

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Kateřina Ničová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnických B 5345

KATEŘINA NIČOVÁ

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**VYUŽITÍ KREATIVNÍCH TECHNIK Z POHLEDU
ERGOTERAPEUTA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Šrytrová
Plzeň 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 6. 2012

Ráda bych poděkovala Mgr. Michaele Šrytové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Obsah

ANOTACE	8
ANNOTATION	9
SEZNAM ZKRATEK	10
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM GRAFŮ	13
SEZNAM OBRÁZKŮ	14
ÚVOD	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 KREATIVNÍ TECHNIKY	16
1.1 Definice kreativity	16
1.2 Kreativní techniky v ergoterapii	16
1.3 Využití ergoterapie v gerontopsychiatrii	18
1.4 Výtvarná kreativita	18
1.5 Využití kreativních technik v ADL	19
1.6 Arteterapie	20
1.7 Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních aktivit	20
1.8 Ergoterapie funkční	21
2 Kreativní techniky, které můžeme využít u geriatrických klientů	22
2.1 Práce s textilem	22
2.1.1 Batikování, batika, tisk	22
2.1.2 Malování na hedvábí	22

2.1.3 Vyšívání	23
2.1.4 Háčkování	23
2.2 Práce s papírem	23
2.2.1 Koláže	23
2.2.2 Scrap booking	24
2.2.3 Výroba papíru	24
2.3 Práce s měkkou hmotou	24
2.3.1 Fimo	24
2.3.2 Keramika	25
2.3.3 Vizovické těsto	25
3 SYNDROM DEMENCE	26
3.1 Definice demence	26
3.2 Klinický obraz a diagnostika demence	27
3.2.1 Klinický obraz	27
3.2.2 Diagnostika	27
3.3 Porucha paměti a dalších psychických funkcí	28
3.3.1 Identifikace seniorů s poruchami kognitivních funkcí a mírná kognitivní poruchou	29
3.3.2 Stárnutí a kognitivní funkce	30
3.3.3 Mírná kognitivní porucha	31
3.4 Rozdělení demencí	31
3.4.1 Primární degenerativní demence	31

3.4.2 Sekundární smíšené demence	31
3.5 Alzheimerova demence.....	32
3.5.1 Průběh a charakter kognitivního deficitu.....	33
3.6 Vaskulární demence.....	35
3.6.1 Typy vaskulárních demencí	35
PRAKTICKÁ ČÁST	37
4 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE.....	37
5 HYPOTÉZA	38
6 CHARAKTERISTIKA A SLEDOVANÉHO SOUBORU	39
6.1 Kazuistiky	39
6.1.1 Kazuistika 1	39
6.1.2 Kazuistika 2	49
6.1.3 Kazuistika 3	60
7 VÝSLEDKY	72
8 DISKUSE.....	79
ZÁVĚR	82
LITERATURA A PRAMENY	83
SEZNAM PŘÍLOH.....	86
PŘÍLOHY	87

ANOTACE

Příjmení a jméno: Ničová Kateřina

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Využití kreativních technik z pohledu ergoterapeuta

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Šrytrová

Počet stran: 110, číslované 75 stran, nečíslované 35 stran

Počet příloh: 18

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: Kreativní techniky, ergoterapie, geriatric, Alzheimerova demence, Vaskulární demence

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na kreativní techniky z pohledu ergoterapeuta. Práce je rozdělena na dvě části a to na praktickou a teoretickou. Teoretická část je zaměřena na kreativní techniky, ergoterapii a problematiku demencí. Praktická část je zaměřena na dotazníkové a kazuistické šetření, vztahující se k hypotézám.

ANNOTATION

Surname and name: Kateřina Ničová

Demartment: Physiotherapy and occupational therapy

Title of thesis: Using creative techniques from the perspective of therapist

Consultant: Mgr. Michaela Šrytrová

Number of pages: 110, numbered 75, unnumbered 35

Number of appendices: 18

Number of literature titules used: 33

Key words: creative techniques, occupational therapy, geriatrics, Alzheimer's dementia, Vascular dementia. The theoretical part focuses on creative techniques, occupational therapy and dementia issues. The practical part is focused on the survey questionnaire and published case related to the hypotheses.

Summary:

This bachelor focuses on creative techniques from the perspective of therapist. The work is divided into parts on the practical and theoretical. The theoretical part focuses on creative techniques, occupational therapy and dementia issues. The practical part is focused on the survey questionnaire and published case related to the hypotheses.

SEZNAM ZKRATEK

ADAS- Alzheimer's Disease Assessment scale

ADL- Activities of Daily Living (Aktivity denního života)

AIDS- Acquired Immune Deficiency Syndrom (Syndrom selhání imunity)

AN- Alzheimerova choroba

Atd. – a tak dále

Apod. – a podobně

BI- Barthel index

CT- Computer tomography (Počítačová tomografie)

CNS- Centrální nervová soustava

Č.- číslo

ČSAD- Česká státní autobusová doprava

Dg- Diagnóza

DKK- Dolní končetiny

DM- Diabetes Mellitus

DS- Denní stacionář

DSM- IV- Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

FAQ- Functional Activities Questionnaire (Dotazník pro funkční hodnocení pacienta)

GDS- Global Deterioration Scale

HACH- Hachinskiho ischemické skóre

HIV- Human Immunodeficiency Virus (Virus lidské imunitní nedostatečnosti)

HKK- Horní končetiny

IADL- Instrumental Activities of Daily Living (Instrumentální aktivity denního centra)

KP- Kompenzační pomůcka

MCI- Mírná kognitivní porucha

MKN- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

MMSE- Mini- Mental State Examination

MRI- Magnetic Resonance Imaging (Magnetická resonance)

Např. – například

NINCDS- ADRA- National institute of Neurological and Comitive Disorders and stroke- Alzheimer´s Disease and Related Disorders Association

OA- Osobní anamnéza

PA- pracovní anamnéza

PDK- Pravá dolní končetina

PET- Positron emission Tomography (Pozitronová emisní tomografie)

RA- Rodinná anamnéza

SA- Sociální anamnéza

SD- Starobní důchod

SPECT- Single Photon Emission Computed Tomography (Tomografická scintigrafie)

Tbl.- Tabulka

TJ- Terapeutická jednotka

Tzv. – Takzvaně

Viz-

WHO- World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1- Testové hodnocení 1

Tabulka č. 2- Testové hodnocení 2

Tabulka č. 3- Testové hodnocení 3

Tabulka č. 4 - Věk respondentů

Tabulka č. 5 – Pracovní místo

Tabulka č. 6 – Zaměřenost pracoviště

Tabulka č. 7 – Diagnóza na pracovišti

Tabulka č. 8 – Stupeň demence

Tabulka č. 9 – Využití kreativních technik

Tabulka č. 10 – Kreativní techniky

Tabulka č. 11 – Četnost kreativních technik

Tabulka č. 12- Klienti ve stacionáři

Tabulka č. 13- Metodiky

Tabulka č. 14- Změny klientů po terapii

Tabulka č. 15- Testy pro stanovení demence

Tabulka č. 16- Trénink paměti

Tabulka č. 17- Spolupráce rodin

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Výsledky věku respondentů

Graf č. 2 – Pracovní místo

Graf č. 3 – Zaměřenost pracoviště

Graf č. 4 – Diagnóza na pracovišti

Graf č. 5 – Stupeň demence

Graf č. 6 – Využití kreativních technik

Graf č. 7 – Kreativní techniky

Graf č. 8- Četnost kreativních technik

Graf č. 9- Klienti ve stacionáři

Graf č. 10- metodiky

Graf č. 11- Změny klientů po terapii

Graf č. 12- Testy pro stanovení demence

Graf č. 13- Trénink paměti

Graf č. 14- Spolupráce rodin

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1. Práce s klientkou při kreativních technikách

Obr. č. 2. Výroba draka

Obr. č. 3. Příprava pomůcek na Scrap booking

Obr. č. 4 Výrobek ze Scrap bookingu

Obr. č. 5 Výroba srdcí z keramiky

Obr. č. 6. Výrobky klientů

Obr. č. 7. Ukázka vázané batiky

Obr. č. 8. Ukázka sypané batiky

Obr. č. 9. Ukázka šité batiky

Obr. č. 10. Ukázka voskové batiky

Obr. č. 11. Malování na hedvábí

Obr. č. 12 Přírodní papír

Obr. č. 13 Ukázka výrobků z Fima

Obr. č. 14 Výrobky z vizovického těsta

ÚVOD

Tato bakalářská práce je zaměřena na využití kreativních technik z pohledu ergoterapeuta. Za cílovou skupinu byli vybráni geriatričtí klienti s diagnózou demence. Během odborných souvislých praxí, bylo umožněno načerpání znalostí geriatric v ergoterapii s propojením kreativních technik.

Kreativní techniky se využívají nejen v geriatric, ale i v jiných oborech, jako například dětská ergoterapie, psychiatrii a další. Geriatric je velmi rozsáhlý a zajímavý obor, který ergoterapeutům umožňuje velké spektrum využití znalostí.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část, je zaměřena na kreativní techniky zejména na definici kreativity, kreativní techniky v ergoterapii a gerontopsychiatrii. Dále využití kreativních technik v aktivitách denního života. Poté následuje kapitola věnovaná kreativním technikám, které můžeme využít u geriatrických klientů. V poslední kapitole teoretické části je popsán syndrom demence, definice, klinický obraz, porucha paměti a rozdělení demencí. V rozdělení demencí, byly vybrány dvě nejčastější demence, a to Alzheimerova a vaskulární demence.

V praktické části jsou popsány dvě hypotézy. Jedna hypotéza je podložena kazuistickým šetřením. Druhá hypotéza byla ověřována na základě anonymního dotazníkového šetření, které se uskutečnilo v domovech pro seniory. V závěru praktické části, jsou uvedeny výsledky šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KREATIVNÍ TECHNIKY

1.1 Definice kreativity

Kreativita (= tvořivost) je schopnost vytváření nových kulturních, technických, duchovních a materiálních hodnot ve všech oborech lidské činnosti. Tvořivost je aktivita, která přináší dosud neznámé a současně společensky hodnotné výtvoř.

Tvořivost neboli kreativita je extrémním pojmem života, protože každé řešení problému je tvůrčí proces. Člověk tvoří z potřeby aktivity, poznání, uznání a z potřeby seberealizace. Tvořiví lidé jsou citliví a vnímaví. Nezbytná je u nich schopnost soustředění, otevřenost k podnětům zvenčí a samozřejmě motivace. Originální nápady je třeba spojovat s touhou, kterou mohou uskutečnit v praxi.

Moderní pojetí psychologie kreativity předpokládá, že tvořivostí lze přistoupit k jakékoli lidské aktivitě. Tvořivě lze také přistoupit k životu a k řešení jakéhokoli problému nebo otázky. Mezi základní intelektuální schopnosti spojené s kreativitou patří např. slovní a vyjadřovací pohotovost.

Kreativita, je výrazně aktivní činnost, ale občas se setkáváme i s pasivní kreativitou. Ta spočívá v umění rozpoznávat nové věci, pochopit je a umět se za neobvyklé řešení postavit. Kreativně lze tedy přistoupit k jakékoli činnosti. (KÖNIGOVÁ, 2007, str.)

1.2 Kreativní techniky v ergoterapii

Kreativní techniky mají tradičně své uplatnění v psychiatrii. Patří sem např. malování, kreslení, práce s hmotou, textilem, dřevem či papírem. Výukové metody jsou prostředky, pomocí kterých ergoterapeut předvede pacientovi úkol nebo činnosti v individuální či skupinové formě. Předvedení patří mezi základní výukové metody. Jde o imitaci jednotlivých fází úkolu nebo celého úkolu najednou. (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011, str. 44)

Předvedení (deformace) patří mezi základní výukové metody. Procvičování a opakování se do programu ergoterapie zařazuje z důvodu zvýšení rychlosti a přesnosti

provádění činností. Pojem zaměstnávání je v ergoterapeutické literatuře popsán různými způsoby. (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011, str. 44)

K terapii lze využít prakticky každou skupinovou činnost. Výtvarné práce zde mají podstatnou roli. Výtvarné práce se osvědčují i při orientování se v realitě. Mohu uvést příklad při vytváření koláží, které spojujeme s konkrétními tématy, jakou například roční období ve kterém se nacházíme. Důležité je, abychom z daného ročního období vyzdvihli co nejpozitivnější věc a klienty zbytečně nefrustrovali. Stejně jako ve všech skupinových aktivitách i zde si úroveň cílové schopnosti stanovuje realisticky a velmi opatrně. Pro lidi trpící demencí bývá tento typ tvorby velkým zážitkem, koláž lze vytvořit z čehokoli, co můžeme nalézt. Jedním z limitujících faktorů je představivost. (WALSH, 2005, str. 130)

Důležité při aktivitě je abychom klienty nepodceňovali a nezraňovali tím, že jim budeme vyzívat k činnostem, které nemusí zvládat. Musíme mít na paměti, že žádná výtvarná činnost rozhodně nebude působit terapeuticky, pokud k ní někoho budeme nutit. Jestliže se však lidé pustí do tvorby ochotně a s vervou, můžeme je vést k procvičování jejich pohybových, smyslových, tvůrčích a kognitivních dovedností, ale také k remotivaci a resocializaci. (WALSH, 2005, str. 130)

Aktivita je pro klienty s demencí. Důležitá je aktivita využívána dobře, dokáže pozvednout člověka a rozptýlit depresi. Programy aktivit jsou pro nemocného podstatné stejně jako fyzická péče a výživa. Činnosti, které jsou smysluplné, se budou lišit od člověka k člověku. Naštěstí sahá výběr potenciaálně smysluplných aktivit mnohem dál než k strukturovaným aktivitám, které zahrnují výtvarné umění, hudbu, diskusní kroužky a cvičení. (CAMPBELLOVÁ, 2000, str. 21, 22)

Téměř v každé skupině se vytvářejí vztahy a dochází ke komunikaci na mnoha různých úrovních a pomocí různých prostředků. Mezi jedincem a jeho já, mezi jednotlivými členy, mezi skupinami členů, mezi vedoucí skupiny a jednotlivci. Význam výtvarné práce v rámci těchto vztahů spočívá především v tom, že vzniká uvnitř skupiny. Všechny výše jmenované vztahy a způsoby komunikace ovlivňují a jsou zároveň ovlivňovány tím, o jakou činnost jde, jak je provedena, přijata a využita. Ať už je pro skupinu výtvarná tvorba hlavním či vedlejším cílem, je uznávána v mnoha

oborech zaměřených na práci s lidmi, včetně vzdělávání, rehabilitace, práce s mládeží, psychiatrie, psychoterapie, svépomocných a podpůrných skupin apod. tvořivá činnost s konkrétními cíli skupiny posiluje a zároveň jejím členům poskytuje obohacujícím zkušenosti. (CAMPBELLOVÁ, 2000, str. 21, 22)

1.3 Využití ergoterapie v gerontopsychiatrii

V kompetenci ergoterapeuta je především nácvik běžných denních činností, výběr a indikace pomůcek, zvyšování či udržování rozsahu pohyblivosti, cílená rehabilitace ruky, psychické působení na změněnou oblast, ovlivnění hrubé a jemné motoriky, ovlivňování grafomotoriky a řeči, kognitivní rehabilitace a trénink pracovních dovedností. Současná ergoterapie má i svou vlastní propracovanou diagnostiku. Tradiční rukodělné činnosti, u nás s ergoterapií často spojované, jsou jen jedním z prostředků tohoto oboru a musí být použity cíleně. (1)

Ergoterapeut volí činnosti na základě vyhodnocení několika faktorů, kterými jsou zájmy, intelektové schopnosti, mentální schopnosti či psychická odolnost. V psychiatrické léčebně v Bohnicích na oddělení gerontopsychiatrie byl institut ergoterapie zaveden poměrně nedávno. Hlavním záměrem bylo zajistit dostatečnou míru odbornosti pro terapeutické aktivity určené pacientům s demencí a také zajistit dostatečně erudovaný program, který by obsahoval nejen klasické složky terapie, ale též kognitivní a fyziologickou složku. (Ergoterapeut je úzkém kontaktu s ošetřujícím lékařem, psychologem a fyzioterapeutem. Na základě vyhodnocení zdravotního stavu sestavuje pacientovi, individuální ergoterapeutický plán, který přesně odpovídá jeho potřebám). (1)

1.4 Výtvarná kreativita

Tvůrčí představivost je umění, které využívá pomyslného zobrazování k dosažení pozitivních směrů v našem životě. Výtvarnou kreativitou lze uplatnit jednak při vnímání výtvarného umění, při jeho používání, ale také při samostatné tvorbě. (KÖNINGOVÁ, 2007, str. 61)

1.5 Využití kreativních technik v ADL

V minulé kapitole, byl popsán pojem ADL (Activity daily living). Nyní se budu zaměřovat na využití kreativních technik v ADL. Při kreativních technikách je důležitá posloupnost úkonů. Dobré je začínat se snadnějším úkolem a postupem času zvyšovat nároky na klienta, což je tzv. stupňování činnosti. Před každou činností musíme naplánovat činnost a připravit si pomůcky. Při práci s klientem s demencí můžeme využívat různé kompenzační pomůcky zaměřující se na kognitivní oblast. Klienti s demencí mívají problémy vykonávat některé každodenní aktivity, také při vykonávání kreativních technik. Zároveň mají problém v dlouhodobé i krátkodobé paměti v zapamatování si jednotlivých úkolů. Naším úkolem je různými kompenzačními pomůckami naučit zapamatování jednotlivých úkolů a posloupností. Základní analýza popisuje jednotlivé kroky, cíle, pořadí potřebné pomůcky a materiály. Důležitá je analýza nároků, které klademe na činnost a na člověka.

Analýza činnosti v praxi jsou kroky, úkony a postupy. Jsou to pomůcky, které jsou důležité a potřebný materiál, který budeme používat při činnosti, ale také nároky na činnosti a rozsah dovedností, které jsou nutné pro výkon dané činnosti. Důležitá je adaptace prostředí a stupňování činnosti adaptace činnosti je úprava prostředí, pomůcek a činnosti nebo její části v situacích, kdy klient není schopen žádným způsobem provést činnost, nebo potřebuje v některé části činnosti dopomoc. Stupňování aktivit zahrnuje postupné zvyšování nároků na činnost, kterou budeme vykonávat. Cílem je zlepšení výkonů klienta pomocí změny postupu, náročnost pomůcek a materiálu. Stupňování činnosti do určité míry závisí na možnostech adaptace. Při stupňování se můžeme zaměřit na problémovou oblast klienta. Je velmi důležité odhalit problémovou oblast a snažit se jí odstranit. Důležité je sledovat u klienta kognitivní funkce, kreativitu, pozornost, krátkodobou i dlouhodobou paměť, řešení problémů, plánování, posloupnost a sledování instrukcí (písemných, ústních, demonstrace).

Při využití kreativních technik u klientů s demencí je potřeba trpělivosti a přesnosti přípravy. Také je dobré klientovi předložit předlohu, co budeme dělat. Můžeme přidat i fotografie, jak výrobek bude vypadat a jak se bude přistupovat v různých krocích. Také je důležité sledovat klienta při práci, a zde klient zvládá vše v rámci svých možností. Pokud klienta nebude činnost bavit, zvolíme jiný druh činnosti a nebudeme

klienta do ničeho nutit. Také je důležitá posloupnost úkolů, správné pomůcky a činnost. Musíme dbát i na aktuální stav klientů, jak po psychické stránce, tak i po fyzické stránce. Ke klientovi musíme přistupovat tak, aby se v naší přítomnosti cítil dobře. Můžeme činnost prokládat i hudební složkou, ale tak aby hudba nebyla příliš hlasitá. S klientem můžeme pracovat individuálně nebo skupinově. Pak můžeme zvolit individuální nebo skupinovou terapii. Při skupinové terapii je zde velká výhoda adaptace s ostatními klienty. (KŘIVOŠÍKOVÁ, 2011, str.44, 45)

1.6 Arteterapie

Mezi prostředky, které využíváme v ergoterapii je i arteterapie.

Arteterapie je teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti. (ŠICKOVÁ- FABRICI, 2008, str. 31)

Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posuzované vnějšími prostředky. Výtvarný výrazový prostředek je dostupný každému, ne pouze těm výtvarně nadaným. Rozvoj arteterapie byl a je pro duševně nemocné pacienty velkým přínosem. (ŠICKOVÁ- FABRICI, 2008, str. 31)

1.7 Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních aktivit

Po onemocnění se pacient často dostává do situací, kdy mu vzniklá porucha znemožní nebo značně omezí schopnost být nezávislým v běžném životě. Často má pak problémy samostatně vykonávat některé každodenní činnosti, jde zde o všední denní aktivity (ADL), které se vztahují k základním fyzickým funkcím a které dotvářejí každodenní život člověka. (KŘIVOŠÍKOVÁ, 2011, str. 23, 24)

1.8 Ergoterapie funkční

Cílem této oblasti je intenzivně procvičovat přesně definovanou oblast. Jan Pfeiffer ji označuje jako cílenou ergoterapii. Cílem ergoterapie, je zaměřování se podle požadovaného účinku, ať již na kognitivní složku činnosti (např.: pozornost, paměť, orientace posloupnost, prostorová orientace), senzomotorickou složku činnosti nebo na trénink psychosociální složky činnosti. Ergoterapeut tohoto cíle dosahuje pomocí intenzivního cvičení a opakováním cvičení, dále k dosažení cílů pomáhá nácvik asertivity a kreativity. Jednotlivé cíle se mohou vzájemně kombinovat, prolínat nebo na sebe v programu ergoterapie navazovat. Program cvičení ve funkční ergoterapii sestavujeme tak, aby zlepšil nebo upravil postižené funkce. Například použitím modelovací hmoty pacient posiluje svaly horní končetiny, skládáním stavebnic nebo puzzle mu zlepší jemná motorika a koncentrace, práci v kuchyni procvičuje prostorovou orientaci, paměť a posloupnost. (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011, str. 27)

2 Kreativní techniky, které můžeme využít u geriatrických klientů

2.1 Práce s textilem

2.1.1 *Batikování, batika, tisk*

Batikovacích technik je velké množství, většina se jich vyvíjela po tisíciletí. Dokonalosti dosáhla v Asii, ale i v Africe. Batika je oblíbenou a módní výtvarnou technikou. Princip batiky spočívá v tom, že neumožníme barvě, aby rovnoměrně látku obarvila. Díky tomu vznikají často neuvěřitelné barevné vzory a efekty. (2)

Druhy batik:

1) vázaná batika - provázky svázaná látka se ponoří do barvicí lázně a v místě ovázání zůstává původní, většinou bílá barva s postupným přechodem k barvě, kterou jsme použili. (2)

2) sypaná batika - na mokré plátno sypeme práškové barvivo, které poté zafixujeme, a to například v páře. (2)

3) vosková batika- díky ní docílíme složitějších a konkrétnějších vzorů, vzniká nanesením vosku na látku a následným obarvením. (2)

4) šitá batika- zadním stehem různé velikosti prošijeme látku v pruzích, vlnkách či elipsách, vyšijeme vzor nití a po prošití pevně stáhneme a zafixujeme uzlíky. Nakonec obarvíme v barvicí lázni. (2)

2.1.2 *Malování na hedvábí*

Objev hedvábí je starý téměř 3 000 let. Hedvábí se vyvažovalo zlatem a bylo pokládáno za nezácnější tkaninu. Je nejpevnější a zároveň nejjemnější z přírodních tkanin. Hedvábí je pružné, tvárné - obsahuje složky identické s naší kůží, nevyvolává žádné nežádoucí reakce, naopak dotek s hedvábím je velmi příjemný – v létě chladí, v zimě hřeje. Od začátku objevu vzácného vlákna jde ruku v ruce také jeho dekorování. (3)

2.1.3 Vyšívání

Vyšívání je výtvarná technika s dlouholetou a bohatou tradicí. Od dávných dob si lidé různých kultur zdobili vyšivkou nejen oblečení, ale i všechny textilie v domácnosti. Ani v současnosti nehrozí, že vyšivka nebude mít dostatek nadšených pokračovatelů. (2)

2.1.4 Háčkování

Háčkování patří k snadnějším ručním pracím. Používá se ke zdobení oděvu nebo textilu v bytě - stejně jako pletení nebo vyšívání.

Staré háčkované techniky nelze přesně určit. Je velmi pravděpodobné, že háčkování vznikalo spolu s pletením. Víme, že háčkovat uměly ženy již v době bronzové, neboť se z této epochy zachoval zbytek háčkované síťky na vlasy, který byl nalezen archeology ve hrobech. V dřívějších dobách se háčkování uplatňovalo především v měšťanském prostředí při zdobení ženského prádla, při výzdobě polic, skříní s prádlem či příborníků, což byla pýcha dřívějších hospodyň. (4)

2.2 Práce s papírem

2.2.1 Koláž

Koláž je jedním z nejpozoruhodnějších a také nejtypičtějších technických a výrazových prostředků, které se objevily na umělecké scéně 20. století. Umožňuje rychleji, bezprostředněji a také přesněji najít souvislosti mezi některými výtvarnými, literárními i filozofickými prvky, pro jejichž vyjádření by se těžko hledal vhodnější způsob.

Pojem „koláž“ se přenesl do dalších oborů, v nichž se užívá sestřihu a spojení různých částí do nového celku, mluví se o koláži v hudbě, literatuře, filmu, fotokoláž má už svou historii, i když novodobou, právě tak jako aplikace koláže ve videoartu, reklamě, knižní grafice a dalších formách užité tvorby. (5)

2.2.2 Scrap booking

Je metoda pro zachycení osobních a rodinných vzpomínek v podobě fotografií, textů a dekorací ve zdobeném albu.

Tento způsob není tak nový jak si většina lidí myslí. Jeho začátky můžeme nacházet již v 15. století ve staré Anglii, kdy se tzv. "commonplace books" - všední knihy těšili velké popularitě.

Byla to v podstatě alba plněná předměty všedního druhu: lékařské recepty, citáty, dopisy, básně aj. Každá tato kniha byla jedinečná svým tvůrcem a konkrétními zájmy.

Tato alba byla používána často také jako ročenky.

Nástup moderní fotografie kolem roku 1826, dal k dispozici rozšíření těchto alb i o vlastní fotografie. (6)

2.2.3 Výroba papíru

Počátky výroby papíru sahají do starověké Číny, kde byl papír vynalezen. Dnes výroba vychází právě z technologie, kterou využíval i Cchaj Lun, kterému se připisuje vynález papíru.

Na domácí výrobu papíru se nehodí jakýkoli papír. Nejlepší je černobílý novinový papír, který dodá novému papíru přírodní vzhled. Použít lze i letáky. Nesmí však být na křídovém či voskovém papíře. Takovýto papír dodá novému papíru pestrobarevný vzhled. Voskový či křídový papír je špatně rozmočitelný. (7)

2.3 Práce s měkkou hmotou

2.3.1 Fimo

Je velmi kvalitní modelovací hmota podobná moduritu. Po krátkém ručním hnětení se stává měkkou a poddajnou a dá se lehce modelovat v podstatě čímkoli. Hodí se pro výrobu nejrůznějších dekoračních předmětů, postaviček, přívěsků, sponek, korálků i k dekoraci skla. Hotový výrobek se vypéká v troubě na 110°C po dobu 20-30

min nebo jej lze 20 minut vařit ve vodě. Po vychladnutí můžeme výrobek přelakovat Fimo lakem a hmota potom připomíná porcelán. (8)

2.3.2 Keramika

Keramika je anorganický nekovový materiál nebo uhlíkový materiál, vyrobený za vysokých teplot. První keramika se objevila již ke konci paleolitu.

V dnešní době se názvem keramika dále označují i některé hi-tech materiály, používané například v armádě, jako součásti pancéřování.

Keramika bývá dělena na:

- hrubou keramiku, kterou se označují cihlářské výrobky,
- jemnou keramiku, kterou označujeme ostatní keramické výrobky,
- do keramiky, patří i kamenina.

Charakteristické vlastnosti keramických materiálů jsou:

- nízká elektrická a tepelná vodivost,
- vysoká pevnost, ale i křehkost,
- vynikající odolnost proti vysokým teplotám a korozi. (5)

2.3.3 Vizovické těsto

Jak už sám název napovídá, jedná se o pečivo, které pochází z malého městečka Vizovice nedaleko Zlína. Tam v polovině minulého století působili pekaři Lutonští, kteří jezdili po jarmarcích prodávat perníky.

Původní vizovické pečivo zahrnovalo pouze 34 základních tvarů. Byly to vlastně symboly, které představovaly určité vlastnosti tak, jak si jich na Valašsku cenili, případně jaké uctívali. Např. ryba byla symbolem mlčenlivosti, sluníčko dárcem života, děťátko znamenalo radost, žába znakem čisté vody, kohout mužnosti atd. Při původním zpracování se používalo pět základních technik: krájení, stříhání, mašličkování, vpichování, obtisk. (9)

3 SYNDROM DEMENCE

3.1 Definice demence

Pojem demence vznikl spojením latinských slov *de* (bez) a *mens* (mysl, vědomí, rozum). V současnosti používané definice demence ne zcela přesně vystihují nejnovější poznatky, které přinesl výzkum v posledních letech. Z dvou nejčastěji používaných definic MKN- 10 (mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) a DSM-IV (diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) se jeví v současné době definice Mezinárodní klasifikace nemocí, verze 10, publikovaná WHO v roce 1992 (MKN-10), která definuje demenci takto: „Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí). Vědomí není zastřené. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace“. Podle diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace ve svém 4. vydání (DSM- IV) je demence definována jako rozvoj mnohočetných kognitivních defektů, zahrnujících poškození paměti a nejméně jednu z dalších kognitivních poruch (afázie, apraxie, agnózie, porucha exekutivních funkcí) a to do té míry, že jsou narušeny každodenní aktivity. Za ty se považuje schopnost pokračovat v zaměstnání, společenské kontakty, osobní život, schopnost postarat se o své finance, nakupování, vaření, zvládat oblékání nebo základní hygienu. (REKTOROVÁ, 2007, str. 10)

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí zde není zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování a to motivace. Diagnózu demence lze tudíž stanovit na základě klinického obrazu, psychiatrického a psychologického vyšetření. K jejímu určení nestačí pouze patologický nález zobrazovacích technik, neboť mírná atrofie či

funkční postižení nemusí zákonitě korespondovat se stupněm demence. (PIDRMAN, 2007, str. 9)

3.2 Klinický obraz a diagnostika demence

3.2.1 Klinický obraz

Demence je skupina chorob, které vznikají až po vytvoření základů kognitivních (poznávacích) funkcí, což je ve 2. - 5. roce života. Existují tedy i dětské demence, avšak četnost výskytu demencí stoupá s věkem. Jsou to převážně choroby vyššího věku. Podstatou demence je úbytek kognitivních funkcí a druhotně i nekognitivních funkcí, tento úbytek je tak výrazný, což vede k ovlivnění profesních a později i běžných denních životních aktivit a k nesoběstačnosti postižených. Choroby, projevující se jako demence, také nezřídka představují základní příčinu smrti (Alzheimerova choroba a další neurodegenerativní demence) jindy přítomnost demence podstatně zvyšuje mortalitu a zkracuje naději postiženého na přežití (vaskulární demence). Některé demence jsou při včasné diagnostice a zahájení terapie reverzibilní. (JIRÁK, 2004, str. 19)

3.2.2 Diagnostika

Byla vyvinuta řada škál, které určují přítomnost a stupeň demence, stupeň postižení kognitivních a nekognitivních funkcí a také další známky demence. Některé z těchto metod slouží k diagnostice jednotlivých demencí. (JIRÁK, 2004, str. 19, 81, 85)

MMSE (Mini-Mental State Examination) je ve světě nejužívanější test ke zjištění přítomnosti a přibližně i stupně demence. Tento výkonový test hodnotí kognitivní funkce celkem třiceti otázkami, u kterých za správnou odpověď dostává jeden bod, za špatnou odpověď nula bodů. 30-27 bodů značí normální kognitivní funkce. 26-25 bodů je hraniční nález, může jít o lehkou poruchu poznávacích funkcí nebo počínající demenci, je zde doporučeno sledování testované osoby. Pásmo 24-18 bodů představuje lehkou demenci. Pásmo 17-6 bodů představuje středně těžkou demenci. Pásmo méně než 6 ti bodů značí těžkou demenci. (JIRÁK, 2004, str. 19, 81, 85)

Hachinskiho ischemický skór (HACH) slouží k upřesnění diferenciální diagnostiky mezi primárně atrofickými demencemi, hlavně Alzheimerovou chorobou,

a vaskulárními demencemi. Je zde o dotazník 13 příznaků, jejich přítomnost se hodnocena 1-2 body (příznaky mají vážený skór) nepřítomnost nulou. Skóre 1-4 značí větší pravděpodobnost Alzheimerovy choroby. Skóre 5-6 je nediferencující, bývá často přítomno u smíšených demencí. Skór 7 a více bývá obvykle přítomno vaskulárních demencí. (JIRÁK, 2004, str. 19, 81, 85)

Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) je metoda, sloužící k hodnocení kognitivních i nekognitivních funkcí u Alzheimerovy choroby, zejména při longitudinálních studiích, např. při hodnocení výsledků léčby nebo stupně úpadku rozumových schopností a citu v čase. ADAS má složku kognitivní i nekognitivní. Activities of Daily Living (ADL) a Instrumental Activities of Daily Living (IADL) jsou škály, které určují schopnost postižených vykonávat běžné aktivity denního života. Tyto škály existují ve více úpravách. Jsou hodnoceny s několika výjimkami třemi stupni, a to provede úkon pacient samostatně, částečně či neprovede. Výsledky jsou skórovány. V dotazníku aktivit denního života (ADL, test Barthelové) jsou hodnoceny položky: najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence stolice, kontinence moči, použití WC, přesun lůžko- židle, chůze po rovině či chůze po schodech. Pro rychlou diagnostiku demencí byl vyvinut také sedmiminutový screeningový test demence. (JIRÁK, 2004, str. 19, 81, 85)

Běžně je používáno několik škál k určení stadia demence. Nejběžnější je škála Global Deterioration Scale (GDS). Tato škála určuje 7 stupňů postižení kognitivních funkcí: stupeň 1 odpovídá normální kognici, stupeň 2 a 3 odpovídá mírné poruše kognitivních funkcí, stupeň 4 je lehké demence, stupeň 5 střední, 6 středně těžké a 7 těžké demenci. (JIRÁK, 2004, str. 19, 81, 85)

3.3 Porucha paměti a dalších psychických funkcí

Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí. Toto jsou funkce, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci s prostředím a cílené chování. Mezi tyto funkce patří kromě paměti, pozornost, vnímání řečové funkce (schopnost tvorby řeči i schopnost porozumění), tzv. exekutivní (výkonné) funkce (schopnost být motivován k určité činnosti, tuto účelnou činnost naplánovat, provést a zpětně zhodnotit) funkce zajišťující

účelné jednání a další. Celková úroveň kognitivních funkcí se obvykle označuje jako inteligence.

K postižení kognitivních i dalších funkcí dochází onemocněním mozku, nejčastěji chronickým, postupujícím. Vědomí u demence není zastřené (myslí se kvalitní úroveň vědomí, uvědomění si sama sebe i správné uvědomění si situace, nikoli kvantitativní úroveň, kde porucha znamená ospalost, bezvědomí). Kromě postižení kognitivních funkcí dochází i k postižení dalších funkcí. U demencí jsou popisovány okruhy tří základních skupin funkcí, přičemž ohraničení je neostré, poněkud schématické a uvedené okruhy se navzájem prolínají:

- Kognitivní funkce
- aktivity denního života
- poruchy emocí (afektů a nálad), chování, spánku, a cyklu spánek (bdění). Poruchy těchto funkcí se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demencí

Porušení těchto funkcí musí být tak velké, aby interferovalo s běžnými životními aktivitami. To pak vede k tomu, že se postižený stává nesoběstačným, závislým na rodině či nemoci, ústavu sociální péče. Ke vzniku demence nevede pouze Alzheimerova choroba, ale i více než 60 dalších chorob. Demence sama o sobě představuje syndrom určitých charakteristických příznaků, které mohou mít různé příčiny. Některé choroby jsou vždy spojeny s rozvojem demence (například Alzheimerova choroba), u jiných chorob se demence rozvíjí pouze někdy (např.: AIDS). Proto řekne-li se demence, vybavíme si člověka postiženého poruchami paměti, jednáním, poznáváním apod., ale nejsme ještě schopni říci, která choroba jeho demenci vyvolala. (JIRÁK, 2009, str. 11, 12)

3.3.1 Identifikace seniorů s poruchami kognitivních funkcí a mírná kognitivní poruchou

Existují tři cesty, jak úspěšně identifikovat nemocného s příznaky kognitivního poškození:

- Pacient sám přijde k lékaři a stěžuje si na potíže s pamětí a myšlením.
- Rodina či přátelé nemocného upozorní lékaře na problémy, kterých si všímají, aniž by je na ně spontánně upozornil pacient.

- Lékař či zdravotní personál při běžných vyšetření provádí jednoduchý screeningový test, který odhalí dosud nepoznanou kognitivní poruchu.

Včasné rozpoznání demence, její odlišení od jiných poruch, které ji mohou imitovat či zastírat, a posléze i nalezení její příčiny není vždy snadné. (PIDRMAN, KOLIBÁŠ, 2005, str. 101)

Demence jsou snad nejtěžší a nejobávanější choroby vyššího věku. Znemožňují nemocnému vykonávat zaměstnání, věnovat se zálibám, starat se o sebe a komunikovat s přáteli a příbuznými. Nemocný postupně ztrácí paměť a schopnost rozumět dění ve svém okolí. Ztrácí nezávislost, je odkázaný na pomoc jiných a nakonec ho choroba připraví i o vlastní identitu. Demence je zdrojem stresu, fyzické a extrémně psychické zátěže pro nejbližší příbuzné. Demence jsou jednou z nejdůležitějších témat medicínského výzkumu v současnosti. V posledním desetiletí se rozšířili poznatky o etiologii a patogenezi demencí. Začali se používat spolehlivé, v běžné praxi použitelné, diagnostické postupy. Vznikly nové skupiny bezpečných léků, kterými je možné výrazně zmírnit příznaky demencí. Dosáhl se výrazný pokrok v léčbě tak vážné choroby, jakou je například Alzheimerova choroba. (PIDRMAN, KOLIBÁŠ, 2005, str. 101)

3.3.2 Stárnutí a kognitivní funkce

Podle závažnosti nastalých změn lze kognitivní funkce podle stárnutí rozdělit:

- Úspěšné stárnutí
- Normální stárnutí
- Patologické stárnutí

Úspěšné stárnutí znamená zachování funkčních schopností, kognice je neporušena, výkonnost je srovnatelná se středním věkem. Neobjevují se ani poruchy paměti, chování či motoriky. (PIDRMAN, 2007, str. 24)

Normální stárnutí znamená fyziologické změny v kognitivních a dalších psychických schopnostech. Jsou zde drobné abnormality, které se vyskytují u většiny zdravé populace. Jde o benigní stav zapomnětlivosti, kdy nedochází k progresi. Jedinec si stěžuje na drobné poruchy paměti. Hovoříme o věkem podmíněném poklesu kognitivních funkcí. (PIDRMAN, 2007, str. 24)

3.3.3 Mírná kognitivní porucha

V současném chápání pojmu představuje mírná kognitivní porucha (MCI) heterogenní syndrom, který zahrnuje iničiální stadia různých demencí a je rizikovým faktorem pro jejich vznik. Asi u jedné třetiny postižených zůstává neměnný a nepřechází do demence. Klinicky jde jednoznačně o poruchu kognitivních funkcí, která je významná a je výsledkem patologického procesu CNS. Nejsou zde však splněna kritéria pro demenci. (PIDRMAN, 2007, str. 25)

3.4 Rozdělení demencí

Demenci bychom měli nejprve správně diagnostikovat, a poté se pokusit určit její etiologii, což je důležité z hlediska našeho poznání a následné léčby. Musíme nejprve rozpoznat demenci, což je odlišení demence od stavů demenci imitující, stanovení její závažnosti- stadia. Určení etiologie demence tj. určení primární, sekundární, smíšené demence, resp. Demence reverzibilní či ireverzibilní. Demence jako celek je možné dělit podle více způsobů. (PIDRMAN, 2007, str. 31, 31)

3.4.1 Primární degenerativní demence

- Alzheimerova nemoc (nejčastější demence, představuje 60% všech demencí)
- Demence s Lewyho tělísky
- Frontotemporální demence

(PIDRMAN, 2007, str. 31, 31)

3.4.2 Sekundární smíšené demence

Sekundární demence jsou nesourodou skupinou nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada příčin. Jde např. o demenci v souvislosti s traumatem, tedy (posttraumatické demence), dále infekční, metabolické při poruchách jater, respiračního systému, ledvin (i při dialýze) a mnoha dalších. Bylo popsáno více než 70 skupin sekundárních demencí. Z nich vybíráme ty nejzávažnější a nejčastější:

- Vaskulární demence (představuje 20% všech demencí)- multiinfarktová, mikroangiopatická (Binswangerova choroba)

- Metabolické demence
- Toxické demence
- Demence při Parkinsonově chorobě
- Demence při Huntingtonově chorobě
- Traumatické demence
- Demence při normotenzním hydrocefalu
- Demence při nádorech CNS
- Demence při infekcích (sem náleží např. i demence syfilitická a při HIV infekci)

Smíšené demence představují přibližně 10-15% všech demencí. Například smíšená Alzheimerova/ vaskulární, smíšená Alzheimerova /jiné primárně degenerativní demence, ostatní smíšené. (PIDRMAN, 2007, str. 31, 31)

3.5 Alzheimerova demence

Alzheimerova nemoc je primární atroficko-degenerativní onemocnění mozku nejasné etiologie, jejímž průvodním znakem je postupný rozvoj demence. V současnosti se řadí mezi nejčastější příčinu demencí. Její diagnostika vyžaduje interdisciplinární přístup, opírá se zejména o metody neurologické, zobrazovací (CT, MRI, SPECT, PET), neuropsychologické, psychiatrické, laboratorní, histopatologické a případně genetické. (PREISS, 2006, str. 123)

Pro diagnostiku AN mimo běžných kritérií stanovených v MKN- 10 a DSM-IV jsou mezinárodně užívány a uznávány diagnostická kritéria NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Cognitive Disorders and Stroke- Alzheimer's Disease and Related Disorders Association). (PREISS, 2006, str. 123)

Alzheimerova nemoc je progredientní onemocnění, které se vyznačuje charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky. AN je primární onemocnění šedé kůry mozkové. Vyvíjí se nejčastěji plíživě, přitom pomalu a trvale progreduje. Psychické funkce jsou postiženy difuzně.

Relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí základní etická a estetická pravidla, návyky, zvyklosti a stávají se překvapivě nápadnými svým jednáním a chováním. Ztrácejí své zájmy, narušují dlouholeté vazby a vztahy a také se stávají podezíravými a hašteřivými. Dochází k amnestickým poruchám, nejprve k narušení krátkodobé paměti. Objevují se poruchy korových funkcí, jako je afázie, apraxie, agnózie a výrazně trpí prostorová orientace. Nemocní přestávají zvládat péči o sebe samu, bez pomoci se stávají zanedbanými i po stránce hygieny či odívání. Objevuje se postižení emocí, nejčastěji jde o emoční plochost, avšak hlavně v počátku onemocnění se může objevit deprese, nezřídka i mánie. Mohou se objevit paranoidní syndromy, bludy bývají spíše vágní a měnlivé, halucinatorní symptomy bývají rovněž přechodné a jsou méně často klasifikovány podle doby počátku vzniku onemocnění. (PREISS, 2006, str. 123)

3.5.1 Průběh a charakter kognitivního deficitu

U AN je charakteristická pomalým a pozvolným průběhem klinické symptomatologie. Průběh bývá postupně progredující s možným výskytem přechodných období spojených se zpomalením progresu. Tím se liší například od vaskulární demence, protože její průběh je většinou stupňovitý. Vlastnímu rozvoji AN přechází často velmi diskrétní kognitivní změny, které bývají v odborných literaturách popsány, jako mírné kognitivní poruchy nebo lehké kognitivní deficity. (PREISS, 2006, str. 141)

V průběhu AN můžeme rozlišit tři stupně stadia. V prvním stádiu, které trvá průměrně kolem 3 let, si často okolí a příbuzní pacienta začínají všimnout prvních změn, které signalizují počínající proces demence. Mezi časné příznaky patří poruchy paměti, jednak problematická pohotovost vybavování potřebného slova, ale také diskrétní a recentní epizodické paměti, o kterých často bývají přidruženy obtíže v oblasti koncentrace pozornosti a snazší unavitelnost. Někdy mohou být řazeny mezi časné příznaky i poruchy kalkule. Objevuje se zapomínání telefonních čísel či jména známých. Pro pacienty je obtížné vybavit pohotově vhodné slovo. Může se začít projevovat i první nejistota v prostorové orientaci. (PREISS, 2006, str. 141)

Příbuzní často popisují, že nemocní působí roztržitým dojmem. Po sociální stránce jsou nemocní schopni v této fázi onemocnění ještě samostatného fungování, i když s větším vynaložením energie a občasnými komplikacemi. Proto lze očekávat i omezení

aktivit, může se zde objevovat pokles zájmu o okolní dění, přátele, známé a dříve oblíbené koníčky. Vzhledem k tomu, že je v tomto stadiu onemocnění zachován náhled nemocných na kognitivní změny, lze očekávat depresivní a úzkostné stavy. Přirozené jsou u řady nemocných i tendence maskování kognitivního deficitu a z nich vyplývají obtíže v běžném životě, což je ale ve svém důsledku stojí ještě více energie a úsilí. (PREISS, 2006, str. 141)

Pro druhé stádium bývá charakteristická progredující kognitivní deteriorace korelující s rozvojem temporoparietální kortikální mozkové atrofie. Dochází k dalším alternacím. Prohloubení paměťových deficitů, mimo zhoršující se sémantické paměti se začínají zásadněji prohlubovat obtíže ve složce epizodické recentní paměti, dále se přidávají změny v oblasti výbavnosti informací z dlouhodobé paměti. Poruchy zrakově prostorových funkcí nemocní mají obtíže s orientací v prostoru, objevuje se bloudění, dochází ke ztrátě orientačního smyslu a prostorové paměti, zpočátku na méně známých místech, později i na známých a nakonec i v domácím prostředí. Narušení exekutivních funkcí, pro nemocné je problematické plánování si a organizování aktivit a posléze i běžných činností nebo jejich provádění ve správném pořadí. Deteriorace symbolických funkcí, zejména fatických, praktických a gnostických. Řeč se stává málo obsažnou. Mimo progresse kognitivních změn dochází i k rozvoji psychiatrické symptomatologie, osobnostním změnám, bývají přítomny i spánku a příjmu potravy. Tyto symptomy bývají souhrnně označovány jako behaviorální a psychologické symptomy demence. (PREISS, 2006, str. 141)

Třetí stádium onemocnění je spojené s pokročilou a nezvratnou kognitivní deteriorací, osobnostní degradací a dalším rozvojem neurologické symptomologie. U pacienta se výrazně ochuzuje verbální komunikace, progreduje afázie, posléze pacienti přestávají být zcela schopni komunikace, bývají apatičtí. V posledních fázích ztrácí i oční kontakt a bývají kompletně dezorientováni. Pacienti ztrácejí nejen schopnost řeči, ale zcela i kalkulické, praktické, lektické grafické, a gnostické schopnosti (pacienti nejsou schopni rozpoznat své blízké, okolní předměty či jídlo). Ve finální fázi jsou pacienti inkontinentní, akinetičtí a ztrácí hygienické návyky. Tak jsou odkázáni na permanentní péči okolí. Z neurologických příznaků je možné shledat extrapyramidové příznaky, epileptické záchvaty či myoklonické záškuby. Mezi rizikové

faktory, které zvyšují rychlejší průběh onemocnění patří: vyšší věk počátku onemocnění, rychleji progredující afázie, souběžné vaskulární onemocnění mozku, časný rozvoj extrapyramydových příznaků, časný rozvoj myoklonu nebo časně psychotické projevy. (PREISS, 2006, str.143)

3.6 Vaskulární demence

Vaskulární demence je druhým nejčastějším typem onemocnění demencí ve starším věku, hned po AN. Obecně je vaskulární demence definována jako kognitivní deficit, vznikající na podkladě cévního onemocnění mozku. Abychom tedy o diagnóze vaskulární demence mohli uvažovat, potřebujeme prokázat snížení kognitivních schopností a známky cévního onemocnění mozku.(PREISS, 2006, str. 177)

Vaskulární demence vznikají kvůli narušení cévního zásobení mozku. Bezprostřední příčinou může být zúžení či postupné ucpávání mozkové cévy nebo krvácení. Některé cévní změny v mozku jsou vrozeně podmíněné, jiné jsou získané. (JIRÁK, 2009, str. 54)

Vaskulární demence se nejčastěji vyskytují u kuřáků, obézních lidí, lidí s diabetes mellitus, se srdečním onemocněním, změnou krevního tlaku, či s onemocněním krvetvorby- anemie. Mezi rizikové faktory patří cévní mozkové příhody. Vznik demence po mozkové příhodě u pacientů je častější. (JIRÁK, 2009, str. 54)

3.6.1 Typy vaskulárních demencí

Dle postižení mozkové tkáně infarkty, malými infarkty či jinými změnami a dle umístění těchto změn rozlišujeme několik typů vaskulárních demencí:

- 1.) Vaskulární demence s náhlým začátkem. Tato demence se rozvíjí akutně, po cévních mozkových příhodách, lokalizovaných ve strategicky významných oblastech pro kognitivní funkce. Demenci může vyvolat i jeden malý infarkt, a to zvláště u osob které jsou predisponované. Klinické projevy velmi závisí na lokalizaci cévní mozkové příhody.
- 2.) Multiinfarktová demence, vzniká při postižení infarkty v oblastech mozkové kůry i bílé hmoty. Obvykle je průběh (na rozdíl od AN) kolísavý, jsou zde časté

změny psychického stavu. Postižení mívají dlouho relativně dobře zachovalou osobnost, uvědomují si poruchy paměti a často bývají depresivní.

- 3.) Převážně podkorová vaskulární demence, postihuje bílou hmotu a šedou hmotu mozku v oblasti tzv. bazálních ganglií což jsou mozková jádra, které mimo jiné regulují hybnost, ale hlavně jemnou motoriku. Tato demence vzniká převážně u lidí trpících vysokým krevním tlakem. Projevuje se zpomalením, poruchou výkonných funkcí, časté jsou deprese a poruchy jemné hybnosti. (JIRÁK, 2007, str. 173)

Kromě těchto demencí se vyskytují i další typy, které jsou ale vzácné. (JIRÁK, 2009, str. 56)

Pojem vaskulární demence je potřeba vnímat jako široké spektrum kognitivních poruch na podkladě cévního onemocnění mozku, z nichž jen část splňuje obecná kritéria demence. Proto se v současnosti objevuje snaha nahradit tento pojem komplexnějším označením vaskulární kognitivní deficit. (PREISS, 2006, str. 178)

Poruchy kognitivních funkcí zjišťujeme jako u ostatních typů demencí následujícími testy: MMSE (Mini-Mental State Examination – test psychických funkcí) a testem kreslení hodin. K posouzení funkčního postižení při demencích slouží následující testy: FAQ (Functional Activities Questionnaire – dotazník pro funkční hodnocení pacienta) a test ADL (Activities of Daily Living – Barthelův test základních denních všedních činností). (http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_05_04_07.pdf V. KOVTUN, J. MÉSZÁROSOVÁ, Vaskulární demence, 27.12.2011)

S diagnózou pravděpodobné vaskulární demence dále souvisí: časný výskyt poruch chůze (šouravá, s malými krůčky), motorická nejistota, časté pády a inkontinence, kterou nelze vysvětlit urologicky. Znaky, na jejichž základě je diagnóza vaskulární demence nejistá, jsou: časný výskyt a progresivní zhoršování paměťového deficitu a dalších kognitivních schopností při současné absenci odpovídajících cerebrovaskulárních lézí dle CT či MRI. Diagnóza vaskulární demence je možná, jsou-li přítomny znaky demence a ložiskové příznaky. (PREISS, 2006, str. 179, 180)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

Cílem této práce je pomocí výzkumných metod zjistit, zda se na pracovištích, v domovech pro seniory a jiných využívají kreativní techniky u klientů s demencí a jaké metody využívají.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání teoretických znalostí z různých zdrojů, práce s klientem s demencí, její etiologií, jak se demence projevuje, jaké máme různé typy demencí a stupně.
2. Vybrání si dvou typů demencí (např. Alzheimerova demence, vaskulární demence)
3. Uvědomit si a nastudovat vhodné metody testování a pozorování k potvrzení či vyvrácení svých hypotéz.

5 HYPOTÉZA

Předpokládám, že:

1. Využívání kreativních technik má pozitivní vliv na kognitivní funkce u klientů s demencí.
2. Nadpoloviční většina respondentů využívá kreativní techniky v domovech pro seniory.

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

6.1 Kazuistiky

6.1.1 Kazuistika 1

1 ÚVOD, ZÁKLADNÍ INFORMACE

Klient: Žena

Věk: 87

Lékařská diagnóza:

Hlavní: Alzheimerova choroba- 1. Stupeň

Vedlejší: osteoporóza, arteriální hypertenze

Vznik onemocnění: před 6 lety

Anamnézy:

OA:

Klientka prodělala běžná dětská onemocnění

Před čtyřmi lety pád

ADL- částečně závislá

Subjektivně- bolest PDK, klientka používá nízké chodítko s kolečky

RA:

Vdova

Má dceru a syna, kteří jí pravidelně navštěvují 1x za 14 dní.

SA:

Dříve bydlela v rodinném domě. Teď pobývá v domově pro seniory od roku 2005

PA:

Dříve pracovala jako spisovatelka a herečka.

Nyní pobírá SD.

Kompenzační pomůcky: nízké chodítko s kolečky, KP pro kognitivní funkce, KP pro inkontinenci, brýle na blízko.

2 VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM

Hodnocení soběstačnosti: Pozorováním i rozhovorem

Dne: 13. 10. 2011

Oblékání/ svlékání:

Horní polovina těla:

Klientka si zvládne obléci horní polovinu těla, problém jí dělají menší knoflíky. Velké knoflíky klientka zapne. Klientka musí mít oblečení připraveno u postele, aby na něj dosáhla. Oblečení je připravováno zdravotnickým personálem, aby si klientka oblečení oblékla posloupně.

Dolní polovina těla:

Klientka potřebuje dopomoc při oblékání dolní poloviny těla, spodního prádla, kalhot i bot. Při oblékání dolní poloviny nejprve pomoci s jednou nohavicí a poté s druhou, poté pomoci klientce s vertikalizací. Při stabilním stojí, se sama dooblékne.

Hygiena:

Klientka s pomocí nízkého chodítka dojde do koupelny k umyvadlu. Umyje si obličej a učeše vlasy. Pokud jde o sprchování, klientka je doprovázena zdravotnickým personálem, z důvodu nejistoty, protože klientka má vertigo. Klientka ve sprše sedí na židli, sama si umyje horní polovinu těla, s dolní polovinou těla jí pomáhá zdravotnický personál.

Sebesycení:

Klientka dochází na oběd do jídelny, která je na stejném patře, kde bydlí. Jídlo má připravené na stole. Zvládne se sama najíst a napít. Pití si nalije z konvice pití, která je ze $\frac{3}{4}$ plná.

Vyměšování:

Moč:

Občas inkontinentní, klientka používá inkontinentní vložky

Stolice:

Plně kontinentní

Přesuny a mobilita:

Klientka se sama přetočí na lůžku. Sama si sedne jak s nohama na lůžku tak i z lůžka. Při zvedání z lůžka, klientka používá nízké chodítko, o které se vzepře a zvedne se. Při chůzi klientka používá nízké chodítko s kolečky. Ujde 50 metrů bez větších problémů, chodí po většinu času podél zdi, kde jsou umístěna madla, kterých se může klientka při náhlé změně zdravotního stavu (vertigo) kdykoliv přidržet. Při chůzi nad 50 metrů, je z důvodu bezpečnosti doprovázena zdravotnickým personálem.

IADL

Užívání léků:

Klientka si sama léky nepřipravuje, léky jsou připravovány zdravotnickým personálem. Sama so léky vezme a zapije.

Telefonování: klientka používá mobilní telefon pouze pro příjem hovorů.

Ostatní oddíly IADL nejdou u klientky hodnotit, z důvodu dlouhodobého pobytu v domově pro seniory.

3 FUNKČNÍ HODNOCENÍ

Pohyblivost:

HKK: pohyb není omezen

DKK: PDK bolest v oblasti kyčelního kloubu.

Úchopy:

Klientka zvládá jednotlivé úchopy bez větších omezení.

Kognitivní funkce:

Vyšetření kognitivních funkcí- výsledky viz tabulka č.1.

Psychosociální funkce:

Klientka je vyrovnaná a obvykle má dobrou náladu.

Role a zájmy:

Klientka má dobré rodinné zázemí. Dcera a syn za klientkou pravidelně dochází. Mezi zájmy patří čtení, kreslení a poslech hudby.

4 TESTOVÉ HODNOCENÍ

Dne: 13. 10. 2011

Pro hodnocení byly zvoleny: Barthelův index, MMSE, škála deprese pro geriatrické pacienty, test kreslení hodin, Addenbrooský kognitivní test, Montrealský kognitivní test.

Tabulka č. 1- Testové hodnocení

Název testu	Vstupní vyšetření 14. 10. 2011	Průběžné vyšetření	Výstupní vyšetření 1. 1. 2012
Barthel index	85 bodů- lehká závislost	85 bodů	85 bodů
MMSE	25 bodů- lehká kognitivní porucha	25 bodů	24 bodů
Škála deprese pro geriatrické pacienty	0 bodů- normální afekt, bez deprese	0 bodů	0 bodů
Test kreslení hodin	Skóre 2	Skóre 2	Skóre 2
Addenbrooský kognitivní test	71/ 100 bodů		71/100 bodů
Montreálský kognitivní test	16 bodů	16 bodů	16 bodů

5 VYŠETŘENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

U klientky byla stanovena Alzheimerova nemoc. Tato diagnóza u ní propukla v roce 2006. Od roku 2005 je v domově pro seniory, kde má svojí „garsonku“. Dříve se po domově pohybovala sama bez cizí pomoci, stejně tak mohla kdykoliv opustit domov. Nyní když chce jít ven, musí mít s sebou doprovod, aby nezacházela dále od domova a neztrácela se. Klientka používá jak kalendář, tak i diář, kam si zapisuje důležité informace. Také má klientka na pokoji vytištěný plán, kde jsou napsané všechny aktivity denního centra. Většinou 15 minut před aktivitou je telefonicky upozorněna, že je aktivita.

Klientka v testu MMSE získala 25 bodů což svědčí pro kognitivní poruchu. V testu kreslení hodin bylo výsledné skóre 2, číslice v kruhu byly správně rozmístěné a jedna ručička od hodin byla umístěna správně. V Addenbrooském kognitivním testu klientka

získala 71 bodů/100 bodů. V Montrealském kognitivním testu získala 16 bodů. Podle výsledků kognitivních testů, bych řekla, že trpí nízkým stupněm Alzheimerovy choroby.

6 ZÁVĚR VSTUPNÍHO VYŠETŘENÍ:

Klient: Žena

Věk: 87 let

Diagnóza:

Hlavní: Alzheimerova choroba- 1. Stupeň

Vedlejší: osteoporóza, arteriální hypertenze

Zjištěno:

Klientka v testu Barthel index získala 85 bodů, což svědčí pro lehkou závislost v ADL. Přesuny a mobilita- Klientka se sama přetočí na lůžku. Sama si sedne jak s nohama na lůžku tak i z lůžka. Při zvedání z lůžka, klientka používá nízké chodítko, o které se vzepře a zvedne se. Při chůzi klientka používá nízké chodítko s kolečky. Ujde 50 metrů bez větších problémů, chodí po většinu času podél zdi, kde jsou umístěna madla, kterých se může klientka při náhlém zhoršení zdravotního stavu kdykoliv přidržet. Když chce jít více jak 50 metrů, tak je z důvodu bezpečnosti doprovázena zdravotnickým personálem.

ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN

Silné stránky klienta:

Fyzická stránka: klientka je relativně v dobré fyzické kondici, ale občas mívá výkyvy zdravotního stavu (vertigo).

Psychická stránka: klientka je optimistická a má dobré rodinné zázemí.

Sociální stránka: Klientka má dobré rodinné zázemí. Rodina za ní dochází pravidelně.

Slabé stránky klienta:

Slabé stránky klientky jsou v kognitivních funkcích, krátkodobé a zejména v dlouhodobé paměti. Také má občasné problémy se zdravotním stavem.

Problémové oblasti:

Klientčiny problémové oblasti jsou zejména v kognitivní oblasti. Dále má klientka problémy při oblékání dolní poloviny těla, při hygieně dolní poloviny těla. Klientka trpí občasným vertigem.

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Trénink kognitivních funkcí

Trénink ADL

Kondiční ergoterapie

Začleňování klientky do aktivit denního centra (trénink paměti, kreativní techniky)

Při každé činnosti klientku správně motivovat

Instruovat klientku při používání kompenzační pomůcky (kalendář, diář)

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

Zapojovat klientku do aktivit DS- kreativní techniky, keramika, trénink paměti, pečení.

Ověřování klientky při využívání kompenzačních pomůcek.

Zapojit rodinu klientky do dlouhodobého programu (např. reminiscenční terapie)

Instruovat zdravotnický personál o využívání kompenzačních pomůcek pro kognitivní funkce.

Typ terapie, frekvence a délka terapie:

- Individuální- 1x týdně- 60 minut
- Skupinová- 2x týdně – 2x 60 minut.

TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

14. 10. 2011

Typ terapie: individuální

- Cíl terapie- vstupní ergoterapeutické vyšetření, seznámení s klientkou
- Vstupní vyšetření viz tbl. č. 1

28. 10. 2011

Typ terapie: individuální

- Cíl terapie- analýza činnosti, trénink krátkodobé paměti
- Kreativní techniky- výroba srab bookingu
- Seznámení klientky s touto metodou
- Snaha naučit klientku správný postup

4. 11. 2011

Typ terapie: individuální

- Cíl- ověření a trénink dlouhodobé paměti, ohledně minulé terapie
- Kreativní techniky- výroba srab bookingu.
- Ověření, zda si klientka pamatuje postup a pomůcky při výrobě srab bookingu.

U klientky jsem zvolila kreativní techniky

Reakce klientky na terapeutické jednotky:

Klientku tato činnost bavila, ale celé sezení mi říkala, že to nezvládne, že neví, jak má správně tvořit a že jí to nejde.

Po terapii klientka vypadá spokojeně a vyrovnaně.

Objektivní hodnocení- pozorování:

Klientka má nízký stupeň Alzheimerovy choroby, hůře se orientuje v čase.

Před každou aktivitou, na kterou klientka měla přijít, musela být telefonicky obeznámena 15 minut předem, nebo byla doprovázena zdravotnickým personálem rovnou na aktivitu.

Klientka je velmi milá a společenská a má specifický smysl pro humor.

Moc ráda maluje a nejraději tvoří koláže, které jí zdobí pokoj v domově.

Nápad se srab bookingem- výroba fotoalba+ zápisníku, se klientce velmi líbil a byla z toho nápadu nadšená.

Klientka se při terapiích podceňovala.

Při terapii se často zapovídá a neví potom, co děláme a jak to má dělat.

S klientkou se pracovalo individuálně, což jí vyhovovalo, protože měla pocit, že má více pozornosti.

Reakce klienta:

Klientka velmi dobře reagovala na individuální terapii, a to na kreativní techniky. Po terapii se cítila spokojeně.

Silné stránky klienta:

Snaha a trpělivost klientky.

Slabé stránky klienta:

Slabé stránky klientky jsou v kognitivních funkcích, zejména v dlouhodobé i krátkodobé paměti. Klientka se při terapii neustále ptá, zda vše dělá dobře či ne a také se velmi podceňuje v kreativních technikách.

VÝSTUPNÍ HODNOCENÍ

Výsledky výstupního vyšetření viz. Tabulka č. 1

Doporučení:

Udržet klientku co nejdéle soběstačnou v ADL. Dále v psychické a fyzické kondici. Trénink ADL při oblékání poloviny těla. Také trénink chůze jak na kratší, tak na delší procházky se zdravotnickým personálem, aby si klientka byla jistější, a cítila se bezpečně. Doporučovala bych neustálý trénink kognitivních funkcí zejména trénink krátkodobé a dlouhodobé paměti a orientaci. Dále, aby klientka více používala kompenzační pomůcky pro kognitivní funkce- kalendář a diář. Popřípadě bych doporučila nástěnku do pokoje, na které by bylo jaký je dnes den, datum, rok, roční období a měsíc. Více zapojování klientky do aktivit denního centra, zejména trénink paměti, výtvarné techniky, keramika, pečení a posezení s ostatními klienty domova. Pokračování v kreativních technikách.

6.1.2 Kazuistika 2

1 ÚVOD, ZÁKLADNÍ INFORMACE

Klient: Žena

Věk: 90

Lékařská diagnóza:

Hlavní: Vaskulární demence

Vedlejší: stav po zlomenině krčku femuru, hypertenze, nedoslýchavost, osteoporóza.

Anamnézy:

OA:

klientka prodělala běžná dětská onemocnění.

V lednu 2011 hospitalizace z důvodu zánětu průdušek.

V březnu 2011 hospitalizace z důvodu zánětu ledvin.

Dne 3. 11. 2011 zlomenina krčku femuru léčeno.

Dne 29. 11. 2011 operace krčku femuru.

RA:

Vdova

Klientka má dva syny a tři vnoučata, kteří jí pravidelně navštěvují 3x do měsíce.

SA:

Od srpna 2008 žije v domově pro seniory.

PA:

Dříve pracovala jako účetní. Momentálně pobírá SD.

Kompenzační pomůcky: vycházková hůl, nízké chodítko, na delší vzdálenosti vozík. KP pro kognitivní funkce, KP pro inkontinenci.

2 VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM

Hodnocení soběstačnosti: Pozorováním i rozhovorem

Dne: 24. 9. 2010

PADL

Horní polovina těla:

Klientka se obleče sama (triko a mikinu), ovšem potřebuje pomoci při oblékání košile, jelikož nezapne malé knoflíky.

Dolní polovina těla:

Klientka potřebuje pomoci při navlékání spodního prádla a kalhot, když jsou kalhoty navlečeny po kolena, sama si stoupne s pomocí nízkého chodítka a navlékne si je. Při oblékání ponožek potřebuje plnou asistenci. Při obouvání bot využívá obouvací lžici.

Hygiena:

Klientka si sama dojde k umyvadlu a umyje se. Do sprchy je doprovázena personálem, aby se předešlo pádu, ve sprše zvládne umytí horní poloviny těla. Při umývání dolní poloviny těla a zad potřebuje asistenci.

Sebesycení:

Klientka se sama stravuje a napije. Sama si nalije čaj z konvice, která je z poloviny prázdná. Na pečivo si nemaže žádné máslo ani sýry, ale pokud si musí pečivo namazat, zvládne tuto činnost bez problémů.

Vyměšování:

Moč: často inkontinentní

Stolice: kontinentní

Přesuny a mobilita:

Klientka se bez problémů na lůžko otočí z boku na bok. Sama si sedne na lůžko s nohama na zem. Přesun z postele či židle do stoje dělá klientce menší problém, potřebuje podpěru pod rameny, nebo se klientka vzepře o chodítko. Při chůzi využívá vycházkovou hůl, sama ujde 15 metrů. Na delší vzdálenosti ovšem potřebuje mechanický vozík, který ovládá zdravotnický personál.

IADL

Užívání léků:

Klientka si sama léky nepřipravuje, léky jsou připravovány zdravotnickým personálem. Sama si léky vezme a zapije.

Telefonování:

Klientka nevyužívá telefon.

Ostatní oddíly IADL nelze hodnotit, z důvodu dlouhodobého pobytu v domově pro seniory.

3 KOGNITIVNÍ VYŠETŘENÍ

Klientce byla diagnostikována Vaskulární demence. Vznik onemocnění v roce 2007. Klientka trpí změnami nálad a depresemi. Deprese jsou řešeny farmakologicky. Klientka není orientována místem a časem. Při terapii si myslí, že manžel stále žije a že bydlí stále s rodinou. Poruchy krátkodobé i dlouhodobé paměti. Psychomotorické tempo je zpomalené. Komunikace s klientkou je těžší z důvodu nedoslýchavosti, naslouchadlo má, ale nepoužívá. Kognitivní funkce u klientky hodně závisí na fyzické kondici.

4 FUNKČNÍ HODNOCENÍ

Pohyblivost:

HKK: bez funkčních změn.

DKK: osteoporóza kyčelních kloubů.

Úchopy: klientka zvládne všechny úchopy bez problémů.

Kognitivní funkce:

Výsledky testů kognitivních funkcí viz. Tabulka testů. Klientka má těžší kognitivní poruchu.

Psychosociální funkce:

U klientky převládá po většinu času dobrá nálada, ale také mívá výkyvy nálad a je občas depresivní. Zároveň jsou u ní viditelné problémy s komunikací, při komunikaci je nutné dobře artikulovat, aby mi klientka rozuměla.

Role a zájmy:

Klientka má dobré rodinné zázemí. Za klientkou dochází mladší syn a vnoučata. Zájmy: keramika, pečení, zvířata canisterapeutický pes, zooterapie- králík)

TESTOVÉ HODNOCENÍ

Tabulka č. 2- testové hodnocení

Testy	Vstupní vyšetření	Průběžné hodnocení	Výstupní vyšetření 2. 1. 2012
MMSE	24. 9. 2010- 15 bodů	20. 1. 2011- 11 bodů 26. 5. 2011- 11 bodů	6 bodů
Barthel index	12. 5. 2010- 75 bodů	20. 1. 2011- 75 bod	40 bodů
Test kreslení hodin	24. 9. 2010- skóre 3 Chybné zaznamenání času, Zachované prostorové uspořádání		Skóre 5
Škála deprese pro Geriatrické pacienty	24. 9. 2010- 6 bodů	12. 5. 2011- 6 bodů	6 bodů

5 ZÁVĚR VSTUPNÍHO VYŠETŘENÍ

Klient: žena

Věk: 90 let

Diagnóza:

Hlavní: Vaskulární demence

Vedlejší: stav po zlomenině krčku femuru, hypertenze, nedoslýchavost, osteoporóza.

Zjištěno:

Klientka v Barthel indexu získala 75 bodů, což svědčí pro lehkou závislost v ADL. V testu MMSE získala 15 bodů, což svědčí pro velkou kognitivní poruchu. Dále v testu kreslení hodin klientka dosáhla skóre 3- střední stupeň- chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání. V geriatrické škále deprese získala 6 bodů- mírná deprese.

ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN

Silné stránky klienta:

Fyzická stránka: klientka je v relativně dobré fyzické kondici.

Psychická stránka: u klientky převažuje dobrá nálada.

Sociální stránka: klientka má dobré rodinné zázemí. Rodina za ní pravidelně dochází.

Slabé stránky:

Klientka má slabé stránky v IADL a PADL. Klientka má občas výkyvy nálad, občas je depresivní. Slabé stránky jsou i v kognitivních funkcích, v zaznamenávání času, krátkodobé i dlouhodobé paměti, orientace místem a časem.

Problémové oblasti:

Problémovou oblastí jsou kognitivní funkce v testu MMSE, klientka získala 15 bodů, což svědčí pro kognitivní poruchu. Dále v oblasti PADL, zejména při přesunech. Klientce dělá problém v stávání ze židle či postele, potřebuje pomoc. Sama ujde s vycházkovou holí 15 metrů, ale potřebuje jistotu, proto musí mít asistenci. Na delší vzdálenosti klientka používá vozík.

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Trénink kognitivních funkcí.

Zlepšit komunikační dovednosti.

Trénink ADL.

Kondiční ergoterapie.

Nácvik lokomoce.

Trénink krátkodobé i dlouhodobé paměti.

Naučit klientku používat KP pro nácvik kognitivních funkcí (kalendář, diář).

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

Sociální začlenění, účast na programech DS (trénink paměti, kreativní techniky, pečení, canisterapie, zooterapie)

Instruovat zdravotnický personál i rodinu při využívání KP pro kognitivní funkce.

Ověřit si zda klientka využívá KP pro kognitivní funkce.

Typ terapie, frekvence a délka terapie:

- Individuální- 1- 2x týdně- 60 minut

TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

Datum: 12. 5. 2011

Čas: 60 minut

- Kreativní techniky- keramika, výroba kolíků na zahradu.
- Cílem této terapie byl trénink kognitivních funkcí zejména krátkodobé paměti.
- Ze začátku terapie klientka byla zmatená a nevěděla, co má dělat, byla potřeba jí několikrát zopakovat, co se od ní vyžaduje. Když bylo ukázáno, jak má pracovat, tak se připojila, ale za chvíli se ptala znovu, na to co má dělat.
- Při přestávce byla terapie prokládala zooterapií, na kterou klientka reagovala velmi dobře.
- Poté měla dobrou náladu, ale v druhé části terapii již byla unavená a nepozorná.

- Při další terapii klientka glazovala výrobky, které jsme vyrobily na předešlé terapii. To jí šlo trochu lépe, ale bohužel byla stále velmi nepozorná

Datum: 24. 8. 2011

Čas: 60 minut

- Kreativní techniky- výroba srdcí z keramické hlíny
- Cílem této terapie byl trénink kognitivních funkcí
- Nejprve klientka musela uválet placku, a poté formou vykrojit srdce. Po vykrojení, byl úkol ozdobit ho.
- Od začátku terapie měla klientka dobrou náladu, docela rychle pochopila, co se od ní vyžaduje a neptala se tolikrát na to, jak to má dělat.

Datum: 6. 11. 2011

Čas: 60 minut

- Kreativní techniky- výroba draka
- Cílem této terapie byla analýza činnosti při výrobě draka (příprava pomůcek, posloupnost úkonů)
- Pomůcky: papír A3 ve tvaru kosočtverce (kde již byl předkreslen drak), lepidlo, krepový papír různé barvy.
- Nejprve si klientka musela vyrobit kuličky z různě barevného krepového papíru a poté nalepit na připravenou čtvrtku.
- Klientka nepochopila výrobu kuliček z krepového papíru a pořád se ptala, jak se to dělá a co se po ní chce. Proto bylo klientce znovu ukázána výroba kuliček, ale ani po několikátém zopakování nevěděla jak má tuto činnost provést, tak pouze nalepovala kuličky na draka.
- Při terapii klientka neměla dobrou náladu, proto jsme zkusily jen chvíli pracovat a poté jsme terapii ukončily.

- **Datum:** 22. 10. 2011

Čas: 60 minut

- S klientkou jsme pokračovaly v předešlé terapii, a to ve výrobě draka.
- Cílem bylo ověření, zda si klientka pamatuje minulou činnost a přípravu pomůcek.
- Klientka měla ze začátku terapie dobrou náladu a pracovalo se s ní dobře.
- Při terapii byla nepozorná a bylo celkem těžké motivovat klientku zpět k činnosti.

Při dalších terapiích už jsme nedělaly kreativní techniky z důvodu pádu a zlomeniny krčku femuru, která byla léčena konzervativně. Klientka měla zavedený klid na lůžku. Zkoušela jsem s klientkou pracovat na lůžku, ale nechtěla spolupracovat z důvodu velké bolesti. Po pár týdnech u klientky byla rozhodnuta chirurgická léčba a byla dlouhodobě hospitalizována. Momentální stav klientky je velmi složitý. Zranění a následné hospitalizace, klientka se velmi zhoršila jak po kognitivní stránce tak i po fyzické.

Typ terapie:

Individuální

Cíl:

Cílem terapie bylo, zapojit klientku do kreativních technik. Nácvik ADL, trénink kognitivních funkcí.

Délka:

Individuální terapie- 1- 2x 60 minut (týdně)

Referenční rámec:

Biomechanický: přístup stupňovaných aktivit, přístup PADL

Kognitivní: přístup restituční i adaptační

Reakce klienta:

Pokud klientka měla dobrou náladu, tak reakce byly velmi dobré. Klientce se TJ velmi líbily a bavilo jí to.

Silné stránky klienta:

Fyzická stránka: klientka je v relativně dobré fyzické kondici.

Psychická stránka: u klientky převažuje dobrá nálada.

Sociální stránka: klientka má dobré rodinné zázemí. Rodina za ní pravidelně dochází.

Snaha a dobrá nálada klientky.

Slabé stránky klienta:

Klientka má problém v IADL a PADL. Klientka má občas výkyvy nálad, občas je depresivní. Slabé stránky jsou i v kognitivních funkcích, v zaznamenávání času, krátkodobé i dlouhodobé paměti, orientace místem a časem.

Doporučení:

Nadále trénink kognitivních funkcí, hlavně krátkodobé i dlouhodobé paměti. Trénink orientace místa, času (trénink zaznamenávání času). Návčik lokomoce a trénink ADL.

ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA ERGOTERAPEUTA**Zhodnocení průběhu terapie:**

Klientka se hůře orientuje časem, místem. Při terapiích si klientka myslí, že se nenachází v domově pro seniory, ale že žije pořád s manželem a dětmi. Většinou byla zmatená a nevěděla kde je, a co po ní vyžadují. Byla nepozorná a bylo těžké klientku motivovat zpět k činnosti. S klientkou se mi dobře spolupracovalo.

Návrhy a doporučení:*Krátkodobé hledisko:*

Trénink kognitivních funkcí. Co nejvíce začlenit klientku do aktivit denního centra. Trénink lokomoce a ADL.

Dlouhodobé hledisko:

Trénink kognitivních funkcí, hlavně zaučit klientku v používání kompenzačních pomůcek (kalendář, apod.), místo normálního kalendáře nástěnku, kde by bylo velkými písmeny napsán den v týdnu, měsíc a rok.

Závěr výstupního hodnocení:

Klient: žena

Věk: 90 let

Diagnóza:

Hlavní: Vaskulární demence

Vedlejší: stav po zlomenině krčku femuru, hypertenze, nedoslýchavost, osteoporóza.

Výsledky výstupního vyšetření viz. Tabulka č. 2

Zjištěno:

Klientka zhoršila v kognitivních funkcích zejména v testu MMSE o 5 bodů, což je velmi těžká porucha kognitivních funkcí. Také klesla v BI, a to z lehké závislosti na vysokou závislost. V testu kreslení hodin ze skóre tři na skóre 5, prostorová dezorientace. Klientka je dezorientována místem, časem i osobou. Tento výsledek přikláním k imobilitě a snížené aktivizaci v důsledku pádu a následné operace krčku femuru.

6.1.3 Kazuistika 3

1 ÚVOD, ZÁKLADNÍ INFORMACE

Klient: žena

Věk: 81

Lékařská dg.:

hlavní: Alzheimerova choroba- střední stupeň

vedlejší: hypertenze, Diabetes Mellitus II.

Anamnézy:

OA:.

Klientka prodělala běžná dětská onemocnění.

Operace neguje.

Klientka mívá velké výkyvy zdravotního stavu, od čilosti a aktivity až k závratí a velké pasivitě.

RA:

Vdova

Klientka má tři syny jednu dceru a dvě vnoučata, kteří jí navštěvují 3x za 14 dní.

SA:

Klientka je od října 2009 v domově pro seniory.

PA:

Dříve pracovala jako průvodčí ČSAD a poté jako účetní.

Nyní pobírá SD.

Kompenzační pomůcky: Nízké chodítko s kolečky, brýle na čtení, KP pro kognitivní funkce, KP pro inkontinenci.

2 VSTUPNÍ VYŠTŘENÍ ERGOTERAPEUTEM

Hodnocení soběstačnosti: Pozorováním i rozhovorem

dne: 16. 9. 2011

PADL

horní polovina těla:

Klientka se obléká částečně sama (triko a mikina či svetr), ovšem potřebuje pomoci při oblékání košile, jelikož nezapne malé knoflíky, pokud jsou knoflíky větší, pak zapne košili bez pomoci.

dolní polovina těla:

Klientka potřebuje pomoci při navlékání kalhot, když jsou kalhoty navlečeny po kolena, sama si stoupne a navlékne si je. Při oblékání ponožek potřebuje asistenci. Při obouvání bot využívá obouvací lžici. Klientka potřebuje asistenci při oblékání.

Hygiena:

Klientka si sama dojde k umyvadlu a umyje se.

Do sprchy je doprovázena. Zdravotnický personál pomáhá při umývání dolní poloviny těla.

Sebesycení:

Klientka si zvládne sama najíst, sama si namaže chleba máslem. Sama si naleje čaj z konvice, která je ze 3/4 plná.

Vyměšování:

moč:

- občas inkontinentní

stolice:

- plně kontinentní

Přesuny a mobilita:

Klientka se bez problémů na lůžku otočí a sedne. Ze sedu na lůžku si klientka plynule stoupne. Při chůzi klientka používá nízké chodítko s kolečky. S klientkou je potřeba chodit a jistit jí, hlavně když mývá výkyvy zdravotního stavu- od čilosti a aktivity k vertigu až velké pasivitě. Při těchto stavech, bych doporučovala asistenci při chůzi, jinak si myslím, že pokud je její zdravotní stav v normě, zvládne ujít více jak 50 metrů. Klientka nechodí do schodů a ze schodů proto nemohu vyhodnotit tento přesun.

IADL

Jediné co lze hodnotit u klientky z IADL je:

Užívání léků:

Klientka si zapíše léky, které jsou připraveny zdravotnickým personálem, léky si sama nepřipravuje.

Telefonování:

Klientka mobilní telefon používá velmi sporadicky. Mobilní telefon používá pouze pro příjem hovorů.

Ostatní složky v IADL u klientky nelze hodnotit, z důvodu dlouhodobé hospitalizace v domově pro seniory.

Kognitivní vyšetření

U klientky byla stanovena Alzheimerova choroba prvního typu (nízkého stupně). Vědomí klientky je lucidní. Orientace osobou, místem a časem je částečná, netuší, kde se přesně nachází, ví, že je v domově pro seniory, ale neví, kde se domov nachází. Psychomotorické tempo klientky je normální. Je porušena jak krátkodobá tak i dlouhodobá paměť, sice dobře komunikuje, ale je potřeba jí několikrát zopakovat činnost, kterou má dělat. Dále je potřeba k ní přistupovat trpělivě a pomalu. Klientčina spolupráce je adekvátní k jejímu zdravotnímu stavu, rozumí a výzvám vyhoví.

3 FUNKČNÍ HODNOCENÍ

Pohyblivost:

HKK:

Bez funkčních změn.

DKK:

Klientka trpí na otoky PDK, otok je řešen bandážemi.

Úchopy:

Klientka zvládne všechny úchopy bez problému.

Kognitivní funkce:

Výsledky kognitivního vyšetření viz tbl. č. 3

Psychosociální funkce:

Klientka mívá velké výkyvy zdravotního stavu.

Role a zájmy:

klientka má dobré rodinné zázemí. Rodina velmi dobře spolupracuje jak s klientkou, tak i se zdravotnickým personálem.

Zájmy: Ruční práce- vyšívání, šití, hudba

4 TESTY STANDARDIZOVANÉ A NESTANDARDIZOVANÉ

K vyšetření klientky byly použity tyto testy: Barthel index, MMSE, Addenbrooský test, škála deprese pro geriatrické klienty, Montreálský kognitivní test.

Tabulka č. 3- testové hodnocení

Testy	Vstupní vyšetření 15. 9. 2011	Průběžné 11. 10. 2011	Výstupní vyšetření 3. 1. 2012
Barthel index	85 bodů	85 bodů	85 bodů
MMSE	15 bodů	16 bodů	17 bodů
Addenbrooský kognitivní test	31 bodů	32 bodů	33 bodů
Škála deprese pro geriatrické klienty	0 bodů	0 bodů	0 bodů
Montreálský kognitivní test	14 bodů	15 bodů	16 bodů

5 ZÁVĚR VSTUPNÍHO VYŠETŘENÍ:

Klient: žena

Věk: 80 let

Dg:

hlavní: Alzheimerova choroba- střední stupeň

vedlejší: hypertenze, Diabetes mellitus II.

Zjištěno:

Klientka v testu Barthel index získala 85 bodů, což je lehká závislost v ADL. V testu MMSE klientka získala 16 bodů/ 15 bodů. V Addenburském testu 31 bodů, Montreálský kognitivní test vyšel klientce na 14 bodů. Newyorský větný test získala klientka 8 bodů. V testu geriatrická škále deprese získala 0 bodů, což je bez příznaku demence.

U klientky byla zjištěna kognitivní porucha, má porušenou krátkodobou i dlouhodobou paměť. V testu soběstačnosti je lehce závislá.

ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN

Silné stránky klienta:

Fyzická stránka: klientka má velké výkyvy zdravotního stavu.

Psychická stránka: klientka má většinou dobrou náladu, která se vztahuje ke zdravotnímu stavu.

Sociální stránka: klientka má velmi dobré rodinné zázemí.

Slabé stránky klienta: klientky slabé stránky jsou v kognitivní oblasti a ve zdravotním stavu.

Problémové oblasti klienta:

Problémové oblasti klientky jsou v kognitivních funkcích. Klientka mývá velké výkyvy zdravotního stavu.

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Zlepšit kognitivní funkce.

Udržet klientku nadále v dobrém zdravotním stavu.

Trénink ADL.

Kondiční ergoterapie.

Odpoutat klientku od jejich výkyv nálad a zlepšit psychický stav.

Naučit klientku lépe používat kompenzační pomůcky pro zlepšení kognitivních funkcí.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

Instruovat rodinu i zdravotnický personál s využíváním KP pro kognitivní funkce.

Zapojovat více klientku do aktivit denního centra- kreativní techniky, keramika, trénink paměti, pečení cukroví a jiných „sladkostí“.

Typ terapie, frekvence a délka terapie:

- Individuální- 1x – 2x týdně- 60 minut
- Skupinová- 2x týdně- 2x90| minut

TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

22. 9. 2011

Typ terapie: skupinová

Kreativní techniky: keramika

- Cíl- naučit klientku správný postup při dané činnosti, trénink krátkodobé paměti.
- Na začátku terapie- orientace místa, času dnu. Klientka nevěděla a nebyla mi schopna odpovědět na otázky.

- Během terapie bylo klientce zopakováno, jaký máme den atd., po terapii mi byla schopná říci den, měsíc a roční období, který je nyní.
- Nejprve byla klientka doprovázena na skupinové aktivity DS, až později na individuální aktivity.
- Toho dne jsme se účastnily keramiky, kde jsme vyráběly kolíky do záhonků.
- Nejprve klientka musela rozválet keramickou hlínu, a poté tvarovat hlínu do tvaru kolíku.
- Poté co jsme si připravily kolík z hlíny, klientka musela si vzít znova hlínu a rozválet aby udělala obličej, který připevnila na kolík
- Tato činnost byla pro ní velmi náročná, jelikož se jednalo o jemnou práci, a to zdobení obličeje (nos, oči, vlasy atd.). Klientce jsem musela s tímto krokem pomoci.
- Za hodinu a půl jsme s klientkou stihly jeden a půl kolíku.
- Při sledování klientky při terapii, jsem vyzozorovala, že se neustále ujišťovala, zda vše dělá správně a nechybuje.
- Klientka při terapii byla občas soustředěná, a moc se jí aktivita líbila.
- Po terapii klientka byla spokojená, a těšila se na příští tvoření.

29. 9. 2011

Typ terapie: skupinová

Kreativní techniky: keramika- glazování.

- Cíl- ověřit si zda si klientka pamatuje minulou činnost, trénink dlouhodobé paměti.
- S klientkou jsme se znovu účastnily keramiky, klientka si bohužel nepamatovala, co jsme před týdnem spolu vyráběly a tak jsem jí musela vše připomenout.
- Na začátku terapie orientace -zda ví, jaký máme den v týdnu atd., věděla pouze jaký je dnes den.
- Její práce byla glazování kolíků, které jsme vyráběly před týdnem.

- Klientka nevěděla, jak barevně má vybarvovat a pořád se ujišťovala, zdali vše dělá dobře.
- Když jsem se klientky ptala jakou barvou, co vybarvíme, tak řekla, že jí je to jedno ať vyberu barvy já. Tak jsem jí pobídla jakou barvu má nejraději a tou nabarvíme kolíky.
- Při této terapii klientka neměla moc dobrou náladu, točila se jí hlava a bylo jí jedno, co v tuto chvíli děláme.
- Klientku tato terapie nebavila, kvůli jejímu stavu, a proto jsem jí doprovodila na pokoj. Zároveň jsem se s ní domluvila, že v terapii budeme pokračovat později.
- Další týden jsem s klientkou vše dodělala.

10. 10. 2011

Typ terapie: individuální terapie

Kreativní techniky: šití sáčků na bylinky

- Cíl- naučit klientku novou činnost, a ověřování zda si pamatuje minulé činnosti.
- Pro klientku jsem přišla na pokoj, a protože neměla klientka moc dobrou náladu, přinesla jsem si věci na výrobu k ní na pokoj. Zvolila jsem alternativní místo, místo přesunu do DS tak jsme zůstaly na pokoji
- Klientka nebyla orientována v čase, tak jsem jí řekla, jaký máme den atd.:
- Při terapii klientka vyráběla z látky sáčky na bylinky. Klientku velmi baví šití, a proto jich stihla několik během terapie.
- Při této technice se mě nevyptávala, jak má pytlíky udělat a jestli to dělá dobře. Klientka byla velmi soustředěná, i když neměla klientka moc dobrou náladu, tak během terapie se klientce nálada změnila k lepšímu.
- Sice na konci terapie nevěděla, jaký máme den, ale byla spokojenější než před terapií
- Myslím, že tato technika se ke klientce velmi hodí, protože ví, co má dělat a neptá se, zdali vše dělá dobře, protože ví, že to dělá tak jak se má.
- Z této terapie jsem byla pozitivně naladěna, protože byla na klientce vidět spokojenost a klid.

- Při dalších individuálních sezeních jsem volila právě tuto činnost, po pár týdnech jsem vyzorovala změny v kognitivních funkcích. Výkyvy zdravotního stavu sice měla pořád, ale při terapiích jsem se snažila, aby na ně zapomněla. Toto se mi i z poloviny povedlo.

14. 12. 2011

Typ terapie: skupinová

Kreativní techniky: pečení Vánočního cukroví

- Cíl- integrace klientky mezi ostatní klienty
- Rozhodla jsem se klientku zapojit do aktivity pečení, abych s ní zkusila něco nového.
- Klientka dříve velmi ráda pekla, a proto se jí to velmi zamlouvalo.
- Ve skupince bylo 5 klientů, kteří se také zapojili.
- Klientka měla na starosti vyvalovat těsto a vykrajovat pomocí formiček.
- Tato aktivita se jí velmi líbila a byla spokojená.
- Klientka se při terapii ptala, zda vše dělá dobře a také jak má tuto činnost dělat.

5. 1. 2012

Typ terapie: individuální

Kreativní techniky-> výroba tří králů z ruliček od toaletního papíru

- Cíl- naučit klientku novou činnost, ověřování zapamatování minulých činností.
- Klientka měla za úkol výrobu tří králů z ruliček od toaletního papíru. Nejprve se nalepil barevný papír na ruličku, poté se vystříhl obličej z jiného barevného papíru a na konec se ozdobilo tělo a vyrobila se koruna.
- Tato činnost klientku moc nezaujala. Ze začátku aktivity vůbec netušila, jak má postupovat, ale nakonec se přeci jen trochu zapojila.

Typ terapie:

Skupinová i individuální

Cíl:

Cíl těchto terapií byl v zapojení klientky do aktivit denního centra s ostatními klienty domova a také zjistit zda kreativní techniky mají vliv na osoby s demencí.

Délka:

Skupinová terapie- 1x 60 minut (týdně)

Individuální- 1x 90minut (týdně)

Referenční rámec:

- biomechanický: Přístup-Stupňovaných aktivit, PADL.
- Kognitivní: Přístup- restituční i adaptační

Reakce klienta:

Klientka většinou byla s terapií spokojená

Silné stránky klienta:

Snaha a trpělivost klientky.

Slabé stránky klienta:

Klientky slabé stránky jsou v kognitivní oblasti, a ve velkých výkyvech zdravotního stavu.

Doporučení:

Neustálý trénink kognitivních funkcí. Zapojování klientky do aktivit denního centra a začleňování klientky mezi ostatní klienty domova. Odpoutat klientku od velkých výkyvů zdravotního stavu.

ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA ERGOTERAPEUTA

Výstupní hodnocení viz tabulka č. 3

Zhodnocení průběhu terapie:

S klientkou se mi dobře spolupracovalo. Většinou měla dobrou náladu. Velký problém při práci s klientkou byl kvůli jejímu zdravotnímu stavu.

Návrhy a doporučení:

krátkodobé hledisko:

Neustálý trénink kognitivních funkcí. Zapojovat klientku častěji do aktivit denního centra např.: keramika, kreativní techniky, trénink paměti, pečení.

dlouhodobé hledisko:

Neustále klientku zapojovat do aktivit DS. Zapojování klientky do aktivit, i když bude mít výkyvy zdravotního stavu, aby klientka z části zapomněla na zdravotní problémy. Neustálý trénink kognitivních funkcí. Udržet klientku co nejdéle v dobré fyzické kondici. Neustálý trénink ADL. Navštěvování skupinových cvičení pro klienty domova. Naučit klientku používat kompenzační pomůcky pro kognitivní funkce - kalendář, diář. Další doporučení, umístit klientce do pokoje nástěnku, kde by měla - jaký je dnes den, měsíc, datum, rok, roční období a rozvrh aktivit denního centra, které klientka navštěvuje.

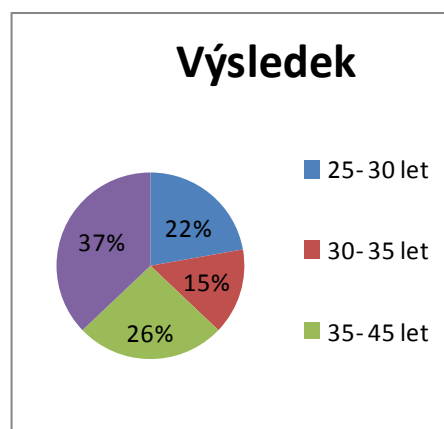
.

7 VÝSLEDKY

Tabulky a grafy k dotazníkovému šetření

Věk respondentů	Výsledek
25- 30 let	6
30- 35 let	4
35- 45 let	7
45- 55 let a více	10

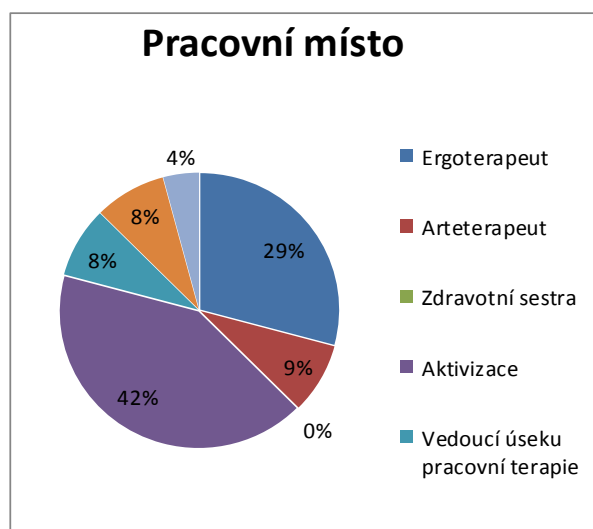
Tabulka č.4 - Věk respondentů



Graf č.1 - Výsledky věku respondentů

Jaké pracovní místo zaujímáte?	Výsledky
Ergoterapeut	8
Arteterapeut	2
Zdravotní sestra	0
Aktivizace	10
Vedoucí úseku pracovní terapie	3
Sociální pracovníce	2
Speciální pedagog	2

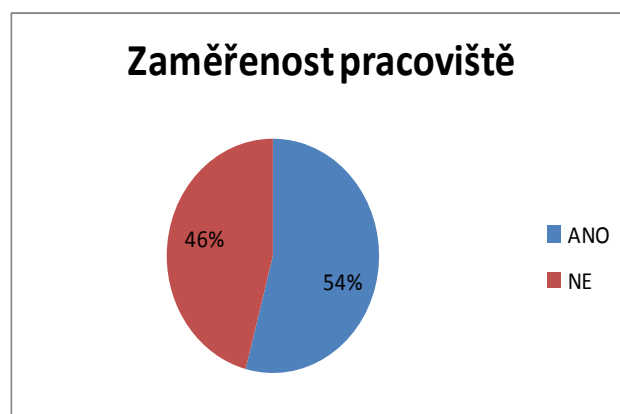
Tabulka č.5 – Pracovní místo



Graf č.2 – Pracovní místo

Je Vaše pracoviště zaměřeno na klienty s demencí	Výsledky
ANO	15
NE	12

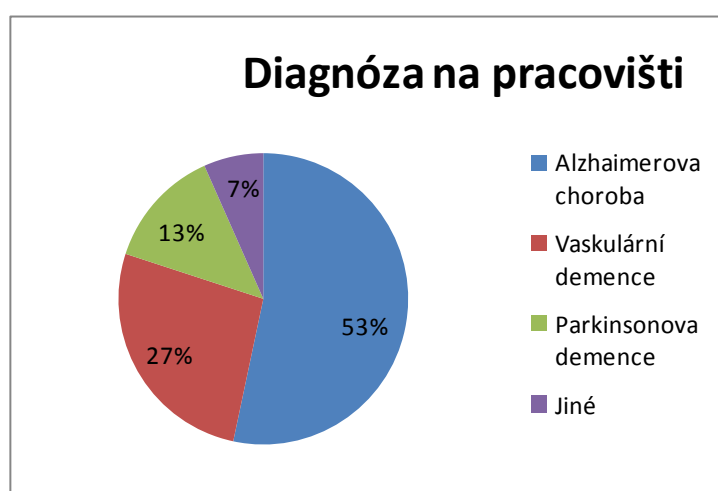
Tabulka č. 6 – Zaměřenost pracoviště



Graf č. 3 – Zaměřenost pracoviště

Jaká DG je na pracovišti nejčastěji	Výsledky
Alzheimerova choroba	14
Vaskulární demence	8
Parkinsonova demence	4
Jiné	1

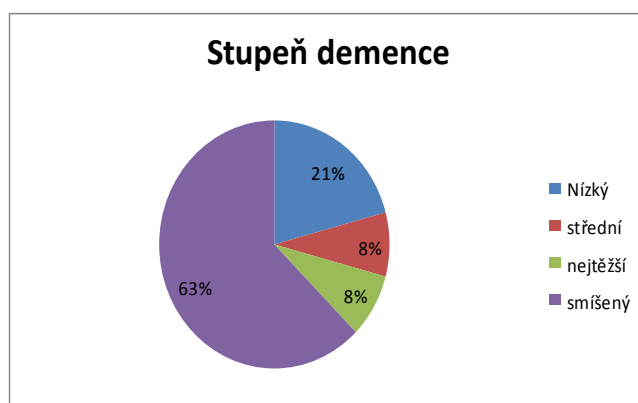
Tabulka č. 7 – Diagnóza na pracovišti



Graf č. 4 – Diagnóza na pracovišti

S jakým stupněm demence pracujete?	Výsledky
Nízký	7
střední	3
nejtěžší	2
smíšený	15

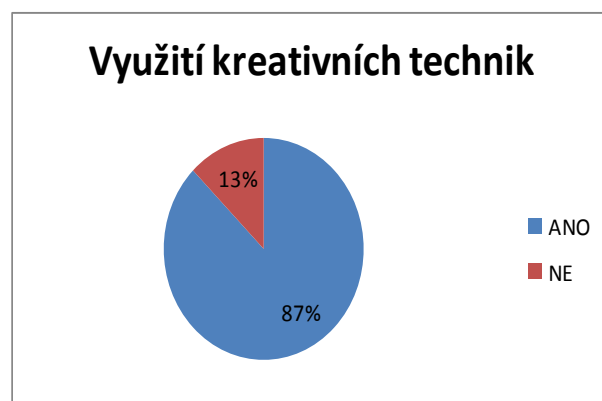
Tabulka č. 8 – Stupeň demence



Graf č. 5 – Stupeň demence

Využíváte u osob s demencí kreativní techniky	Výsledky
ANO	21
NE	6

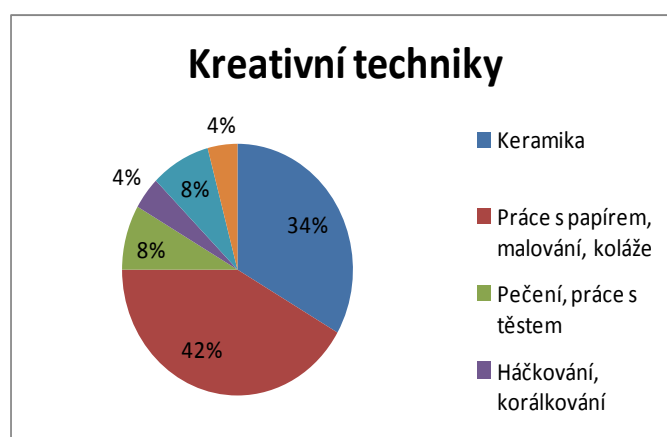
Tabulka č. 9 – Využití kreativních technik



Graf č. 6 – Využití kreativních technik

Jaké kreativní techniky využíváte?	Výsledky
Keramika	8
Práce s papírem, malování, koláže	10
Pečení, práce s těstem	3
Háčkování, korálkování	2
grafomotorika	3
žádné	1

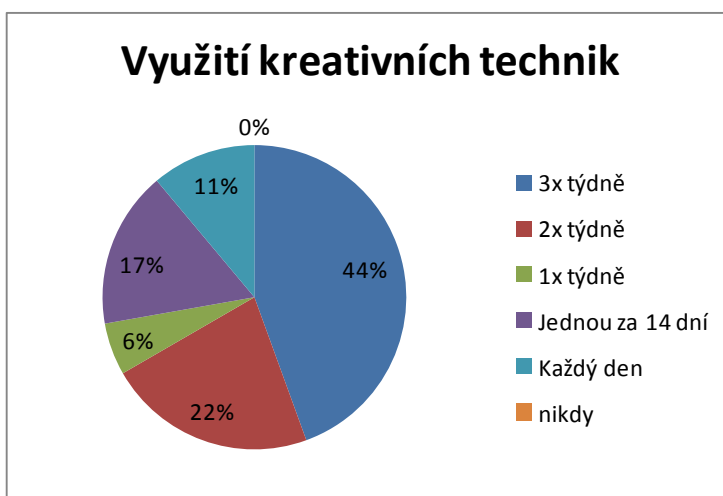
Tabulka č. 10 – Kreativní techniky



Graf č. 7 – Kreativní techniky

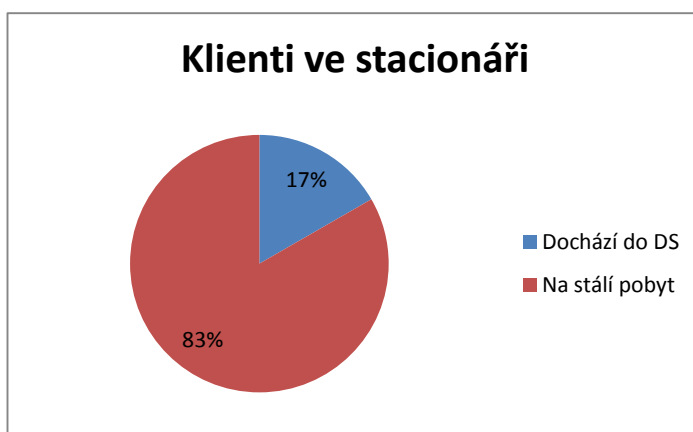
Jak často na pracovišti využíváte kreativní techniky?	
3x týdně	8
2x týdně	7
1x týdně	3
Jednou za 14 dní	4
Každý den	2
nikdy	3

Tabulka č. 11 – Četnost kreativních technik



Graf. č. 8 – Četnost kreativních technik

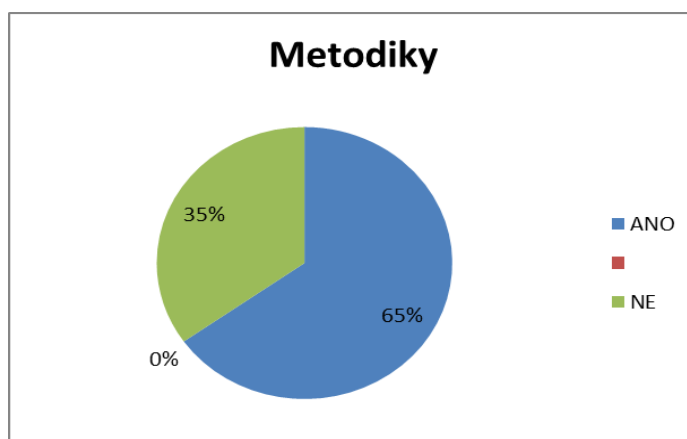
Jsou u Vás klienti na stálo nebo dochází do denního centra	
Dochází do DS	6
Na stálý pobyt	21



Tabulka č. 12 – Klienti ve stacionáři Graf č. 9 – Klienti ve stacionáři

Máte nějaké osvědčené metodiky v dané problematice? Popřípadě jaké	
ANO	17
NE	10

Tabulka č. 13 – Metodiky



Graf č. 10 - Metodiky

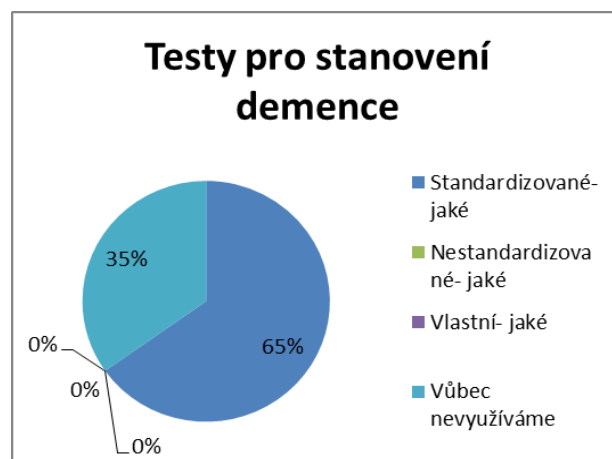
Vidíte po terapii u klientů změny? Popřípadě jaké	
ANO	19
NE	8

Tabulka č. 14 – Změny klientů po terapii



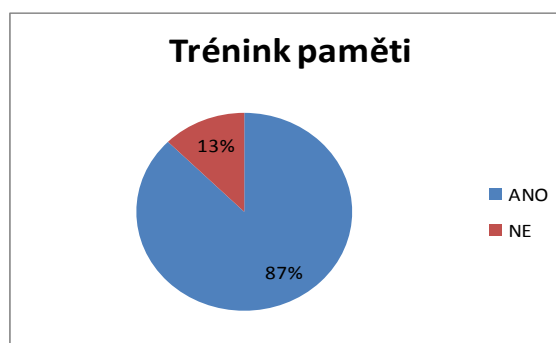
Graf č. 11 – Změny klientů po terapii

Používáte pro stanovení demence specializované testy?	
Standardizované	15
Nestandardizované	5
Vlastní	0
Vůbec nevyužíváme	7



Tabulka č. 15 – Testy pro stanovení demence Graf č. 12 – Testy pro stanovení demence

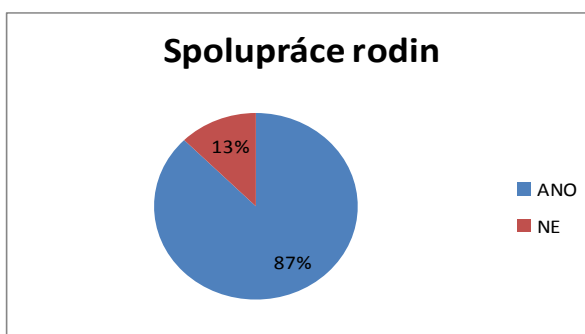
Prokládáte terapii tréninkem paměti?	
ANO	21
NE	6



Tabulka č. 16 – Trénink paměti

Graf č. 13 – Trénink paměti

Spolupracujete s rodinami klientů?	
ANO	22
NE	5



Tabulka č. 17 – Spolupráce rodin Graf č. 14 – Spolupráce rodin

Dotazníkové šetření jsem dělala pomocí internetu a osobního setkání v domovech pro seniory. Toto šetření se zaměřuje na využití kreativních technik z pohledu ergoterapeuta u klientů s demencí. Celkem jsem měla 50 dotazníků a jejich návratnost byla polovina, tj. zpětná vazba byla 27 vyplněných dotazníků. Dotazník má celkem 15 otázek, které se týkají o využívání kreativních technik na pracovištích určené pro geriatrické klienty.

8 DISKUSE

Bakalářská práce byla zaměřena na využití kreativních technik z pohledu ergoterapeuta se zaměřením na geriatrické klienty s diagnózou demence. V rámci odborných souvislých praxí jsem měla možnost navštívit několik pracovišť se zaměřením na diagnózu demence.

Cíle a hypotézy této práce měly vést k objasnění, že kreativní techniky mají pozitivní vliv na klienty s demencí. Tuto skutečnost jsem ověřovala metodou dotazování, formou dotazníku. Dotazníkové šetření jsem uskutečnila pomocí internetu a osobního setkání v domovech pro seniory. Tento dotazník byl určen pro osoby, které se zabývají kreativními technikami u seniorů (ergoterapeut, aktivizační pracovník). Toto šetření se zaměřuje na využití kreativních technik z pohledu ergoterapeuta u geriatrických klientů s demencí. Dotazník má celkem 14 otázek, které se týkají využívání kreativních technik na pracovištích určené pro geriatrické klienty. Z toho 6 otázek je formou uzavřeného dotazníku a 8 otázek je formou otevřeného dotazníku. Celkem jsem rozposlala 50 dotazníků a jejich návratnost byla polovina (50%), tj. zpětná vazba byla 27 vyplněných dotazníků. Sběr dat se uskutečnil od září 2011 do ledna 2012.

Z výzkumu vyplývá, že většina zdravotnických zařízení zaměřené na diagnózu demence využívají kreativní techniky.

Diskuze k hypotézám

Hypotéza č. 1- Předpokládám, že využívání kreativních technik má pozitivní vliv na kognitivní funkce u klientů s demencí.

Cílem této hypotézy bylo zjistit, zda kreativní techniky mají pozitivní vliv na kognitivní funkce u klientů s demencí. Tuto hypotézu jsem podložila třemi kazuistikami.

Byly provedeny vstupní, průběžné a výstupní hodnocení zahrnující testy pro kognitivní funkce i testy soběstačnosti. Dvě kazuistiky jsou zaměřené na Alzheimerovu demenci a jedna kazuistika na vaskulární demenci.

Z první kazuistiky vyplývá, že se klientka nezlepšila a ani nezhoršila v kognitivních funkcích.

Z druhé kazuistiky vyplývají pokroky, ale také výkyvy v kognitivních funkcích. Ke konci výzkumu byla klientka hospitalizována a kognitivní funkce velmi klesly.

Ze třetí kazuistiky vyplývá, že klientka se zlepšila o dva body v kognitivních funkcích, což znamená minimální zlepšení kognitivních funkcí.

Tato hypotéza se mi z poloviny potvrdila, ale domnívám se, že pro úplné potvrzení hypotézy je potřeba daleko více času, aby výsledky byly pozitivní.

Hypotéza č. 2- Předpokládám, že nadpoloviční většina respondentů využívá kreativní techniky v domovech pro seniory u geriatrických klientů s demencí.

Cílem této hypotézy bylo zjistit, zda v domovech pro seniory využívají kreativní techniky u klientů s demencí. Tuto hypotézu jsem podložila dotazníkovým šetřením. Během určité doby jsem rozesílala dotazníky emailem a některé jsem osobně rozdala v domovech pro seniory. Jedna otázka byla zaměřena na nejčastější diagnózu na pracovišti.

Z otázky č. 4 (Jakou diagnózu máte na pracovišti nejčastěji?), kdy v této otázce nebyl výběr z několika možností, ale každý pracovník vypsal svoji odpověď. Z celkového počtu 27 respondentů (50 %) jich 14 (52%) odpovědělo Alzheimerovu demenci, 8 (29 %) odpověděli Vaskulární demence. 4 (15%) odpověděli Parkinsonova demence a 1(4%) odpověděl jiné demence.

Zjišťovala jsem, zda na pracovištích mají ergoterapeuty. **Z otázky č. 5** (Jaké pracovní místo zaujímáte?), kde bylo na výběr několik odpovědí, vyplývá, že z celkového počtu 27 respondentů, z nich 8 (30 %) pracuje jako ergoterapeut, arteterapeut 2 (7%), aktivizační pracovník 10 (37%), vedoucí úseku pracovní terapie 3 (11%), sociální pracovník 2 (7%), speciální pedagog 2 (7%).

Otázka č. 6 (Využíváte u osob s demencí kreativní techniky?), kdy v této otázce bylo na výběr ano a ne, 21 (78%) respondentů odpovědělo ano, 6 (22%) respondentů odpovědělo ne.

Otázka č. 7 (Jaké kreativní techniky využíváte?), jich 10 (42%) odpovědělo práce s papírem, malování a koláž, 8 (34%) keramika, 3 (11%) pečení a práce s těstem, 3 (11%) grafomotorika, 2 (7%) háčkování, 1 (4%) žádné.

Otázka č. 12 (Jak často na pracovišti využíváte kreativní techniky?), 8 (30%) respondentů využívá 3x týdně, 7 (26%) využívají 2x týdně, 4 (15%) využívají jednou za 14 dní, 2 (7%) využívají každý den a 3 (11%) využívá 1x týdně, 3 (11%) nikdy nevyužívají. Tyto informace potvrzují mojí druhou hypotézu, že nadpoloviční většina respondentů na pracovištích pro seniory využívají kreativní techniky.

ZÁVĚR

Cílem této práce, bylo pomocí výzkumných metod zjistit, zda se na pracovištích pro seniory a jiných pracovištích využívají kreativní techniky u klientů s demencí a jaké metody se zde využívají.

V souvislosti s cílem byly stanoveny 2 hypotézy. Jedna hypotéza se vztahovala přímo na klienty s demencí, zda kreativní techniky mají vliv na kognitivní funkce. Druhá hypotéza se vztahovala na zdravotnický personál a využívání kreativních technik v domovech pro seniory. První hypotéza mi ne zcela potvrdila daný záměr, ovšem druhá mi tento záměr potvrdila.

V této práci jsem propojila kreativní techniky s diagnózou demence, z toho důvodu, že kreativní techniky mě velmi baví a zajímá mě práce s geriatrickým klientem s diagnózou demence.

Touto prací jsem si prohloubila znalosti jak v kreativních technikách tak hlavně v diagnóze demence.

Myslím, že kreativní techniky mají pozitivní vliv na klienty s demencí. Podle mého názoru tato práce není jen na několik měsíců, ale výsledky se projeví až po delší době. Když se ergoterapeuti budou neustále věnovat klientům s demencí, jak v kreativních technikách, tak i třeba v trénování paměti a dalších aktivitách, tak mohou být výsledky velmi dobré.

LITERATURA A PRAMENY

WALSH, Danny. *Skupinové hry a činnosti pro seniory: interakce a sebepoznávání, hry se slovy, kvízy, cvičení a relaxace, každodenní aktivity*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 203 s. ISBN 80-7178-970-4.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. 226 s. Psyché. ISBN 80-247-0183-9.

JIRÁK, Roman a KOUKOLÍK, František. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

KALVACH, Zdeněk. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 167 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7367-408-3.

KÖNIGOVÁ, Marie. *Tvořivost: techniky a cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 188 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-1652-7.

LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. 279 s. ISBN 978-80-7367-729-9.

SCHUSTER, Radek. ed. et al. *Kreativita: hledání alternativ*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2004. 127 s. ISBN 80-86898-05-9.

HÁTLOVÁ, Běla. *Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 120 s. ISBN 80-246-0420-5.

TIEFENBACHER, Angelika., MICHŇOVÁ, Iva. *Trénink paměti: osvědčené tipy, metody a cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 151 s. Praxe & Kariéra. ISBN 978-80-247-3177-3.

JIRÁK, Roman. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.

PREISS, Marek a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 362 s. Psyché. ISBN 80-247-0843-4.

PIDRMAN, Vladimír., KOLIBÁŠ, Eduard. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.

KLEVETOVÁ, Dana., DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2169-9.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.

REKTOROVÁ, Irena., et al. *Kognitivní poruchy a demence*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007. 190 s. ISBN 978-80-7387-017-1.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

CAMPBELL, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: [skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. 199 s. ISBN 80-7178-428-1.

KLUSOŇOVÁ, Eve. *Ergoterapie v praxi*. 1. Vyd. Brno: 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8

PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie II: učebnice pro zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 169 s. ISBN 80-201-0004-0.

KLUSOŇOVÁ, Eva., ŠPIČKOVÁ, J. *Ergoterapie I: učebnice pro zdravotnické školy*. 2. vyd., V Avicenu 1. Praha: Avicenum, 1990. 184 s. ISBN 80-201-0030-X.

KOTT, Otto. *Anatomie pro fyzioterapeuty- kineziologie*. Tisk a vazba: Nava tisk, Plzeň, 2000. 143 w. ISBN 80-902876-0-3

WILLSON, M. *Occupational therapy in short- term psychiatry*. Churchill livngstone, London, Third edition 1996. 269 s. ISBN 0-443-05396-0

Odkazy na elektronické články

- (1) Bc. VÁVROVÁ, A. PhDr. ČERVANKA, V. 2010. Využití ergoterapie v gerontopsychiatrii [online] [cit. 2012-10-02]. Polední revize [2010-03-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/05.pdf>>.
- (2) VÝTVARNÉ TECHNIKY [online] [cit. 2012-25-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.vytvarnetechniky.cz/batikovani/>>.
- (3) MALOVÁNÍ NA HEDVÁBÍ [online] [cit. 2012-25-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.marketart.cz/hobby-technika/Malovani-na-hedvabi%7C1747>>.
- (4) RUČNÍ PRÁCE [online] [cit. 2012-25-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.rucniprace.cz/hackovani.php>>.
- (5) WIKIPEDIA [online] [cit. 2012-25-03]. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Kol%C3%A1%C5%BE>>, <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Keramika>>.
- (6) SCRAP BOOKING [online] [cit. 2012-25-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.scrap-eshop.cz/clanky/co-je-to-scrapbooking>>.
- (7) VÝROBA PŘÍRODNÍHO PAPÍRU [online] [cit. 2012-25-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.priroda.cz/clanky.php?detail=1533>>.
- (8) PRÁCE S FIMEM [online] [cit. 2012-25-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.koralek-obchod.cz/eshop/cs/fimo-modelovaci-hmota/>>.
- (9) VIZOVICKÉ TĚSTO [online] [cit. 2012-26-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.vizovickepecivo.cz/history.php>>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č 1-Dotazník

Příloha č. 2- dotazník č. 1

Příloha č 3 - dotazník 2

Příloha č 4 - dotazník 3

Příloha č 5 - dotazník 4

Příloha č. 6 - Fotografie klientky při kreativních technikách

Příloha č. 7 - Fotografie klientky při kreativních technikách, výroba draka

Příloha č. 8 - Příprava pomůcek na Scrap booking

Příloha č. 9 – Výrobek ze Scrap Bookingu

Příloha č. 10 – Výroba srdcí z keramiky

Příloha č. 11 – Výrobky klientů

Příloha č. 12 – Ukázka vázané batiky

Příloha č. 13 – Ukázka sypané batiky

Příloha č. 14 – Ukázka šité batiky

Příloha č. 15 – Ukázka voskové batiky

Příloha č. 16 – Malování na hedvábí

Příloha č. 17 – Přírodní papír

Příloha č. 18 – Ukázka výrobků z Fima

Příloha č. 19 – Výrobky z vizovického těsta

PŘÍLOHY

Příloha č 1-*Dotazník*

Využití kreativních technik z pohledu ergoterapeuta- u klientů s demencí

1.) *Věk*

2.) *Pohlaví*

3.)*Jaké pracovní místo zaujímáte?*

- a.) Ergoterapeut
- b.) Arteterapeut
- c.) Zdravotní sestra
- d.) Jinou- popř.: doplňte-

2.)*Je Vaše pracoviště zaměřeno na klienty s demencí?*

- a.) ANO
- b.) NE

4.)*Jakou diagnózu máte na pracovišti nejčastěji?*

5.)*S jakým stupněm demence pracujete?*

6.) *Využíváte u osob s demencí kreativní techniky?*

- a.) ANO
- b.) NE

7.)*Jaké kreativní techniky nejčastěji využíváte?*

8.)*Jsou u Vás klienti nastálo nebo dochází do denního centra? Pokud dochází tak jak často*

9.)*Máte nějaké osvědčené metodiky v dané problematice?*

10.)*Vidíte u klientů po terapii nějaké změny? Popřípadě jaké*

11.) Používáte pro stanovení demence specializované testy?

a.) Standardizované- jaké:

b.) Nestandardizované- jaké:

c.) Vlastní testy- jaké:

12.) Jak často na pracovišti využíváte kreativní techniky?

a.) 3x týdně

b.) 2x týdně

c.) 1x týdně

d.) Jednou za 14 dní

e.) nikdy

14.) Prokládáte terapii tréninkem paměti?

a.) ANO

b.) NE

15.) Spolupracujete s rodinami klientů?

a.) ANO

b.) NE

Příloha č. 2- dotazník č. 1

Využití kreativních technik z pohledu ergoterapeuta- u klientů s demencí

1.) *Věk 35*

2.) *Pohlaví žena*

3.) *Jaké pracovní místo zaujímáte?*

- a.) Ergoterapeut
- b.) Arteterapeut
- c.) Zdravotní sestra
- d.) Jinou- popř.: doplňte- **aktivizační pracovnice**

2.) *Je Vaše pracoviště zaměřeno na klienty s demencí?*

- a.) **ANO-stařecká (Domov pro seniory)**
- b.) NE

4.) *Jakou diagnózu máte na pracovišti nejčastěji?*

Stařecká demence a odvíjející se nemoci

5.) *S jakým stupněm demence pracujete?*

6.) *Využíváte u osob s demencí kreativní techniky?*

- a.) **ANO**
- b.) NE

7.) *Jaké kreativní techniky nejčastěji využíváte?*

Práce s hlinou, fimo materiálem, korálky, látkou

8.) *Jsou u Vás klienti nastálo nebo dochází do denního centra? Pokud dochází tak jak často*

9.) *Máte nějaké osvědčené metodiky v dané problematice?*

Intenzivní a pravidelná práce s klientem

10.) *Vidíte u klientů po terapii nějaké změny? Popřípadě jaké*

Klient je během a po terapii klidnější a komunikativnější.

11.) *Používáte pro stanovení demence specializované testy?*

a.) Standardizované- jaké:

b.) Nestandardizované- jaké:

c.) Vlastní testy- jaké:

12.) Jak často na pracovišti využíváte kreativní techniky?

- a.) 3x týdně
- b.) 2x týdně
- c.) 1x týdně
- d.) Jednou za 14 dní
- e.) nikdy
- každý den**

14.) Prokládáte terapii tréninkem paměti?

- a.) **ANO**
- b.) NE

15.) Spolupracujete s rodinami klientů?

- a.) **ANO**
- b.) NE

Využití kreativních technik z pohledu ergoterapeuta- u klientů s demencí

1.) *Věk – 55 let*

2.) *Pohlaví - žena*

3.) *Jaké pracovní místo zaujímáte?*

- a.) Ergoterapeut
- b.) Arteterapeut
- c.) Zdravotní sestra
- d.) Jinou- popř.: doplňte-**ergoterapeut a speciální pedagog**

2.) *Je Vaše pracoviště zaměřeno na klienty s demencí?*

- a.) ANO
- b.) **NE** -

4.) *Jakou diagnózu máte na pracovišti nejčastěji?*

5.) *S jakým stupněm demence pracujete? S lehčím.*

6.) *Využíváte u osob s demencí kreativní techniky?*

- a.) **ANO**
- b.) NE

7.) *Jaké kreativní techniky nejčastěji využíváte? Pravidelnou práci s měkkými materiály.*

8.) *Jsou u Vás klienti nastálo nebo dochází do denního centra? Pokud dochází tak jak často*

Klienti mají u nás svůj domov.

9.) *Máte nějaké osvědčené metodiky v dané problematice?*

10.) *Vidíte u klientů po terapii nějaké změny? Popřípadě jaké*

11.) *Používáte pro stanovení demence specializované testy? **Ne.***

- a.) Standardizované- jaké:

b.) Nestandardizované- jaké:

c.) Vlastní testy- jaké:

12.) Jak často na pracovišti využíváte kreativní techniky?

a.) 4x týdně

b.) **2x týdně**

c.) 1x týdně

d.) Jednou za 14 dní

e.) nikdy

14.) Prokládáte terapii tréninkem paměti?

a.) **ANO – 1x týdně**

b.) NE

15.) Spolupracujete s rodinami klientů?

a.) **ANO**

b.) NE

Využití kreativních technik z pohledu ergoterapeuta- u klientů s demencí

1.) *Věk- 55*

2.) *Pohlaví - žena*

3.) *Jaké pracovní místo zaujímáte?*

- a.) Ergoterapeut
- b.) Arteterapeut
- c.) Zdravotní sestra
- d.) Jinou- popř.: doplňte- **vedoucí úseku pracovních terapií**

2.) *Je Vaše pracoviště zaměřeno na klienty s demencí?*

- a.) **ANO**
- b.) NE

4.) *Jakou diagnózu máte na pracovišti nejčastěji?*

Alzheimerova choroba

5.) *S jakým stupněm demence pracujete?*

Se stupněm 2. A 3.

6.) *Využíváte u osob s demencí kreativní techniky?*

- a.) **ANO**
- b.) NE

7.) *Jaké kreativní techniky nejčastěji využíváte?*

**Muzikoterapii, aromaterapii, arteterapii, canisterapii
Rádi pracujeme s keramickou hlinou a slaným těstem
Dvě klientky vyžadují vybarvování obrázků**

8.) *Jsou u Vás klienti nastálo nebo dochází do denního centra? Pokud dochází tak jak často*

Jsme Domov pro seniory a jeho součástí je domov se zvláštním režimem

9.) *Máte nějaké osvědčené metodiky v dané problematice?*

10.) *Vidíte u klientů po terapii nějaké změny? Popřípadě jaké*

Klienti velice rádi zpívají, jsou pak klidní

11.) *Používáte pro stanovení demence specializované testy?*

- a.) Standardizované- jaké:

b.) Nestandardizované- jaké:

c.) Vlastní testy- jaké:

Stupeň demence stanoví ošetřující lékař

12.) Jak často na pracovišti využíváte kreativní techniky?

a.) 3x týdně

b.) 2x týdně

c.) 1x týdně

d.) Jednou za 14 dní

e.) nikdy

14.) Prokládáte terapii tréninkem paměti?

a.) ANO - oblíbené

b.) NE

15.) Spolupracujete s rodinami klientů?

a.) ANO –ano, je to nutné

b.) NE

Využití kreativních technik z pohledu ergoterapeuta- u klientů s demencí

1.) *Věk* **45 let**

2.) *Pohlaví* **žena**

3.) *Jaké pracovní místo zaujímáte?*

a.) Ergoterapeut

b.) Arteterapeut

c.) Zdravotní sestra

d.) **Jinou- popř.: doplňte- pracovník pro volnočasové aktivity**

2.) *Je Vaše pracoviště zaměřeno na klienty s demencí?*

a.) ANO

b.) **NE**

4.) *Jakou diagnózu máte na pracovišti nejčastěji?*

Jsou zde klienti od 60let, kteří nejsou ze zdravotních důvodů schopni se sami o sebe postarat.

5.) *S jakým stupněm demence pracujete?*

Jsme otevřené oddělení. Lidé s těžkým stupněm demence jsou zde pouze ležící, aby nemohli odcházet. Na terapii pracuji s lidmi s lehčí demencí.

6.) *Využíváte u osob s demencí kreativní techniky?*

a.) **ANO**

b.) NE

7.) *Jaké kreativní techniky nejčastěji využíváte?*

Práce s vlnou – párání, děláni klubíček

Práce s papírem – vystřihování obrázků

Práce s barvami – barvení výrobků, mandaly

Práce s přírodninami – navlékání přírodnin

8.) *Jsou u Vás klienti nastálo nebo dochází do denního centra? Pokud dochází tak jak často*

jsme pobytové zařízení, klienti jsou zde nastálo

9.) *Máte nějaké osvědčené metodiky v dané problematice?*

Individuální přístup

10.) Vidíte u klientů po terapii nějaké změny? Popřípadě jaké

**jak u koho
spokojenost, že jsou ve společnosti ostatních**

11.) Používáte pro stanovení demence specializované testy?

a.) Standardizované- jaké:

b.) Nestandardizované- jaké:

c.) Vlastní testy- jaké:

NE

12.) Jak často na pracovišti využíváte kreativní techniky?

a.) 3x týdně

b.) 2x týdně

c.) 1x týdně

d.) Jednou za 14 dní

e.) nikdy

Příloha č. 5 - Fotografie klientky při kreativních technikách



Obr. Č. 1. Práce s klientkou při kreativních technikách

Příloha č. 6 - Fotografie klientky při kreativních technikách, výroba draka



Obr. Č. 2. Výroba draka

Příloha č. 7 - Příprava pomůcek na srab booking



Obr. Č. 3. Příprava pomůcek na srab booking

Příloha č. 8 – Výrobek ze Scrap Bookingu



Obr. č. 4 výrobek ze scrap bookingu

Příloha č. 9 – Výroba srdcí z keramiky



Obr. č. 5 výroba srdcí z keramiky <http://www.sue-ryder.cz/Fotogalerie-ds/vyrobky-z-denniho-centra.html>

Příloha č. 10 – Výrobky klientů



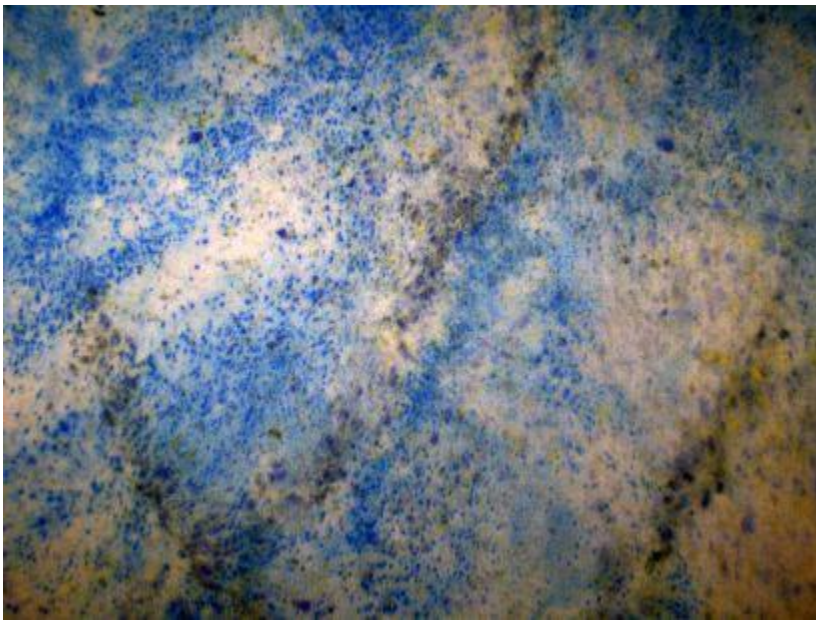
Obr. č. 6. Výrobky klientů <http://www.sue-ryder.cz/Fotogalerie-ds/vyrobky-z-denniho-centra.html>

Příloha č. 11 – Ukázka vázané batiky



Obr. č. 7. Ukázka vázané batiky <http://www.ceskykutil.cz/lexikon/batikovani-fotky?detail=448>

Příloha č. 12 – Ukázka sypané batiky



Obr. č. 8. Ukázka sypané batiky <http://www.batikovat.cz/batika-novod-batikovani.php>

Příloha č. 13 – Ukázka šité batiky



Obr. č. 9. Ukázka šité batiky <http://www.moje-rodina.cz/tvoriva-dilna/sita-batika>

Příloha č. 14 – Ukázka voskové batiky



Obr. č. 10. Ukázka voskové batiky http://www.rucni prace.cz/ba_voskova%20batika.php

Příloha č. 15 – Malování na hedvábí



Obr. č. 11. Malování na hedvábí <http://koralky.stoklasa.cz/hedvabi-jak-barvit>

Příloha č. 17 – Ukázka výrobků z Fima



Obr. č. 13 Ukázka výrobků z Fima <http://www.brydova.cz/techniky/7-techniky/55-fimo-polymerova-hmota->

Příloha č. 18 – Výrobky z vizovického těsta



Obr. č. 14 Výrobky z vizovického těsta <http://dilna-rucnici-prace.blog.cz/0810/recept-na-vizovicke-pecivo>