

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Vliv muzikoterapie na život osob s Alzheimerovou chorobou

The effect of music therapy on the life of Alzheimer disease patients

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D.

Autor:

Štěpánka Jechová

Praha 2021

Poděkování

Upřímně děkuji vedoucí bakalářské práce MUDr. Jirině Ondrušové, Ph.D. za odborné vedení, vstřícnost, trpělivost a mnoho cenných rad, které mi poskytla. Děkuji Mgr. Tereze Pahorecké za ochotu a možnost být přítomna při muzikoterapeutických sezeních. Poděkování patří též mé rodině, především Bc. Markétě Jechové za psychickou podporu a pomoc.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Vliv muzikoterapie na život osob s Alzheimerovou chorobou“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Štěpánka Jechová

Anotace

Bakalářská práce pojednává o vlivu muzikoterapie na život osob s Alzheimerovou chorobou a je rozdělena do pěti hlavních kapitol. První kapitola se zabývá terminologickým vymezením demence, informuje o rizikových faktorech, symptomatologii a předkládá další druhy demence. Další kapitola seznamuje s diagnózou Alzheimerovy choroby, uvádí formy, průběh a možné metody diagnózy onemocnění. Třetí kapitola se věnuje významu aktivizace klientů s demencí a vyjmenovává vhodné formy aktivizace. Navazující čtvrtá kapitola sleduje využití muzikoterapie u osob s Alzheimerovou chorobou. Popisuje muzikoterapeutické druhy, formy, modely, hudební prostředky a nástroje. Závěrečnou, praktickou část tvoří popis a mé poznatky z dvou muzikoterapeutických sezení, která probíhala v denním stacionáři Farní charity Příbram. Součástí práce je také kazuistika klientky s Alzheimerovou chorobou, obohacena o užívané formy přirozené aktivizace v domácím prostředí.

Klíčová slova

Alzheimerova nemoc, demence, aktivizace, muzikoterapie, terapie, senior

Annotation

The bachelor thesis deals with the effects of music therapy on the lives of people with Alzheimer's disease and is divided into five main chapters. The first chapter deals with the terminological definitions of dementia, informs about risk factors, symptomatology and presents other types of dementia. The next chapter introduces the diagnosis of Alzheimer's disease, lists the forms, progression of the disease and possible methods of diagnosis of the disease. The third chapter deals with the importance of activating clients with dementia and lists the suitable forms of activation. The following fourth chapter examines the use of music therapy on people with Alzheimer's disease. It further describes types, forms, models, musical means and musical instruments of music therapy. The final, practical part consists of a description and my findings from two music therapy sessions, which took place in the Day Care Center of the Farní charity Příbram. Part of the work also includes a case report of a client with Alzheimer's disease, enriched with the forms of natural activation used in the home environment.

Keywords

Alzheimer's disease, dementia, activation, music therapy, therapy, senior

Obsah

Obsah	5
Seznam zkratk	7
Úvod	8
1. Demence	10
1.1. Rizikové faktory demence	11
1.2. Symptomatologie demence	12
1.3. Jednotlivé druhy demencí	14
2. Alzheimerova choroba jako nejčastěji vyskytující se forma demence	18
2.1. Formy Alzheimerovy choroby	19
2.2. Stádia Alzheimerovy choroby	20
2.2.1. Pre-stadium Alzheimerovy choroby	20
2.2.2. První stadium	21
2.2.3. Druhé stadium	22
2.2.4. Třetí stadium	23
2.2.5. Terminální stadium	24
2.3. Metody diagnózy Alzheimerovy choroby	25
3. Význam aktivizace klientů s demencí	29
3.1. Aktivizační programy a potřeba motivace	29
3.2. Formy aktivizace	31
3.3. Zábavně-terapeutické formy aktivizace	32
3.3.1. Orientace realitou	33
3.3.2. Kognitivní rehabilitace	34
3.3.3. Senzorická stimulace	35
3.3.4. Reminiscenční terapie	36
3.3.5. Validáční terapie	37
3.3.6. Rezoluční terapie	38
3.3.7. Pohybová a taneční terapie	38
3.3.8. Ergoterapie	39
3.3.9. Arteterapie jako výtvarný prostředek	40
3.3.10. Animoterapie	40
3.3.11. Muzikoterapie	41
4. Využití muzikoterapie u osob s Alzheimerovou chorobou	42

4.1.	Druhy a formy muzikoterapie.....	43
4.2.	Vhodné muzikoterapeutické modely	46
4.2.1.	FMT-METODA	46
4.2.2.	Improvizační muzikoterapie u dospělých	46
4.2.3.	Vibroakustická terapie.....	47
4.2.4.	Hudební integrativní neuroterapie	48
4.2.5.	Paliativní muzikoterapie	48
4.3.	Hudební prostředky a nástroje	48
5.	Muzikoterapie v praxi.....	52
5.1.	Farní charita Příbram a denní stacionář	52
5.2.	Popis prvního muzikoterapeutického sezení	53
5.3.	Popis druhého muzikoterapeutického sezení.....	55
5.4.	Kazuistika a využití muzikoterapie u paní s Alzheimerovou nemocí..	59
	Závěr	63
	Seznam použité literatury	65

Seznam zkratek

ADAS – Alzheimer's Disease Assessment Scale

ADHD – Attention deficit hyperactivity disorder (porucha soustředění)

ADL - Activities of Daily Living

AIDS – syndrom získaného imunodeficitu

aj. – a jiné

apod. – a podobně

AMTA -

atd. – a tak dále

BPSD - behaviorální a psychiatrická symptomatologie demence

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

CT – Computer Tomography (výpočetní tomografie)

ČALS – Česká alzheimerovská společnost

HIV – virus lidského imunodeficitu

IADL - Instrumental Activities of Daily Living

kol. – kolektiv

LED – Light-Emitting Diode (světelná dioda)

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

NMR – nukleární magnetická rezonance

MMSE – Mini Mental State Examination

NPI - Narcissistic Personality Inventory

např. – například

s. - strana

SKT - Symptom Kurz Test

UV – ultraviolet (ultrafialové záření)

tzv. - takzvaný

Úvod

„Bohužel, během postupu Alzheimerovy nemoci musí rodina často nést velmi těžké břemeno. Já bych si přál, aby existoval nějaký způsob, jak bych mohl Nancy ušetřit této hrozné zkušenosti.“

Ronald Reagan,

40. prezident Spojených států amerických

Prvotní inspirací mého hlubšího zájmu o téma Alzheimerovy choroby a následné sepsání bakalářské práce byla diagnóza Alzheimerovy nemoci u mé babičky, u které se první příznaky projevíly v 65 letech. Dalším podnětným impulsem byla osobní zkušenost s domácí a později také s institucionální péčí, která se i přes vlídný přístup ošetřujícího personálu stala velice obtížnou a palčivou.

Pocitům úzkosti, bezmoci, strachu rozumí každý, kdo se setkal s chronickým a vážným onemocněním, přičemž jediné myšlenky, jsou ty, které se ubírají směrem k otázkám, jak zpomalit průběh nemoci, nalézt účinnou a správnou možnost léčby a poskytnout tak svému blízkému možnost vést kvalitní a relativně samostatný život co nejdéle.

Přestože Alzheimerovu chorobu nelze prozatím vyléčit, existuje v současné době mnoho způsobů, jak symptomy zmírňovat. Jeden ze způsobů, který jsem při psaní práce popsala, je nefarmakologická forma léčby – muzikoterapie, neboť k té je můj vztah nejbližší. Důvodem, který stojí v popředí volby tohoto druhu aktivizace je přímá praxe s využitím hudby, jakožto léčivé síly a zábavy u blízké osoby v domácím prostředí a poté i ve fázi hospitalizace.

Stěžejní cíl bakalářské práce představuje snaha osvětlit vliv muzikoterapie na člověka postiženého demencí, především toho, který trpí Alzheimerovou chorobou a teoretické poznatky doplnit příklady z praxe. Ačkoli, jakkoli jsou tyto lidé jiní, bezprostřední, emotivní, tak stále patří do naší společnosti a je na rodině, zaměstnancích ve zdravotnictví a v sociálních službách, jakým způsobem budeme udržovat jejich život stále hodnotný a smysluplný.

Teoretická část poskytuje seznámení se syndromem demence, s charakteristikou Alzheimerovy choroby, významem aktivizace klientů s demencí a výběrem vhodných

zábavně-terapeutických forem aktivizace. Následně se společně s praktickou částí zaměřuje na využití muzikoterapii u osob s Alzheimerovou chorobou.

1. Demence

Dle MKN-10 lze demenci popsat jako „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.*“ (www.uzis.cz/cz/mkn)

Původ slova demence vychází z latiny a znamená bez mysli. Předpona „de“ vyjadřuje slovo odstranit a „mens“ je označení po mysl. Člověka, který je postižený demencí čeká celkový úpadek a v její závěrečné fázi se pacient již nepodobá osobě, kterou byl dříve. V takové konečné fázi zapomíná vše, co kdy uměl, vyžaduje nepřetržitou péči od druhých, vnímá jen atmosféru kolem sebe a snaží se uspokojit své nejzákladnější biologické potřeby (Buijssen, 2006, s. 13-14).

Jiné vysvětlení pro původ slova demence má Kučerová (2006). „*Slovo demence pochází z latinských slov „mens“, což znamená „mysl“ a předpony „de“, která značí „od“.* Slovo „*demens*“ tedy znamená „šílený“, tedy něco, co myslí pozbylo, odchylku od rozumového jednání.“

Demence patří do skupiny duševních poruch, jejichž základní a také charakteristický rys je úbytek kognitivních funkcí, zvláště pak intelektu a paměti. Tyto projevy jsou důsledkem určitého onemocnění mozku (Holmerová a kol., 2009, s.9).

Demence nezahrnuje jen symptomy z oblasti kognitivních, či poznávacích funkcí, jako je paměť, vnímání, fatické funkce, inteligence aj., ale také z exekutivních a výkonných funkcí – motivace, schopnost naplánování, provedení a zpětného zhodnocení činnosti (Raboch, 2012 in Zvěřová, 2017, s.24). Následkem je komplexní degradace duševních činností postiženého jedince, spolu s ubývajícimi schopnostmi při běžných denních aktivitách, což postupně vede ke ztrátě samostatnosti (Jiráček a kol., 2004, s.19). Tento proces demence hluboce narušuje celý život nemocného. Z počátku dochází ke snížení četnosti zájmů a aktivit, později se připojuje ztráta sociálních a hygienických návyků a z toho vyplývající ztráta soběstačnosti, nakonec nastává úpadek schopnosti komunikace a samostatného pohybu (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s.11). Podle Pidrmána a Kolibáše (2005, s.109) je definic syndromu demence více, avšak rozdílnost mezi nimi je velice malá.

Všechny poté podtrhují, že v souvislosti s poruchami kognitivních funkcí nehovoříme o poruchách vědomí. Jiráček a kol. (2009, s.11) uvádějí, že vědomí není u demencí zastřené, jedná se o uvědomění si sama sebe, ale také náležité uvědomění si situace, tedy kvalitativní úroveň vědomí.

„*Cesta od duše nebo bez duše*“, tak demenci popisuje německá literatura. (Holmerová a kol.,2009, s.11).

Přesto, že pravděpodobnost onemocnění se stoupajícím věkem narůstá, není stárnutí rozhodně synonymem pro demenci. Ačkoli, jak konstatují Burcin a kol. (2006) in Holczerová a Dvořáčková (2013, s.19) s ohledem na populační vývoj, lze předpokládat, že s narůstajícím počtem osob ve starším věku, poroste u těchto osob výskyt chronických a degenerativních chorob. Tyto choroby se vyznačují úpadkem soběstačnosti a s tím jsou spojené vyšší náklady v oblasti zdravotnictví i sociálních služeb. Proces stárnutí populace se neustále zrychluje a to zejména v kontextu s prodlužováním průměrné délky života a poklesem porodnosti. Demence se z tohoto důvodu vyskytuje stále častěji. Postižení demencí má významný dopad na kvalitu života jedince, ale hraje také neodmyslitelnou roli v oblasti kvality života celé jeho rodiny. Onemocnění je záležitostí nejméně dvou lidí – nemocného, který vyžaduje stále větší péči a jeho pečovatele (Holmerová a kol.,2009, s.9-10).

1.1. Rizikové faktory demence

V dnešní době známe již mnoho rizikových faktorů, které vedou k demenci nebo výskyt demence podporují, ale ve většině případů jasnou a přesnou příčinu neznáme. Dle Holmerové a kol. (2009, s.12-13) rizikové faktory jsou:

- Věk – demence se může objevit v každém věku, ale pravděpodobnost výskytu s věkem nad 60 let výrazně stoupá.
- Pohlaví – u jednotlivých pohlaví nejsou známy rozdíly, avšak některé výzkumy ukázaly, že Alzheimerovou chorobou jsou více ohroženy ženy. Naopak muži více trpí na demence cévního původu.
- Rodinný výskyt a genetické faktory – o dědičné onemocnění se převážně jedná, pokud se demence objeví před 60. rokem života. Blízcí příbuzní nemocných s Alzheimerovou chorobou mají až 3-4 krát větší pravděpodobnost této nemoci podlehnout.

- Vzdělání – demence a především Alzheimerova choroba se patrně objevují méně u osob s vyšším vzděláním.
- Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění – demence se ukazuje častěji u lidí po cévní mozkové příhodě. Nárůst pravděpodobnosti demence se vyskytuje také u cukrovky nebo onemocnění srdce.
- Kouření – kouření zvyšuje nebezpečí kardiovaskulárních onemocnění. Je patrné, že kouřením stoupá riziko Alzheimerovy choroby.
- Alkohol – při primárním dlouhodobém toxickém působení alkoholu a nedostatečném příjmu vitaminů a živin dochází k postupnému ničení mozkových buněk.
- Poranění hlavy – demence se mnohdy vyskytuje při opakovaném poranění hlavy. Jedná se o úraz, který souvisí se ztrátou vědomí na alespoň 15 minut.
- Deprese – u seniorů, kteří trpí depresí se zvyšuje riziko demence.
- Tělesná a duševní aktivita – prevence v podobě fyzické a mentální aktivity se ukázala jako účinný prostředek proti vzniku demence.
- Další faktory – infekční onemocnění (např. syfilis, AIDS), nedostatek vitaminů, onkologická onemocnění v pokročilé fázi, či jiné onemocnění mozku může demenci vyvolat.

Bragdon (2002, s.59) poznamenává, že na demenci se také mohou podílet malé mozkové mrtvice. Někdy přezdívané „minimrtvice“, vznikají malými přerušeními přívodu krve k mozkovým buňkám, poté následuje odumření oblasti mozkové tkáně. Jsou předzvěstí, že se můžou vyskytnout vážnější mozkové mrtvice, které demenci způsobí. Prevencí je snížení krevního tlaku.

1.2. Symptomatologie demence

S přibývajícím věkem lze velmi těžko od sebe odlišit projevy začínající demence od projevů, které jsou běžné pro stárnutí (Holmerová a kol., 2009, str. 15). Nastupující demenci mohou hlásit příznaky, které mnohdy doprovází i normální a zcela běžné stáří (Bragdon, 2002, s.12).

Dle Jiráka a kol. (2004, s. 81) klinickými příznaky demence jsou:

- postižení kognitivních funkcí
- postižení aktivit každodenního života
- behaviorální a psychologické příznaky demence

Jirák a kol. (2004, s.81.) zařazuje do postižení **kognitivních funkcí** zejména **poruchy paměti**. V počátečních nemoci registrujeme především poruchy krátkodobé paměti, nemocný si nepamatuje, co se stalo v nedávné době, zapomíná na domluvená setkání, často opakuje tutéž věc několikrát. Porucha dlouhodobé paměti se objevuje později, často je potřeba pomoc blízké osoby, která nemocnému pomůže s vybavováním a situaci dokáže objasnit. Nemocný nejprve ztrácí naučené vědomosti a poté dovednosti dané zkušeností. (Holmerová a kol., 2009, s.18). Zgola (2003, s.23) uvádí, že vzpomínky, které si člověk uchoval z minulosti jsou po většinou dochovány až do pozdějších fází nemoci. Úpadek paměti se může projevat potížemi při čerpání nových znalostí, špatnou orientací v čase, prostoru i lidech, často opakující se otázky a dotazy, chorobná obrazotvornost – smyšlenky, úzkostlivost. Dalším z brzkých příznaků jsou **poruchy orientace**. Osoba je dezorientovaná v čase, místě, prostoru a nakonec i v sama sobě. Nemocný si nevzpomene, jaký je rok, měsíc, den v týdnu, nebo část dne. Ztrácí se na neznámých a později i známých místech, poté i doma, hledá koupelnu, toaletu. V pokročilém stádiu není schopen říct, jak je starý. Za další uvádí **poruchy úsudku a myšlení**, kdy jedinec nezvládá vysvětlit přísloví, nemá přehled o množství peněz, složité jsou počty přes desítku, není schopen se správně obléknout dle počasí. Nemocný často odmítá pomoc, trvá na svém zažitém chodu, ztrácí etické zábrany. Symptodem demencí jsou také **poruchy pozornosti a motivace**, při kterých jedinec nezvládá začít nebo ukončit úkol, či činnost. Z počátku lidé ztrácejí zájem o činnosti, které dosud s radostí prováděli, také o tisk a televizi. Později dochází k apaticko-hypobulickému syndromu, který je spojen s úbytkem celkové aktivity. V této fázi je důležité zařazení aktivizace, která povzbudí zachovalé schopnosti nemocného (Holmerová a kol., 2009, s.21).

Afázie, neboli **porucha jazyka** se dělí na problém s jazykem receptivním, kdy postižený špatně rozeznává slova nebo je pro něj složité rozumět složitým větám a na problém s jazykem expresivním, kdy osoba nedokáže vyjádřit svoji myšlenku. Vybírá nevhodná slova, nebo je vyměňuje za slova, jenž podobně znějí. V oblasti **poruchy motoriky** se objevují naučené, automatické vzorce, které jsou pevně propojené s naším nervovým systémem, to znamená, že není nutné na ně myslet vždy, kdy činnost konáme. Tyto funkce jsou u postiženého demencí porušeny (Zgola, 2003, s.27).

Jirák a kol. (2004, s. 82.) uvádějí, že **postižení aktivit každodenního života** je u demence významně narušeno a je základním příznakem. Profesionální aktivity a koníčky, které jsou více náročné zanikají už v počátku demence. V pokročilých fázích dochází k narušení i všedních denních činností, jak popisuje Holmerová a kol. (2009, s.144) ty se dělí na bazální,

kteře jsou spojeny se základní sebeobsluhou, např. dodřžování osobní hygieny, či oblékání se a na instrumentální. Tyto úkony se nemusí provádět každý den, patří sem příprava jídla, obsluha telefonu, či použití klíčů.

Behaviorální a psychologické příznaky se často označují zkratkou BPSD – behaviorální a psychiatrická symptomatologie demence. U demence se vyskytují halucinace, iluze, či bludy na které je pohlíženo jinak než u jiných psychiatrických onemocnění (např. schizofrenie) a to proto, že tento stav se nedá nijak zvrátit a zpravidla se postupně zhoršuje. Dále se uvádí poruchy emotivity, s nimiž je spojena emoční oploštělost, neschopnost projevit soucit, či emoční plachost. Při afektivních poruchách může být přítomna deprese, jenž je počínajícím příznakem demence a také úzkostná nálada. Postupný rozvoj demence vede k poruše osobnosti, osobnost člověka se mění a přináší ztrátu zájmů a také motivace. Mezi tzv. sekundární příznaky demence zařazujeme poruchy chování. Často se setkáváme s utlumenou aktivitou, či naopak, oproti normě, se zvýšenou aktivitou až neklidem. Také se jedná o problémové chování, jako jsou slovní agrese a fyzická agrese, to bývá často důvodem pro institucionalizaci postiženého. V neposlední řadě dochází ke změnám sexuálního chování (Holmerová a kol., 2009, s. 22-25). Běžné jsou také poruchy spánku a to především posunutí cyklu spánek-bdění, někdy až do takové fáze, kdy postižený ve dne spí a v noci bdí. Pidrman (2005, s.80.) uvádí, že změny v chování bývají velmi nápadné a jsou jedním z prvních ukazatelů počínající demence. Tyto poruchy představují velkou zátěž pro příbuzné a pečovatele nemocného.

1.3. Jednotlivé druhy demencí

Vážnost problému jasně ilustrují epidemiologická data, podle kterých se demence vyskytuje ve věku nad 65 let nejméně u 5% obyvatelstva, u osob nad 80 let je to již 20%. Úmrtnost se uvádí až dvojnásobná ve srovnání s pacienty stejného věku bez demence (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 27).

Pidrman (2005, s.31) rozděluje demenci na primární, sekundární a smíšenou.

Primárně degenerativní demence:

- Alzheimerova nemoc (nejčastějším typem demence),
- demence s Lewyho tělísky,
- frontotemporální demence.

Sekundární a smíšené demence jsou souborem nemocí, na nichž má podíl mnoho příčin. Nejčastější z nich jsou:

- vaskulární demence,
- metabolické demence,
- toxické demence,
- demence při Parkinsonově chorobě,
- demence při Huntingtonově chorobě,
- traumatické demence,
- demence při nádorech CNS,
- demence při infekcích (demence při syfilis, demence při HIV).

Smíšené demence:

- smíšená Alzheimerova/vaskulární demence,
- smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence,
- ostatní smíšené.

Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence a vyznačuje se svým nenápadným a plíživým procesem, při němž dochází k poškození a následném zničení nervových buněk, které souvisí s funkcí mozku. U pacienta zaznamenáváme zhoršení paměti, pozornosti i soustředění (Holmerová a kol., 2009, s.39). Vývoj či postup nemoci trvá 8 až 20 let (Callone a kol., 2008, s.28). Alzheimerově chorobě se budu ve vztahu k tématu práce podrobněji věnovat v následující kapitole.

Běžnou formou demence u osob vyššího věku a druhou nejčastější demencí vůbec je **demence s Lewyho tělísky**. Onemocnění bylo poprvé popsáno roku 1961 německým neurologem Friedrichem Heinrichem Lewym. Objevuje se u 15-20% všech případů. Projevuje se výrazným narušením kognitivních funkcí a zejména svalovou rigiditou, kdy jsou patrné problémy se začátkem chůze a jiných pohybů, nemocný má sklon k pádům v důsledku šouravé chůze. Je známa zvýšená citlivost na neuroleptika (Jiráková a kol., 2004, s.187). Dle Zvěřové (2017, s.61) se oproti Alzheimerově chorobě liší změnou klinického stavu během dní, někdy i hodin a to ve spojení halucinací, obvykle zrakových s doprovodnými bludy. Od propuknutí prvních příznaků trvá 7-8 let a předně se objevuje u mužů nad 75 let (Jiráková a kol., 2004, s.194).

Frontotemporální demenci vystihuje postižení oblastí, jenž mají spojitost s chováním, emotivitou a řečovou funkcí, tedy postižení frontálních a temporálních laloků mozku. Nejznámější a nejstarší formou této demence je Pickova choroba. Z počátku se zpravidla neobjevuje porucha paměti, nýbrž poruchy chování. Pacienti mají nevhodné komentáře, chovají se eticky nevhodně, jsou sobečtí, hrubí, agresivní, přejídají se, rádi se napijí alkoholu, ztrácejí sebekontrolu. Po poruchách chování teprve nastupuje rozvoj demence (Holmerová a kol., 2009, s.45). Jak píše Zvěřová (2017, s.63) má se za to, že genetické faktory hrají významnou roli. Příbuzní bývají postiženi ve 30-50%.

Do sekundárních a smíšených demencí zařazujeme **vaskulární demence**, které tvoří 10-20% všech případů. S přibývajícím věkem jejich výskyt narůstá. Souvisí s narušením centrálního nervového systému v důsledku nemocí kardiovaskulárního systému a cévní mozkové příhody (Pidrman, 2005, s.51). Nejznámější je tzv. multiinfarktová demence, jenž je způsobena několika malými mozkovými příhodami, které znemožňují přívod kyslíku do určitých částí mozku (Buijssen, 2006, s.15). Běžné jsou časté změny stavu nemocného v krátkém čase. Osobnost bývá poměrně dlouho zachována, oproti tomu jsou přítomny poruchy chůze a časté pády, močová inkontinence a změny nálady (Jirák a kol., 2004, s. 167). Dalšími možnými typy jsou Binswangerova choroba nebo demence při rozsáhlé CMP (Pidrman, 2005, s.53).

Lidé s **Parkinsonovo chorobou** jsou ohroženi demencí více než ostatní osoby, setkávají se s ní v 10 až 30%. Poruchy paměti, myšlení, plánování, organizování jsou jedny z nejčastějších příznaků. Objevují se náhlé výbuchy vzteku, pacienti bývají agresivní a impulzivní (Holmerová a kol., 2009, s.44). Nápadná je celková pomalost jedince, včetně pomalé řeči bez intonace. Typické jsou poruchy hybnosti, třes, svalová ztuhlost. U osob jsou také běžné poruchy nálady, bludy nebo halucinace, které mohou vznikat z důvodu užívání antiparkinsonik (Jirák a kol., 2004, s. 2003).

Hrdlička, Hrdličková (1999, s.32) uvádějí, že v případě **demence při Huntingtonově nemoci** se jedná o přenosné onemocnění s familiárním výskytem. Předními příznaky, které se projevují, ještě před rozvinutím demence jsou rychlé, nepravidelné, nestereotypní pohyby obličeje, rukou, ramen, či při chůzi, záškuby, sklon k pádům. Nemoc doprovází deprese, záchvaty a změny osobnosti. Setkáváme se s poruchou myšlení, paměti, koncentrace pozornosti a později s dalšími psychickými poruchami, jako jsou halucinace, bludy, neklid (Jirák a kol., 2004, s.238).

Ve středním věku představuje **virus HIV** nejčastější příčinu demence. 90% infikovaných pochází z rozvojových států, z toho 40% jsou ženy (Jiráková a kol., 1998, s. 183). Počátek je charakterizován problémy s pamětí, pomalostí, potížemi se soustředěním, apatií a sociální izolovaností (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s.32). Další demencí způsobenou virem je **neurosyfilida**, která v pozdním stádiu postihuje centrální nervovou soustavu. Objevuje se 4-7 let po infekci. Nemoc se může podobat vaskulární demenci nebo cévnímu mozkovému onemocnění (Holmerová a kol., 2009, s. 52). Projevem jsou změny chování, osobnosti, poruchy čítí, chůze a rovnováhy, postupně dochází k těžké invalidizaci (Poláčková, 2008).

2. Alzheimerova choroba jako nejčastěji vyskytující se forma demence

Alzheimerova choroba se považuje za nejčastěji vyskytující se příčinu demence středního a vyššího věku. Je spojena s řadou mýtů, jeden z nejznámějších je, že se jedná o normální symptom stáří a nehledí se na ni jako na nemoc. Další nepravdivou informací je, že postiženým demencí není možné pomoci. Toto nálepkování, se kterým se u mnoha lidí můžeme setkat však značí velmi povrchní a laický přístup.

Faktem je, že diagnóza se mnohdy stanoví až velmi pozdě. Na vině je často sám pacient, který si není ochoten přiznat, že s ním něco není v pořádku a úmyslně nevyhledává pomoc. V jiném případě problém zastírá a maskuje rodina či blízcí, kteří by naopak měli v první řadě nemocnému pomoci problém, jak řešit, tak pojmenovat. Je důležité neodkládat stanovení správné diagnózy, která vede k včasné a účinné léčbě, jež průběh onemocnění zpomalí v té době, kdy je stav jedince ještě značně uspokojivý a je schopen v rámci možností vést samostatný život.

„Odmítání skutečnosti je hlavní příčinou nečinnosti, a nečinnost může být nebezpečná.“ (Brackey, 2019)

Alzheimerova choroba je onemocnění nervové soustavy v důsledku degenerativního úbytku neuronů, které má z počátku plíživý, ale progresivní vývoj (www.wikiskripta.cz). George Glenner v roce 1984 objevil bílkovinu, zvanou beta-amyloid, která se vyskytuje u všech pacientů, kteří mají diagnostikovanou Alzheimerovu nemoc. Spolu s touto bílkovinou je přítomen v neurofibrilárních klubkách také tzv. protein tau (Glenner, 2012, s. 18-19). MKN-10 definuje Alzheimerovu chorobu jako *„primární degenerativní onemocnění mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Tato choroba začíná obvykle nenápadně a pomalu, ale trvale progreduje během období několika let.“* (www.uzis.cz/cz/mkn)

Tato nemoc byla poprvé popsána psychiatrem a neuropatologem Aloisem Alzheimerem v roce 1906, po němž je i pojmenována (Zvěřová, 2017, s.11). Na vědecké konferenci přednesl případ Auguste Deterové, které bylo 51 let, když byla roku 1991 přivedena na vyšetření do Městského ústavu pro mentálně postižené ve Frankfurtu nad Mohanem. Její stav vykazoval úpadek kognitivních funkcí, včetně snížené schopnosti si uvědomovat sebe i své okolí. Trpěla poruchou řeči, agresivním chováním, objevovaly se sluchové halucinace a bludy. V té době působil na uvedeném pracovišti Alois Alzheimer

jako praktický lékař a přijal ženu do ústavní péče, ve které zůstala až do své smrti. Při pitvě Auguste D. byl zjištěn zánik neuronů v mozkové kůře. Buňky, které zůstaly obsahovaly mikroskopická klubička, jež byla tvořena neurofibrilami. Nebyl však jediný, kdo tyto změny popsal. Oskar Fischer, asistent profesora Arnolda Picka na Německé psychiatrické klinice, nezávisle na Alzheimerovi vydal v téže době svou práci, která obsahovala popis totožných pozorování (www.vesmir.cz).

Není zcela jednoduché přesněji určit, kolik lidí se v České republice s Alzheimerovou chorobou potýká. Dosud u nás neexistuje náležitý výzkum, který by výskyt nemoci vhodně mapoval. Je tedy nutné vzít zavděk kvalifikované odhady, které vycházejí z evropských, ale i světových studií. Organizace Alzheimer's Disease International uvádí, že na celé Zemi žilo v roce 2015 přibližně 46,8 miliónů osob s demencí. Každých dvacet let dochází k zdvojnásobení počtu lidí, kteří trpí demencí, je proto pravděpodobné, že v roce 2030 bude na světě až 75 miliónů osob s demencí. Pro představu, toto číslo přibližně odpovídá počtu obyvatel Turecka. Dostupné studie podotýkají, že ve Střední Evropě a tedy i v České republice se eviduje menší výskyt demence, než jaký je průměr jinde na světě. Státy, které jsou vyspělejší zaznamenávají větší počet lidí s demencí, s ekonomickým a stejně tak se společenských rozvojem se lze domnívat, že nemoc bude dále progredovat. Podle odhadu žilo v České republice v roce 2014 přibližně 153 tisíc lidí s demencí. Převážnou většinu a to více, než ze dvou třetin tvoří ženy. Zásadní roli pro riziko onemocnění hraje věk. S přibývajícimi roky života pravděpodobnost výskytu nemoci narůstá. Dle statistik trpí demencí 1 ze 13 osob nad 65 let, 1 z 5 osob nad 80 let a 1 ze 2 osob nad 90 let (Mátl a kol., 2016).

2.1. Formy Alzheimerovy choroby

Dle Hrdličky, Hrdličkové (1999, s. 27) se po několik desítek let stanovovala diagnóza Alzheimerovy choroby jen velmi výjimečně, až do objevu Aloise Alzheimerera se za nejčastější formu demence považovala senilní demence.

V dnešní době rozlišujeme:

- demenci Alzheimerova typu s časným začátkem, tzv. presenilní forma, která vzniká před 65. rokem života (rychlá progresse nemoci),
- demenci Alzheimerova typu s pozdním začátkem, tzv. senilní forma, jenž se objevuje po 65. roce života (pomalejší progresse nemoci). Tato forma se vyskytuje častěji.

Zvěřová (2017, s.41-42) uvádí další dělení, a to podle dědičnosti:

- familiární forma, o které mluvíme, jestliže se Alzheimerova choroba vyskytla nejméně ve dvou po sobě jdoucích generacích v jedné rodině.
- sporadická forma značí výskyt Alzheimerovy choroby bez genetických mutací a tedy není známa přítomnost nemoci v rodině.

Dosud neznáme spolehlivou příčinu onemocnění. Nemoc se v některých rodinách vyskytuje opětovaně a častěji, než je tomu u jiných rodin. Ale stejně tak je známý výskyt v rodinách, kde se choroba v minulosti neobjevila (Holmerová a kol., 2009, s.40).

2.2. Stádia Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba se u každého jedince rozvíjí jiným tempem, její rozvoj je individuální. Na počátku se může projevovat nenápadně, až skrytě, v jiném případě je její projev rychlý a prudký. Nemoc postupně progreduje průměrně 7-15 let od zaznamenání prvních symptomů. Onemocnění je chronické a nevléčitelné, na samém konci člověk umírá, často v důsledku jiné, přidružené nemoci. Tempo, kterým se nemoc ubírá záleží na životním stylu jednotlivce, zda má dostatek duševní, ale i pohybové aktivity, schopnost zvládat stresové situace a v neposlední řadě na genetické dispozici (Holmerová a kol., 2007 in Jiráček a kol., 2009). U jednotlivých odborníků se setkáváme s odlišnými způsoby dělení stádií. Nejpoužívanější je rozdělení na tři stádia nemoci, vyskytuje se však i dělení na čtyři, či pět. Délka těchto stádií je stejně individuální, jako příznaky, které se v průběhu nemoci vyskytují.

2.2.1. Pre-stadium Alzheimerovy choroby

Tato fáze je především spojena s obavami a pochybnostmi. V životě se občas střetneme se situací, která vykazuje oslabení některých našich význačných mozkových funkcí, jako je např. paměť, která je spojena s vybavováním at' objektů, míst, pocitů či osob. Problém může nastat také v oblasti komunikace, aktivního naslouchání, taktosti, sociálních dovedností, jako je odpovídající jednání s lidmi, dbaní na osobní hygienu, vhodné oblékání nebo sebeovládání. Za tyto změny může být někdy odpovědný stres, málo spánku, onemocnění fyzického rázu či deprese, ale pokud se podaří problémy odstranit, člověk se dostává zpět do optimálního stavu. Jestliže si ale všimneme stálého ubývání základních mozkových funkcí, je na místě přemýšlet, zda se nemůže jednat o projevy onemocnění. „Drobná senilní zapomětlivost“, tak se mnohdy označuje stárnutí mozku, by se nemělo považovat za nedůležité, neboť u některých osob způsobuje strach a vede k celkovému

zhoršení stavu. Je běžné, že ve stáří přibývá zapomětivost, může se jednat o nevybavení si správného slova, věci, místa nebo jména osoby, často někoho, s kým se pacient již dlouho nesetkal. Také je potřeba více času na naučení se nové věci. Nicméně, pokud starší člověk netrpí demencí, přetrvává obecná inteligence a nemění se ani logické myšlení. Příznaky Alzheimerovy choroby jsou mnohem závažnější, jedním z nich je neschopnost zvládat běžné aktivity, jako vykonávání úkolů, zapomínání na domluvené schůzky, na to, na jaké místo pacient právě mířil, nebo za kým. Nemocný se může setkat s problémem učít se nové věci, například osoba chodí na stejnou adresu bydliště, poté co se přestěhovala. Je přítomna závislost na členech rodiny, strach z neznámého prostředí a neznámých lidí. Tyto změny se nevyskytnou najednou a z ničeho nic, ale postupně je vidíme zřetelněji. Pokud se u člověka objevuje více z těchto symptomů, lze předpokládat, že už se nesetkáváme jen s běžným stárnutím (Callone a kol., 2008, s.21-27).

2.2.2. První stadium

U pacientů se jedná o počínající a mírnou demenci. Lidé v tomto stadiu vyžadují dohled, kontrolu a pomoc, ne však neustále, protože je prozatím zachována poměrná soběstačnost. Nemocnému například postačí dopomoc od blízkých, častější telefonáty k připomenutí důležitých schůzek, pomocné cedulky nebo občasná pečovatelská služba, ale jeho stav umožňuje samostatné fungování po určitou část dne, nebo týdne (Holmerová a kol. 2020, s.6). Prvními projevy začínající demence je zhoršené vyjadřování a neschopnost nalézat správná slova, problémy spojené s novými situacemi, novými přístroji, např. v domácnosti, úpadek krátkodobé paměti, kdy nemocný např. zapomene, že se chtěl jít vysprchovat, či co chtěl nakoupit, obtíže s orientací v prostoru a čase. Často se vyskytuje depresivní ladění, netečnost či naopak agrese (Holmerová a kol., 2009, s.35). Buijssen (2006, s.78) doplňuje, že deprese je nejintenzivnější v situacích, kdy si je osoba vědoma svého vlastního stavu, tedy v této první fázi. Nemocný pociťuje bezmoc a úzkost v důsledku jeho neúspěchu a zlobí se proto na sebe. Holmerová a kol. (2009, s.35) dále uvádějí, že člověk postupně zanechává svých koníčků a zálib. Poruchy paměti nemusí být na první pohled nápadné, a tak nutně neohrožují schopnost vést normální život (Holmerová a kol., 2009, s.35). Je to období, které trvá 3 až 5 let. (Callone a kol., 2008, s.31). ČALS v Dopisech (2020, s. 40) uvádí 2-4 roky.

ČALS ve své Strategii (2020, s.7) zdůrazňuje, že tato fáze je velmi důležitá z hlediska potřeby stanovení včasné diagnózy a zahájení správné a účinné farmakoterapie. Sdělení informací ohledně prognózy onemocnění by se nemělo podceňovat, lékař by měl být

schopný odpovídat na dotazy pacienta, i rodinných příslušníků a poradit, jak dále postupovat. Člověk, který trpí demencí se v tomto počínajícím stadiu může svobodně rozhodnout o dalším budoucím postupu ve vztahu ke svému onemocnění. Jeho informace by měly být na takové úrovni, aby mohl vyslovit svá přání, jaké léčby a péče se mu bude později dostávat. Právě tyto úředně ověřená předem vyslovená přání v písemné formě, spolu s poučením pacienta mohou být velmi nápomocná v situaci, kdy se rozhoduje např. o invazivní nutriční podpoře, či resuscitační péči. Tyto náležitosti obsahuje paragraf 36 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Člověk, jenž je obeznámen se svým stavem vyžaduje potřebu podpory, poradenství a pomoc od profesionálního psychologa, který mu bude oporou při sdílení problémů. Důležité je zachování života ve společnosti, trénování kognitivních funkcí, včetně zdravého životního stylu.

2.2.3. Druhé stadium

Toto stadium odpovídá středně pokročilé a rozvinuté demenci, kdy je vhodné zajistit poskytování péče v denním centru, či pobytovém zařízení. Vhodná je také tzv. respitní péče neboli úlevová. Je spojeno se sníženou soběstačností, ztrátou orientace a potřebou stálého dozoru a péče. Aktivita, které člověk trpící demencí vykonával po celý život zvládá momentálně stejně uspokojivě. Lidé se dokážou veselit z různých činností, či situací, jenž prožívají. Je možné se setkat s mírnými a přechodnými poruchami chování, jako je neklid, či agrese, které se vyskytují spíše v důsledku obranné reakce na situaci, která se nemocnému zdá nepochopitelná nebo nepříjemná (Holmerová a kol., 2020, s. 8). Pacient může bloudit, toulat se a ztrácet se i na doposud známých místech (Holmerová a kol., 2009, s. 36). Buijssen (2006, s. 90-92) uvádí, že příčin toulání může být celá řada, někteří lidé nedokážou posedět a přejí si vyjít na procházku, to se především týká těch, kteří se těší fyzickému zdraví. Jiní lidé trpí tělesným neklidem, v důsledku bolesti, zácpy, či léků, které způsobují přemíru aktivity. Někdy jen chtějí být někde jinde, stávající prostředí je pro ně neznámé, cizí a oni hledají místo, kde se např. narodili nebo chtějí nalézt své rodiče.

Člověk, který je v pokročilé fázi demence si často nevybavuje nedávné události, situace, či jména. Ohroženy jsou také tzv. instrumentální výkony, jako schopnost postarat se o svou domácnost - uklízení, nakupování nebo obsluha domácích spotřebičů. Stav pacienta vyžaduje dopomoc s osobní hygienou a vhodným oblékáním. Mnohdy se objevují halucinace a bludy. Nemocný má problém s určením aktuálního roku, ale i místa, kde právě žije, často se mu prolíná současnost s minulostí. Nezřídka kdy dochází k výpadku paměti ve

vztahu k blízkým příbuzným, nepoznává je, nebo je mezi sebou zaměňuje. Dochází již také k inkontinenci moči anebo stolice. (Holmerová a kol., 2009. s. 37-38).

Callone a kol. (2008, s.60) upozorňují, že pečovateli by se měl věnovat posilování těch funkcí, které jsou zatím neporušené. Je přínosné se vracet ke společným vzpomínkám, prohlížet alba s fotografiemi, zpívat známé písničky a pomoci nemocnému s pojmenováním různých objektů, které pro něj byly dříve samozřejmé. Je vhodné upravit prostředí, ve kterém se nemocný pohybuje a tím dbát na jeho bezpečnost. Jedná se např. o dobré osvětlení a odstranění zbytečných a zdraví ohrožujících věcí.

Komunikace s osobou trpící demencí by měla probíhat ve formě krátkých a srozumitelných vět. Důležitý je oční kontakt a průběžné zjišťování, zda osoba informacím porozuměla. Je dobré se vyvarovat rychlým pohybům a častému přecházení, naopak bychom měli zůstat na místě, odkud nás nemocný může dobře vidět. Rychlost a spěch může způsobit úzkost, či zmatek (Kalvach a kol., 2008, s. 324).

Lidé v této fázi demence ocení pravidelný denní režim a řád s minimem potencionálních změn, který zajistí jistotu a bezpečí. Je žádoucí vyplnit den smysluplnými činnostmi, které vedou k nejdelšímu možnému zachování soběstačnosti. Tyto činnosti zahrnují i různé nefarmakologické přístupy. Místnost, ve které se lidé s demencí setkávají a vykonávají zde společné aktivity, by měla v nejlepším případě připomínat domácnost. Ti, kteří dlouhodobě pobývají v pobytových zařízeních by měli mít zajištěné své soukromí. (Holmerová a kol., 2020, s.9)

Druhé stadium se uvádí jako nejdelší, individuálně trvá 2 až 10 let, a také nejnáročnější vzhledem k četnosti a intenzitě vyskytujících se problémů (Holmerová a kol., 2009, s. 36)

2.2.4. Třetí stadium

Stadium, které se označuje jako těžká a pokročilá demence s sebou přináší především poruchy chování a somatické poruchy. Lidé se již nemohou účastnit společných aktivit v programu dne, respektive z těchto činností nezískávají žádný přínos. Nemocní spíše ocení citlivou péči orientovanou individuálně spolu s asistencí, při činnostech, které prozatím v rámci možností zvládají. Dochází k nápadnému úpadku verbální komunikace, je tedy na pečovateli se naučit, jak postiženému porozumět a eventuálně použít nonverbální komunikaci, neboli řeč těla. Mobilita bývá též velmi omezena, proto je třeba pacienta rehabilitovat, případně šetrně polohovat, pokud je upoután na lůžko, vhodná je také bazální

stimulace. Vyskytnout se mohou i polykací potíže, a tak je třeba zajistit vhodný příjem potravy, jako je jídlo měkké konzistence, či zahuštěné, nutričně vyvážené nápoje a dbát na hydrataci organismu. Z uvedených potíží, jenž se u člověka s pokročilou demencí vyskytují, lze vyvodit potřebu stálé 24hodinové péče, kterou poskytuje kvalifikovaný zdravotnický pracovník obeznámený s problematikou demence. I při péči o takto nemocného je velmi důležité respektovat jeho práva a důstojnost, zachovat úctu, používat vhodné oslovení a v žádném případě člověka ignorovat, či zesměšňovat (Holmerová a kol., 2020, s. 15-18).

Pečující osoba o člověka s pokročilou demencí by měla naplánovat denní program a vlídně přimět nemocného, aby se zúčastnil jednoduché činnosti, při které se bude udržovat aktivní. Jedná se např. o pomalé pohyby v rytmu hudby s podporou a pomocí pečovatele (Holmerová, Mátlová, 2020, s. 77).

Holmerová a kol. (2009, s.38) poznamenávají, že i tito těžce nemocní lidé vnímají citlivý přístup a laskavost. Bohužel, i v této době mají někteří pracovníci tendenci domnívat se, že člověk, který si již nepamatuje své jméno, či své blízké, nic nepotřebuje a není nutné mu věnovat tolik péče. Pravdou je, že prožívat radost a spokojenost jim odepřeno nebylo a jejich pocity jsou stejně důležité a lidské, jako ty naše.

Dle Dopisů ČALS (2020, s. 41) trvá třetí stadium 1-3 roky.

2.2.5. Terminální stadium

Konečná fáze zpravidla trvá několik měsíců a považuje se za poslední rok života, poté přechází v tzv. terminální stav, kdy lze odhadovat dny, až týdny. Verbální projev zaniká, nemocný je schopen opětovat úsměv, či reagovat úšklebkem na bolest. Častá je imobilita, v důsledku ochabnutí svalstva, problémy s příjmem potravy a tekutin, inkontinence. Vyskytuje se bolest v oblastech proleženin, které vznikají působením tlaku z důvodu dlouhodobé polohy na lůžku a celkového oslabení organismu (Holmerová a kol., 2020, s.19). Prevencí těchto dekubit je například časté polohování, obstarání speciálních polštářků, nafukovací matrace, udržovat ložní prádlo suché a čisté, použití šetrného mýdla a krému. Aby nedošlo k trvalému zkrácení svalů a šlach je přínosné provádět cviky, které zabraňují ztuhnutí končetin, ty vzniknou v důsledku nedostatečného pohybu. Setkat se můžeme i s výrazným úbytkem na váze. U pacientů s Alzheimerovou chorobou zaznamenáváme vyšší energetickou spotřebu a je proto vhodné zařadit do denního příjmu speciální doplňky stravy, jako jsou ochucené mléčné nápoje, které obsahují kompletní výživu, tzv. nutridrinky (Holmerová, Mátlová, 2020, s. 79). Jiráček a kol. (2009, s.135) velice

zdůrazňují, že u osob, kteří se nacházejí v posledním stádiu nemoci, není vhodné zavádět umělou výživu, tento způsob neposkytuje pacientovi žádný užitek, naopak způsobuje jistý diskomfort. Pokud je pacient natolik dehydratován, je možné mu poskytnout infuzi fyziologického roztoku. Vzhledem k těmto problémům je klíčová ošetrovatelská péče, paliativní péče za účelem utišení bolesti a zajištění pohodlí a neméně hodnotná podpora rodinných příslušníků (Holmerová a kol., 2020, s.19). Za přínosnou se považuje komunikace pomocí doteku, hlazení, objímání, či držení za ruku, která má na nemocného zklidňující účinek (Callone, 2008).

Hrdlička, Hrdličková (1999, s.8) dodávají, že člověk mnohdy umírá z důvodu výskytu jiné nemoci, například na bronchopneumonii, či na následky úrazů, které se již nepodaří zcela vyléčit a organismus je oslabený.

2.3. Metody diagnózy Alzheimerovy choroby

Brackey (2019, s. 18) uvádí, že pro diagnostiku Alzheimerovy choroby doposud není znám stoprocentně přesný a jednoznačný test, který by nemoc jasně odhalil. Jak Brackey (2019), tak Glenner a kol. (2012) a Koukolík a kol. (1998) se shodují, že až pitva s jistotou odhalí, zda se jednalo právě o tuto chorobu.

Pacient, jeho blízcí, ale mnohdy i někteří lékaři diagnózu Alzheimerovy choroby podceňují, avšak včasná diagnóza poskytuje dostatek času na přípravu přicházející nemoci, jako může být rozhodnutí o způsobu léčby, zahájení účinné terapie, či zařízení důležitých záležitostí (Brackey, 2019, s.18).

Ze všeho nejdříve, by se lidé, které trápí výpadky paměti, měli obrátit na svého praktického lékaře. V průměru tomu tak bývá po necelém roce od zaregistrování prvních symptomů nemoci. Lékař by měl pacientovi, ale i jeho rodinnému příslušníkovi oznámit, že Alzheimerova choroba je onemocnění dlouhodobé, chronické a nelze jej vyléčit. Avšak existují léky, které nemoc značně zpomalí a pomáhají ke zmírnění počátečních, ale i následných příznaků, jako jsou deprese, poruchy spánku, či poruchy chování (Holmerová a kol., 2009, s. 32). Velmi významné jsou anamnestické údaje, ve kterých hledáme možné úrazy hlavy, mozkové příhody, výskyt depresí, nebo jiné psychické poruchy, srdeční onemocnění, či farmaka, které pacient užívá (Jirák a kol., 2009, s.26). Lékař provádí klinické vyšetření a hodnotí stav nemocného, zejména jeho kognitivní funkce, v nejlepším případě za přítomnosti rodiny pacienta. Dále probíhá laboratorní vyšetření krve, moči, funkce jater, ledvin a štítné žlázy, či cholesterolu v krvi (Holmerová, Mátlová, 2020, s. 93)

Holmerová a kol. (2009, s.29) uvádějí tři kritéria diagnózy a to ve formě klinického vyšetření:

- přítomnost demence zjištěna testem, či vyšetřením prováděným psychologem,
- nepřítomnost jiné nemoci, která by eventuálně mohla demenci zapříčinit,
- CT mozku, či NMR mozku, která nevykazují přítomnost např. nádoru, či cévního onemocnění, avšak vykazují jistou ztrátu mozkové tkáně.

Pokud jsou tato zmíněná kritéria naplněna, s nejvyšší pravděpodobností se bude jednat o primární degenerativní proces, avšak nelze s jistotou potvrdit Alzheimerovu chorobu. Je možné že se jedná také např. o Pickovu nemoc či jiné podobné onemocnění.

Jednou z klíčových testových metod je Addenbrookský test, který obsahuje **test MMSE** (Mini-Mental State Examination), jenž hodnotí stav rozumových funkcí, tedy zda je demence přítomna, či nikoliv (Jirák a kol., 2004, s. 143). Obsahuje 11 otázek a doba provedení není vyšší než 10 minut. Test je rozdělen na dvě části, první část je ústní a mapuje orientaci, paměť a pozornost, maximální počet bodů je 21. Druhá část se orientuje na verbální a písemné úkony, napsat smysluplnou větu, či podle vzoru nakreslit mnohoúhelník, zde lze získat nejvýše 9 bodů. Pokud celkový součet bodů vykazuje méně než 25 bodů je pravděpodobná porucha kognitivních funkcí (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s.19). Doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D. uvádí další hojně používaný test **POBAV**, který slouží k brzkému podchycení poruch poznávacích funkcí. Tento test je časově nenáročný a využívá dvaceti obrázků, které pacient písemnou formou pojmenovává, přičemž se je následně pokouší během jedné minuty vybavit. Každá z částí se orientuje na jinou oblast kognitivních funkcí (www.neurologiepropraxi.cz).

Narušení psychických funkcí posuzuje **test ADAS** (Alzheimer's Disease Assessment Scale), či **test SKT** (Symptom Kurz Test) (Jirák a kol., 2004, s.143). Dalším čteně využívaným testem je **Test hodin**. Tento test se specializuje na tzv. vizuospeciální poruchy, tedy poruchy z oblasti zrakově prostorového vnímání. Můžeme zachytit vady motorických funkcí, především apraxie, které se mohou vyskytnout při kreslení tužkou, také poruchy typu dysgrafie nebo znalosti číselné řady. Typů hodnocení existuje vícero, ale MUDr. Pavel Ressner a MUDr. Eva Ressnerová doporučují využití škály dle Hendriksena. Hranice, při níž se kresba stává patologickou je 3 body (www.solen.cz).

Pokud ošetřující lékař shledá výsledky těchto testů jako neuspokojivé, nebo má stav pacienta negativní vliv na jeho osobní život a je zřejmý úpadek soběstačnosti, tak poté

předává pacienta specialistovi – tím může být geriatr, neurolog, psychiatr. Ten nejčastěji odesílá osobu na **zobrazovací vyšetření mozku** (Holmerová, Mátlová, 2020, s. 94). Jedná se o počítačovou tomografii (CT) a magnetickou rezonanci, jenž mohou odhalit určitá onemocnění mozku, která mají stejné, či podobné příznaky jako Alzheimerova choroba. Nejprve je důležité vyloučit vaskulární demenci, při které, v důsledku ucpání cév, dochází k nedostačujícímu prokrvení mozku. Příčinou demence mohou být také infekční nemoci, jako je syfilis, AIDS, borelióza, či nádory. Dále se prověřuje, zda není přítomen subdurální hematom, který zejména ve staří, vzniká po úrazu hlavy (www.upsychiatra.cz).

Specialista provádí další detailnější testy jako například **geriatrickou škálu Yesavage**, která slouží k hodnocení deprese. Původně obsahovala 30 otázek, nyní je však nejvíce používaná verze s 15 otázkami (www.medicinapropraxi.cz). Dalšími možnými testy je také například **Wechslerova škála paměti**, **Stroopův test** pozornosti, či testy řeči a verbální plynulosti.

Součástí diagnostiky je rovněž prošetření nekognitivních funkcí, např. zvládnání každodenních činností, které poskytuje **ADL škála** (Activities of Daily Living). Holmerová a kol. (2009, s.144) uvádějí též **Barthelův test**, který se zaměřuje na zvládnání bazálních a instrumentálních činností. Dále existuje **IADL test** (Instrumental Activities of Daily Living), který mapuje instrumentální činnosti, či **NPI škála** (Narcissistic Personality Inventory), jenž hodnotí problémové chování (Jirák a kol, 2009 in Fertařová, Ondriová, 2020, s.19).

Diagnóza Alzheimerovy choroby lze přesněji určit už jen podrobnějším vyšetřením a invazivním zákrokem, při kterém se zkoumá mozkomíšni mok a jeho hladina tau proteinu a amyloidu (Regnault, 2011, s. 23).

Česká alzheimerovská společnost vytvořila v roce 2008 projekt zvaný Dny paměti, během kterého je možné si nechat otestovat a změřit paměť a to na více než 20 kontaktních místech (Česká alzheimerovská společnost, 2018, s.1).

Ačkoli není Alzheimerova choroba vyléčitelná, přesto, jak uvádějí Holmerová a kol. (2008, s.18-19) je možné i těžší příznaky zmírňovat pomocí symptomatické léčby. Tyto léky jsou vázány jen na lékařský předpis a má to své odůvodnění. V případě nesprávného dávkování, bez dozoru lékaře, se mohou příznaky naopak zhoršit a je zde možnost, že se objeví i nové komplikace, jako je zmatenost nebo neschopnost udržet moč, či stolici. Běžnými a základními léky jsou antidepresiva, neuroleptika, anxiolytika, hypnotika.

Současným způsobem léčby jsou tzv. inhibitory cholinesteráz, které pomáhají vyrovnat hladinu acetylcholinu v mozku, který se při Alzheimerově chorobě snižuje. Je prokázáno, že mají schopnost zachovat kognitivní funkce, co nejdéle je to možné a jsou účinné i v případě psychiatrických příznaků, jako je apatie, halucinace nebo agresivita. Pidrman (2005, s.41) uvádí, že z těchto inhibitorů je k dispozici donepezil, rivastigmin a nejnovější galantamin. Jak zmiňovaný Pidrman (2005), tak Jiráková a kol. (2004, s. 150) doplňují, že tato léčba je nejvýznamnější u lehké až střední formy nemoci. Další skupinou farmak jsou tzv. slabí antagonisté NMDA, ze kterých se využívá zatím jen jedna látka, kterou je memantin, jenž má pozitivní účinky na krátkodobou paměť. Doplnky léčby, které podporují správné fungování paměti jsou například vitamin B12, kyselina listová, ginkgo biloba, vitamin E a C (Zvěřová, 2017, s. 75). Nedílnou součástí úspěšné terapie je také nefarmakologická léčba, které se budu blíže věnovat v následující kapitole mé bakalářské práce.

3. Význam aktivizace klientů s demencí

Pojem aktivizace znamená podněcování, či stimulování osoby k určité činnosti. Je však nutno uvést, že bychom neměli pacienta považovat za pasivního příjemce předem vytvořených programů a aktivit. Při aktivizaci by se měl brát zřetel na psychickou a fyzickou stránku seniora, ale v neposlední řadě je důležité uvědomění, že každý člověk je jiný a má jiné potřeby. Senior sám musí chtít činnost provádět a zároveň musí být takové aktivity schopen. Ten, kdo organizuje a vykonává aktivizační programy se nazývá aktivizační pracovník. Správně vybranými aktivitami, jako je rozvíjení aktivit kreativního rázu, osobnosti, zájmů, či zajištění kulturního života a sociálních kontaktů, přispívá k soběstačnosti osoby, o níž pečuje (www.seniorvnmocnici.cz). Zgola (2003, s. 148) uvádí, že „něco dělat“ znamená pro mnoho lidí cítit se „být naživu“. Palčivou stránkou Alzheimerovy choroby je fakt, že živého člověka obere o schopnost něco dělat už o mnoho let dříve, než by si byl představoval. Programy, vhodné pro osoby s demencí by měly využívat všech sil, které ještě člověku zbývají. Takové programy mají nemocnému dodávat pocit, že je stále ceněný, zodpovědný a milovaný.

Aktivizace může probíhat v užším, ale i širším slova smyslu. V užším slova smyslu se zaměřuje na osoby, které mají zhoršenou, či již zaniklou soběstačnost a snaží se předcházet tzv. imobilizačnímu syndromu. V širším slova smyslu se jedná o aktivizaci, která poskytuje smysluplné vyplnění volného času a usiluje o posilování a další rozvíjení fyzických aktivit (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 34).

Cílem aktivizačních programů je zachování, popřípadě dosažení pokroku v oblasti dosavadních dovedností – hrubé a jemné motoriky, soběstačnosti, paměti, pozornosti, řečových funkcí, orientace atd. Zaměřuje se též na smysluplné naplnění volna, postupné odstraňování poruch z oblasti chování, jako pocit neklidu, bloudění, depresivní stavy, podrážděnost, či agrese. Usiluje o zesílení pacientova sebevědomí, sebedůvěry, ale také o jeho prosazení a uplatnění ve společnosti lidí. Poskytuje pravidelný řád a s tím spojený pocit stálosti a bezpečí. I přes významný vliv aktivizace na klienty, je důležitá přiměřenost a rovnováha. Příliš mnoho vykonávaných činností může osoby vyčerpat, či podráždit. (Holmerová a kol., 2009, s.140-141).

3.1. Aktivizační programy a potřeba motivace

Klvetová (2017, s.43) ve své publikaci uvádí, že „*motivace je hybnou pákou lidského chování, která nás nutí uspokojovat své vlastní potřeby*“. Osoba, která je postižena

chronickým onemocněním ztrácí schopnost rozvoje dosavadních schopností a dovedností a naopak je postupně ztrácí. Důležitým aspektem motivace je snaha o získání rovnováhy mezi sebou a okolím takovými činnostmi, které poskytují dosažení spokojenosti, naplnění osobních potřeb a soběstačnosti.

Častým problémem, jak popisuje Rheinwaldová (1999, s.34-36) je nízká účast na aktivitách, v důsledků malého zájmu. Mnoho seniorů má strach zkoušet něco nového, jejich představa, že neobstojí, je frustrující. Stejně jako zmíněná Rheinwaldová (1999), tak i Zgola (2003) konstatují, že není nutné, aby se každý ihned do činnosti zapojil, člověk má mít možnost se jen přijít podívat, pozorovat, či se rozhodnout nezúčastnit se. Je vhodné klienty informovat, o tom, co se bude vykonávat, zda činnost proběhne v sedě, či ve stoje, co se přiučí, s čím se seznámí, jak dlouho bude probíhat a ujistí je, že je možnost kdykoli s aktivitou přestat, popřípadě odejít, či budou s pomocí personálu odvedeni zpět do svého pokoje. Jiní starší lidé neradi opouštějí svůj pokoj, ve kterém se cítí bezpečně, zde je třeba vyvinout více snahy na vybudování důvěry a zprvu např. pořádat aktivity na pokoji. Jindy odmítají účast z důvodu účasti cizích lidí, či lidí, které nemají v oblibě. Bojí se stísněného prostoru, velkého počtu osob, chaosu. Na to vše je důležité myslet při sestavování skupin. Pracovníci by měli zaujímat chápavý postoj, ujišťovat o bezpečí, jednat trpělivě a s úctou, motivovat. Programové aktivity je vhodné obměňovat, aby se nestaly nudnými a neobohacujícími. ČALS v Dopisech (2020), zdůrazňuje, že aktivity, které pacient vykonává by měly být smysluplné, klient by neměl nabýt dojmu, že je jen zabavován. Při každé vykonávané činnosti je vhodné poznamenat, jak je skvělé a důležité, že pomáhá.

Klienty mohou zaujmout venkovní, nebo domácí práce, které zahrnují stále se opakující se činnosti, kterým se lidé věnovali již před nemocí, či před nástupem do zařízení. Tyto úkony jsou jim známé a nehrozí zde strach z neúspěchu nebo zesměšnění. Může se jednat o úklid listí, úpravu záhonu, věšení prádla (Zgola, 2003, s. 2004).

Nabízené aktivity by pracovníci měli přizpůsobit silným stránkám klienta, tomu v čem vyniká a brát zřetel na jeho nemoci a jiná omezení (Zgola, 2003, s. 164). Klevetová (2003, s.43) se domnívá, že pečující osoby mohou klientovi pomoci povzbuzením, pochvalou a vhodným postojem. Senioři vyžadují ujištění, že v činnosti obstojí a pracovník tím současně dává najevo, že věří v jejich schopnosti. Získání klienta pro připojení do aktivit sebou přináší řadu znalostí o jeho životě, péči, která vychází z tělesných změn a celkové kondice, ale také změn v oblasti prožívání a sociálních rolí. Významným a nelehkým bodem je vytvoření empatického a osobního vztahu, který funguje na bázi vcítění, kdy osobu

nekritizujeme a neodsuzujeme. Špatným příkladem, jak popisuje Rheinwaldová (1999, s.13) jsou některé programy, které slouží jen k zabavení osob, jiné jsou jen výlučně terapeutické a chybí jim vyváženost a rovnováha. Program by se měl věnovat, jak zábavě, tak terapii. Úspěch žádaných programů se zakládá rovněž na motivovaném personálu, který poskytuje kvalitní vedení, inovační myšlenky a podporu.

3.2. Formy aktivizace

Základní klasifikací aktivizace je na primární a sekundární, neboli na preventivní a léčebnou.

- **Primární aktivizace** se orientuje na zdravou stárnoucí populaci. Podporuje zdravý životní styl, zapojení seniorů do společnosti, či zájmové aktivity. Jedná se o prevenci, jejíž cílem je udržení soběstačnosti seniora.
- **Sekundární aktivizace** zahrnuje léčebné programy pro osoby v tíživé životní situaci, např. pro trpící demencí, kdy aktivizace zpomalí postup nemoci a naopak nečinnost má často zničující dopad na stav pacienta (Langmeier a kol., 2007, s. 368).

Janečková a kol. in Kalvach a kol. (2004) popisují rozdělení aktivit dle určitých kritérií. Nejčastěji vyskytující se třídění je dle počtu osob, které se do činnosti zapojují.

- **Individuální aktivizace**, jenž klient vykonává samostatně, avšak popřípadě potřebuje podporu pečovatele, který motivuje ke koncentraci, či tvořivosti. Jedná se např. o čtení, psaní, péči o tělo. Jiráček a kol. (2009, s.93) dodávají, že individualizované aktivity vyžadují především osoby ve fázi pokročilé demence, u kterých dochází k zhoršení funkcí ve všech oblastech. Účast při kolektivních aktivitách nemocnému již nepřináší takový užitek, naopak mu nemusí dělat dobře.
- **Párové aktivizace** se účastní osoba spolu s partnerem, přítelem, pečovatelem, či s jinou blízkou osobou. Patří sem vzájemné návštěvy, procházky, přítomnost na divadelním představení, či výstavě, tělesná cvičení. Taková aktivizace podporuje komunikaci a mezilidské vztahy.
- **Společenské aktivizace**, které probíhají ve velkých skupinách a přináší sociální a společenské začlenění osob. Přínosem může být spontánní projev pocitů a zapojení všech zúčastněných do her, soutěží, či tancování a zpěvu.
- **Skupinová aktivizace** vzniká v menších skupinách, které mají jasný cíl. Jsou tvořeny pro určitou činnost. Člověk zde nalézá pocit, že někam patří, má svou roli,

setkává se s přáteli, se kterými se vzájemně podporuje např. při vaření, pečení, kreslení, četbě, modeláži výrobků, či zvelebování společné místnosti. Tato forma aktivizace je velmi významná pro klienty trpící demencí.

Osoba postižená syndromem demence vyžaduje takovou skupinu, ve které se bude cítit komfortně a jež poskytuje takové činnosti, jimž stačí jeho síly. Nejlepší možností je uzavřená skupina o šesti až sedmi lidech, do které patří vybraní jedinci a nehrozí denní nepředvídatelnost zapojení nových členů. Při každém dalším setkání je nutné členy znovu obeznámit, proč se setkání koná a kdo se ho účastní – seznámit jednotlivé členy. U aktivizace by se nemělo zapomínat na pozitivní zpětnou vazbu. Skupina, která dosáhla kladného výsledku vypadá tak, že se lidé dokážou projevit s vědomím, že nic neriskují, hovoří spontánně, otevřeně a nemají strach vypustit své myšlenky (Zgola, 2003, s.168-171).

Další členění uvádí Rheinwaldová (1999, s. 23) a to dle druhu programů, které se nejčastěji provozují v domovech pro seniory:

- ruční práce a umělecké činnosti (malování, kreslení, modelování, tvoření výrobků),
- společenské programy, debaty, rozhovory, taneční a hudební zábava, hry,
- fyzické zdokonalování, cviky, sportování,
- programy v prostředí přírody,
- programy náboženského zaměření,
- vzdělávání, studium.

Dodává, že je třeba všechny výše uvedené programy a činnosti využívat a zajistit dostatečnou pestrost, nikoli se zaměřit např. jen na ruční práce.

3.3. Zábavně-terapeutické formy aktivizace

Tyto formy nefarmakologické léčby hrají stejně důležitou roli jako léčba farmakologická. Oba přístupy je nutno kombinovat a zajistit vzájemnou provázanost (Jiráček a kol., 2004, s. 105). Při výběru vhodných aktivizací je nutné dbát na detailnější poznání pacienta, pro kterého je terapie připravována a to nejlépe formou testování. Testování by mělo proběhnout až po několika dnech od nastoupení klienta do zařízení, kdy si na nové prostředí už trochu zvykl a není již v počátečním stresu. Zpravidla se nejprve začíná rozhovorem s rodinou a pacientem, kdy zjišťujeme základní informace o životě osoby, rodinných vztazích, zájmech, zvycích, zaměstnání, zdravotním stavu a omezeních, to vše pomocí dotazníku (Holmerová a kol., 2009, s. 138). Velice přínosné při sestavování individuálních a skupinových programů je pozorování klienta. Dle pozorování lze vyplnit

tabulku odpovídajícím hodnocením od 1 do 10, které udává celkový přehled o stavu nemocného. Tabulka obsahuje čtyři části – fyzická kondice, péče o sebe samého, poznávací a smyslové funkce, emoční a společenské schopnosti. Pozorování a následné hodnocení by se v nejlepším případě mělo opakovat jednou za půl roku z důvodu možných změn. Dalším užitečným pomocníkem může být dotazník, směřovaný na zájmy a činnosti, které klient ve svém volném čase rád dělá. V první části kroužkuje odpovědi na otázky typu, kde nejraději tráví svůj čas, jakým činnostem dává přednost, či jaký denní úsek je pro něj nevhodnější. Druhá část obsahuje otevřené otázky, které se znovu týkají oblíbených, či neoblíbených činností (Rheinwaldová, 1999, s. 26-29).

Lidem v pokročilejší fázi demence je žádoucí zajistit pravidelnost denního režimu, tzv. programové aktivity. Osoby by neměli být do aktivit a činností nuceni, přesto je vhodné je citlivě vést k zachování optimálního rytmu během dne a k podílení se na určitých smysluplných aktivitách se kterými souhlasí, jsou dle jejich libosti a z kterých profitují. Pro příklad lze uvést dobu jídel, která je přirozeným denním mezníkem. Je dobré zachovávat stejný čas vstávání, s následnou ranní hygienou a snídaní. Lidé mohou pomoci s přípravou jídla, prostřením stolu nebo sklízením nádobí. Po obědě jsou lidé s demencí často unavení, je třeba jim tedy poskytnout přiměřený čas na odpočinek. V odpoledních hodinách se nabízí vystřídat dvě, či tři aktivity konané ve vnitřních, či venkovních prostorech, s přestávkou na svačinu. Přidání večerních aktivit závisí na náročnosti celého dne, nicméně některá zařízení je podporují z toho důvodu, že klienti poté lépe usnou a mají kvalitnější spánek (Jiráček a kol., 2009, s. 91-92). Rutina, jak píše Zgola (2003, s.200) je pro člověka trpícího demencí zásadní, poskytuje jistotu, bezpečí a předvídatelnost, člověk ví, co bude následovat bez obav ze ztráty kontroly a bez strachu z neznáma.

S další, pokročilou fází demence přichází potřeba orientace na individualizované aktivity. Osoby se snáze unaví a je očividné, že jim předchozí aktivity již nepřinášejí radost, ani užitek. Přesto je vhodné do jejich dne zahrnout alespoň jednoduché, ale rozmanité činnosti, při kterých jim budeme nápomocni (Jiráček a kol., 2009, s. 93).

3.3.1. Orientace realitou

Orientace realitou, či výstižněji terapie zaměřená na orientaci pacienta v realitě, je jeden z nejstarších přístupů v oblasti demence zaměřený na kognitivní schopnosti. Existují dvě hlavní formy této terapie. První z nich, 24-hodinová, či nazývaná také jako neformální, se odehrává po celý den a napomáhá ke zlepšení orientace pacienta v okolí. Cílem je, aby

pacient registroval vyskytující se změny a snažil se je co možná nejlépe zapamatovat, či pro zapamatování použít pomůcku k tomu určenou, např. zápisník (www.kaplan-nemocnice.cz). Jiráček a kol. (2009, s.96) uvádějí příklady prvků, které lze využívat, např. hodiny, či kalendáře, které jsou situované, tak aby na ně bylo dobře vidět, nástěnky a tabule s důležitými informacemi, velké nápisy, barevná a čitelná označení, výzdoba odpovídající ročnímu období. Druhá forma terapie se specializuje na společná skupinová sezení, též jako forma „školní třídy“. Tyto skupiny se skládají z menšího počtu členů, jsou pořádány pravidelně několikrát týdně a zaberou 30 až 45 minut času. Přínosem je udržování kontaktů a získávání nových informací, zpráv, údajů, témat prostřednictvím takových materiálů a her, které s daným tématem souvisí (www.kaplan-nemocnice.cz). Avšak Holmerová a kol. (2009, s. 174) konstatují, že pokud tato metoda není používána šetrně a s rozmyslem, může způsobit poruchy chování, jako třeba agresivitu nebo úzkost, ačkoli by naopak měla fungovat jako jeden ze způsobů prevence, jak těmto behaviorálním poruchám předejít. Někteří dokonce zaujímají takový názor, že tato terapie může být užitečná jen pro seniory, kteří jsou zdraví, naopak pro osoby trpící demencí nikoli.

Holmerová a kol. (2009, s.175) upozorňují, že pečující osoba by nic neměla pokládat za jisté a evidentní a proto nemocnému poskytovat všechny informace, které vyžaduje, formou běžného rozhovoru a aniž by ho zatěžovala. Důležitým bodem je také vhodné oslovení klienta, paní či pane, popřípadě spojení s křestním jménem, tedy např. „paní Věro“. Terapie zaměřená na orientaci v realitě je velice přínosná pro osoby, u kterých kromě poruch kognitivních funkcí zaznamenáváme i poruchy smyslové, problémy zraku a sluchu. Nedílnou součástí je také zajištění takového prostředí, které orientaci ulehčí, jako označení dveří často navštěvovaných místností nápisem, barvou, obrázkem. Pozornost by neměla uniknout ani prostředí, které je vhodné pro usínání a noc. Stíny, obrysy mohou osobu děsit a nedokáže si je vysvětlit, proto je důležité pokoj vybavit mírným osvětlením a zamezit rušivým elementům zvenčí, pomocí závěsů nebo žaluzií.

3.3.2. Kognitivní rehabilitace

Kognitivní trénink představuje metody, jejichž prostřednictvím lze cvičit a posilovat fungování kognitivních, neboli poznávacích funkcí, jako je soustředění, pozornost, paměť, myšlení, vyjadřování, porozumění řeči a čtení. Je významný především pro zdravé seniory, nebo ty, u nichž byla zaznamenána lehká porucha paměti v důsledku stáří. Seniory vyzývá k soutěživosti a trénuje jejich rychlost a správnost při odpovídání, v neposlední řadě oddaluje nástup demence a je prospěšný při mírných poruchách funkce mozku. Možnou

aktivitou při posilování paměti je pravidelné čtení s následným výkladem právě přečteného, řešení matematických a slovních úloh, luštění křížovek a hlavolamů, účastnění se vědomostních soutěží a hraní společenských her, vyvarování se sociální izolaci a udržování vztahů (Holmerová a kol., 2009, s. 158). Hátlová (2010, s.63) uvádí, že kognitivní rehabilitace je naopak vhodná pro osoby trpící kognitivní poruchou, snaží se o procvičování doposud zachovaných funkcí mozku a udržovat především slovní zásobu, pozornost a dlouhodobou paměť, která zůstává po delší dobu zachována a tím oddálit další progresi demence. Aktivita konaná na podporu krátkodobé paměti jsou užitečné jen v počínající fázi demence. Jak Hátlová (2010), tak Holmerová a kol. (2009) zdůrazňují, že tato metoda je na rozdíl od kognitivního tréninku citlivější, je třeba nemocným poskytnout více času, nespíchat a nedat prostor stresu. Také doporučují rehabilitaci provádět po kinezioterapii, kdy pohybová cvičení mozek lépe prokrví a připraví pro další činnost. Aktivita by měli být voleny tak, aby je klient zvládal, bavily ho a s ohledem na jeho onemocnění přinášely užitek. Pro příklad lze uvést jednotlivá cvičení, např. napsání známých zkratk a pacienti poté hádají, co jednotlivá písmena představují za slova. Oblíbená je také hra na „nákup“, kdy je nákupní seznam o až 15 položkách nejméně dvakrát přečten a účastníci se poté pokoušejí vybavit, co nejvíce z nich. Dalším cvičením jsou přísloví a pranostiky, terapeut čte první část a druhou část mají doplnit pacienti. Existuje mnoho dalších, jako hra na dvojice, přirovnání, slova, která se nehodí do seznamu, slova s opačným významem, slova s vícero významy atd. (Holmerová a kol., 2009, s. 161-169).

Česká Alzheimerovská společnost vytvořila několik publikací, příruček, sešitů v několika stupních obtížnosti, dle formy onemocnění, které je možno volně zakoupit. Některé slouží k procvičování krátkodobé paměti, jiné k procvičování plánování, rozhodování, pozornosti, či slovní zásoby.

3.3.3. Senzorická stimulace

V senzorické neboli smyslové stimulaci se jedná o stimulaci jednotlivých lidských smyslů a to zraku, sluchu, hmatu, čichu a chuti, tedy vnímání pomocí smyslů. Osoby, které jsou postiženy demencí postihuje postupné zhoršení všech smyslových orgánů, avšak v případě časně a pravidelné terapie lze tento symptom zpomalit. Senzorická stimulace může probíhat ve spojení s kognitivní rehabilitací a jejími cviky, jindy ji lze využít samostatně jako další terapeutickou formu aktivizace (Holmerová a kol., 2009, s. 166). Terapie, která se koná ve skupině, či individuálně, využívá předměty a činnosti běžného dne – známé obrázky, slova, vůně, hmatem rozpoznatelné předměty, pohybové aktivity, texty písní,

pomocí kterých se znovu vybavují vzpomínky. Cílem je zachování slovní zásoby, posílení sebedůvěry a sociálního kontaktu, zlepšení jemné a hrubé motoriky nebo koordinace pohybu. Jejím přínosem je také podpoření dobrého psychického stavu, působí proti rozrušení, neklidu a má pozitivní vliv na spánek (www.fol.brnod.s.cz).

Hmatová stimulace se doporučuje spíše pro osoby v počátečních formách demence a je vhodná převážně pro ženy. Používají se kousky látek z různých materiálů a různého povrchu, pomocí hmatu se pacienti snaží vnímat rozdílnost v hrubosti, jemnosti, tvrdosti, měkkosti, teplotě. Tuto terapii lze nakombinovat s reminiscenční terapií, kdy osoby vzpomínají, co, který materiál připomíná. Čichová stimulace je naopak vhodná v každém stadiu demence, avšak je důležité mít na paměti, že lidé ve vysokém věku mívají čich značně narušený. K této aktivizaci je třeba zajistit např. nepojmenované kořenky, známé vůně jídla, či nápojů, po přičichnutí účastníci poznávají, o jaký druh se jedná. Zlepšení nálady, povzbuzení, či zklidnění může poskytnout aromaterapie. Zraková stimulace může probíhat prostřednictvím barevných kartiček, dle jedné z nich se vybírají předměty v místnosti, či v přírodě, které mají stejnou barvu, jako právě vytažená karta (Holmerová a kol., 2009, s.173). Zraková stimulace pomocí aplikace světla, může příznivě ovlivnit poruchy denního rytmu a tedy problémy se spánkem (Holmerová a kol., 2009, s. 231).

Součástí je také multisenzorická stimulace, která probíhá v místnosti zvané Snoezelen. Orientuje se na relaxaci, uvolnění, interakci a navození klidné atmosféry. Vybavení místnosti je různé, může obsahovat tepelnou stimulaci, vibrační stimulaci nebo zrakovou stimulaci, do které patří UV světla, LED panely a reflektory, zrcadlové koule apod. Léčebný prostředek představuje též relaxační hudba a aromalampy (www.sanatoria-klimkovice.cz).

3.3.4. Reminiscenční terapie

„Jestliže jsou staré vzpomínky náležitě doceněny, mohou se stát úžasným klenotem, jak pro osobu postiženou Alzheimerovou chorobou, tak pro pečovatele.“ (Sheridan, 1991 in Zgola, 2003)

Reminiscence se zaměřuje na vzpomínky a jejich vybavování pomocí nejrůznějších podnětů. Využívá dlouhodobou paměť, která je i v pokročilých fázích demence poměrně dlouho zachována (Suchá, 2003 in Hátlová, 2010, s. 63). Konat se může ve skupině, či individuálně a to především u osob, kteří se vyhýbají většímu počtu lidí. Je přínosné a žádoucí, aby se terapie účastnil i rodinný příslušník. Tato metoda se podílí na obnově

komunikace a posílení lidské důstojnosti. Pacienti, ale také jeho blízcí se mohou navrátit do doby dřívějšího života před nástupem onemocnění, pečujícím poskytuje významné informace o životě nemocného a tak je možné lépe organizovat jeho denní program a péči. Dalším důležitým bodem je schopnost dobré komunikace mezi terapeutem a pacientem. Lidé postižení demencí mají s komunikací a vyjadřováním problém, ačkoli chtějí říct, co mají na mysli, nenacházejí správná slova, proto je třeba pečlivě naslouchat, všimnout si nonverbálních projevů, kterými mohou vyjadřovat své pocity, být empatický a snažit se porozumět. Vzpomínky lze vyjadřovat vyprávěním, rukodělnými činnostmi – vařením, hudbou, pohybem, výtvarnými činnostmi, recitováním. Terapie se může opírat o témata jako jsou přátelé z dětství a jejich společné příhody, první lásky a zamilování se, plesy a kulturní akce, vzpomínky na vojnu, svatbu, cestování, dovolené, školu apod. (Holmerová a kol., 2009, s. 181-188). K vybavení vzpomínek mohou pomoci i pomůcky, jako staré fotografie, noviny a časopisy staršího vydání, kalendáře, osobní předměty a předměty, které se dříve používaly, staré nahrávky filmů a písniček (Malíková, 2011, s. 239). Holmerová a kol. (2009) in Malíková (2011) dodávají, že některá zařízení mají k dispozici speciální místnosti, tzv. memory room, v nichž klienti mohou vzpomínat na své mládí i prostřednictvím uzpůsobeného prostředí, které evokuje právě dobu minulou. Holmerová a kol. (2009) také doporučují provádět reminiscenční terapii ve spojení s validací.

3.3.5. Validáční terapie

Validáční terapie, nebo také metoda validace je velice vhodná pro osoby, jenž trpí syndromem demence (Klevetová, 2008 in Malíková, 2011). Jedná se o přístup, který vypracovala Naomi Feilová, původem z Německa. Celý život se specializovala na práci se seniory a zaujímá názor, že pokud chce člověk v poklidu odejít ze svého života, musí se nejprve se svým životem a jeho nástrahami vyrovnat, uzavřít minulost. Cílem validace je tedy hodnocení, snaha vyřešit záležitosti z minulosti a eliminovat stres s nimi spojený, poskytnout pocit spokojenosti a navrátit vlastní hodnotu (Rheinwaldová, 1999, s. 42). Smyslem terapie, jak uvádí Klevetová (2008) in Malíková (2011), je najít traumata, která klient ve svém životě prožil, uvědomit si minulé události a vyvolat vzpomínky. Pokud se podaří nalézt a pojmenovat příčiny těchto traumat, terapeut následně pomáhá se s nimi vyrovnat. Dle Malíkové (2011, s.240) je důležité uvědomění, že nezpracované emoce a prožitky mají významný vliv na psychickou stránku a emoční postoj jedince. Lidé s demencí mají odlišné vnímání reality, terapeut by je neměl opravovat, či věci vyvracet, ale naopak podporovat ve snaze vyjádřit, co cítí a co potřebují sdělit. Při validáční terapii je

možné a vhodné provádět různé činnosti, které slouží k zaměstnání pacienta a zároveň podporují jeho koncentraci k danému tématu.

3.3.6. Rezoluční terapie

Rezoluční terapie se doporučuje využívat u osob, které jsou v pokročilé fázi demence a ztratily schopnost si plně uvědomovat skutečnost. Je zbytečné a nemístné snažit se o navrácení do reality v plném rozsahu, naopak je vhodné vycházet z toho, co se u nemocného děje právě teď a jeho projevy respektovat. Stejně jako ostatní metody, i tato metoda vyžaduje zjištění zásadních informací o pacientovi a mít povědomí o jeho dřívějším životě, následně je možné inferovat negativní projevy v chování, jako křik, zlost, lhostejnost, či nespokojenost. Rezoluční terapie pracuje na principu dlouhodobé paměti, kdy klient setrvává ve své minulosti a prožívá ji v přítomném čase. Úlohou terapeuta je neopravovat, neusměrňovat, nenavracet zpět do reality, naopak se nechat vnést do změněné reality, kterou si klient vytvořil. Cílem terapie je eliminace konfliktů, které s odlišným vnímáním reality mohou vznikat a tím přispět k navození klidu a spokojenosti nemocné osoby (Malíková, 2011, s. 245).

3.3.7. Pohybová a taneční terapie

Jedna z osvědčených pohybových terapií je kinezioterapie, která představuje léčebnou metodu sloužící ke zlepšení fyzické kondice, síly, vytrvalosti a ohebnosti. Je vždy směřována na tu oblast těla, která je právě poškozena, či chybí správné fungování. Je vhodná především pro pacienty, kteří jsou upoutáni na lůžko, či trpí nedostatkem pohybu, v důsledku toho je ohrožena i funkce centrálního nervového systému, který kontroluje pohyb. Má pozitivní vliv na funkci vnitřních orgánů, jako je trávení a dýchání a podílí se na zlepšení stavu pohybového aparátu, kdy pomáhá při špatném zakřivení páteře, či při zkrácených svalech (www.rehabilitace.info). Holmerová a kol., (2009, s. 189) uvádějí, že kinezioterapie je také somatoterapeutická metoda, která při pohybových činnostech využívá i psychiku a sociální vazby jedince. Tím zvyšuje jeho aktivitu, dodává sebeúctu, je účinná proti úzkosti, stresu, zlepšuje postupně komunikaci. Při práci s osobami s demencí je vhodné volit dynamická cvičení, která lze dobře napodobit.

Do pohybových cvičení, jak popisují Jiráček a kol. (2009, s.100) lze napojit také taneční terapii. Tanec a především hudba působí velmi silně na emoce a napomáhají k nonverbální komunikaci. S poslechem hudby je dobré spojit jednoduché pohyby prováděné do rytmu. Pokud se podaří spojit příjemné prostředí, příjemnou atmosféru, pozitivní naladění terapeuta

a účastníků, pak je možné dosáhnout schopnosti vyjádřit pocity a emoce, motivovat k pohybu, ale i zlepšit vnímání a celkový zájem o dění okolo. Chaiklin (1975) in Šik (2008, s.142) navíc dodává, že díky pohybu dochází k projevu emocí, které mohou být v našem nitru zablokované z minulosti.

Mnohdy se lze setkat se situací, kdy je osoba trpící demencí přemístěna do nemocnice z důvodu pádu a následné fraktury, či jiného onemocnění, které má později negativní vliv na jeho pohyb. Pacient se stává zcela imobilním nebo částečně imobilním. V této chvíli je vhodné do léčby zařadit fyzioterapii, která je vedena kvalifikovaným fyzioterapeutem (Holmerová a kol., 2009, s. 151).

3.3.8. Ergoterapie

Ergoterapie, prováděna ergoterapeutem, je klíčovou složkou celkové péče o člověka trpícího demencí. U těchto osob se především jedná o podporu soběstačnosti. Tato terapie byla dříve a někdy i v současnosti často chybně označována jako tzv. léčba prací (Holmerová a kol., 2009, s. 142). Česká asociace ergoterapeutů uvádí, že ergoterapie je disciplína, která se díky smysluplnému zaměstnávání osob snaží o zachování a následné využívání schopností klienta, které jsou potřebné k výkonu běžných denních, ale i pracovních a zájmových aktivit. Je vhodná pro osoby různého věku s fyzickým, psychickým, smyslovým a mentálním postižením. Usiluje o zlepšení soběstačnosti pomocí konkrétních nácviků, poradenství, kompenzačních pomůcek ale i uzpůsobením prostředí dle potřeb klienta. Praktický nácvik využívá skutečných situací, které vznikají v rámci každodenního života a jsou pro samostatné fungování nezbytné, v nejlepším případě probíhá v přirozeném, domácím prostředí osoby (www.ergoterapie.cz).

Holmerová a kol. (2009, s.144) doplňují, že v případě osob s demencí není možno ve větším množství využít technických a kompenzačních pomůcek a to z důvodu neschopnosti se s těmito předměty naučit správně pracovat v důsledku degradace kognitivních funkcí. Mezi nejvíce vyskytující se problémy v oblasti samostatnosti můžeme zařadit problémy s chůzí a stabilitou, náročné vstávání ze židle a z lůžka, zažívání stresu při provádění hygieny, inkontinence, obtížné využívání WC, problémy s oblékáním, využívání příboru, podávání léků, obsluha spotřebičů. Ergoterapeut se také podílí na sestavení terapeutického plánu.

3.3.9. Arteterapie jako výtvarný prostředek

Arteterapie, pojatá v užším smyslu, vyjadřuje léčbu výtvarným uměním, v širším smyslu pak pod tuto terapii zařazujeme léčbu i prostřednictvím jiného umění, jako je hudba, poezie, tanec, či dramaterapie (Holmerová a kol., 2009, s. 212). Vymětal (2007, s.274) uvádí, že důležitý je, jak proces výtvarného díla, tak výsledek, naproti tomu Holmerová a kol. (2009, s.212) jsou toho názoru, že rozhodujícím se stává právě proces, v rámci kterého produkt vzniká a je nedílnou součástí prevence i terapie. Holczerová a Dvořáčková (2013, s.12) konstatují, že arteterapie se nezaměřuje ani tak na estetiku výtvaru, ale spíše funguje na bázi osobního vyjádření. Tvorba se považuje za formu odpočinku, ale i tvůrčí činnost, která má obohacující účinek, v neposlední řadě napomáhá při psychických potížích.

Jak uvádí Šicková-Fabrizi (2002) in Holczerová a Dvořáčková (2013), terapie je u seniorů využívána především při procvičování krátkodobé paměti, při podpoře osobní hodnoty a důstojnosti, zlepšování jemné motoriky a snaží se zachovat zbývající vitalitu a kreativitu. Pro pacienty s demencí jsou u tvoření typické některé projevy, Veselovská (2002) in Holmerová a kol., (2009) popisuje například nápadně dlouhé tvary, chaos v uspořádání objektů, ornamenty a schopnost lepší práce s kolážemi. Vhodné je terapii zaměřit na jednotlivá roční období a jejich tradice, například v období Velikonoc lze péct beránka, zdobit perníčky, vytvořit tematické ozdoby, výzdoby a přání, malovat kraslice. U pacientů postižených syndromem demence se doporučuje kreslit a malovat na větší plochy. Dalším tipem je malování na hedvábí, práce s papírem, otiskování listů a dlaní, obrázky tvořené pomocí voskovek, výroba polštářů či práce s květinami (Holmerová a kol., 2009, s.214-223).

3.3.10. Animoterapie

Animoterapie je totožné označení dle Holmerové a kol. (2009) nebo Hátlové (2010) pro pet-terapii. Jiné pojmenování – zooterapie, je možné nalézt u Holczerové a Dvořáčkové (2013). Všechny tyto termíny vyjadřují rehabilitační a psychosociální metody, které využívají vzájemného kladného působení při setkání člověka a zvířete (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 85). U osob, jež jsou postiženy demencí, hraje velkou roli přítomnost zvířete v instituci, či docházení chovatelů za klienty. Terapie prostřednictvím zvířat zlepšuje fyzický, a především psychický stav klientů. Pokud je zvíře umístěno v prostředí, v němž pacient žije, působí poté více domáckým dojmem. Zvíře je výborným zdrojem komunikace a podílí se na zvýšení sebevědomí z důvodu péče, kterou mu pacient, pokud je schopen, obstarává. Také může snižovat úzkostné stavy, deprese, neklid, včetně poruch spánku

(Holmerová a kol., 2009, s.229). Animoterapie lze dělit dle druhů zvířat, které se využívají, velice známá a oblíbená je canisterapie s pomocí psa. Dalšími jsou felinoterapie (kočka), hipoterapie (kůň), delfinoterapie (delfín), ornitoterapie (ptactvo) a další (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s.85).

3.3.11. Muzikoterapie

Muzikoterapie, neboli terapie hudbou využívá rytmu, intenzity, melodie a harmonie jako léčebného prostředku. Probíhá formou poslechu, nebo přímo aktivním vytvářením hudby. Napomáhá k schopnosti vyjádřit se a také k tvořivosti u lidí, kteří mají problémy s komunikací, tím posiluje mezilidské kontakty u jedinců, kteří jsou sociálně izolovaní (Vymětal, 2007, s. 284). Terapie hudbou nachází využití u širokého spektra klientů, je vhodná pro osoby s rakovinou, mozkovou obrnou, poraněním mozku, demencí, či u narkomanie, podílí se na zmírnění chronické bolesti (Kolektiv autorů, 2006 in Holczerová a Dvořáčková, 2013). Holmerová a kol. (2009, s. 225) dodávají, že muzikoterapie má významný vliv na psychiku pacienta, navozuje pocit klidu a v případě osob trpících demencí posiluje jejich sebevědomí prostřednictvím textu písní, či jednotlivých melodií, které díky dlouhodobé paměti zůstávají nezapomenuty. Hudba se může provozovat pomocí často používaných, rytmických Orffovo nástrojů, jako je triangl, chřestítko, tamburína, bubínek, paličky atd.

Této formě aktivizace se podrobněji věnuji ve čtvrté kapitole a v praktické části své bakalářské práce.

4. Využití muzikoterapie u osob s Alzheimerovou chorobou

„*Hudba dělá zázraky*“, jak ve své knize píše Brackey (2019). To, že hudba léčí je všeobecně známé, napomáhá zdravým jedincům, ale stejně prospěšná je také pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou (Holmerová a kol., 2009, s. 225). Avšak PaedDr. Lubomír Holzer, muzikoterapeut, pedagog a umělec, zdůrazňuje, že velká část lidí zatím nemá povědomí o zásadním rozdílu mezi hudbou a muzikoterapií. Podle jeho názoru, hudba sama o sobě, ještě neznamena proces muzikoterapie, může navodit dobrou náladu, zažehnout emoce, léčení ji však přisuzovat nemůžeme. Tvorba hudby nemá žádné hranice, ani pravidla, naopak muzikoterapie, jakožto terapeutický proces se musí řídit jasnými, určitými pravidly, principy a zákonitostmi, které je nutno dodržovat k dosažení výsledků (www.imuza.upol.cz).

Muzikoterapie je považována za terapeutický přístup a zařazena do tzv. expresivních terapií. Terapie, této povahy, využívají výrazových uměleckých prostředků, jako je hudba, drama, výtvarné umění, nebo pohyb. Výraz muzikoterapie je řeckého a latinského původu. V řečtině je překládána hudba jako *moisika*, v latině jako *musica*. Slovo terapie se nazývá řecky *therapeia*, latinsky *iatreia* a vyjadřuje léčení, ošetřování, vzdělávání, cvičení, či pomáhání. Ač je pojem muzikoterapie čteně využíván, setkat se můžeme i s českým překladem „hudební terapie“ (Kantor a kol., 2009, s. 21). Zeleiová (2007, s. 8) uvádí, že hudba, jakožto léčebný prostředek se v České republice začala zpočátku aplikovat v psychiatrické léčebně v Praze – Bohnicích.

American Music Therapy Association (AMTA) popisuje muzikoterapii jako terapii, která využívá hudby k terapeutickým cílům: znovuoobnovení, zachování a případné zlepšení duševního a tělesného stavu u těch osob, jenž mají sociální, emocionální, fyzické, či duševní potíže. Jde o uplatnění hudby, řízené kvalifikovaným terapeutem ve vhodném prostředí takovým způsobem, aby se docílilo žádoucí změny. Muzikoterapie podporuje sociální, psychologické, fyzické a intelektuální funkční oblasti (Decker-Voigt, Knill, Weymann, 1996 in Zeleiová, 2007, s.28). Ceněný terapeut a pedagog Ken Bruscia dodává, že terapie hudbou využívá kreativitu pomocí hudebních nástrojů, se kterými lze snadno manipulovat a všeobecně předmětů, které vydávají nějaký zvuk. Také se zaměřuje na zpívání písní, práci s hlasem a především improvizaci, díky které lze vyjádřit své emoce (Bruscia, 1989 in Zeleiová, 2007, s.28).

Muzikoterapie probíhá v mnoha zařízeních, jako jsou nemocnice, psychiatrické kliniky, rehabilitační zařízení, hospice, domovy pro seniory, denní stacionáře, či jiná centra

určená pro seniory. Prostřednictvím zvuku a rytmu vybízí ke komunikaci, odpočinku, klidu a podporuje hojení. Hudba pomáhá s vysokým krevním tlakem a napětím svalů, také spouští uvolňování endorfinů, jenž působí proti bolesti a podílí se na dobré náladě. V určitých situacích vyvolává pozitivní vzpomínky, které vytváří žádoucí emoce a tím snižují stres. Právě stres a depresivní stavy jsou u osob s Alzheimerovou chorobou velmi časté (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 40-41).

Ačkoli má zvuk a hudba nespočet pozitiv při působení na lidské tělo a mysl, je nutné konstatovat, že přespříliš dlouhodobého hluku přináší nežádoucí účinky. Halpern a kol. (2005, s.19) uvádějí, že kromě sluchu mohou trpět také kardiovaskulární funkce. Je zde riziko hypertenze a následný infarkt myokardu, či srdeční selhání. Je důležité upozornit na citlivost sluchového vnímání u starších osob.

4.1. Druhy a formy muzikoterapie

Muzikoterapii je možné třídit dle více hledisek, Linka (1997, s.60) druhy terapie, dle způsobu aplikace popisuje takto:

- **Hudební autoterapie**, neboli sebeléčba znamená využívání muzikoterapie sám na sobě. Například, když pacient po absolvování psychiatrického léčení dále pokračuje v terapeutických praktikách, se kterými se setkával během léčby. Tedy terapeut a klient je jedna a ta samá osoba. Také je přínosná v oblasti mentální hygieny. Tento druh má povahu větší intimity a svobodné vůle.
- **Hudební heteroterapie** je terapie, kterou na daném jedinci vykonává někdo jiný, přičemž terapeut a klient jsou dvě odlišné osoby. V různých zařízeních se uplatňuje zpravidla tento typ. Výhodou představuje profesionalita, kvalifikovanost a tím vyšší psychoterapeutický účinek.

Další dělení je dle hlediska klientovo aktivity na hudebním dění a výkonu, zde rozlišuje:

- **Aktivní muzikoterapie** představuje zjevnou hudební aktivitu, kterou osoba vyvíjí samostatně, či při současné účasti terapeuta nebo dalších účastníků, tedy zpívá, hraje na nástroj nebo jen udává rytmus. Kantor a kol., (2009, s. 206) ji označují nikoli za aktivní, nýbrž za „kreativní“. Využívá hudební improvizace a tvořivosti, spolu s hrou na tělo, na hudební nástroje, pohybem, či tancem. Napomáhá k schopnosti nonverbální komunikace a vyjádření sebe sama prostřednictvím emocí. U osob

s Alzheimerovou chorobou je vhodné zvolit alternativu k hudebním nástrojům, využít lze tleskání, tleskání do stehů, dupání a současně procvičování paměti, tím že tleskání např. 2x za sebou zopakujeme, poté 2x dupneme a dotkneme se pravého ucha, dle možností opakujeme. Oblíbená je dětská říkanka „Hlava, ramena, kolena, palce“ (Holmerová a kol., 2009, s. 226).

- **Pasivní muzikoterapie**, jinak také receptivní, či poslechová znamená, že klient hudbu jen poslouchá, přijímá pasivně. Může se jednat o živou hudbu nebo reprodukovanou z CD přehrávačů, gramofonových desek, magnetofonu, či o rádio, televizi a jiné sdělovací prostředky. Kantor a kol., (2009, s. 206) ji považují za „nekreativní“. Tento druh terapie můžeme doplnit o relaxaci a dechová cvičení (Holmerová a kol., 2009, s. 228).

Poslechovou muzikoterapii lze detailněji rozdělit na další tři druhy, Šik (2008, s. 130) uvádí tyto:

- **Komunikativní muzikoterapie**, která probíhá ve skupině. Jedná se o sdílený poslech hudby, který podporuje mezilidské vztahy a navozuje důvěrné prostředí. V rámci této terapie si členové navzájem líčí své dojmy.
- **Reaktivní muzikoterapie**, jenž se snaží podněcovat k reakci a tím poskytnout prostor pro uvolnění emocí klienta. Při reakci může klient např. vykřiknout, pokud jsou jeho pocity svázané s dávným konfliktem, či se rozesmát.
- **Regulativní muzikoterapie** považuje za svůj cíl dosáhnout relaxace a uvolnit napětí prostřednictvím hudby. Pomáhá uvolnit svalstvo a nervovou soustavu.

Kantor a kol., (2009, s. 122) uvádějí formy muzikoterapie, dle počtu zúčastněných:

- **Individuální muzikoterapie** se zaměřuje na vzájemné působení klienta a terapeuta. Probíhá formou individuálních setkání, ačkoli v jistých případech se může odehrávat i ve skupině a to jestliže se omezí interakce mezi jednotlivými účastníky. Je vhodná pro osoby s mentálním a tělesným postižením, s nevhodným chováním, pro ty, jenž nejsou schopni spolupracovat s více lidmi, nebo by pro ně práce ve skupině byla příliš náročná. Zeleiová (2007, s. 40) uvádí, že na sezení se pomocí zvuků a hudby projektují klientovo životní témata. Šik (2008, s. 131) dodává, že je uplatňována jen výjimečně a ne na příliš dlouho.
- **Skupinová muzikoterapie** pracuje na principu skupinové dynamiky. Probíhá v malé (3-8) nebo velké (8-15) skupině. Vytvořená skupina může být uzavřená, to znamená,

že dále již nezve nové členy, většinou má předem stanovený počet setkání a je určena pro krátkodobé terapie. Přínosem je postupné zvykání na jednotlivé osoby ve skupině, je stabilní a přináší pocit bezpečí, je proto vhodná pro ty, jenž mají problém s adaptací, včetně osob s demencí. Naopak otevřená skupina se vyznačuje tím, že každou osobu, která ze skupiny odchází, nahradí.

- **Komunitní muzikoterapie** naopak od skupinové nevytváří uměle vytvořenou skupinu klientů, neboť se zaměřuje na přirozeně vytvořené skupiny a jejich prostředí. Jedná se o rodiny, pracovní místa, vrstevníky a podobně. Počet členů zde nehraje roli. Cílem je celková změna systému, změna vztahů mezi danými účastníky a forma komunikace. Nejčastější je muzikoterapie rodinná.

Holczerová, Dvořáčková (2013, s. 42) doplňují též **muzikoterapii párovou**, kdy jsou přítomni dva klienti současně, ale přesto by měl být zachován nutný zřetel na individualitu každého jedince.

Je důležité, aby terapeut dokázal správně odhadnout, vzhledem k potřebám a celkovým možnostem klienta, jaká forma a druh muzikoterapie je pro daného jedince vhodná a užitečná. U osob s Alzheimerovou chorobou je oblíbený zpěv známých písní, neboť je to činnost dobře zvládnutelná a texty si vybavují i ti, kteří mají v jiném případě problémy s komunikací. Poslech hudby a zdánlivě snadná činnost, jako relaxace mohou na pacienta působit negativně, stává se neklidným a rozrušeným. Důvodem je neschopnost soustředit se a pasivita, kterou nedokáže pochopit, také nemusí rozumět úkolům, které dostává a jen imituje okolní členy. K napodobování však potřebuje zrak a proto nezvládá mít oči zavřené, k relaxování tedy nedochází. Poslech hudby je též obtížný na soustřednost a můžeme se při něm setkat s propuknutím emocí, jako je smutek a následný pláč. V takové situaci klienta lze povzbudit pohlazením, držením ruky, či samotnou přítomností. Doporučuje se tedy diskuze na téma, jaké pocity hudba vzbuzuje a jaké vzpomínky vyvolává. Vzhledem k tomuto, je dobré hudbu přizpůsobit a dbát na vhodný výběr. Poslech můžeme propojit s vyprávěním o životě autora, o dané skladbě, s čím, či s kým ji máme spojenou. Celý program je dobré časově uzpůsobit a to na maximálních 60 minut (Holmerová a kol., 2009, s. 228).

Holczerová a Dvořáčková (2013, s. 43) uvádějí hezký příklad na klientce L. Paní L. ztratila schopnost pohybu, obvykle nereaguje na podněty a příliš často nemluví. Jsou zřejmé potíže s komunikací, vyjadřováním, nedokáže si vybavit jednotlivá slova. Avšak při zpěvu známé písně se chytí rytmu, rozpomíná se na text a poté zpívá společně

s terapeutem. Každý den, při pravidelné hygieně se hudba tímto způsobem využívá za účelem navození klidné atmosféry a pocitu bezpečí. Také Brackey (2019, s. 193) konstatuje, že ačkoli je osoba již nekomunikativní, po zanotování známé a příjemné písně, ji může k našemu překvapení správně dokončit.

4.2. Vhodné muzikoterapeutické modely

Bruscia, 1998 in Kantor a kol., (2009, s.205) uvádí definici muzikoterapeutického modelu jako *„ucelený přístup k diagnostice, terapii a evaluaci, který zahrnuje teoretické principy, klinické indikace a kontraindikace, cíle, metodologická vodítka, upřesnění a charakteristické použití určitých procedurálních sekvencí a technik.“*

U každých z níže uvedených modelů, vybraných pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou, je nutné jejich použití konzultovat s terapeutem, psychologem, neurologem, či jinou pečující osobou. Ne všechny muzikoterapeutické modely, či metody jsou vhodné pro každého jednotlivce, z důvodu rozdílných potřeb, preferencí, či různých probíhajících fází demence.

4.2.1. FMT-METODA

Jedná se o neobyčejný a specifický druh terapie prostřednictvím hudby, který má původ ve Švédsku. FMT-metoda se orientuje na funkce lidského těla, zpravidla na nervový a svalový systém. Jejím tvůrcem je Lasse Hjeml, který využil své praxe v rehabilitačním centru. V současné době je její tříleté studium možné absolvovat ve Švédsku, či ve Finsku (Kantor a kol., 2009. s. 216). Terapie je vedena po celou dobu nonverbálně a je založena na jednoduchých melodiích, tzv. kódech (dohromady 20), kdy kvalifikovaný terapeut hraje na akustické piano a klient odpovídá hrou na bicí nástroj, která má dané uspořádání. Hudba zde představuje možnost rozvoje pohybu, motorických funkcí a v neposlední řadě zapojuje paměť, sluch a hmat. (www.muzikoterapie.cz) Podporuje vnímání, poznávací, motorické a psychické funkce klienta a je tedy vhodná při různých psychických poruchách, včetně Alzheimerovy choroby. Její kladný vliv můžeme zaznamenat při obtížích s úzkostí, stresem, spánkem a také u nevidomých (Kantor a kol., 2009. s. 217).

4.2.2. Improvizační muzikoterapie u dospělých

Tato terapie, jak naznačuje sám název, je určena především dospělé populaci, ale její pružná a přizpůsobivá povaha poskytuje využití u různých typů klientů. Námět sestavila Gillian Stephens Langdon, původem z Ameriky. Tato terapie se zaměřuje na časový úsek „tady a teď“. Improvizační muzikoterapie se nevěnuje jen samotnému klientovi, ale také

jeho rodině a blízkým. Zásadním bodem jsou čtyři základní elementy a to hudební improvizace, ticho, pohyb a slova, které se navzájem prolínají, přičemž je důležitý vztah mezi hudbou a verbálními technikami (Kantor a kol., 2009, s. 218). Praktickým příkladem je hudba a následná diskuze. Je na samotném terapeutovi, aby odhadl, kdy je vhodná situace využít sílu hudby k vyjádření klienta, nebo naopak více slov, či poskytnout ticho. Terapie dokáže pomoci při adaptaci na nové prostředí, dodává klientovi pocit bezpečného místa, které umožňuje vyjádřit emoce, podílí se na zlepšení komunikace – verbální i neverbální, pomáhá při problematice vyjadřování se, zprostředkovává přiblížení se reality a předchází sociální izolaci. Setkání probíhá individuálně, či ve skupině o 4 až 8 členech, klienti v tomto případě sedí okolo kulatého stolu, či na zemi na koberec. K ruce jsou tamburíny, paličky, bubínky, triangly nebo např. činely. Prostřednictvím pozorování terapeut klienty hodnotí, takové hodnocení se uskutečňuje jednou za měsíc a cílem je zhodnotit stav klientů a jejich pokroky, popřípadě terapii vhodně poupravit. (www.muzikoterapie.cz) Z výše popsaného, s ohledem na potřebu verbálního projevu a schopnosti komunikovat, lze usoudit, že tato terapie je spíše vhodná pro osoby v mírné, v některých případech i středně pokročilé fázi demence.

4.2.3. Vibroakustická terapie

Vibroakustická terapie je založena na nízkých frekvencích vibrujících tónů v rozmezí 40-80 Hz, které jsou spojeny s běžnou hudbou. V 80. letech se na jejím stvoření podílel norský neurolog Olav Skille, který ji zpočátku zkoumal u mentálně postižených dětí (Skille in Wigram, 1996 in Kantor a kol., 2009, s.229). Svým výzkumem došel k závěru, že tyto vibrace vyvolávají velmi silné svalové uvolnění (Kantor a kol., 2009, s. 229). Dle Skille (1991) in Kantor a kol. (2009, s. 229) působí na zvýšený oběh krve v těle a má pozitivní vliv na autonomní nervovou soustavu, jejíž úkolem je udržovat ideální vnitřní stav organismu, jako dýchání, srdeční činnost, či trávení. Během terapie osoba sedí, či leží na speciální zvukové židli, nebo lůžku, které klientovi dopřává frekvenční masáže, které pronikají do těla pomocí zesilovačů a reproduktorů. Hudbu je možné zvolit relaxační, vážnou, či populární, dle přání pacienta (Skille, 1991 in Kantor a kol., 2009, s.230). Tato terapie byla dříve využívána převážně u spastických svalových poruch za účelem odpočinku, nyní se doporučuje i osob trpícím migrénou, revmatismem, u svalových obtíží, somatických poruch a také pomáhá řešit potíže se spánkem, s úzkostí, depresí (Wigram, 1996 in Kantor a kol., 2009, s. 230).

4.2.4. Hudební integrativní neuroterapie

Hudební integrativní neuroterapie se vyvinula poměrně nedávno a jejím tvůrcem je Alexander Graur, původem z Rumunska. Jedná se o počítačový model, který spojuje hudbu a vizuální stimuly a je spjat s neurovědou. Terapie vychází z diagnostiky a jednotlivých symptomů různých typů onemocnění, poté jsou sestaveny, pro každého pacienta zvlášť, hudební kompozice. Hudba, která již existuje a je běžně dostupná se v této terapii nevyužívá. Kompozice jsou tvořeny z hudebního, fyziologického a psychologického hlediska a cílem neuroterapie je záměrné působení na porušené tělesné funkce (Kantor a kol., 2009, s. 218). Vizuální stimuly jsou vkládány do hudby, která je obsažena v krátkých (cca 12 minut) filmech, jenž jsou uzpůsobeny klientům na míru (Graur, 2003 in Kantor a kol., 2009, s. 218). Graur (2003) in Kantor a kol. (2009, s. 218) doporučuje před zahájením terapie provést vstupní otestování, kde hodnotí např. sluch, senzomotorické schopnosti, preference hudby nebo chování a prostřednictvím těchto testů zjistit, zda terapie přinese užitek, či se pro klienta nehodí. Také uvádí typy klientů, kteří terapie mohou využít, jsou to osoby s ADHD, autismem, schizofrenií, epilepsií, ale také s úzkostnými a depresivními stavy, se spánkovými obtížemi, s poruchami řeči a celkovou neschopností komunikovat.

4.2.5. Paliativní muzikoterapie

O tomto typu muzikoterapie hovoříme, pokud se jedná o zmírnění psychické anebo fyzické bolesti klienta a rovněž je to jejím cílem. Ačkoli muzikoterapie neeliminuje a neléčí symptomy onemocnění, může být alespoň významná při utišení bolesti a jiných doprovodných projevů. Je tedy vhodná při odcházení umírajícího, jakožto hudební doprovod (Zeleviová, 2007, s. 58). Halpern a kol. (2005, s. 150) doporučují klidné a přátelské melodie a naopak se vyvarovat smutným, úzkostným a sentimentálním. Z jejích vlastností může profitovat osoba v terminálním stavu demence.

4.3. Hudební prostředky a nástroje

Muzikoterapie od zúčastněných nevyžaduje žádné hudební vzdělání nebo jiné hudební dovednosti. Nehledí na estetiku, ale snaží se zprostředkovat hudbu, jakožto nástroj pro komunikaci a vyjádření emocí (Extraart, 2005 in Kantor a kol., 2009, s. 151). Hudba je vytvářena pomocí hudebních prostředků: tělem, hlasem nebo hudebními nástroji (Kantor a kol., 2009, s.151).

Hra na tělo

Hra je tělo je závislá na zrakovém, sluchovém, pohybovém a hmatovém vnímání. Jejím smyslem je obnova a zlepšení jemné i hrubé motoriky, podporuje zvýšení citlivosti dotekové percepce, rozvíjí sluchový rozbor podnětů a představuje způsob abreakce (Mátejová, Mašura, 1992 in Kantor a kol., 2009, s.151). Možné využití nalézáme při kontaktu s ostatními, např. při pohybových hrách v páru nebo může doprovázet hlasový projev. Hra na tělo dokáže vytvořit velké množství zvuků, které se poté využívají při muzikoterapeutických sezeních. Zvuků lze dosáhnout pomocí tleskání, pleskání (rukama o stehna), dupání, luskání prstů, foukání, mlaskání, bručení a jiných (Kantor a kol., 2009, s.151).

Hlas

Hlas sám o sobě dokáže vypovědět mnoho o našich nejhlubších pocitech a emocích. Je spojen s fyzickým i psychickým stavem (Nally a kol., in Kantor a kol., 2009, s. 152). Pokud člověk zažívá stres, instinktivně se hlasivky stáhnou, naopak povolení hlasivek, při zpívání, vybízí k psychickému uvolnění. V rámci terapie se lze setkat s různými typy lidí, jedním z nich jsou ti, kteří se od zpěvu a hlasového projevu distancují. Jejich odpor může pramenit ze špatné zkušenosti, studu, úzkostné poruchy, nebo když je hlas porušen postižením. V tomto případě je nutný citlivý přístup terapeuta, který postupuje jemně a nenaléhá na klienta. Jsou-li překonány prvotní zábrany, pak je klient často překvapen, co při objevování svého hlasu nalézá (Kantor a kol., 2009, s. 153).

Za jeden z hlasových projevů je považována **řeč** a od řeči odvozená „Voice terapie“. Obsahuje extralingvistickou složku, která se vyznačuje tím, že je srozumitelná i pro zvířata, patří sem citoslovce, jako vískání, bzučení, mlaskání. Druhá složka je paralingvistická a vyjadřuje přechod z tóniny do tóniny, např. ticho, změna melodie, intonace řeči, pauzy.

Kreativnímu zpěvu rozumíme jako improvizaci melodií na vokály, mantry a jiné. Mnohé z nich se využívají mimo Evropu při léčení nebo rituálech (Kantor a kol., 2009, s. 153). Patří sem tzv. tónování, kdy se vytváří dlouhé a prodlužované zvuky samohlásek, či souhlásek. Poté básně, modlitby, či vytváření spirituálních zvuků za účelem meditace, jimž říkáme mantry (Garfield, 1997 in Kantor a kol., 2009, s. 154).

Nejvýznamnějším projevem je **píseň**. Píseň je možné tvořit nebo využívat skladby již existující. Stejně jako pro děti, tak i pro osoby s demencí, je nutné vybírat takové skladby,

které nejsou náročné k zapamatování, jsou rytmické a melodické, přičemž by měly odpovídat věku klienta (Kantor a kol., 2009, s. 154).

Hudební nástroje

Hudební nástroje jsou u klientů velmi oblíbené a instrumentální projev má klíčový význam v široké škále hudebních aktivit (Beníčková, 2011, s. 17). Nejvíce používané jsou rytmické a melodické nástroje, jenž se snadno ovládají a s jejichž pomocí mohou klienti tvořit hudbu. Některé z nástrojů nemusí být klientům známé, proto je důležité poskytnout dostatek času pro seznámení, osahání a vyzkoušení. Svou povahou, ovládnutím a netradičním vzhledem mohou u členů vzbudit kreativitu (Kantor a kol., 2009, s. 155).

Členění hudebních nástrojů uvádějí Kantor a kol. (2009, s.155) dle použití takto:

- **Tradiční hudební nástroje** představují flétnu, klavír, housle, fukací harmoniku, či violoncello. Dle Šimanovského (2007, s. 81) mají tradiční dechové nástroje (flétna) účinek na nervový systém, naopak žesťové (trubka) na hrudní část a dýchání. Strunné nástroje (housle) se podílejí na optimální cirkulaci tekutin v těle. Na zažívání a končetiny doporučuje nástroje bicí, které vynikají rytmem a umožňují pohyb.
- **Orffovy nástroje** známé také jako Orffův instrumentář, představují hojně využívané vybavení ve školách, ústavech a jiných zařízeních. Carl Orff, jak popisuje Šimanovský (2007, s. 81) našel inspiraci při práci s dětmi, které spojují pohyb se zpíváním a říkankami, jež jsou založené na rytmech. Do Orffových nástrojů můžeme zařadit bubínky, činely, dřívka, triangly, paličky, tympány, zvonky, tamburíny a další. Jejich pomocí se rozvíjí rytmus a také dodávají odvahu se svobodně projevit. Holmerová a kol. (2009, s. 226) doporučují při použití nástrojů využívat i pranostiky a různé jazykolamy, např. „Drbu vrbu“ nebo „Každý chvilku tahá pilku“.
- **Nástroje etnického typu** vycházející z rozmanitých kultur jsou např. bonga, šamanské bubny, bambusové flétničky, gongy nebo tibetské mísy. Právě tyto nástroje mohou být pro klienty neznámé a rovněž nemají jasnou představu, jak se s nimi zachází, či jaké zvuky mohou vydávat, proto motivují ke spontánní improvizaci. Šik (2008, s. 136) je označuje také jako nástroje „new age“.
- **Nástroje vlastní tvorby** umožňují vznik osobního vztahu k nástroji, který se utváří při jeho výrobě. Při jeho utváření lze využít vlastní fantazie a tím se stává každý nástroj originálem, do kterého klient vtiskne část sebe (Beníčková, 2011, s. 19). Může se jednat o různá štěrkadla, zvonečky na šňůrce, plechovky nebo plněné

pytlíky s rýží či hrachem, jenž vydávají jedinečné zvuky. Použit lze také běžně vyskytující se předměty z okolí – kuchyňské náčiní, či přírodniny.

- **Alternativy a kompenzační pomůcky** se využívají u klientů, kteří trpí postižením hrubé a jemné motoriky, koordinace pohybu a jiným pohybovým postižením. Jedná se o specifické pomůcky, které jsou např. přizpůsobeny svou velikostí nebo umožňují lepší uchopení nástroje – suchý zip, přezky.

Beníčková (2011, s. 17) též přidává tzv. netradiční muzikoterapeutické hudební nástroje, především strunné, které bývají při terapiích oblíbené, bohužel zatím není využíváno všech kladných vlastností, které přináší. Patří sem např. drnkací nástroj kantela, lyra nebo citera. Tyto nástroje jsou lehce ovladatelné, mají příjemné tóny a poskytují široké spektrum využití.

5. Muzikoterapie v praxi

V závěrečné části bakalářské práce doplňuji své teoretické poznatky příklady z praxe. Uvádím seznámení s činností Farní charity Příbram a denního stacionáře, ve kterém mi bylo umožněno se zúčastnit dvou muzikoterapeutických sezení. Při popisu muzikoterapeutických sezení se zaměřuji na zúčastněné klienty, průběh a závěrečné zhodnocení. První sezení je popsáno formou pozorování, druhé již z pohledu aktivního zapojení do přípravy programu.

Následně předkládám kazuistiku paní s Alzheimerovou chorobou, včetně využití muzikoterapie a obecně užívané formy přirozené aktivizace.

5.1. Farní charita Příbram a denní stacionář

Charita Příbram je zařízením církve římskokatolické a zřízena Arcibiskupstvím pražským. Nachází se na adrese Jiráskovy sady 240, v Příbrami. Charita působí v Příbrami od roku 1991 a své poslání naplňuje pomocí lidem v nouzi a tíživé životní situaci. Zaměřuje se na terénní zdravotní a sociální péči o nemocné a seniory, která probíhá v přirozeném prostředí klientů. Cílem je snaha o možnost setrvat v domácím prostředí společně se svými blízkými, co nejdéle. Charita dále rozvíjí práci s rodinou a podporuje rodiče v řešení nepříznivých životních situací, jako je ztráta zaměstnání, či bydlení. Také se podílí na práci s dětmi a mládeží formou sociálně aktivizačních služeb, které jsou poskytovány terénně, či ambulantně. Dále poskytuje materiální a potravinovou pomoc, přičemž je zapojena do projektu Fond evropské pomoci nejchudším osobám. Mezi poskytované služby patří denní stacionář, domácí zdravotní péče, odlehčovací služba, pečovatelská služba a služby pro rodiny s dětmi.

Denní stacionář sídlí na adrese Náměstí T.G. Masaryka 2, v Příbrami a poskytuje ambulantní služby pro osoby od 19-ti let, jež potřebují celodenní pomoc a kontrolu. Cílovou skupinu tvoří senioři, osoby se zdravotním postižením a obecně ti, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění a jejichž stav vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách poskytuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, aktivizační činnosti, zprostředkování společenského kontaktu, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při obstarávání osobních záležitostí.

Denní stacionář je otevřen všední dny od 7:00 do 15:30 hodin, dle potřeb klientů může být provozní doba prodloužena až do 18:00 hodin. Klient má zajištěný pitný režim a stravu. Denní program zahrnuje aktivizační programy, jejichž prostřednictvím se snaží o zachování soběstačnosti a vyvarování se sociálnímu vyloučení. Pořádá pohybovou terapii, ergoterapii, arteterapii, vaření a pečení, canisterapii, výlety do přírody, či muzikoterapii.

Do stacionáře v současné době dochází mladší i starší klienti, s lehčím i těžším postižením. Denní program je vždy připravován individuálně s ohledem na potřeby, zájmy a stav nemocného.

Muzikoterapie zde probíhá pravidelně každý čtvrtek v době od 9:00 do 11:00 hodin pod vedením kvalifikovaného pracovníka, jenž má pedagogické vzdělání se zaměřením na hudební výchovu. Skupina klientů je složena z žen i mužů s různým typem postižení. Charakter skupiny se mění dle aktuální přítomnosti klientů. Muzikoterapie se zde zaměřuje na aktivní zapojení klientů na hudebním dění nebo jen na poslech hudby za účelem relaxace, navození příjemné a pozitivní atmosféry a procvičování kognitivních funkcí.

5.2. Popis prvního muzikoterapeutického sezení

Muzikoterapie probíhá v hlavní společenské místnosti denního stacionáře. Klienti sedí u společného stolu, v jehož středu je připraveno drobné pohoštění, které je všem k dispozici. Každý, kdo se muzikoterapie účastní, dostane zpěvník, jenž obsahuje očíslované listy s vybranými texty písní.

Muzikoterapie se zúčastnili jen dva klienti, kteří v ranních hodinách do denního stacionáře zavítali. První z nich byl pan V., kterému je 87 let a trpí Alzheimerovou chorobou v počátečním stadiu. Jeho stav je stále značně uspokojivý. Dříve se do denního stacionáře dopravoval sám, bez pomoci okolí, v současné době ho již vozí rodinní příslušníci. Chůzi zvládá s menší dopomocí. Je komunikativní a aktivní, dlouhodobá paměť je zachována, v krátkodobé paměti jsou občasné výpadky. Druhý klient, pan M. prodělal cévní mozkovou příhodu. Došlo k ochrnutí pravé části těla a je tedy upoután na invalidní vozík, je mu 79 let. Je přítomna afázie – nemluvnost, na podněty reaguje mimikou obličeje a různými zvuky, navazuje oční kontakt. Muzikoterapie se spolu s klienty, účastní také personál, sociální pracovnice a pečovatelky. Zapojují se do zpěvu, poskytují pomoc při obracení a hledání stránek ve zpěvníku, zajišťují pravidelný pitný režim.

V denním stacionáři přebývají, převážně v dopoledních hodinách, děti pečovatelek, jež pracují v terénu, z důvodu uzavřených mateřských a základních škol. Děti přispívají

k navození dobré nálady, podporují komunikaci a udržují pozornost klientů. Ačkoli tato situace není běžná, rozhodně přináší zpestření běžného dne.

Při muzikoterapeutickém sezení, které trvalo dvě hodiny, se využívalo klávesového hudebního nástroje, přesněji digitálního pianu. K dispozici také byly jednoduché, lehké ovladatelné, rytmické nástroje, jako triangel, tamburína, paličky, chrastítka. Zpívaly se známé lidové písně, např.:

Čerešničky, Pod našima okny, Nezacházej slunce, A já sám, Na tom bošileckým mostku, Ach synku, synku, Já jsem muzikant, Okolo Hradce, Vínečko bílé, Škoda lásky, Okolo Frýdku cestička, Když jsem já šel tou Putimskou branou, V Zalužanech na potoce, Ta naše písnička česká, Andulko šafářova, Anička dušička a další.

Zpěv písní byl proložen povídáním o textech, o jejich symbolice, autorech. Probíhalo zhodnocení písně, zda je, či není oblíbená, zda se zúčastněným líbí, s čím, nebo s kým ji mají popřípadě spojenou. Uplatňovalo se také hraní jednotlivých melodií na piano a přítomní měli rozpoznávat o jaký text písně se jedná. Využity byly známé skladby jako Na hradě Okoři, John Brown, Sedm žlutých kamínků, Už vyplouvá loď John B., Tisíc mil aj. Program dále obsahoval hraní pomalých a rychlých skladeb a zúčastnění hádali, zda se jedná o valčík na dvě doby, polku na tři doby, či tango na čtyři doby.

Závěrem muzikoterapie bylo zaznění písně „Ta naše písnička česká“ a následné spuštění tišší relaxační hudby, která doprovázela klienty též při podávání oběda.

Zhodnocení: Ačkoli je muzikoterapie, dle odborníků, doporučována nejvýše na 60 minut, z důvodu potřeby udržet pozornost, brzké unavitelnosti a celkové náročnosti, zde se konala téměř celé dvě hodiny. Klient trpící Alzheimerovou chorobou, k mému překvapení, vytrval až do konce. Aktivně se zapojoval a zpíval po celou dobu trvání terapie. Téměř všechny texty písní, které zazněly si pamatoval z paměti, u některých měl potřebu pohlížet do zpěvníku. Po úvodním zantování písně, velmi rychle navázal na text. Pozornost udržoval. Během zpěvu se často pohupoval do rytmu, konec písničky završil tlesknutím. Bylo zřejmé, že pro pana V., v průběhu života, nebyla hudba cizí, přinášela mu radost a tak je tomu i v současné době. Po ukončení dvouhodinového sezení se dožadoval další hodiny zpívání.

Pan M., po cévní mozkové příhodě, z důvodu ochrnutí a nemluvnosti, nezpívá. Na rozdíl od pana V., se tedy aktivně nezapojuje. Zpočátku hudbu poslouchal, usmíval se, při

zpívání určitých písní poklepával prsty do stolu a pootevřel ústa. Během zpěvu nahlížel do textů písní, které ležely na stole před ním, přičemž sociální pracovníce stránky otáčela. Jeho pozornost upoutávala malá holčička, která na písně tancovala, smál se a ukazoval na ni. Ke konci muzikoterapie byl již unaven a neudržel oční kontakt s lektorem, ani s ostatními zaměstnanci, spíše lehce podřimoval. Pro pana M., by s ohledem na rychlejší unavitelnost a jeho stav, bylo vhodnější přizpůsobit čas na zmíněných 60 minut.

Jednoduché rytmické nástroje se během muzikoterapie nevyužily. Dle mého názoru, mohl klient s Alzheimerovou chorobou, s dopomocí pracovníc, zpěv nástroji doprovázet, či mu měla být tato možnost vícekrát nabídnuta. Nástroje též mohly využít další zúčastnění z řad pečujících za účelem oživení atmosféry.

5.3. Popis druhého muzikoterapeutického sezení

Druhé muzikoterapeutické sezení probíhalo, z části dle mého předem vytvořeného programu, opět ve společenské místnosti denního stacionáře. Klienti byli shromážděni okolo společného stolu.

Na muzikoterapii byli přítomni čtyři klienti, přičemž každý z nich pobývá v denním stacionáři z jiného důvodu. Jedním z účastníků byl pan V., s Alzheimerovou chorobou, který se zúčastnil i předchozího, prvního sezení. Dalším klientem byla paní R., ve věku 76 let, která též trpí Alzheimerovou chorobou v raném stadiu, současně je po cévní mozkové příhodě a potýká se s nepohyblivostí levé ruky. Přesto je téměř zcela sebeobslužná a soběstačná. Komunikuje bez obtíží. V minulosti se odehrálo pár situací, kdy v domácím prostředí upadla a poranila se, z tohoto důvodu se rodina rozhodla, aby paní R. stacionář navštěvovala a byla tak pod dohledem. Třetím klientem byl pan R., kterému je 30 let a má Downův syndrom, též nemá problém se sebeobsluhou, ve stacionáři je za účelem aktivizace, vyplnění dne a dohledu. Posledním zúčastněným byla paní Š., ve středním věku, které je diagnostikována schizofrenie, ve stacionáři pobývá z důvodu sociální izolace, aby se začlenila do společnosti.

Úvod programu byl věnován mému představení, upřesnění, co je mým záměrem a informací, jaké aktivity budeme společně vykonávat. Vzhledem k nemožnosti navázání dostatečně osobního vztahu s klienty, bylo mou snahou uvolnit napětí a vytvořit přirozeně pozitivní prostředí a náladu. Prostřednictvím uvolněné komunikace, občasného zavtipkování a oslovení klientů křestním jménem se spojením pan, paní se můj cíl naplnil. Mou společností, během průběhu mých připravených hudebních aktivit, byl vedoucí pravidelných

muzikoterapeutických sezení, která se v denním stacionáři konají. Přítomen byl také personál z řad pečujících, který se do programu zapojoval.

Před zahájením samotné muzikoterapie, jsem do programu zařadila jednoduchou formu dechového cvičení, které se skládalo z hlubokých nádechů a výdechů. Vzhledem k tomu, že kromě paní R., klienty netrápí větší fyzické problémy, jsem zvolila lehké dynamické cvičení, během kterého se sedí ve vzpřímeném sedu a dolní končetiny jsou spuštěny. Ruce přirozeně spočívají na stehnech, při nádechu se současně zvedá pravé koleno, následuje výdech a vrácení kolena zpět. Po pěti opakování se pravé koleno vyměnilo za levé. Za účelem zjištění nálady jsem klienty vyzvala, aby zvedli ruku do takové výše, dle toho, v jakém jsou právě rozpoloženi, přičemž 10 je nejlépe, ruka je nahoře a 1 nejhůře, ruka je dole.

Následující činnost, která trvala přibližně hodinu, vedl vedoucí muzikoterapie, jenž hrál na digitální piano. Opět byly využity zpěvníky s texty lidových písní, které jsou klientům známé. Zpěv byl prokládán povídáním o písních a vzpomínáním na jiné osoby, či místa, kde se s danou skladbou v minulosti setkali.

Při další části programu jsem využila kaštanu, který koloval mezi zúčastněnými, jako nástroje k individuálnímu a osobnímu výběru písně. Ten, kdo měl kaštan v dlani, vybíral píseň, která následně zazněla. K doprovázení hudby jsem nabídla jednoduché hudební nástroje, které mi byly v denním stacionáři k dispozici, přičemž jsem jeden z nich sama použila – chrastítka. Cílem bylo zapojit klienty do činnosti a umožnit lepší poznání nástrojů, které někteří z nich nikdy nepoužili.

Z knihy Hry s hudbou a techniky muzikoterapie od Šimanovského jsem využila cvičení, které je pojmenováno jako „Hravé zpívání“. Zaměřuje se na spontánní vyjádření pocitů ve zpěvu, na rytmus a spolupráci. Spočívá ve výběru známé lidové písně – naší písní byla „Běží liška k táboru“, která se zprvu zazpívá v normálním rytmu a poté dalšími jinými způsoby – např. pomalu a co nejpomaleji, rychle a co nejrychleji, střídavě jeden verš rychle, druhý pomalu, tak, jak by písničku asi zpíval cizinec apod. Doprovodem bylo piano.

Konečným programem bylo, s pomocí orffových nástrojů, říkání pranostik a jazykolamů. Uplatnily se jazykolamy jako: „Bratr z Břve pořád řve, Cyril vyryl celý celer pro Cyrilku, Jdou dvě děti dědit dědictví po dědovi, Kobyla kopyty klapala, Pan kaplan plakal v kapli atd. Po skončení jsem opět klienty vyzvala k označení, jak se právě cítí, zda se jejich nálada zlepšila, zhoršila, nebo je stále stejná.

Zhodnocení: Druhé muzikoterapeutické sezení probíhalo opět dvě hodiny, přičemž hodina času byla věnována mému připravenému programu. Úvodní dechové cvičení bylo zvoleno s ohledem na stav všech přítomných, vzhledem k nepohyblivosti pravé ruky paní R., jsem zvolila dynamické cvičení, při kterém nebylo třeba používat ruce, ale naopak nohy. Při zjišťování nálady se ukázalo, že dva ze čtyř klientů zvedlo ruku do poloviny, tedy pět bodů z deseti. Třetí klient natáhl ruku do výše, měl velmi dobrou náladu a čtvrtý klient udržoval ruku dole, jeho nálada byla spíše špatná. Po skončení celého muzikoterapeutického programu se nálada a celkové rozpoložení klientů velice zlepšilo.

Kaštan jako pomůcka k aktivnímu zapojení klientů se ukázala jako přínosná. Každý z přítomných si bez dlouhého přemýšlení vybral svou oblíbenou písničku a následovala krátká rozprava o důvodu jeho výběru. Častým důvodem byla vzpomínka na mládí, na taneční zábavy, zpívání písně vnoučatům, či jen oblíbená píseň, kterou rádi poslouchají ve volném čase. Jednoduchých rytmických nástrojů se chopil jen pan V. a pan R. – triangl a tamburína. Jejich užití se ukázalo jako příjemné zpestření programu, společně s vyvoláním smíchu, kdy jejich tóny přesně neladily do rytmu písně.

Cvičení „Hravé zpívání“ přineslo mnoho radosti a smíchu, především v části, jak by píseň mohl zpívat cizinec, který nemluví dobře česky. Velikou výhodou a pomocí byl doprovod piana, jenž udával zrychlený, či zpomalený rytmus písně. Jazykolamy byly pro většinu klientů více náročné, přesto se je snažili alespoň pomaleji předříkávat, jedinou výjimkou byla paní Š., která nemá žádný druh demence.

Pan V. byl opět velmi aktivní a do programu se po celou dobu zapojoval. Žádná z částí pro něj nepředstavovala větší problém, jen v rámci jazykolamů a komunikace měl menší problémy s artikulací. Zajímavým poznatkem je, že při zpívání písní se tento problém nevyskytuje. Paní R. se též aktivně zapojovala do zpívání i povídání, usmívala se. Mnoho skladeb zná nazpaměť, především těch lidových. Po určité době ale potřebuje přestávku, projít se, napít se, odpočinout si. Při zpívání písní, které jsou jí méně známé, jen ústy naznačuje rytmus, ze zpěvníku nečte. Také občas ztrácí koncentraci. Pan R., vzhledem k povaze postižení příliš nezpívá, spíše vydává zvuky a skřeky, má „svůj svět“. Při výběru své písničky zvolil „Prší, prší“, kterou má rád a také ji dobře umí. Čtvrtá klientka, paní Š. byla ve stacionáři vůbec poprvé, byla neklidná a trochu nervózní, její nálada nebyla příliš příznivá, avšak už během programu se více uklidnila, podávala komentáře a byla schopna se usmát. Později se aktivně zapojovala, zpívala, povídala, ke konci také vyprávěla své příhody. U této klientky jsem zpozorovala nejvýraznější změnu nálady.

Dle mého pozorování a následného zhodnocení vlivu hudby na emoční rozpoložení klientů, se muzikoterapie vyvedla. Program měl lehce odlišnou podobu od pravidelných sezení, z důvodu zakomponování dalších muzikoterapeutických her a také dechového cvičení. Hudba, pozitivní nálada a zapojení všech pečujících vytvořily příjemné a radostné prostředí.

5.4. Kazuistika a využití muzikoterapie u paní s Alzheimerovou nemocí

Rodinná anamnéza: Paní M. pocházela z rodiny, ve které se v minulosti objevila diagnóza Alzheimerovy choroby a to v 78 letech u její matky. Mladší sestra paní M. je momentálně bez přítomnosti demence.

Osobní anamnéza: Nejvyšší dosažené vzdělání paní M. bylo středoškolské. Až do důchodového věku docházela do zaměstnání. S manželem měli dva potomky, ve 49 letech se stala vdovou. Celý život ji provázela bolest hlavy – migrenózní cephaléa. V 65 letech byla stanovena diagnóza Crohnovy choroby.

První stadium nemoci: rok 2001

První změny v oblasti kognitivních funkcí se objevily v 65 letech. Paní M. mívala občasnou potíže s artikulací a zejména hledala vhodná slova k dokončení věty. Také byly přítomny potíže s psaním, vynechávání písmen, neupravené písmo.

Paní M. žila sama v bytě. Domácnost zvládala bez problémů, obstarávala nákupy, cestovala vlakem, jejím koníčkem byla práce na zahrádce své dcery a radostí rodina a vnučky.

V této fázi vyhledaly dcery odbornou pomoc a paní M. společně s dcerami navštívila neurologa. Byl doporučen kognitivní trénink a úprava životosprávy. Nasazena byla symptomatologická léčba – Aricept 5 mg denně.

Druhé stadium nemoci: rok 2005

Dochází k dalšímu zhoršení kognitivních funkcí, především poruchy paměti. Paní M. si nebyla ochotna přiznat své obtíže. Příležitostně bloudila a ztrácela se i na známých místech. Nedokázala určit, kolik je hodin.

Paní M. již nezvládala péči o domácnost, pomoc je zajištěna rodinami dcer. Vyskytují se potíže s osobní hygienou.

V České alzheimerovské společnosti v Praze se dcery Paní M. setkaly s paní doktorkou, která doporučila další postup a poskytla cenné rady. Paní M. byla objednána na neurologické vyšetření ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze. Lékař potvrdil diagnózu Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem. Aricept navýšen na 10 mg, Reminyl 12 mg.

Třetí stadium nemoci: rok 2007

Výrazné zhoršení kognitivních funkcí, potíže s orientací, bloudění po bytě ve dne, i v noci. Paní M. má problémy s poznáním členů své rodiny. Agramatismus.

Obtíže s pohybem, chůze s dopomocí jen po rovině. Celková neschopnost sebeobsluhy – oblékání, hygiena, strava. Vyskytují se poruchy emotivity, deprese, apatie. Objevují se zvukové i sluchové halucinace.

Dcery již samy nezvládaly náročnou péči o paní M a zajistily pečovatelskou službu, která se specializuje na péči o osoby s Alzheimerovou chorobou – SANCO.

Předepsána Ebixa 10 mg a antidepresivum Zoloft.

Pobyt ve stacionáři: rok 2008

Po roce se stav rapidně zhoršil a paní M. pobývala všední dny ve stacionáři, v odpoledních hodinách jezdila s dcerou domů. Víkendy též trávila s rodinou v domácím prostředí.

Hospitalizace: rok 2010

Po úrazu ve stacionáři – zlomenina krčku stehenní kosti, je paní M. hospitalizována a poté, dle přání dcery, převezena do Léčebny dlouhodobě nemocných v Příbrami. Za paní M. pravidelně každý den dochází členové rodiny. Od úrazu již nebyla schopna chůze, odkázána na péči ostatních.

Paní M. po hlase pozná své nejbližší, již nemluví, radost, či rozladěnost vyjadřuje mimikou obličejů.

Ebixa vysazena, využívání kompenzačních pomůcek za účelem usnadnění péče. Používání speciálních mastí, krémů, olejů k ošetření kůže a dekubit. Kontrola dostatečného pitného režimu a stravy. Hlazení, masírování doprovázené povídáním a zpíváním.

V roce 2012 ve věku 76 let paní M. podlehla bronchopneumonii.

Formy přirozené aktivizace a využití muzikoterapie

Paní M. po celý život vedla aktivní způsob života. V době, před propuknutím nemoci, trávila volný čas na zahrádce, jezdila se starší vnučkou na hory, navštěvovala své dcery, vyzvedávala mladší vnučky ve školce a poté ve škole, scházela se s přítelkyněmi, chodila do kostela a velmi často si během dne prozpěvovala.

Osoba postižená demencí se cítí nejlépe ve známém a blízkém prostředí, obklopena milující rodinou, která poskytuje emocionální podporu a pomoc s činnostmi, které již není schopna samostatně vykonávat, ale jsou pro každodenní život potřebné a významné. Z tohoto důvodu se rodina snažila, co nejdéle umožnit paní M. setrvání v domácím prostředí.

K oddálení postupu nemoci rodina využívala přirozené formy aktivizace v domácím prostředí a poté i ve stacionáři, kde paní M. přes den pobývala. V první fázi onemocnění se uplatňovalo, dle doporučení, procvičování kognitivních funkcí - společné říkání říkanek. Když dcera vařila, paní M. předčítala nahlas knihy, či časopisy, nebo naopak rodina četla jí. Luštění křížovek a podobné vědomostní kvízy ji nikdy příliš nebavily. Časté bylo prohlížení rodinných alb a dalších fotografií, vzpomínání na prožité zážitky, vyprávění o dětství a rané dospělosti, neboť dlouhodobá paměť byla stále zachována. Paní M. si již zcela přesně nepamatovala recepty, jak dané jídlo upéct, či uvařit, s vedením a pomocí jí pomáhaly dcery, poté mohla jídlem pohostit rodinu, což vedlo k její radosti. Potěšení jí přinášely procházky v okolí bydliště, v přírodě, do kostela.

Paní M. stále žila ve svém bytě, když se její stav zhoršil. Vyskytly se zmíněné zrakové i sluchové halucinace, spojené s velkým neklidem a strachem. Časté byly telefonáty členům rodiny, že se v bytě někdo nachází, či ji někdo obtěžuje. Tyto vidiny byly zapříčiněny také zrcadlem, které viselo v předsíni a paní M. v něm nepoznávala sama sebe. Z tohoto důvodu se zrcadlo odstranilo. V bytě se konaly i další úpravy, jako odstavení kuchyňských spotřebičů, na jejichž vypnutí by paní M. mohla zapomenout. Dcery také informovaly sousedy o stavu, kterým si paní M. prochází. Do peněženky byla uložena kartička s jménem, telefonním číslem a adresou pro případ, že by došlo k bloudění. Po opakované ztrátě peněz, ji byly peníze přerozdělovány na menší sumy. V kuchyni byla vyvěšena tabulka s důležitými kontakty a informacemi, např. kdy odjíždí autobusy a na jakou adresu, také byly pořízeny velké digitální hodiny.

Napříč fázemi onemocnění, rodina využívala laickou formu muzikoterapie, kdy navázala na potěšení, jež hudba paní M. poskytovala. Zpívaly se známé písničky,

nejoblíbenější byla „Když jsem já šel tou Putimskou branou“. Tuto píseň si paní M. pamatovala i v pokročilém stadiu demence. Jedna z dcer, která je učitelkou v mateřské škole, nosila domů set orffových nástrojů, jako byl bubínek, tamburína, rumba koule, dřevěné paličky, rachtačka, rolničky atd. Využívaly se jako doprovod při zpívání, udávání rytmu. Ve stacionáři, dcera s paní M. též zpívala, mnohdy se připojily i další klientky. Uplatňovala se také hra na tělo, v sedě se tleskalo rukama, či tleskalo na stehna. Hudba vytvářela pocit klidu, sounáležitosti a uvolnění.

Hudba provázela paní M. i v terminálním stavu demence, v době, kdy byla již upoutána na lůžko, zcela imobilní a bez schopnosti mluvit. Dcera během podávání stravy pozpěvovala, či broukala tóny. Bazální stimulace probíhala pomocí masáží vonnými oleji, hlazením, držení ruky, znovu v doprovodu zpěvu. Paní M. si byla v hloubi duše vědoma blízkosti své rodiny a dokázala rozpoznat známý hlas. Zpívání, ale i pouhé mluvení na ni mělo uklidňující vliv.

Závěr

Bakalářská práce se věnuje vlivu muzikoterapie na život osob s Alzheimerovou chorobou, neboť právě toto neurodegenerativní onemocnění postihuje stále více osob seniorského věku. Ačkoli v současné době známe rizikové faktory, které se na propuknutí Alzheimerovy choroby mohou podílet, ne vždy je možné určit přesnou příčinu a s nemocí se tak může setkat kdokoli z nás, ať z pozice pacienta nebo jeho blízkého. Proto je potřeba zvyšovat celospolečenské povědomí o demenci, obtížích, jež jsou s ní spojeny a možnostech farmakologické a neméně důležité nefarmakologické léčby.

Postižení Alzheimerovou chorobou má značný vliv na kvalitu života nemocné osoby, ale stejně tak, i na kvalitu života celé blízké rodiny, která obstarává péči. Rodina by pro nemocného měla představovat pomoc, bezpečí, důvěru a emocionální podporu. Stejně potřeby vyžaduje též rodina, jež se potýká s nevléčitelným onemocněním u svého blízkého a často zažívá pocity zoufalství, neschopnosti a nedostatečnosti.

První část bakalářské práce poskytuje nahlédnutí do problematiky syndromu demence, zmiňuje rizikové faktory, z nichž se jeví jako nejčastější právě věk a genetické dispozice. Popisuje příznaky demence, jako poruchy kognitivních funkcí, postižení aktivit každodenního života a behaviorální a psychologické poruchy, které demenci provází. Poté přechází k popisu jednotlivých druhů demence, přičemž Alzheimerova choroba je uváděna jako nejčastější forma demence.

Druhá část informuje o Alzheimerově chorobě, uvádí její formy a fáze, ve kterých zpravidla probíhá. Je nutno podotknout, že Alzheimerova choroba se u každé osoby rozvíjí odlišným tempem a její vývoj je zcela individuální. Dále mapuje možné metody, s jejichž pomocí lze onemocnění diagnostikovat. Právě včasná a správná diagnóza je klíčem k brzkému podchycení nemoci a tedy oddálení jejího postupu.

Třetí část se věnuje významu aktivizace klientů s demencí. Sleduje využití aktivizačních programů, které by měly postiženému poskytnout pocit, že je stále ceněný, užitečný a nápomocný a současně napomáhat k posilování fyzických, psychických a kognitivních funkcí. Poté zmiňuje významnou potřebu motivace k účasti na aktivizačních programech a následně popisuje formy, ve kterých aktivizace probíhá. Jedná se o aktivizaci preventivní, či léčebnou, dle počtu osob, které se jí účastní, či podle druhu programů, které

se uplatňují v zařízeních pro seniory. Třetí část zakončuje výběr zábavně-terapeutických programů, cílených na osoby s demencí.

Čtvrtá část se zabývá využitím muzikoterapie u osob s Alzheimerovou chorobou, neboť hudba poskytuje široké spektrum pozitivních účinků na funkce, které jsou důsledkem onemocnění narušeny. Hudba může nemocného provázet po celou dobu trvání nemoci, od první fáze až do té poslední, charakter jejího využití se může měnit, ale síla působení nikoli. Kapitola předkládá druhy a formy muzikoterapie, dle způsobu využití, dle aktivity na hudebním dění, nebo dle počtu osob, jež se terapii účastní. Vybírá muzikoterapeutické modely, které jsou vyhovující pro klienty s Alzheimerovou chorobou a které mohou představovat nástroj ke zlepšení, či udržení jejich stavu. Dále uvádí hudební prostředky a nástroje, díky nimž může být hudba vyjádřena.

Poslední, praktická část bakalářské práce popisuje činnost Farní Charity Příbram a denního stacionáře, jakožto místa, ve kterém proběhla dvě muzikoterapeutická sezení za účelem jejich popisu a zhodnocení. Součástí je kazuistika klientky s Alzheimerovou chorobou, jež předkládá podrobný popis konkrétních užívaných forem přirozené aktivizace v domácím prostředí a posléze také v ústavní péči.

Dle mých získaných, praktických zkušeností s užitím muzikoterapie u osob s Alzheimerovou chorobou, mohu potvrdit její pozitivní působení na kognitivní funkce nemocného, především na paměť a řeč. Za nesmírně kladný aspekt muzikoterapie považuji také její vliv na emoční rozpoložení postiženého. Podporuje navození příjemné a přátelské atmosféry, posiluje sebevědomí prostřednictvím písní, které jsou díky dlouhodobé paměti stále v podvědomí uchovány a také posiluje mezilidské kontakty u těch, kteří jsou sociálně izolováni.

Seznam použité literatury

BRACKEY, Jolene. *Alzheimer: dejte jim lásku a štěstí*. Přeložila Renata HÁJKOVÁ. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-633-4.

BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3520-7.

BRAGDON, Allen D. a David GAMON. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-567-9.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-X.

CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4.

Česká alzheimerská společnost. *Nezapomeň na...* Praha: Česká alzheimerská společnost, 2018. (informační materiál)

FERTAĽOVÁ, Terézia, ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence, nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.

GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

HALPERN, Steven a Hal A. LINGERMAN. *Muzikoterapie: léčivá síla hudby*. [Bratislava]: Eko-konzult, 2005. ISBN 80-8079-044-2.

HÁTLOVÁ, Běla. *Psychologie seniorského věku*. V Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2010. ISBN 978-80-7414-318-2.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Strategie České alzheimerské společnosti P-PA-IA*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2020. Revidovaná verze 2013.

HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ, ed. *Dopisy České alzheimerské společnosti*. Dotisk druhého rozšířeného vydání. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2020. ISBN 978-80-86541-31-0.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2009. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.

HOLMEROVÁ Iva, JAROLÍMOVÁ Eva, NOVÁKOVÁ Helena. Opravené vydání 2008. *Alzheimerova choroba v rodině. Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Pfizer, 2008.

HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-797-4.

- JANEČKOVÁ, Hana, Zdeněk KALVACH a Iva HOLMEROVÁ. *Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace*. In: KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
- KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha, Grada Publishing 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.
- KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
- KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1491-4.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1284-9.
- LINKA, Arne. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- MÁTĽ Ondřej, MÁTLOVÁ Martina a HOLMEROVÁ Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-50-1
- PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 189 s. ISBN 80-726-2363-X.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence pro praktické lékaře: diagnostika a léčba*. Praha: Maxdorf, 2005. Jessenius. ISBN 80-7345-052-6.
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-828-8.
- REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.
- ŠIK, Vladimír. *Metody práce se skupinou pro pomáhající profese*. V Ústí n.L. [nad Labem]: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta sociálně ekonomická, 2008. ISBN 978-80-7414-058-7.

ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-928-6.

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

Elektronické zdroje:

Aktivizace, 2017 [online]. Dostupné z: <http://seniorvnemocnici.cz/2017/06/23/aktivizace/>

Alzheimerova choroba [online]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Alzheimerova_choroba

Bartoš, A., *Pamatujte na POBAV – krátký test pojmenování obrázků a jejich vybavení sloužící ke včasnému zachytu kognitivních poruch* [online]. *Neurol.praxi* 2018: s.5-10
Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201888-0002_Pamatujte_na_POBAV_8211_kratky_test_pojmenovani_obrazku_a_jejich_vybaveni_slouzici_ke_vcasnemu_zachytu_kogni.php

Česká asociace ergoterapeutů. *Co je ergoterapie* [online]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>

Holmerová, I., Vaňková, H. *Demence a deprese ve vyšším věku* [online]. *Med.Pro Praxi* 2009: s.111-114. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2009/02/14.pdf>

Holzer, L., *Muzikoterapie versus hudba*, 2018 [online]. Dostupné z: <https://www.imuza.upol.cz/site/index.php/2018/11/15/muzikoterapi-vs-hudba/>

Kinezioterapie – kdy může pomáhat? 2017 [online]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zdravotni/kinezioterapie-kdy-muze-pomahat/>

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 [online]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

Multisenzorická stimulace [online]. Dostupné z: <https://www.sanatoria-klimkovice.cz/cz/multisenzoricka-stimulace/>

Poláčková, Z., *Pohlavní choroby – I. díl* [online]. *Dermatol.praxi* 2008: s. 74-76
Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/02/06.pdf>

Polách, L., *Vyšetřovací metody*, 2015 [online]. Dostupné z: <http://www.upsychiatra.cz/vysetrovaci-metody/>

Ressner, P., Ressnerová, E., *Přehledná informace a zhodnocení škál dle Shulmana, Sunderlanda a Hendriksena* [online]. *Neurologie pro praxi* 2002
Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2002/06/09.pdf>

Rozhovor Zdeňka Vilímka o muzikoterapii s PhDr. Katarínou Grochalovou, 2006 [online]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/rozhovory/grochalova-katarina-2006-rozhovor-vedl-zdenek-vilimek>

Smyslová aktivizace, informační leták [online]. Dostupné z: <https://www.fol.brno.cz/getattachment/O-nas/informacni-letak-smyslova-aktivizace.pdf.aspx>

Šťastný, F., *Alois Alzheimer: příběh jedné nemoci* [online]. Časopis Vesmír 86, 2007 Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2007/cislo-4/alois-alzheimer-pribeh-jedne-nemoci.html>

Tavel, P., *Nefarmakologické přístupy k pacientům trpícím demencí* [online]. Československá psychologie 2009, č. 5. Dostupné z: <https://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/03/Nefarmakologicke-pristupy.pdf>.

Weber, J., *Improvizační muzikoterapie s dospělými* 2007 [online]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/clanky/weber-j-2007-improvizacni-muzikoterapie-s-dospelymi-pristup-gillian-stephens-langdon>