxi*, 12(3), 124-126.

- Schulz, R. & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American journal of geriatric psychiatry*, 12(3), 240-249.
- Staal, J. A., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H. & Kofman, E. S. (2007). The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(4), 357-370.
- Steultjens, E. M., Dekker, J., Bouter, L. M., Jellema, S., Bakker, E. B. & Van Den Ende, C. H. (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age and ageing*, 33(5), 453-460.
- Stewart, E. G. (2004). Art therapy and neuroscience blend: Working with patients who have dementia. *Art therapy*, 21(3), 148-155.
- Špatenková, N. & Bolomská, B. (2011). *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén.
- Tavel, P. (2009). Nefarmakologické přístupy k pacientům trpícím demencí. *Československá psychologie*, 53(5), 455-467.
- Tombaugh, T. N. & McIntyre, N. J. (1992). The Mini-Mental State Examination: A Comprehensive Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(9), 922-935.
- Tong, A. Y. & Man, D. W. (2002). The validation of the Hong Kong Chinese version of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale for institutionalized elderly persons. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 22(4), 132-142.
- Vaňásková, E. (2005). Testování v neurorehabilitaci. *Neurologie pro praxi*, 6, 311-314.
- Vaňková, H., Hradcová, D., Jedlinská, M. & Holmerová, I. (2013). Prevalence kognitivních poruch v pobytových zařízeních pro seniory v ČR. *Geriatric a gerontologie*, 2(3), 111-114.
- Vink, A. C., Bruinsma, M. S. & Scholten, R. J. (2003). *Music therapy for people with dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Volicer, L., Hurley, A. C., Lathi, D. C. & Kowall, N. W. (1994). Measurement of severity in advanced Alzheimer's disease. *Journal of gerontology*, 49(5), 223-226.
- Wehner, L. & Schwinghammer, Y. (2013). *Smyslová aktivizace v péči o klienty s demencí*. Praha: Grada Publishing.

Woods, B., Spector, A., Jones, C. A., Orrell, M. & Davies, S. P. (2005). *Reminiscence therapy for dementia: Review*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Yamagami, T., Takayama, Y., Maki, Y. & Yamaguchi, H. (2012). A randomized controlled trial of brain-activating rehabilitation for elderly participants with dementia in residential care homes, *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2, 372-380.

Yamaguchi, H., Maki, Y. & Yamagami, T. (2010). Overview of non-pharmalogical intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. *Psychogeriatrics*, 10(4), 206-213.

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1 Schéma průběhu výzkumu (Chen et al., 2014).....	35
---	----

## Seznam zkratek

ADL	Activities of Daily Living
ACE	Addenbrooke's Cognitive Examination
BEHAVE-AD	Behavioral pathology in Alzheimer's disease
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
BI	Barthel index
CT	Computer Tomography
EEG	Elektroencefalografie
GDS	Geriatric Depression Scale
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MRI	Magnetická rezonance
NPI	Neuropsychiatric Inventory
PET	Pozitronová Emisní Tomografie
RO	Reality Orientation