

**Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií**

# **Demence a kognitivní trénink**

**Lucie Rýznarová**

**Bakalářská práce  
2010**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2009/2010

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie RÝZNAROVÁ**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Demence a kognitivní trénink**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Shromažďování dat, studium literatury
2. Určení podmínek, metod, cílů
3. Konzultování
4. Výběr respondentů
5. Realizace
6. Analýza a interpretace
7. Kritické zhodnocení


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

Seznam odborné literatury:


1. PIDRMAN, V. Demence. 1 . vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
2. ZGOLA, J. M. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1 . vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.
3. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1 . vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
4. KLUCKÁ, J.; VOLFOVÁ, P. Kognitivní trénink v praxi. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.
5. JIRÁK, R. a kol. Demence a jiné poruchy paměti. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
6. VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Evžen Panovský**  
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2009**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **23. dubna 2010**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. února 2010

Prohlašuji:

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 18.4. 2010

Lucie Rýznarová

## Poděkování

Tímto bych chtěla velmi poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Evženovi Panovskému za věnovaný čas, ochotu, pomoc a cenné rady, které mi poskytl při vypracovávání mé práce.

Dále bych chtěla poděkovat panu Lukáši Holečkovi Dis. za umožnění provádět výzkum v Domově pro seniory v Pardubicích, paní Patricii Jelínkové, staniční setře oddělení D6 za pomoc a podporu při provádění výzkumu. A v neposlední řadě mým klientkám za perfektní spolupráci.

Tato práce je věnována mé babičce Jindřišce Svobodové.

## ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá demencí a kognitivním tréninkem. Teoretická část je zaměřena na typy demencí, jejich charakteristické aspekty, komplikace, které mohou vzniknou při demenci a možnosti jejich řešení. Dále se zaobírá léčbou a to převážně nefarmakologickou. Jsou zde popsány jednotlivé kognitivní funkce.

Praktická část je zaměřena na popis vybraných metod kognitivního tréninku a jejich použití u vzorku klientů postižených demencí.

### Klíčová slova

demence ; kognitivní trénink ; kognitivní funkce ; komplikace ; nefarmakologická léčba

Title: Aphrenia and Cognitive Training

## ANNOTATION

The Bachelor Thesis is aimed at aphrenia and cognitive training. Theoretical part includes types and typical aspects of aphrenias, complications that might be associated with and opportunities for their management. Treatment, predominantly non-pharmacological is also outlined in this part. All individual cognitive functions are described herein.

Practical part is focused on a description of selective method of cognitive training and their use in sample patients selected, that suffer from aphrenia.

### Key words

aphrenia ; cognitive training ; cognitive function ; complication ; non-pharmacological therapy

# Obsah

Cíle.....	8
<b>Úvod .....</b>	<b>9</b>
<b>I Teoretická část.....</b>	<b>10</b>
1 Demence .....	10
1.1 Typy demence.....	10
1.1.1 Atroficko – degenerativní .....	10
1.1.1.1 Alzheimerova choroba.....	10
1.1.1.2 Demence s Lewyho tělísky .....	11
1.1.1.3 Demence u Parkinsonovy choroby .....	12
1.1.1.4 Frontotemporální lobární demence .....	12
1.1.2 Sekundární demence .....	14
1.1.2.1 Vaskulární demence.....	14
1.1.3 Demence infekčního původu .....	15
1.1.4 Ostatní demence.....	16
1.2 Komplikace.....	17
1.2.1 Prevence komplikací.....	19
1.2.2 Řešení komplikací.....	20
1.3 Léčba.....	22
1.3.1 Farmakologická .....	22
1.3.2 Nefarmakologická.....	22
2 Kognitivní funkce .....	24
2.1 Paměť.....	24
2.2 Pozornost .....	25
2.3 Zrakově prostorové schopnosti .....	25
2.4 Řečové schopnosti .....	25
2.5 Myšlení .....	26
<b>II Praktická část.....</b>	<b>27</b>
1 Výzkumné předpoklady .....	27
2 Metodika výzkumu .....	27
3.1 Kognitivní trénink.....	27
3.2 Testy kognitivních funkcí .....	29
3 Průběh a hodnocení výzkumu.....	31
4.1 Klient 1 .....	31
4.2 Klient 2 .....	34
4.3 Klient 3 .....	36
4.4 Klient 4 .....	38
4.5 Klient 5 .....	40
Diskuze .....	44
Závěr .....	46
Soupis bibliografických citací .....	47
Seznam příloh .....	48
Přílohy.....	49

## **Cíle**

- 1) Zjistit, zda trénink kognitivních funkcí pozitivně ovlivní kognitivní funkce
- 2) Zjistit, jestli je člověk s demencí schopen učení
- 3) Zjistit jak dlouho dokáže nemocný s demencí udržet pozornost
- 4) Zjistit co pozitivně ovlivňuje klienty s demencí při soustředění



# Úvod

Myšlenka na výzkum, který je obsahem této bakalářské práce, se zrodila díky mé babičce, která, bohužel, trpí demencí. Ve svém nejbližším okolí tak vidím, jak těžká nemoc demence je, jak mění člověka a jak ovlivňuje život celé rodiny. S dementními pacienty jsem se setkávala již dříve při své práci v Domově pro seniory v Pardubicích. Péče o tyto nemocné je v domácím prostředí i v sociálních zařízeních mimořádně náročná pro pečující osoby. Dementní pacienti rychle přestávají být soběstační a vyžadují celodenní péči. Počet lidí s touto nemocí stále stoupá i tím, jak se prodlužuje délka života a přibývá starých lidí. Přemýšlela jsem, zda by šlo nějakým tréninkem zlepšit paměť nemocných demencí, což by jim zdokonalilo kvalitu života a usnadnilo péči o ně. V Domově pro seniory jsem objevila „Sadu pro kognitivní trénink“, kterou zde zatím moc nevyužívali. Na první pohled se mi zalíbila a to podpořilo můj nápad zkusit trénovat paměť nemocných a zjistit, zda dojde ke zlepšení kognitivních funkcí.

# I Teoretická část

## 1 Demence

Demence je syndrom neurodegenerativního onemocnění, vzniká onemocněním mozku, které má chronický nebo progresivní charakter v průběhu života po ukončení rozvoje kognitivní funkcí. Dochází zde k výraznému snížení vyšších kórových funkcí, tedy paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku. Dále jsou přítomny poruchy emocí, chování, spánku. Vědomí není porušené. (PIDRMAN, 2007; JIRÁK, a další, 2009; RABOCH, a další, 2001)

### 1.1 Typy demence

Základní dělení je do dvou skupin

1. „*Atroficko- degenerativního původu*“
2. *Sekundární (symptomatické)*“ (RABOCH, a další, 2001 str. 147)

#### 1.1.1 Atroficko – degenerativní

Zde jsou přítomny procesy, vedoucí ke snížení počtu a poruše neuronů, synapsí a neuroglií. Dochází k tvorbě a ukládání patologických bílkovin a expresi genů, které způsobují apoptózu (geneticky naprogramovaná buněčná smrt). Patologicky zde mohou působit i volné kyslíkové radikály, kterých je nadbytek a ničí stěnu nervových buněk, enzymy a další látky. V následku degenerace je narušen přenos informací. Snižuje se množství neurotransmiterů. (JIRÁK, a další, 2009)

##### 1.1.1.1 Alzheimerova choroba

Poprvé byla popsána Aloisem Alzheimerem v roce 1906. Je to primární onemocnění šedé kůry mozkové. „*Představuje 60% všech demencí*“. (PIDRMAN, 2007 str. 31) Dělí se na

formu s časným začátkem, kdy se příznaky objeví před dosažením 65. roku života, je to tak zvaná presenilní forma, a na formu s pozdním začátkem, objevení příznaků po 65. roce. (PIDRMAN, 2007) (RABOCH, a další, 2001)

Příčinou vzniku je pravděpodobně tvorba a ukládání beta-amyloidu, který vytváří shluky, kolem kterých vzniká degenerativní proces – vznikají Alzheimerovské plaky a degradace Tau-proteinu neuronů. V časných stádiích onemocnění je převážně nedostatek neurotransmiteru acetylcholinu. (JIRÁK, a další, 2009; PIDRMAN, 2007)

Alzheimerova nemoc má tři stádia – časné, střední a těžké. (PIDRMAN, 2007)

### **Klinický obraz**

Tato demence se rozvíjí velmi pomalu a plíživě a trvale progreduje. Zpočátku si okolí často nevšimne raných projevů, které nemocný může po nějaký čas maskovat.

U lehké demence jsou přítomny poruchy paměti, zejména krátkodobé a střednědobé, nemocný si je subjektivně uvědomuje a jsou dobře objektivně měřitelné. Dochází k poruchám v každodenních činnostech, hlavně u složitých aktivit. Mění se osobnost nemocného, objevuje se sobeckost, egocentrismus, podezíravost, poruchy nálad – deprese.

Střední stádium se vyznačuje prohlubováním nedostatků v oblasti kognitivních funkcí. Časté bývají dezorientace v prostoru i čase.

Ve stádiu těžké demence jsou přítomny těžké poruchy paměti, mohou se objevit konfabulace. Myšlení je zabíhavé, objevují se bludy a halucinace. Je přítomna dezorientace časem, místem, nemocný nepoznává své blízké. Bývají poruchy chůze a jemné motoriky.

Končí smrtí obvykle 7 – 10 let od prvních příznaků. Alzheimerova choroba bývá základní příčina smrti, ale bezprostřední je často bronchopneumonie či pád. (RABOCH, a další, 2001; JIRÁK, a další, 2009; PIDRMAN, 2007)

### **1.1.1.2 Demence s Lewyho tělísky**

Tato demence má jméno po německém neurologovi a internistovi Friedrichovi Heinrichu Lewym, ten v roce 1912 popsal kulovitá tělísky v neuronech „*Jde pravděpodobně o druhou nejčastější demenci vedle Alzheimerovy nemoci.*“ (JIRÁK, a další, 2009 str. 34)

Jedná se o neurodegenerativní onemocnění s alzheimerovskými změnami a přítomností Lewyho tělísek, které jsou typické pro Parkinsonovu chorobu. Tato demence je onemocněním pozdního věku s počátkem v 75 – 80 letech.

Příčinou jsou patologicky změněné bílkoviny alfa-synukleinů, které tvoří uvnitř buněk kulovitá Lewyho tělíska. Postihuje mozkový kmen a mozkovou kůru. Často je přítomna v kombinované formě s Alzheimerovou demencí nebo Parkinsonovou nemocí. (JIRÁK, a další, 2009; RABOCH, a další, 2001)

### **Klinický obraz**

Mimo klinického obrazu Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci, má také své specifické příznaky. Je přítomna těžší a kolísavá porucha pozornosti, orientace a kognitivních funkcí. Pro demenci s Lewyho tělísky jsou typické zrakové scénické halucinace dětí, lidí, zvířat, někdy provázené sluchovými halucinacemi a neuroleptická senzitivita. Porucha paměti může být patrná až v pozdějších stádiích. Jsou přítomny příznaky parkinsonismu – třesy, bradykineza, rigidita, porucha jemné motoriky, vymizení mimiky a časté pády. (JIRÁK, a další, 2009)

### **1.1.1.3 Demence u Parkinsonovy choroby**

Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění, které postihuje mozkový kmen a způsobuje převážně poruchy hybnosti – rigidita, hypomotorika, hypomimika. Kolem 20% nemocných trpí také demencí. Histologicky jsou přítomna Lewyho tělíska.

Tato demence je obvykle lehkého až středního stupně. Přítomna je zpomalenost a progresse poruch myšlení, porucha paměti a výbavnosti, poruchy nálad, bludy a halucinace. (JIRÁK, a další, 2009; PIDRMAN, 2007; RABOCH, a další, 2001)

### **1.1.1.4 Frontotemporální lobární demence**

Nástup této demence je časný mezi 45. -65. rokem. Dochází zde k atrofii frontálního a/nebo temporálních laloků mozku. V mozku se mohou vyskytovat zduřelé Pickovy neurony.

Demence začíná plíživě a postupuje progresivně. Symptomy jsou různé podle lokalizace atrofických změn.

Poškozen frontální lalok – Pickova choroba. Přítomny časné změny osobnosti, chování, apatie, rituální chování, ztráta zájmu o sebe, zanedbávání hygieny, změny stravovacích návyků.

U sémantické demence je postižena přední část temporálních laloků. Je přítomna těžká porucha porozumění řeči a poznávání a pojmenování předmětů a jejich funkce. Gramaticky je řeč správná a plynulá. Nemocný je orientovaný a soběstačný dlouhou dobu.

Pokud je poškozen frontální i temporální lalok, vyskytuje se primární progresivní afázie. Zde se objevuje výrazné postižení řeči, na rozdíl od sémantické demence je řeč namáhavá, neplynulá, slova nemocný komolí, gramatiku užívá nesprávně. V průběhu onemocnění dochází k mutismu. Porozumění řeči je zachováno. Soběstačnost zůstává dlouho zachována. (JIRÁK, a další, 2009; PIDRMAN, 2007)

## 1.1.2 Sekundární demence

### 1.1.2.1 Vaskulární demence

U tohoto typu onemocnění jsou v mozku přítomny mnohočetné malé infarkty na podkladě trombózy, embolie nebo krvácení. Když poškození dosáhne určité hranice, kterou mozek již nedokáže kompenzovat, projeví se demence. Většinou jsou přítomny projevy arteriosklerózy i jinde než v mozkových tepnách. Vaskulární demence může vzniknout u cévní mozkové příhody (až u 30% nemocných), čtenější vznik demence bývá, když pacient již prodělal cévní mozkovou příhodu, pokud trpí arteriální hypertenzí, diabetem mellitem nebo onemocněním srdce po operačním zákroku.

Vaskulární demence se dělí do tří základních skupin.

**Vaskulární demence s náhlým začátkem** - poškození větší části mozku infarktem, převážně částí významných pro kognitivní funkce. Její rozvoj je velmi rychlý a náhlý. Demenci způsobuje rozsáhlá cévní mozková příhoda nebo cévní mozková příhoda ve strategické oblasti. Typickými jsou neurologické příznaky, které se liší podle lokalizace cévní léze, které se časem zmírňují, pokud nedojde k recidivě. Pro zlepšení prognózy je nutná léčba rizikových faktorů cévní mozkové příhody, tedy zejména hypertenze, hypercholesterolemie a úprava životosprávy.

Další skupinou je **multifaktorová demence**, zde infarkty vnikají mnohočetně převážně v oblastech bílé mozkové hmoty. Příčinou bývá zejména poškození mozku embolizací sklerotických nebo intrakardiálních trombů. Vzniká mezi 60. a 80. rokem života, u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním může vzniknout i dříve. Její průběh je kolísavý, souvisí s rozvojem cévního poškození. V době náhlého zhoršení stavu mohou být přítomny neurologické symptomy, pyramidové a extrapyramidové příznaky, například parkinsonský syndrom nebo hemiparézy. Dále je typická amence či delirium. Tyto stavy, které jsou provázeny poruchami vědomí, orientace (místní, časové) a vnímání, mohou být přechodné. V počátečních stádiích je přítomna zvýšená dráždivost, afektivní labilita, insomnie, poruchy pozornosti, závratě, bolesti hlavy a poruchy paměti. Poměrně dlouho bývá zachována osobnost, intelekt a kritičnost. Prognóza této demence je nepříznivá, nemocní přežívají 4-6 let a umírají převážně na cévní mozkovou příhodu.

Poslední skupinou jsou tak zvané **podkorové vaskulární demence**, při těžkém postižení se nazývá Binswangerova choroba. Postihuje mikroinfarkty zejména bílou hmotu v obou

hemisférách a tím dochází k poruše komunikace mozkových struktur a bazálních ganglií, která mají vliv na hybnost, jemnou motoriku a výkonné funkce. Začíná v preseniu, její průběh je chronicky progredující. Často se vyskytuje při hypertenzi. Mezi hlavní příznaky patří poruchy emotivity, zvláště apatie, snížená rychlost reakce, afektivní labilita či emoční inkontinence, je porušena iniciativa a spontánní reakce. Pacient je bradypsychický, objevuje se zpomalení řeči, myšlení, psychomotoriky. Z počátku je méně poškozená paměť a intelekt. Neurologické příznaky zde mohou být vyjádřeny zřetelněji než v případě multifaktoriální demence. Může se objevit porucha stání a chůze, parkinsonský syndrom, inkontinence, způsobená poruchami ovládnání sfinkterů. Ke smrti zde dochází do 5ti let od objevení příznaků. Časté jsou kombinace vaskulárních demencí i kombinace s Alzheimerovou demencí. (JIRÁK, a další, 2009; PIDRMAN, 2007)

### **1.1.3 Demence infekčního původu**

Některé infekční choroby postihují mozkovou tkáň a mozkové pleny a mohou vyvolat demenci.

#### **Demence při lues**

Lues neboli syfilis je způsobeno bakterií *Treponema pallium* jedná se o pohlavně přenosnou chorobu. Demenci způsobuje chronická meningoencefalitida s tvorbou gumma cerebri, což jsou zánětlivá ložiska s různou lokalizací. Nejčastější forma onemocnění se projevuje progresivní paralýzou, která má psychopatogenní příznaky, emoční labilita, změny osobnosti, poruchy paměti, bludy. V terminálním stádiu je přítomna těžká demence. (JIRÁK, a další, 2009; RABOCH, a další, 2001; PIDRMAN, 2007)

#### **Demence při AIDS**

Demence je způsobena jak primární neurotoxicitou viru HIV, tak sníženou obranyschopností se vznikem infekcí.

Zpočátku se objevuje postižení kognitivních funkcí, mohou se objevit deliria. Dále se objevují nespecifické motorické příznaky. Až polovina nemocný má v pokročilých stádiích projevy demence. (JIRÁK, a další, 2009; PIDRMAN, 2007)

## 1.1.4 Ostatní demence

### Creutzfeldtova - Jakobova nemoc

Je vzácná nemoc s prevalencí jeden případ na jeden milion obyvatel. Pravděpodobně je způsobena priony, což jsou malé proteinové částice, které způsobují houbovitě změny mozku.

Má velmi rychlý průběh, během několika měsíců dochází k rozvoji těžké demence. Mimo demence se objevují neurologické příznaky – svalové záškuby, svalová rigidita, třes, poruchy rovnováhy a další. V terminálním stádiu jsou pacienti nepohybliví, velmi patrná je svalová ztuhlost, někdy ztráta řeči a poruch polykání, které většinou způsobí vdechnutí potravy a smrt následkem pneumonie.

Nejčastěji je příčina nemoci neobjasněna, čtvrtina případů je způsobena dědičnou mutací genu pro prionový protein. Dále může být způsobena iatrogeně po transplantaci dura mater, rohovky, užití lidského gonadotropinu a somatotropinu a nedostatečnou sterilizací chirurgických nástrojů.

V devadesátých letech byla popsána nová forma Creutzfeldtovy - Jakobovy nemoci, ke které dochází pravděpodobně nákazou masem hovězího dobytka nakaženého bovinní spongiformní encefalopatií (nemoc šílených krav).

Z počátku jsou příznaky převážně psychiatrické – deprese, úzkost, agresivita, psychotické příznaky, a neurologické – smyslové poruchy, poruchy chůze, řeči, svalové záškuby, poruchy polykání. Později se rozvíjí demence.

Postihuje většinou mladé lidi, věk v době smrti je kolem 29 let.

### Metabolické demence

Poruchy metabolismu mohou vést k demenci, ale bývají plně vyléčitelné po odstranění základní příčiny. Mezi vrozené poruchy patří Wilsonova choroba, která je způsobena nedostatkem tvorby bílkoviny, která přenáší měď, která se pak ukládá v játrech, mozku, očích. Nemocní mimo demence trpí také neurologickými příznaky a jaterní cirhózou.

Početnější je skupina získaných metabolických onemocnění, které mohou vést k demenci. Sem můžeme zařadit poruchy výživy, zejména nedostatek proteinů, vitamínu B, celková nedostatečná nutriční hodnota přijímané stravy. Mezi další příčiny lze zahrnout endokrinní poruchy, chronické orgánové poruchy, zvláště jater a ledvin a toxické poruchy, které zahrnují



chronické intoxikace drogami, alkoholem, léky nebo jedy a plyny. (JIRÁK, a další, 2009; PIDRMAN, 2007)

## 1.2 Komplikace

K demenci, vedle poruch kognitivních funkcí, patří také poruchy chování a psychiatrické symptomy. Ty bývají zdrojem zátěže pro pečovatele a následně nejčastější příčinou institucionalizace nemocného.

**Bloudění** je častý a velmi nebezpečný behaviorální symptom. Jedná se o projev dezorientace, nastává většinou, pokud se nemocný ocitne v neznámém prostředí, nemocný má poruchu paměti, nevzpomene si kde je a proč a vydá se situaci řešit. Nemocný může bloudit i kvůli osamělosti, jde hledat někoho či něco, co právě považuje za nutné. Časté je bloudění v noci, související se spánkovou inverzí.

Vždy je třeba se zamyslet, zda nemocnému něco nechybí, může být osamělý, trpět nemocí, mít hlad, žízeň, bolest. Nemocného s tímto symptomem, nemůžeme nechávat o samotě, snažíme se dostatečně zajistit byt proti odchodu, popřípadě opatříme oblečení jmenovkami s adresou a také se snažíme upravit jeho prostředí tak, aby neměl důvod někam odcházet, cítil se v bezpečí a měl uspokojené všechny potřeby.

Další z řady problémového chování je **agitovanost**, někdy spojená s agresivitou. Dementní člověk přerovnává bezúčelně své, někdy i cizí věci, stále dokola se ptá, ujišťuje se. Například si neustále balí věci a znovu je vybaluje. S tím se často setkáváme v nemocnici a osobně se tomu nedivím. Hospitalizovaný už chce odejít, nepamatuje si proč je v nemocnici a nemá co jiného na práci. Řešením je takového nemocného zaměstnat, což je někdy problém, protože zaměstnat nějakou činností dementního pacienta vyžaduje přítomnost někoho z personálu. Proto je třeba dávat pozor, aby nemocný neodešel z oddělení a nebo alespoň aby se ho následně podařilo vrátit na správné oddělení. K tomuto účelu dobře poslouží jmenovka na ruce.

**Agresivita** také vyplývá z poruch kognitivních funkcí, pokud nemocný zcela nepochopí, co po něm chceme, a má strach, může se uchýlit k agresivitě. Slovní agresivita bývá přítomna u žen, muži se často uchylují i k fyzické agresi. V případě agresivního pacienta vždy zachováme klid, vše se pokusíme pomalu a srozumitelně vysvětlit. V žádném případě se nesmíme chovat opozičně. Pokusíme se odvést pozornost k jinému podnětu a nastolit klid.

Večer, když se setmí, často se dementní lidé dostávají do stavu zmatenosti, neklidu. Jedná se o tak zvaný „**syndrom zapadajícího slunce**“. Pokud k těmto stavům dochází, je třeba jim předcházet, zajistit dostatek světla a naplánovat nějakou činnost.

**Poruchy spánku**, insomnie, se vyskytují ve stáří poměrně často. U dementních je navíc nebezpečí, že nemocný začne bloudit a ublíží si. Zde platí - dostatek aktivity přes den, nenechat nemocného ve dne spát více jak hodinu, zajistit dostatek světla, nepodávat povzbuzující léky a nápoje pozdě odpoledne.

Ve středně těžkém stádiu demence se objevují **psychotické příznaky**, bludy, halucinace, iluze. Pod vlivem paranoidních bludů je nemocný přesvědčen, že mu někdo něco odcizil, schoval či mu něco naschvál provedl. Vztahují se na konkrétní osoby a jsou spojené s poruchou paměti. Nemocný si prostě někam předmět či hotovost uložil a zapomněl na to. Blud dále musíme odlišit od vztahovačnosti, podezřívavosti. Bludem si je nemocný zcela jistý. Iluze je zkreslené vnímání reality. Například v klíči od skříně nemocný vidí velkého pavouka. Halucinace nejsou tak časté, mohou být zrakové nebo sluchové.

U demencí jsou často přítomny **poruchy nálad**, především deprese a úzkost. Deprese se u demencí většinou projevuje tělesnými příznaky, bolestmi hlavy, závratěmi, zažívacími problémy. Nemocný mívá pocity beznaděje, bezmoci, může být i agresivní. Úzkost se může vyskytovat už v počátečních stádiích, kdy nemocný ví, že „něco není v pořádku“. Nejčastěji se úzkost projevuje agitací, vyžadováním pozornosti a opakovaným ujišťováním se.

Další nebezpečnou komplikací mohou být **pády**. U demence dochází vlivem narušení kognitivních funkcí ke snížené koordinaci pohybů a úbytků svalové síly. Pád může způsobit zranění a to pak následně zhoršení stavu nemocného. Musíme dbát na předcházení vzniku pádu. Vybavení pokoje, bytu nemocného by mělo být vhodně přizpůsobené, dostatečný prostor pro chůzi, dobré osvětlení, instalace madel, stabilní nábytek. Nemocnému zajistíme vhodnou obuv a oblečení, zajistíme kompenzační pomůcky – hole, chodítko. Nebezpečím jsou také některé léky, antiarytmika, antihypertenziva, psychofarmaka. (PIDRMAN, 2007; JIRÁK, a další, 2009)

## **1.2.1 Prevence komplikací**

Problematické chování plyne z nedostatku porozumění a neuspokojení potřeb nemocného. Pokud dokážeme předejít vzniku stresových situací, vyhneme se také vzniku problémového chování, které zatěžuje jak nemocného, tak pečujícího. (JIRÁK, a další, 2009)

### **Jedinečná osobnost**

Dementní člověk je stejně jedinečný jako každý jiný, má své vlastní zážitky, zvyklosti, záliby, koníčky. Je třeba o pacientovi získat co nejvíce informací, nejlépe verbálně od rodiny či pečovatele a vlastním pozorováním.

K nemocnému bychom měli přistupovat, tak jak byl celý život zvyklý. Pochopit a snažit se splnit jeho očekávání týkající se jeho etických zásad, ideálů a hodnot.

Dále musíme sledovat, jak nemocný reaguje na podněty, všimát se nonverbálních signálů a i v na první pohled nesmyslných slovech a větách hledat co nám nemocný chce říci. (JIRÁK, a další, 2009)

### **Zrcadlení**

Dementní člověk někdy není schopen porozumět řeči, ale vždy dokáže vycítit, jak je ten, kdo na něj mluví, naladěný. Nemocní mají často tendenci se zrcadlit, odrážet náladu pečujícího. Proto je lepší vždy k těmto lidem přistupovat v klidu a pohodě, vesele naladěni. (JIRÁK, a další, 2009)

### **Ocenění**

Člověk s demencí si může někdy připadat neschopný, byl zvyklý se starat o sebe sám a teď stále potřebuje pomoc. Je dobré se vyhýbat situacím, kde by nemocný mohl selhat a podporovat ho v činnostech, které zvládá. A za každý i malý úspěch nemocného chválit a radovat se z toho jak mu to jde. (JIRÁK, a další, 2009)

## **Komunikovat jednoduše**

Je třeba mluvit pomalu, zřetelně a používat krátké pokyny a sdělení, aby je dementní člověk zvládl zpracovat.

*„Uvedme si to na příkladu: při jedné službě si sestra posteskla: „Tak dobře to znám a pořád dělám tu chybu. Řekla jsem panu X, že půjdeme do koupelny, vezme pěnu na holení, namydlí si obličej, oholí se a pak vezme kartáček na zuby, dá na něj pastu a bude si čistit zuby. No a pan X vzal kartáčkem pěnu na holení a najednou si nevěděl rady.““ (JIRÁK, a další, 2009 str. 113)*

Dále není dobré, pokud si má nemocný vybírat z více alternativ, má omezenou schopnost přijímání a zpracovávání podnětů a rozhodování by ho mohlo dostat do bezradné situace. Vhodné je být názorný, například pokud chceme nabídnout různé jídlo, oblečení, ukázat mu ho. (JIRÁK, a další, 2009)

## **1.2.2 Řešení komplikací**

Může dojít k situaci, kdy i přes prevenci komplikace vyvstanou. V tom případě je vhodné řešit situaci tvorbou písemného plánu, procesu.

### **Shromažďování informací**

V první fázi objektivně zhodnotíme situaci, získáme fakta a jasně si definujeme problém, kterým se zabýváme. Zaměříme se na popis chování, jak nemocný reaguje, co chování vyvolává, při jaké příležitosti se nemocný chová problematicky, nastala v jeho chování nějaká změna. Všimáme si také zainteresování jiných osob. Pozorujeme chování nemocného a ptáme se jak na problém nahlíží nemocný. Také se zamyslíme nad tím, zda není nějaký problém v prostředí nemocného (špatná poloha lůžka, kompenzačních pomůcek,...) Zhodnotíme také jak jeho chování ovlivňují psychické a fyzické problémy, například pokud je člověk ochrnutý, může jeho problémové chování vyplývat z pocitu zbytečnosti. Toto bychom mohli řešit vhodnými kompenzačními pomůckami. Vždy se zaměříme jen na jeden problém, problémy řešíme postupně.

## **Definice problému**

Přesně pojmenujeme problém, jaký vliv má problém na nás a okolí. Co bychom si my a nemocný přáli jako alternativu. Stanovíme si cíl, který bude vyhovovat nám i nemocnému.

## **Vytvoření plánu**

Další fáze je tvorba plánu a jeho realizace. Zamyslíme se nad tím, co můžeme udělat. Plán může mít různé podoby. Většina problémového chování plyne z nás, že my děláme něco, co nemocnému nevyhovuje, co ho rozčiluje. Plán může vyžadovat změnu zvyklostí, přístupu, pečovatele, když jsou porušeny vztahy a důvěra v toho současného. Realizace plánu je většinou dlouhodobá záležitost, která vyžaduje trpělivost. Na posledním místě v řešení problému, když už nic jiného nepomáhá, může být nutný zásah lékaře a medikace, protože problémové chování nezatěžuje jen pečovatele, ale i nemocného.

## **Hodnocení výsledků**

Po realizaci si kriticky zhodnotíme výsledky. Pokud plán funguje, je třeba v něm pokračovat, pokud ne, je dobré ho přetvořit a vyzkoušet nové alternativy. Dále musíme dbát, aby se časem těžce nabytá důvěra a řešení problémů nevrátilo zpět na začátek. (JIRÁK, a další, 2009; ZGOLA, 2003)

## 1.3 Léčba

### 1.3.1 Farmakologická

Některé typy demencí jsou léčitelné, některé však bohužel ne, ale existují přípravky, které zpomalí či zmírní poruchy při demenci.

V dnešní době je nejpoužívanějším způsobem léčby pro zmírnění či zpomalení demence, zlepšení acetylcholinergního přenosu. U lehkých až středních forem demence se používají inhibitory acetylcholinesteráz, nyní jsou používány ve třech modifikacích – donepezil, rivastigmin a galantamin. Cholinesterázy jsou enzymy, které odbourávají acetylcholin, zablokováním těchto enzymů docílíme zvýšení obsahu acetylcholinu v mozku a tím dojde ke zlepšení mozkových funkcí.

U těžších forem demencí se využívá látka memantin. Ta působí neuroprotektivně a zlepšuje schopnost učení.

Dále se využívají nootropní farmaka, která zlepšují látkovou přeměnu, zajišťují lepší využitelnost živin a kyslíku.

Při poruchách nálad se využívají antidepresiva a anxiolytika. Popřípadě u delirií, velkého neklidu antipsychotika II. generace. (JIRÁK, a další, 2009; PIDRMAN, 2007)

### 1.3.2 Nefarmakologická

Přesně definovat nefarmakologickou léčbu pacientů s demencí je obtížné. Většina odborníků v této oblasti se shoduje v tom, že jde v podstatě o soubor rehabilitačních postupů, přístupu a úpravy prostředí, abychom dosáhli co nejlepší kvality života dementního člověka.

Lidé s lehkou a střední úrovní demence jsou stále schopni určitých sebeobslužných úkonů a mohou se podílet na určitých aktivitách. Důležité pro jejich spokojenost je určitá pravidelnost, **denní režim**. Je dobré je vést k tomu, aby zachovávali určitý denní rytmus, naučit je stereotypu nebo ještě lépe zachovávat rituály, na které byli zvyklí, což jim pomůže v orientaci a pečujícímu usnadní práci.

Přirozeným rytmem dne je doba jídla. Je možné, aby se nemocní do určité míry podíleli na přípravě jídla či na úpravě stolu. Mezi jídly nabídneme klientovi různé aktivity, které nemocného baví a střídáme je, abychom udrželi jeho pozornost. Nemůžeme je ale nutit, každý někdy nemá náladu.

Není vhodné příliš důsledně nemocného orientovat realitou, například pokud se nemocný domnívá, že jeho blízcí stále žijí, zbytečně bychom ho stresovali realitou, kterou stejně v zápětí zapomene. Vhodnější je mluvit s ním o minulosti a jeho blízkých, o zážitcích, společných činnostech. Pro **orientaci** v čase je dobré použít hodiny, kalendář a nástěnku s ročním obdobím.

Dalším prostředkem, který můžeme použít pro aktivizaci pacienta je tak zvaná **reminiscence**. Využíváme zde zachovalých vzpomínek, rozpomínáme se společně s dementním člověkem na staré časy na jeho zážitky a používáme k tomu předměty, fotografie a jiné podněty vyvolávající vzpomínky. Jedním řešením je vytvořit společně s nemocným a jeho rodinou životopis, abychom věděli, o koho pečujeme a mohli lépe navázat kontakt s nemocným. Dalším řešením se nabízí vzpomínková kniha, která mimo fotografií může obsahovat i například vysvědčení či staré novinové výstřižky, nebo krabice vzpomínek, která může obsahovat navíc také předměty, které jsou pro nemocného důležité, a má na ně vzpomínky Prostřednictvím těchto vzpomínek nám nemocný může vyprávět o své minulosti a můžeme být až překvapení, co všechno si stále pamatuje. Dalšími zdroji reminiscence mohou být také písně, filmy či tanec. Je nutné se zaměřovat opravdu na období mládí a středního věku nemocného, ne zabíhat do příliš staré historie. (JIRÁK, a další, 2009)

Klientům pomůžeme také poskytnutím možnosti provádět jisté **smysluplné aktivity**. Vždy bychom měli vycházet z jejich dřívějších zálib a oblíbených činností. Informace můžeme získat jak od samotného klienta, tak především od jeho rodiny. (VENGLÁŘOVÁ, 2007)

**Prostředí** kolem nemocného s demencí má být vlídné, domácí. Je dobré odstranit bariéry a nástrahy (prodlužovací šňůry, klouzavé koberce, prahy,...) a umístění kompenzačních pomůcek (madla, protiskluzné koberce,...), abychom předešli zbytečným úrazům.

Zařízení pro dementní pacienty by mělo být maximálně pro 15 – 20 klientů, mělo by mít dostatečné prostory pro pohyb, společné aktivity a soukromé pokoje. Pokoje nejlépe jednolůžkové, aby zajistily klientům dostatek soukromí a u pokoje vlastní sociální zařízení. Společné prostory by měly být jak vnitřní, tak venkovní pro případné procházky. Pro zajištění bezpečnosti klientů ohrožených blouděním by měl být přístup do venkovního prostoru střežen například signalizací při otevření dveří.

Architektonicky by zařízení pro dementní klienty mělo být jednoduché, přehledné a orientačně jednoznačné. Také vybavení zařízení by mělo být zvoleno tak, aby na první pohled bylo zřejmé jejich použití. (JIRÁK, a další, 2009)

Pozornost bychom měli také věnovat maličkostem. V obrazech, soškách může klient vidět něco pro něj děsivého, což jej může bez zjevného důvodu rozrušovat. (KLEVETOVÁ, a další, 2008)

Použit můžeme také cedule, nápisy a označení jednotlivých dveří. Jediné co je dobré před klienty maskovat jsou venkovní dveře, aby nelákaly k odchodu. Prostory by se neměly měnit, aby si na ně klienti zvykli a uměli se v nich orientovat. Toto je ideální řešení, bohužel však většinou nepraktikovatelné do skutečnosti. (JIRÁK, a další, 2009)

## 2 Kognitivní funkce

Patří mezi základní funkce mozku. Jsou to tak zvané poznávací funkce, které nám umožňují poznávání, plánování a jednání.

### 2.1 Paměť

Paměť je nutná pro přijímání, uchovávání a vybavování nových informací, vjemů a zážitků. Mimo to ovlivňuje také správné fungování jiných kognitivních funkcí, například myšlení. Proces používání paměti má tři fáze – vstípení, uchování a vybavení, ve všech fázích může být porušena.

Podle délky uchování informace v paměti můžeme rozlišovat paměť krátkodobou a dlouhodobou. Krátkodobá paměť má omezenou kapacitu, která bývá označována jako magické číslo  $7 \pm 2$ , tedy většina lidí si zapamatuje ze seznamu slov 5 – 9 položek. Předpokládá se, že krátkodobá paměť má několik variant. Jedna z nich je pracovní paměť, která slouží k řešení aktuálních úkolů, využívá k tomu vjemy a také informace vyvolané z dlouhodobé paměti. Ne všechny informace z krátkodobé paměti jsou ukládány do dlouhodobé. Zde záleží hlavně na tom, jak jsou pro nás data důležitá, zda jsou opakována, jestli jsme porozuměli souvislostem.

Dlouhodobá paměť je rozlišována na implicitní a explicitní. Implicitní paměť zajišťuje osvojování dovedností a zvyků, jako je například jízda na kole, psaní a řízení automobilu. Explicitní paměť je rozdělena na dva oddíly, sémantická paměť zajišťuje pamatování si obecných informací a uplatňuje se při učení ve škole, a paměť epizodická, ta zajišťuje vzpomínky na osobní zážitky. (KLUCKÁ, a další, 2009)

Člověk s demencí má poškozenou paměť, především si nevybavuje vzpomínky nepříliš vzdálené, vzdálené vzpomínky jsou zachovány poměrně dlouho. Nemocný má potíže se



získáváním nových informací, špatně se orientuje. Tvoří si představy, konfabuluje. (ZGOLA, 2003)

## **2.2 Pozornost**

Pozornost zaměřuje vědomí potřebným směrem záměrně nebo bezděčně, dále nás chrání před záplavou podnětů, které na nás působí.

Má několik vlastností. První je selektivita - ta nám umožňuje si z velké nabídky podnětů vybrat jen některé. Další vlastností je koncentrace, díky té se můžeme soustředit na podnět, který chceme. Distribuce je schopnost rozdělit pozornost na více podnětů, snazší je pokud jedna z činností je zautomatizovaná a nevyžaduje plné soustředění. (KLUCKÁ, a další, 2009) Poslední vlastností je fluktuace, přenášení pozornosti z jednoho podnětu na druhý.

Dementní člověk často nedokáže bez pomoci započít či dokončit akci, fixuje se na nepodstatnou část úkolu a samotný úkol vypustí. Není schopen bránit se rušivým podnětům a má sníženou schopnost reagovat na nové podněty. (ZGOLA, 2003)

## **2.3 Zrakově prostorové schopnosti**

Do této kategorie řadíme vizuálně – konstrukční, vizuálně – motorické a percepční schopnosti. Tyto schopnosti jsou závislé na myšlení a paměti.

Porucha v těchto schopnostech bývá fyziologická ve stáří jako takovém, avšak u demence je více zvýrazněna.

Nemocný má problémy s orientací, poznáváním předmětů, nepřesný odhad vzdálenosti. Někdy je přítomna až vizuokonstrukční apraxie, člověk není schopen koordinovat a uspořádat jednotlivé pohyby, například při oblékání. (KLUCKÁ, a další, 2009; ZGOLA, 2003)

## **2.4 Řečové schopnosti**

Schopnost řeči vyžaduje složitou koordinaci úst a hlasivek. Jazyk je určitý systém kódování myšlenek, používá slova a výrazy, které mají určitý význam a označují skutečnost.

Rozlišujeme dvě kategorie používání jazyka, produkci a porozumění. Během produkce převádíme myšlenku do slov, slova seřadíme do věty a ty nakonec tvorbou zvuku a artikulace

řekneme. Při porozumění nejprve slyšíme slova, slovům přiřadíme význam, spojíme je do vět a získáme sdělení.

Řeč je normálně zachována až do vysokého věku, poškozena bývá slovní plynulost. U dementních lidí se objevují obtíže s nalézáním a vybavováním slov. Používají častěji obecná označení než konkrétní pojmenování nebo konkrétní slova používají špatně. (KLUCKÁ, a další, 2009)

## **2.5 Myšlení**

Myšlení je velmi složitá a komplexní kognitivní funkce. Oblast mozku, která je spojována s myšlením je prefrontální mozková kůra. Je sídlem tak zvaných exekutivních funkcí, které nám umožňují pro život nezbytné schopnosti, například plánování a následně uskutečnění určité činnosti, řešení problémů, koordinace slovního uvažování a jiné.

Pro správné myšlení je třeba flexibilita a kreativita. Flexibilita myšlení nám zajišťuje možnost nalezení nového, neznámého řešení problému. Kreativita umožňuje vytvářet něco originálního, neočekávaného, nového a zároveň přínosného pro kvalitu života. (nápady, nové myšlenky, poznatky). (KLUCKÁ, a další, 2009)

Dementní člověk má problémy s hledáním nových řešení, často trvá na svých starých vzorcích chování a uvažování. Není schopen předvídat důsledky svého chování, ztrácí zábrany, nepřijímá důkazy o snížení svých schopností. Je méně pružný a přizpůsobivý.

## **II Praktická část**

### **1 Výzkumné předpoklady**

- 1) Trénovanému klientovi se zvýší skóre v MMSE o 2 body
- 2) Klient se zlepší v poznávání objektů po 2 týdnech tréninku
- 3) Klient se ve 3 týdnu tréninku dokáže soustředit déle než 20 min
- 4) Klienta bude kognitivní trénink bavit

### **2 Metodika výzkumu**

Nyní bych Vám ráda představila praktickou část své práce. Prováděla jsem kvalitativní výzkum zaměřený na pacienty trpící demencí, převážně smíšeného typu. Výzkum jsem prováděla v Domově pro seniory Pardubice na oddělení D6 v září 2009. V kontaktu jsem byla se vzorkem 5 klientů, které jsem vybrala po poradě s personálem oddělení. Součástí mého výzkumu byl trénink kognitivních funkcí a z něho vyplývající pokroky klientů. Pro zhodnocení jsem používala srovnávací pozorování, polostandardizovaný rozhovor, studium dokumentů, přesněji zdravotnické dokumentace a testy kognitivních funkcí. (KUTNOHORSKÁ, 2008)

### **3.1 Kognitivní trénink**

Behaviorální rehabilitace se skládá z různých prostředků – aktivace, motivace, tvůrčí zaměstnání a kognitivní trénink. Všechny prvky spolu úzce souvisí a všechny jsem se snažila využít při práci s klienty. Jejich smyslem je udržet jedince co nejdéle soběstačného.

Kognitivní trénink je zaměřen na psychomotoriku, orientaci, pozornost, paměť, motivaci, exekutivní funkce a komplexní myšlenkové operace.

Ve svém výzkumu jsem se pokusila co nejlépe využívat pozitivně motivovaného kognitivního tréninku, zaměřila jsem se na individuální potřeby jednotlivých klientů, kladla jsem důraz na zábavnost, odlehčenost tréninku, individuálního střídání aktivit během tréninku.

Snažila jsem se budovat co nejpříznivější pracovní atmosféru, přijímala individualitu klienta. Pokusila jsem se navázat s každým klientem určitý vztah, projevovala jsem zájem o

jeho potřeby a starosti. Poskytovala jsem klientům pozitivní zpětnou vazbu a podporovala je v činnostech. (KLUCKÁ, a další, 2009)

K tréninku kognitivní funkcí jsem používala několik pomůcek, abych měla možnost individuálně změnit aktivitu dle momentálních potřeb klienta.

Jako první bych Vám ráda představila „Sadu pro kognitivní trénink“ (Příloha A) vydanou firmou Lundbeck a Českou alzheimerovskou společností. Vznikla v Gerontologickém centru v Praze 8 – Kobylisích. Sada obsahuje hry a úlohy, rozlišené dle stupně demence.

- Skládačky (puzzle)
  - podporují rozpoznávání, prostorové myšlení, představivost, konstrukční schopnosti, jemnou motoriku, koncentraci
  - skládačky jsou v různých stupních obtížnosti, pro usnadnění manipulace lze použít rámečky a předlohy
  - v sadě je obsaženo 7 variant – obrázky skládající se ze 2 dílů, skládačky z vodorovných či svislých dílů, kulatá skládačka (dort), skládačka z obdélníkových dílů a nejobtížnější skládačka z nepravidelných dílků
- Pexeso
  - podporuje krátkodobou paměť, rozpoznávání, logické myšlení, koncentraci a jemnou motoriku
  - pexeso jsem používala převážně v nejjednodušší variantě - hledání správných dvojic obrázků a pojmenovávání zvířat na obrázcích
  - varianty klasická a klasická s menším počtem obrázků se mi neosvědčily
- Obrázky
  - podpora logického myšlení, rozpoznávání, koncentrace
  - obrázky jsem využívala převážně k hledání logických souvislostí, vždy jsem před klienta předložila několik obrázků, kde vždy dva se sebou logicky souvisely a klient je měl přiřadit k sobě
  - dále jsem klientům ukazovala jednotlivé obrázky a oni pojmenovávali zobrazené předměty
- Domino
  - domino jsem u každého klienta vyzkoušela, ale měli s ním problémy, tak jsem ho dále nevyužívala (Lundbeck)

Dalším prostředkem, který jsem využívala pro trénink kognitivních funkcí byly jednotlivé úlohy z pracovních karet „Cvičte si svůj mozek I. a II.“ vydané Českou alzheimerovskou společností a firmou Pfizer. (HOLMEROVÁ, a další, 2007)

Z těchto materiálů jsem využila cvičení přesmyčky měst, hledání slova opačného významu, doplňte přísloví a doplňte názvy měst do písniček (příklady jednotlivých cvičení Příloha B).

Z předešlého cvičení jsem se inspirovala a rozšířila ho o hledání slov stejného významu a tvorbu slov z anagramů.

Dále jsem používala všeobecně známá fakta, na která jsem se ptala. Toto bylo složitější, jelikož ne každý má stejně rozsáhlý všeobecný přehled, ale otázky se daly využívat jako zdroj učení, opakováním otázky a správné odpovědi (ukázka otázek Příloha C). (KLUCKÁ, a další, 2009)

Jako poslední jsem používala jednoduché počítání. Malou násobilku a jednoduché sčítání a odčítání. (Příloha C)

## 3.2 Testy kognitivních funkcí

K testování jsem používala testy kognitivních funkcí.

**Mini – mental state examination (MMSE)** je ve světě velice rozšířený screeningový test. Je složen z několika oddílů – orientace osobou, místem, časem, zapamatování si 3 slov, počítání, poznávání a pojmenování předmětu, splnění úkolu a opakování věty.

Dalším mnou používaným testem byl „**Sedmiminutový screeningový test**“ (7MST), který byl vytvořen pro rozlišení kognitivního deficitu demence a fyziologického stárnutí. 7MST obsahuje 4 subtesty.

Orientace je testována pomocí otázek týkajících se data a času, bodování je zde opačné než u jiných testů tedy za špatnou odpověď se body přičítají, pacient je také vyzýván, aby nesprávnou odpověď opravil.

Paměť jsem testovala pomocí 16ti obrázků, tedy lépe 4 x 4 obrázky a následné vybavení, zde můžeme klientovi napovědět pomocnou větou, například „na obrázku bylo zvíře“.

Konstrukční schopnosti hodnotíme pomocí testu hodin. **Test hodin** se používá také jako samostatný diagnostický nástroj. Klienta požádáme, aby nakreslil ciferník hodin se všemi čísly, až bude hotov, požádáme ho, aby nakreslil ručičky a ty ukazovaly určitý čas. Hodnotíme zde číslice, jejich sled a polohu, ručičky, jejich délku a správnost položení.

Poslední testovanou kognitivní funkcí je řeč, jazyk, **slovní plynulost**. Pacienta vyzveme, aby vyjmenoval co nejvíce zvířat během jedné minuty.

Další test, který jsem používala je „**Addenbroodský kognitivní test**“ (ACE-R). Tento test v sobě obsahuje test MMSE plus další otázky. Tento test je vhodný pro záchyt demence a pro odlišení Alzheimerovy choroby a frontotemporální demence. Dále díky tomuto testu můžeme zjistit demenci s Lewyho tělísky a vaskulární demenci. Vyšetřuje se zde pozornost a orientace, paměť, verbální fluence, jazyk a zrakově prostorové schopnosti.

### 3 Průběh a hodnocení výzkumu

V tomto slovním hodnocení nepopisuji veškeré činnosti prováděné s klienty. Zaměřím se zde pouze na ty, které jsem vybrala ke srovnávání. Tedy skládačky (šnek, ovce, lekníny, kráva, motýl), pexeso (čápi, kočka, ježek, sýkorka, pes, kachny, kůň a krávy), slova opačného významu, u každého klienta vždy stejných 10 slov. Dále 10 přísloví, 10 příkladů malé násobilky a 10 příkladů jednoduchého sčítání a odčítání, 8 stejných otázek všeobecných znalostí.

Z testů kognitivních funkcí jsem po zjištění že ACE-R dělá většině klientů velké problémy a zbytečně je stresuje, rozhodla ho vyřadit z hodnocení. A 7MST je ve výsledku nesrozumitelný a špatně hodnotitelný (je třeba porovnávat každou jeho složku zvlášť). Nakonec jsem usoudila, že pro klienty bude jednodušší jako test používat MMSE, samostatný test hodin (PIDRMAN, 2007) a slovní plynulost.

#### 4.1 Klient 1

Paní VZ 84 let.

Demence smíšeného typu

##### 1. týden

Paní VZ je nedůvěřivá, dlouho se rozhodovala, zda se mnou bude spolupracovat. Po provedení kognitivního tréninku s její spolubydlící, se rozhodla, že to také vyzkouší, ale pokud jí to nepůjde, nebude v něm pokračovat. Nejprve si povídáme, vypravuje o své práci před tím, než šla do důchodu.

Během prvního týdne provedeme všechny úlohy z kognitivního tréninku pro zjištění, co klientku nejvíce baví.

Klientku nejvíce zaujaly skládačky, používala jsem jednodušší verze, dvoudílné, vodorovné, svislé díly a obdélníkové díly s předlohou. Klientka správně identifikovala zvířata (krávu, ovce, šneka) neidentifikovala motýla a lekníny.

Pexeso jsem použila jako spojování stejných obrázků a jejich identifikaci, klientka správně identifikovala kočku, psa, kachny, koně, krávy, neidentifikovala čápy, ježka, sýkorku.

Při hledání slov opačného výrazu zvládla klientka správně odpovědět na 5 z 10 výrazů.

Příslloví se stalo další oblíbenou činností, klientka zvládla doplnit správně 8 z 10 přísloví.

Na otázky všeobecných znalostí klientka odpověděla na 2 z 10.

Násobilka klientce šla celkem dobře, odpověděla správně na 6 z 10, ale sčítání a odčítání paní VZ nešlo, dokázala správně odpovědět na 1 z 10 příkladů.

Test MMSE, výsledek je 19 bodů

Test hodin 3

Slovní plynulost 9

## **2. týden**

V druhém týdnu je klientka veselá, ráda skládá puzzle, neidentifikovala lekníny a motýla, tři správně identifikované objekty z minulého týdne zůstaly.

U pexesa k 4 správně identifikovaným objektům přibyl ježek, ale sýkorku a čápy stále nepoznává, používám stále stejnou nápovědu. Na sýkorku používám „v zimě ji krmíme“ a na čápy „bydlí na komíně“.

Slova opačného významu zvládla správně vytvořit 5 z 10 možných.

U přísloví se zlepšila o jedno, tedy správně doplnila 9 z 10.

Příklady z násobilky paní VZ náležitě spočítala 5 z 10, tedy o jeden příklad méně než minulý týden.

U sčítání a odčítání stále trvá problém, klientka řekla správný výsledek ve 2 z 10 příkladech, tedy o jeden se zlepšila, ale klientka musí vynaložit značné úsilí.

Z 10 otázek všeobecného přehledu správně odpověděla na 3 z 10, další 3 komentovala „to už jste mi říkala“.

MMSE je v tomto týdnu 18.

Test hodin 2

Slovní plynulost 10

## **3. týden**

Skládačky klientka zvládá skládat bez předlohy, správně identifikuje i motýla, lekníny po nápovědě „rostou na vodě“ také identifikuje.

Obrázky z pexesa správně identifikuje všechny mimo sýkorky, čápy pozná po nápovědě.

Antonyma přiřadila správně k 7 z 10 slov.



Příslloví doplní správně všechny.

Násobilka se zlepšila také stejně jako ostatní cvičení paní VZ spočítala správně 8 z 10 příkladů.

Sčítání a odečítání je stále na stejné hranici, klientka s ním má problémy spočítala správně 2 z 10 příkladů.

Na otázky z všeobecného přehledu odpověděla správně na 5 z 10.

MMSE je tento týden 19.

Test hodin 2.

Slovní plynulost 9.

#### **4. týden**

Je vidět, že skládačky už dobře zná, u obrázku leknínů se zastavuje, ví, že rostou na vodě a nakonec si vzpomene. Tedy správně identifikuje všechny obrázky ze skládaček.

Zvířata z pexesa identifikuje také všechny, sama si pomáhá mou nápovědou, po přemýšlení si vzpomene i na sýkorku.

Slova opačného významu správně určí 7 z 10.

Příslloví doplní správně všech 10.

Násobilku zvládá rychle ani už nemusí moc přemýšlet, odpoví správně na všech 10 příkladů.

Sčítání a odčítání paní VZ nechce ani zkoušet, s tím, že to stejně nespočítá.

Na otázky zvládla odpovědět na 6 z 10.

MMSE je 20.

Test hodin 3

Slovní plynulost 10

#### **Shrnutí**

Paní VZ se naše sezení líbila, vždy od 3. týdne na mě čekala s brýlemi na stolku.

V poznávání obrázků se výrazně zlepšila, naučila se, které objekty na obrázcích jsou. V 3. a 4. týdně správně identifikovala i lekníny, sýkorku a čápy, kteří ji dělali největší problémy.

Naučila se také správně doplnit všech 10 přísloví.

Násobilka, která klientce šla od začátku (stará paměť, zautomatizované) se procvičováním zlepšila ještě více, v posledním týdnu všech 10 příkladů.

Na otázky se naučila o 4 odpovědi více než na počátku tréninku.

Antonym se naučila o 2 více než na začátku tréninku.

MMSE se zvýšilo o 1 bod, než na začátku. Test hodin a slovní plynulost nevykazovala žádné změny.

## 4.2 Klient 2

Paní DM 77 let

Alzheimerova demence

### 1. týden

Paní DM vypadá smutná, velmi se podceňuje, říká, že neví, zda bude mé cvičení zvládat. Během cvičení odbíhá ke své spolubydlící, která je nesoběstačná a stále ji volá.

MMSE na počátku tréninku 18.

Skládačky jsem v prvním týdnu používala s předlohou, identifikovala pouze krávy a ovce, šneka, motýla, lekníny ne. Paní DM byla velmi nesoustředěná, i když jsem se pokusila, přesvědčit jí, abychom šly do jiné místnosti, kde by jí nerušila její spolubydlící, nechtěla, že k paní tedy nebude chodit.

Při pexesu správně přiřadila dvojice obrázků k sobě, identifikovala kočku, ježka, kachny, koně, krávy neidentifikovala čápy a sýkorku.

Antonyma správně určila u 8 z 10.

Příslloví doplnila správně 7 z 10.

Násobilka i sčítání odčítání jí šlo perfektně, u obojího se jen jednou spletla.

Odpovědi na otázky z všeobecného přehledu znala u 5 z 10.

Test hodin 4

Slovní plynulost 7

## 2. týden

Ani v tomto týdnu se mi paní DM nepodařilo přesvědčit, abychom změnily místo našeho tréninku. Stále je velmi nesoustředěná.

Obrázky ze skládaček klientka identifikovala dva, stále nepozná šneka, motýla ani lekníny.

Zvířata z pexesa neidentifikovala čápy a sýkorku.

Slova opačného správně určila v 7 z 10.

Příslloví správně doplnila 8 z 10.

Příklady z násobilky zodpověděla správně všechny.

U sčítání a odčítání udělala 3 chyby.

Na otázky všeobecného přehledu odpověděla správně na 6 z 10.

MMSE 17

Test hodin 4

Slovní plynulost 9

## 3. týden

Na začátku týdne mě DM uvítala prohlášením „Dobrý den, Vy už jste tu zase?“. Na to jsem jí odpověděla, že pokud nechce, abych za ní chodila, tak nebudu, že to záleží na ní. Nakonec jsme se dohodly, že to ještě zkusíme. Pokoušela jsem se pro klientku vymyslet aktivity, které by jí bavily, tedy ty v kterých byla dobrá, hodně jsme počítali a doplňovala přísloví.

Ve skládání se klientka zlepšila, šlo jí to rychleji, lépe se soustředila, ale jen některé dny, ve dnech kdy jí to šlo špatně, se mi svěřila, že špatně spala, že paní jí stále v noci volá. V obrázcích poznala navíc motýla a šneka, na lekníny si nevzpomněla ani s nápovědou.

V obrázcích z pexesa si vedla stále stejně, nepoznala sýkorku a čápy ani s nápovědou.

Ve slovech opačného významu se zlepšila, odpověděla správně na 9 z 10.

Doplnit přísloví se jí nepodařilo jen v 1 případě.

Násobilka a počítání bylo stále vynikající, násobilka všech 10 příkladů správně, při počítání se spletla ve 3 případech.

Na otázky odpovídala správně v 8 případech.

MMSE 18

Test hodin jsem neprováděla, protože klientce nejde a já ji nechtěla rozrušovat

Slovní plynulost 8

#### **4. týden**

Většinu týdne měla paní DM dobrou náladu, zlepšila se jí soustředěnost.

V obrázcích na skládačkách klientka poznala vše mimo leknínů.

V pexesu poznala navíc sýkoru i čápy s nápovědou.

V určování antonym zvládla správně odpovědět na 7 z 10.

Všech 10 přísloví doplnila správně.

Počítání i násobilkou zvládla správně v 9 příkladech.

Na otázky správně odpověděla v 8 z 10.

MMSE 19

Test hodin 4

Slovní plynulost 10

#### **Shrnutí**

Na paní DM je jasně vidět, jak snadno se dementní člověk rozladí. Po ujištění, že se mnou spolupracuje dobrovolně a nikdo jí nenuť, se zlepšila. Nejsem si jistá, zda jsem někde na začátku udělala chybu, ze které paní DM usoudila, že je povinna se mnou spolupracovat, ale po vysvětlení dobrovolnosti tohoto tréninku se uvolnila a byla i více soustředěná.

Paní DM se zlepšila v poznávání obrázků jak u skládaček, zde nepojmenovala jen lekníny, i u pexesa, zde na konci tréninku pojmenovala všechna zvířata.

U vytváření slov opačného významu podávala během celého tréninku vyrovnaný výkon.

V doplňování přísloví se zlepšila o 3 a na konci tréninku doplnila správně všechny.

V počítání podávala klientka celé cvičení vynikající výkon.

V otázkách zodpověděla na konci tréninku o 3 více než na začátku.

MMSE se zvýšilo o jeden bod, slovní plynulost se zvýšila o 3, test hodin nevykazoval žádné změny.

### **4.3 Klient 3**

Paní EM 94 let

Demence smíšeného typu

## **1. týden**

Paní EM je i přes svůj věk velmi aktivní, s nadšením se zapojila do mého tréninku a velmi aktivně spolupracovala. Počáteční MMSE bylo 15.

Pacientka si nejvíce oblíbila skládačky, které jsem používala s předlohou, na obrázcích identifikovala objekty mimo leknínů a motýla.

Správně roztřídila dvojice pexesa a identifikovala všechny zvířata mimo ježka, čápů a sýkorky.

Antonyma klientce moc nešla, správně určila 3 z 10.

Přísloví zvládla správně doplnit v 3 z 10.

Násobilka klientce neseďla, zvládla jen 1 z 10 příkladů.

Sčítání a odčítání spočítala správně 3 z 10 příkladů.

Otázky všeobecného přehledu klientka správně odpověděla na 2 z 10.

Test hodin 3

Slovní plynulost 6

## **2. týden**

V obrázcích ze skládaček klientka identifikovala všechny objekty mimo leknínů a motýla.

V pexesu paní EM neidentifikovala sýkorku, čápy a ježka ani s nápovědou.

Slova opačného významu správně doplnila 4 z 10.

Přísloví doplnila 3 z 10.

U příkladů z násobilky spočítala 2 z 10, stejně jako u sčítání a odčítání.

U otázek ze všeobecného přehledu odpověděla na 3 z 10.

Test hodin 3.

Slovní plynulost 7.

MMSE 15 bodů.

## **3. týden**

Na skládání skládaček paní EM stále potřebuje předlohu, identifikuje všechny objekty mimo leknínů a motýla, u těch nereaguje ani na nápovědu.

Pexeso je také stále na stejné úrovni, neidentifikuje sýkorku, čápy a ježka ani s nápovědou.

Antonyma doplnila správně ve 3 případech z 10.

Přísluví klientka dobře doplnila 4 z 10.

Sčítání a odčítání i násobilka zůstává stále stejné 2 z 10.

Otázky stále pouze 3 z 10.

Test hodin 3.

Slovní plynulost 6.

MMSE 16.

#### **4. týden**

I přes intenzivní trénink zůstává úroveň kognitivních dovedností stále stejná jak v minulých týdnech. Paní EM si nepamatuje, že za ní chodím. Práce se mnou jí baví, ale výsledky zlepšení nejsou přítomny. Nebudu zde znovu opakovat stejné hodnoty, jsou identické s 3. týdnem.

#### **Shrnutí**

Paní EM nejevila známky zlepšení, pravděpodobně je to důsledek pokročilejší demence, ale i přes nezlepšení bylo na paní EM vidět, že je ráda, že za ní někdo chodí a něco s ní dělá.

#### **4.4 Klient 4**

LM 83 let

Demence smíšeného typu

##### **1. týden**

Paní LM se s radostí zapojila do mého tréninku, nejvíce jí bavily skládačky. Počáteční MMSE bylo 20.

Klientka identifikovala v obrázcích na skládačkách všechny objekty mimo leknínů, skládačky skládala podle předlohy.

Pexeso správně přiřadila dvojice a neidentifikovala pouze čápy.

Při určování antonym řekla správně 5 z 10.

Přísluví doplnila správně 7 z 10.

U násobilky odpověděla špatně 4krát.

Příklady ze sčítání odčítání vypočítala správně 9 z 10.

Na otázky ze všeobecného přehledu znala odpověď v 5 případech z 10.

Slovní plynulost je 10.

Test hodin 1.

## **2. týden**

Paní LM se moc těší na naše sezení, jen jeden den vynechala, protože měla přijít dcera na návštěvu a ona by se nemohla pořádně soustředit.

U skládaček stále neidentifikovala lekníny, ani po nápovědě na složení jednodušších skládaček nepotřebuje předlohu, skládá i těžší úroveň skládaček s předlohou.

Při obrázcích z pexesa si nemohla vzpomenout na sýkorku, čápy již identifikovala.

Slova opačného významu správně určila 5 z 10.

Přísluví doplnila správně 8 z 10.

Příklady z násobilky spočítala správně 7 z 10.

U sčítání odčítání neudělala klientka žádnou chybu.

Na otázky odpověděla správně na 5 a další 2 komentovala, to už jste mi říkala.

Slovní plynulost 10.

MMSE 20.

Test hodin 1.

## **3. týden**

V obrázcích ze skládaček i pexesa správně identifikovala všechny objekty.

Slova opačného významu správně určila v 8 případech z 10.

Antonyma určila 6 z 10.

Z přísloví nedokázala doplnit jen 2.

Příklady z násobilky vypočítala 6.

Ve sčítání a odčítání neudělala chybu, správně spočetla všech 10 příkladů.

Na otázky odpověděla dobře v 6 případech.

Slovní plynulost 10.

MMSE 21.

Test hodin 1.

#### **4. týden**

Na obrázcích pexesa i skládaček identifikovala úspěšně veškeré objekty.

Antonyma správně určila 7 z 10.

Přísloví se klientce nepodařilo doplnit jen jedno.

Násobilku zvládla spočítat 7 z 10 příkladů.

Součty a odčítání bylo vše správně.

Otázky všeobecného přehledu správně odpověděla na 7 z 10.

#### **Shrnutí**

Paní LM byla s tréninkem velmi spokojená, projevila zájem v něm pokračovat, a proto jsem se sešla s ergoterapeutkou Domova pro seniory, která dochází na oddělení a poprosila jsem jí, zda by paní LM mohla dál půjčovat skládačky ze Sady kognitivního tréninku.

V poznávání obrázků se klientka zlepšila ve 3. týdnu tréninku, kdy poznala všechny objekty ze skládaček i z pexesa.

Antonyma se zlepšila z počátečních 5 z 10 na 7 z 10.

Přísloví se klientka naučila doplnit o 2 více než na začátku tréninku.

Násobilka zůstala stále na stejné úrovni.

V počítání byla klientka vynikající již od začátku, na konci tréninku měla všechny výsledky správné.

Na otázky všeobecného přehledu se klientka naučila odpovědět na 2 navíc, než na začátku.

Slovní plynulost se o 1 slovo zlepšila, stejně tak i MMSE, test hodin byl od začátku vynikající.

## **4.5 Klient 5**

Paní JS 82 let.

Demence smíšeného typu



## **1. týden**

Paní JS se ráda a aktivně zapojila do tréninku, nejradši skládala skládačky, kde v prvním týdnu neidentifikovala lekníny a motýla.

Počáteční MMSE bylo 21.

V pexesu spojila správně všechny dvojice a správně identifikovala kočku, psa, kachny, koně, krávy, ježka neidentifikovala čápy, sýkorku.

Při hledání slov opačného výrazu zvládla klientka správně odpovědět na 7 z 10 výrazů.

Klientka zvládla doplnit správně 8 z 10 přísloví.

Násobilka klientce šla celkem dobře, odpověděla správně na 6 z 10.

Při sčítání a odčítání dokázala správně odpovědět na 5 z 10 příkladů.

Na otázky všeobecných znalostí klientka odpověděla na 5 z 10.

Test hodin 1

Slovní plynulost 9

## **2. týden**

Skládačky zvládá klientka dobře bez předlohy, neidentifikovala lekníny a motýla.

U pexesa klientka stále nepojmenovala čápy a sýkorku.

Slova opačného významu zvládla správně vytvořit 6 z 10 možných.

U přísloví se zlepšila o jedno, tedy správně doplnila 9 z 10.

Příklady z násobilky klientka správně spočítala 7 z 10, tedy o jeden příklad více než minulý týden.

U sčítání a odčítání paní JS řekla správný výsledek v 6 z 10 příkladů.

Z 10 otázek všeobecného přehledu správně odpověděla na 5.

MMSE je v tomto týdnu 20.

Test hodin 1

Slovní plynulost 8

## **3. týden**

Skládačky klientka identifikovat i motýla, lekníny po nápovědě neidentifikuje.

Obrázky z pexesa správně identifikuje všechny mimo čápy.

Antonyma přiřadila správně k 7 z 10 slov.

Příslloví doplní správně 8 z 10.

Z násobilky spočítala správně 5 z 10 příkladů.

Sčítání a odečítání se trochu zhoršilo, klientka správně spočítala 4 z 10 příkladů.

Na otázky z všeobecného přehledu odpověděla správně na 6 z 10.

MMSE je tento týden 21

Test hodin 1

Slovní plynulost 9

#### **4. týden**

Skládačky identifikuje všechny, lekníny po nápovědě.

Zvířata z pexesa identifikuje všechny, mimo čápů, ty ani po nápovědě.

Slova opačného významu správně určí 8 z 10.

Příslloví doplní správně 8 z 10.

Násobilku správně odpoví na 7 z 10 příkladů.

Sčítání a odčítání zvládne spočítat 5 z 10.

Na otázky zvládla odpovědět na 6 z 10.

MMSE je 22

Test hodin 1

Slovní plynulost 9

#### **Shrnutí**

Paní JS se náš trénink líbil, trochu se jí někdy nechtělo dělat zrovna to, co jsem chtěla po ní já, tak jsme musely pracovat na tom, co se líbilo jí, tedy hlavně skládačky a to všechny typy.

V poznávání objektů se zlepšila ve skládačkách, poznala všechny, tedy o 2 více než první týden, v pexesu nepoznala čápy, ale celkově se o 1 objekt zlepšila.

Antonyma se zlepšila také o 1, ta jí moc nebavila.

Příslloví zůstala stále na stejné úrovni.

Násobilka se zlepšila o jeden správně vypočítaný příklad.

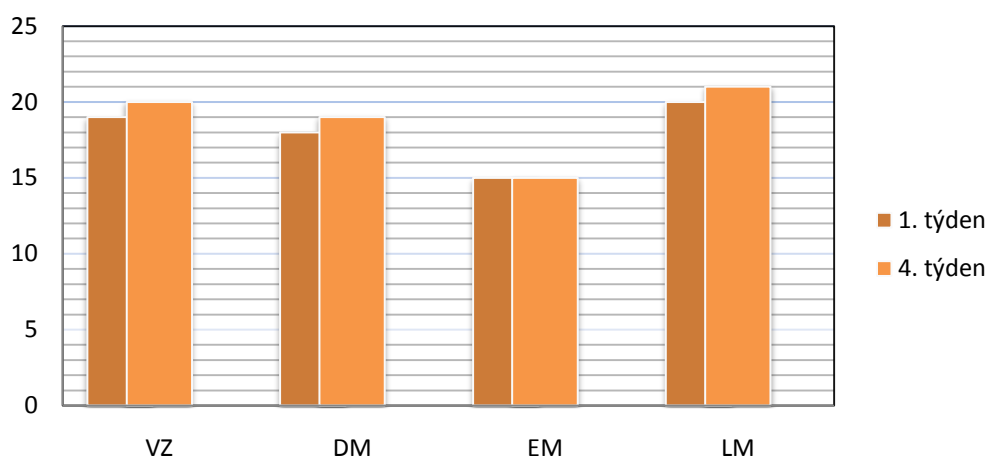
Sčítání a odčítání zůstalo také na stejné úrovni.

Otázky z všeobecného přehledu se zlepšily o jednu správně zodpovězenou.

MMSE se o jeden bod zvýšilo, slovní plynulost zůstala na stejné úrovni.  
Test hodin byl od začátku vynikající.

## Diskuze

### 1) Výzkumný předpoklad: Trénovanému klientovi se zvýší skóre v MMSE o 2 body



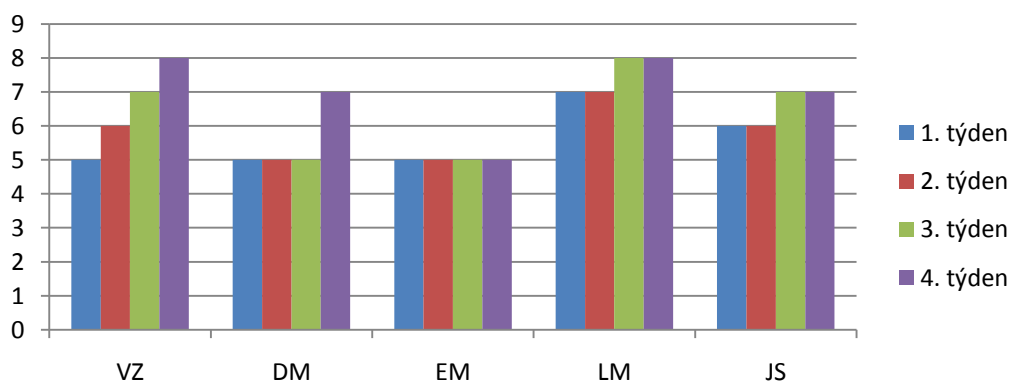
Obr. 1 MMSE srovnání 1. a 4. týden

Jak vyplývá z ilustrativního grafu (Obr. 1), tento výzkumný předpoklad se mi nepotvrdil, klientům se v čtyřech případech zvýšilo MMSE skóre o 1 bod, jedné klientce zůstalo zachováno stejné MMSE.

Klientky se zlepšily v orientaci, dvě dokázaly ve 4. týdnu určit správně měsíc, dvě dokonce datum. Právě orientace v čase je pro demenční klienty většinou chybějící složkou, každodenním opakováním jsme společně zvládly tuto složku zlepšit. MMSE tím pádem nesloužilo v mém výzkumu jen jako test, ale i jako zdroj tréninku a učení.

Navzdory tomu, že se nepotvrdil výzkumný předpoklad, výsledky naznačují, že kognitivní trénink lidem s demencí pomáhá (aktivuje, motivuje, ...)

### 2) Výzkumný předpoklad: Klient se zlepší v poznávání objektů po 2 týdnech tréninku



Obr. 2 Poznávání objektů z pexesa srovnání 1. až 4. týden

Jak plyne z ilustrativního grafu (Obr. 2), všechny klientky se zlepšily v poznávání objektů, mimo paní EM s pokročilejším stupněm demence. Časový interval je u každé klientky striktně individuální. Z tohoto výzkumného předpokladu na základě mých poznatků jsem vyvodila, že je vždy třeba přistupovat k trénování velmi individuálně.

Klientky se naučily poznávat objekty i na základě nápomocných vět, které jsem používala. Toto zjištění mi přijde důležité, a proto jej zde uvádím, jelikož tyto věty měly zásadní vliv na schopnost učit se poznávat to, co zpočátku neidentifikovaly.

### **3) Výzkumný předpoklad: Klient se ve 3 týdnu tréninku dokáže soustředit déle než 20 min**

Zde k mému překvapení byly klientky schopny soustředit se déle již od začátku tréninku, pravděpodobně je to tím, že jednotlivé úlohy kognitivního tréninku netrvaly příliš dlouho a často se střídají a jsou pro klienta zábavné. U jednotlivých klientů byla délka sezení přibližně stejná, kolem 30 – 40 minut. Celou tuto dobu nedělalo klientkám problémy se soustředit.

### **4) Výzkumný předpoklad: Klienta bude kognitivní trénink bavit**

Tento výzkumný předpoklad se mi převážně potvrdil. Klientky byly rády, že za nimi chodím a úlohy je bavily, výjimkou bylo snad jen počítání, které si oblíbily jen některé klientky, to se také odráželo ve výsledcích klientek.

Nejvíce klientky bavily skládačky, a proto jsem doporučila rehabilitační sestře pokračovat v provádění této části kognitivního tréninku.

## Závěr

Každý člověk je individuum a tak také musíme přistupovat k lidem s demencí. To, že ztratili nějaké své dovednosti či funkce mozku neznamena, že jsou zbyteční a není třeba jim dávat dostatečnou péči. A péče vždy neznamena pouze péči o fyziologické potřeby klientů a různé ošetrovatelské výkony, pečovat musíme i o jejich duši. Tedy musíme přistupovat k lidem s demencí, tak, jak bychom přistupovali ke kterémukoli jinému, nedementnímu pacientovi. Je třeba vždy vše důkladně vysvětlit a ujistit se zda nemocný chápe, co mu říkáme. Zajímat se o něj, a dbát zásad komunikace a prevence komplikací demence.

V prostředí nemocnice je velmi komplikované nemocného poznat, proto bychom se měli snažit o získání co nejvíce informací od pečovatele, který nemocného zná a může nám pomoci.

V zařízeních s dlouhodobou péčí je již snadnější zjistit co nemocnému vyhovuje a co ne, ale i v tomto případě je vhodné získávat informace od rodiny.

Demenci nelze vyléčit, avšak je možné zpomalit progresi onemocnění, jednak léky a dále různými přístupy, mimo jiné i kognitivním tréninkem. Zde je nutné přistupovat ke každému klientovi individuálně, nelze vyvodit jednotný systém kognitivního tréninku. Jak je každý člověk jedinečný, tak jedinečná jsou i sezení u kognitivního tréninku. Myslím, že ač se nepotvrdily všechny mé výzkumné předpoklady, přesto jsem svou práci dokázala, že má smysl provádět kognitivní trénink s dementními pacienty, i kdyby jen proto, že je to prostě baví a i tím lze zlepšit kvalitu jejich života.

Ve své práci jsem chtěla přiblížit některé možnosti ošetrovatelské péče o nemocné s demencí. Dospěla jsem také k závěru, že provádění kognitivního tréninku s dementními pacienty může podstatně přispět ke zpomalení progresu tohoto onemocnění a dílčím způsobem zlepšit kvalitu jejich života a psychickou pohodu.

Také pro obor ošetrovatelství jsou zde otázky jak pomoci lidem s tímto onemocněním a výzva k hledání odpovědí na ně.

## Soupis bibliografických citací

1. **HOLMEROVÁ, I.; SUCHÁ, J.; HORT, J.** Materiály pro pacienty a pečující, Cvičte si svůj mozek I.,II. *Vzpomínkovi*. [Online] 2007. [Citace: 10. 8. 2009.]  
Dostupný z WWW: < <http://www.vzpominkovi.cz/odborna-verejnost/materialy-pro-pacitnety-a-pecujici>>.
2. **JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C.** *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
3. **KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I.** *Motivační prvky přípráci se seniory*. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
4. **KLUCKÁ, Jana a VOLFOVÁ, Pavla.** *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing,a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.
5. **KUTNOHORSKÁ, Jana.** *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1877-3.
6. **Lundback, Česká alzheimerovká společnost.** *Návod "Sady pro kognitivní trénink"*.
7. **PIDRMAN, Vladimír.** *Demence*. 1 . vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
8. **RABOCH, J.; ZVOLENSKÝ, P.** *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.
9. **TOPINKOVÁ, E.; JIRÁK, R.; KOŽENÝ, J.** Krátká neurokognitivní baterie pro screening demence. *Interní medicína pro praxi*. 2002, roč. 4, č. 8, s. 389-391.
10. **VENGLÁŘOVÁ, Martina.** *Problematické situace v péči o seniory*. Praha : Grada Publishing, 2007. 1. vyd. ISBN 978-80-247-2170-5.
11. **ZGOLA, Jitka M.** *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1 . vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

## Seznam příloh

**Příloha A - Sada pro kognitivní trénink** vytvořená Českou alzheimerovskou společností a firmou Lundbeck, fotografovala Lucie Rýznarová

### **Příloha B – Antonyma, přísloví**

zdroj: **HOLMEROVÁ, I.; SUCHÁ, J.; HORT, J.** Materiály pro pacienty a pečující, Cvičte si svůj mozek I.,II. *Vzpomínkovi*. [Online] 2007. [Citace: 10. 8. 2009.]

Dostupný z WWW: < <http://www.vzpominkovi.cz/odborna-verejnost/materialy-pro-pacitnety-a-pecujici>>.

### **Příloha C – Násobilka, sčítání a odčítání, otázky**

zdroj: **KLUCKÁ, Jana a VOLFOVÁ, Pavla. 2009.** *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vyd.

Praha : Grada Publishing,a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.



# Přílohy

## Příloha A

Sada pro kognitivní trénink



## **Příloha B**

### **Antonyma**

Rovný

Den

Začátek

Otázka

Oblékat se

Voda

Muž

Za

Válka

Teorie

### **Přísloví**

Nemá na růžích ...

Slovo dělá ...

I mistr tesař ...

Na hrubý pytel ...

Zvyk je ...

Prázdný sud ...

Pro dobrotu ...

Kam vítr, ...

Neříkej hop, ...

Komu se nelení,...

## **Příloha C**

### **Násobilka**

$5 \times 5 =$

$2 \times 3 =$

$12 : 6 =$

$4 \times 3 =$

$4 \times 4 =$

$3 \times 7 =$

$8 \times 5 =$

$6 \times 4 =$

$5 \times 6 =$

$6 : 3 =$

### **Sčítání a odčítání**

$2 + 7 =$

$8 - 2 =$

$3 + 8 =$

$5 + 4 =$

$14 - 7 =$

$6 + 5 =$

$8 - 4 =$

$15 - 10 =$

$4 + 3 =$

$12 - 5 =$

### **Otázky**

Na které světové straně je slunce ráno?

Kdo byla Božena Němcová?

Co způsobuje rezivění?

Na kterém kontinentě leží Čína?

Kdo byl Karel IV.?

Kdo byl Šemík?

Co znamená slovo imitovat?

Na kterou horu vystoupil praotec Čech?

Kdo napsal povídky z jedné a druhé kapsy?

Kdy slavíme Tři krále?