

Péče o pacienty s kognitivní poruchou



Iva Holmerová, Eva Jarolímová, Jitka Suchá a kolektiv

PÉČE O PACIENTY S KOGNITIVNÍ PORUCHOU



edice Vážka
2007

Tato publikace vznikla v rámci projektu Centrum praktického vzdělání ve zdravotně sociálních službách. Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy.



Péče o pacienty s kognitivní poruchou

© Gerontologické centrum – 2007

Autoři © Iva Holmerová, Eva Jarolímová, Jitka Suchá a kol. – 2007

Recenze: Doc. MUDr. Roman Jirák, CSc.

ISBN 978-80-254-0177-4

PÉČE O PACIENTY S KOGNITIVNÍ PORUCHOU



 **Obsah**

Úvodem	8
Co rozumíme pod pojmem demence.	9
Výskyt demencí	11
Rizikové faktory demence	12
Příznaky demence	15
Diagnóza demence a její význam	29
Alzheimerova choroba – nejčastější příčina demence	39
Vaskulární demence	41
Demence s Lewyho tělísky (DLT, DLB – Dementia with Lewy Bodies)	43
Demence u Parkinsonovy choroby.	44
Frontotemporální degenerace – frontotemporální demence	45
Normotenzní hydrocefalus	48
Vzácné příčiny demence.	50
Některé důležité zásady v přístupu k pacientům s demencí	54
Depresivita	72
Úzkost	74
Poruchy spánku	75
Změny chování pacienta s demencí	76
Používání omezovacích prostředků	103
Rozpoznání bolesti u nemocných s pokročilou demencí.	105
Inkontinence.	109
Výživa pacientů s demencí	113
Jednotlivé nefarmakologické přístupy	117

Praktická část – jednotlivé techniky, přístupy a nefarmakologické metody a jejich využití v praxi. Vlastní zkušenosti.....	136
Ergoterapie u osob s demencí	142
Fyzioterapie u pacientů s demencí na lůžkovém oddělení.....	151
Kognitivní rehabilitace	158
Senzorická stimulace.....	172
Orientace v realitě	174
Reminiscenční terapie.....	181
Kinezioterapie	189
Taneční a pohybový program pro pacienty postižené demencí	204
Arteterapie	212
Terapeutické vaření (pečení)	224
Muzikoterapie	225
Pet–terapie	229
Aplikace světla	231
Režimová úprava spánku	234
Péče o pacienty v terminálních stádiích demence	236
Závěr	260
Přílohy.....	261
Jedná se o Alzheimerovu chorobu?	
Deset příznaků, které by vás měly varovat	262
Ischemické skóre Hachinského	264
Škála pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)	265
Reisbergova škála GDS (Global Deterioration Scale).....	268
Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby (a jiných demencí) Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating Scale (BEHAVE–AD) ..	271
Aktivizační techniky	277

...srpen 1930

*Dědečkovi
bylo by napřesrok osmdesát let...*

*Slyšel každé slovo
z našeho světa, ale hned je zapomínal.
Pak se nadechl: „To jsem rád, že jdu domů.“
Chytil se hole a s mou pomocí
překročil práh. Už nevnímal osoby,
nedbal o jídlo, ani o spánek, ale
byl jimi vždy přemožen. Z tohoto světa
dožadoval se jenom šatů a hole.
Z pokleslých rtů stále jen znělo: „Domů!“
Vodil jsem ho sem a tam pod Běsnou,
... Prosil:
„Pane Sýkoro, vedete mě domů?“*

(František Hrubín: Romance pro křídlovku)

Úvodem

Iva Holmerová

Tato publikace pojednává o syndromu, kterému se až do osmdesátých let minulého století říkalo mezi lidmi „skleróza“. Skleróza se považovala za normální součást stáří. Nikoho příliš nepřekvapovalo, když se starým lidem zhoršovala paměť a myšlení. Nikoho pravděpodobně ani nenapadlo, že příčinou tohoto stavu není jen stáří, ale nemoc, respektive skupina nemocí. Lékaři používali jinou, ale také nesprávnou terminologii „atherosclerosis“, nebo „atherosclerosis universalis“ nebo ještě lépe „atherosclerosis universalis praecipue cerebri“ (ateroskleróza, povšechná ateroskleróza nebo povšechná ateroskleróza především mozku). Teprve v průběhu 90. let se u nás začalo mluvit o demencích a jejich nejčastější příčině, Alzheimerově chorobě.

V roce 1997 vznikla Česká alzheimerská společnost¹, která šíření informací o Alzheimerově chorobě a jiných onemocněních způsobujících demenci významně napomohla, postupně se o této nemoci i o jiných příčinách demence začalo hovořit, začaly vznikat moderní formy péče pro pacienty i rodinné příslušníky, zejména denní centra a stacionáře, specializovaná oddělení v domovech důchodců i ve zdravotnických zařízeních a takzvaná respitní, úlevová péče. V devadesátých letech jsme se domnívali, že Alzheimerova choroba je pouze orfelem, který není možné příliš změnit, je možné jen pomoci rodině, aby tento problém překonala. Na sklonku devadesátých let se objevily první účinné léky, které průběh Alzheimerovy choroby zpomalují a zlepšují kvalitu života pacientů s demencí. Objevila se také moderní antidepresiva a neuroleptika, která nemají již tolik nežádoucích efektů a nezhoršují stav pacientů s demencí, ale účinně a cíleně odstraňují psychiatrickou symptomatologii a poruchy chování.

Většina literatury, která je u nás v současné době dostupná, se zaměřuje na medicínské a biologické aspekty demencí. Pokrok v péči o pacienty s demencí by však nebyl možný bez erudovaných lékařů a dalších zdravotnických profesionálů i sociálních pracovníků, kteří rozumí podstatě tohoto onemocnění a kteří jsou obeznámeni se specifickými metodami a přístupy k těmto pacientům. Ze zkušeností a z přispění těchto lidí vychází naše publikace a pro ně je také určena.

Co rozumíme pod pojmem demence

Iva Holmerová, Eva Jarolímová

„Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.“²

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou syndromu demence, poruchy kognitivních funkcí, myšlení, paměti, orientace v čase a prostoru, soustředění, řeči, schopnosti koncentrace a funkcí exekutivních (schopnosti plánovat a organizovat). Jedná se o onemocnění, které bylo popsáno Aloisem Alzheimerem v prvním desetiletí dvacátého století.³ Toto onemocnění bylo zprvu zajímavé zejména pro odbornou veřejnost, ale po dlouhou dobu se mu nepřikládal takový význam, jaký si ve skutečnosti zasloužovalo. Pozornost byla věnována zejména těm případům Alzheimerovy nemoci, které přicházely v mladším věku. Demence, která přicházela v pozdějším věku, byla podceňována, lidé se domnívali, že patří ke stáří, hovořilo se o nejčastěji o „skleróze“. Teprve později, vlastně až v devadesátých letech minulého století se začalo hovořit o Alzheimerově chorobě také u starších lidí, a nejen to. Ukázalo se, že Alzheimerova choroba se u starých lidí vyskytuje nejčastěji, že častost jejího výskytu (incidence – počet nových případů onemocnění, i prevalence – počet nemocných v populaci) s věkem přímo narůstá. Jedná se o onemocnění, které je s lidským věkem velmi úzce spjato. Zatímco se vyskytuje u několika procent šedesátníků (nejčastěji se uvádí cca 1%), postihuje již téměř třetinu lidí osmdesátiletých a starších. Jedná se tedy o onemocnění, které je častější ve vyšším věku. Nejedná se o normální příznak stáří. To je nejčastější mýtus o této nemoci. Dalším škodlivým mýtem je, že se pro nemocné nedá nic učinit. To také není pravda. Naopak.

Stárnutí rozhodně není synonymem demence, ale s přibývajícím věkem roste pravděpodobnost onemocnění touto chorobou.

2 Jirák R., Koukolík F.: *Demence. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Grada, 2004.

3 Baštecký J., Kümpel Q., Vojtěchovský M. a kol.: *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, 1994.

V souvislosti s prodlužováním průměrné délky života a poklesem porodnosti se neustále urychluje proces stárnutí populace. S tím souvisí stoupající výskyt demence. Alzheimerova choroba je příčinou přibližně 50–70 % případů demencí.⁴ Ve světě trpí Alzheimerovou chorobou zhruba 25 milionů lidí, v Evropě 5,4 milionu⁵ v České republice se odhaduje na 100 000 lidí.⁶ Alzheimerova choroba je 4. nejčastější příčinou úmrtí v civilizovaných zemích, po ischemické chorobě srdeční, nádorových onemocněních a cévních mozkových příhodách.⁷ S postupným stárnutím evropské populace se však stává jedním z nejzávažnějších problémů, před které jsou zdravotní a sociální systémy rozvinutých zemí postaveny, na řešení problematiky demencí jsou ve vyspělých zemích světa vynakládány větší prostředky než na řešení kardiovaskulárních či onkologických onemocnění.

Postižení demencí má podstatný vliv na nejen na kvalitu života nemocného, ale také na kvalitu života celé jeho rodiny. Demence je záležitostí nejméně dvou lidí – nemocného se stoupající závislostí a jeho pečovatele.

Demence řadíme mezi tzv. organická mozková onemocnění. Jedná se o onemocnění, která mozkovou tkáň různým způsobem poškozují, může se jednat o degenerativní proces, jak je tomu např. u Alzheimerovy choroby, o důsledek vaskulárních, metabolických, traumatických změn a podobně. Kognitivní a další poruchy, které demenci provázejí, způsobují významné problémy ve společenském i pracovním životě postiženého člověka a postupně progredují.

Demence je vždy důsledkem chorobného procesu. Není normální součástí stárnutí, jak jsme již uvedli výše. Pojem „senilní demence“ je proto většinou chybný a zavádějící. Stáří (senium) nepřináší automaticky kognitivní poruchu či demenci. Pojem senilní demence má význam pouze tehdy, když jím označujeme demenci, která nastala ve vyšším věku, seniu (65+) a když demenci (určitého typu) odlišujeme tímto označením od demence presenilní, tedy té, která nastala v preseniu, věku mladším.

Demence se může vzácně vyskytovat již v dětství, vzniká například v důsledku agresivní cytostatické léčby, a to zejména hematologických onemocnění. Pokud je ale porucha intelektu důsledkem vrozeného poruchy (nebo pokud vznikla do dvou let věku dítěte), nehovoříme o demenci ale o oligofrenii.

4 Holmerová I.: Sociální a demografické aspekty demencí. In: Růžička et al: *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. Praha: Galén. 2003. s 145–155.

5 *Pařížská deklarace*, materiál Alzheimer Europe, překlad Holmerová I.

6 Holmerová I., Jarolímová E., Jurašková B., Rokosová M., Veleta P.: Kvalita péče o pacienty s demencí: role a cíle alzheimerovských společností, *Česká geriatrická revue 1/2004*, str. 44–48.

7 www.alz.co.uk/media/dementiasurvey

Výskyt demencí

V roce 2006 žije v zemích Evropské unie celkem 5,4 milionu lidí postižených Alzheimerovou chorobou nebo jiným onemocněním způsobujícím demenci. V důsledku stárnutí populace vzroste počet lidí postižených demencí na dvojnásobek v zemích západní Evropy a na trojnásobek v zemích Evropy východní.⁸

Prevalence demencí v jednotlivých věkových skupinách v Evropě je následující:⁹

60–64 let	0,9 %
65–69 let	1,3–1,5 %
70–74 let	3,2–3,6 %
75–79 let	5,8–6,0 %
80–84 let	11,8–12,2 %
85+	24,5–24,8 %

Jak je tomu v České republice? Podle kvalifikovaných odhadů je u nás některou formou syndromu demence postiženo asi 150 tisíc lidí. Nejsou to však všichni, kteří jsou v důsledku tohoto onemocnění postiženi. Stejný či ještě vyšší počet představují pečující rodinní příslušníci, kteří jsou s problémem demence denně konfrontováni. Také jim je třeba věnovat dostatečnou pozornost.

HISTORIE POJMU DEMENCE

V německé literatuře můžeme číst, že je to nemoc označovaná jako „cesta od duše nebo bez duše“, tj. „Weg von der Geist – ohne Geist.“¹⁰ Termín **demence** zavedl P. Pinel (1745–1826), a to pro různé choroby, které vedou k deterioraci intelektu.

D. Esquirol (1772–1840) diferencoval vrozenou idiocii a získanou demenci.¹¹

8 Pařížská deklarace, materiál Alzheimer Europe, překlad Holmerová I.

9 Ferri C. P., Prince M., Brayne C., Brodaty H. et al.: *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*. The Lancet 2005. 366. p 2112–2117

10 Fischer A.: *Wenn das Gedächtnis nachlässt*. Bundesministerium für Gesundheit. Bonn, 2000.

11 Jarolímová E., přednášky

Rizikové faktory demence

V současné době jsou sice onemocnění způsobující demenci prozkoumána relativně podrobně, jsou známy procesy, které se na jejich vzniku podílejí. Ve většině případů však neznáme příčinu onemocnění vedoucích k demenci, to platí zejména u onemocnění degenerativních (například Alzheimerova choroba, nemoc s Lewyho tělisky), vaskulární demence je v naprosté většině případů důsledkem aterosklerotického poškození mozkových cév, existují také společné rizikové faktory jak pro cévní, tak pro degenerativní onemocnění. Zatímco nedokážeme říci přesně, které faktory demenci skutečně způsobují, existuje již mnoho poznatků o rizikových faktorech demence.

Věk: Demence se může vyskytnout v jakémkoli věku, ale relativně vzácně přichází před 60. rokem. S přibývajícím věkem přichází častěji. Není však zřejmé, zda je věk samostatným rizikovým faktorem, anebo zda se jedná o častější výskyt jiných rizikových faktorů s přibývajícím věkem.

Pohlaví: Většina studií neprokazuje rozdíle ve výskytu demence u jednotlivých pohlaví. Některé studie však prokázaly, že ženy jsou více ohroženy Alzheimerovou chorobou než muži. Naopak muži jsou více ohroženi demencí cévního původu.

Rodinný výskyt a genetické faktory: Pokud se demence vyskytne před 60. rokem věku, jedná se velmi často o dědičně podmíněné onemocnění. Také většina lidí s Downovým syndromem, kteří se dožijí dospělosti, onemocní Alzheimerovou chorobou pravděpodobně právě v důsledku genetických změn. Role genetických faktorů u demence vyššího věku je dlouho méně zřejmá. Blízcí příbuzní (děti, bratři, sestry) lidí s Alzheimerovou chorobou mají tři- až čtyřikrát větší pravděpodobnost tohoto onemocnění než lidé bez této zátěže. Podobné riziko ovšem platí i pro blízké příbuzné lidí s Parkinsonovou chorobou a Downovým syndromem. Jeden z genů kódujících apolipoprotein E může riziko Alzheimerovy choroby významně ovlivnit. To platí ovšem pro velké soubory a nikoli pro jednotlivce, protože mnoho lidí s pozitivní rodinnou anamnézou i nepříznivým apo E fenotypem Alzheimerovou chorobou ne onemocní – a naopak u mnoha nemocných nejsme schopni žádný genetický rizikový faktor vystopovat.

Vzdělání: Některé studie prokazují, že demence a zejména Alzheimerova choroba jsou méně časté u lidí s vyšší úrovní vzdělání. Nicméně příčiny tohoto po-

psaného jevu nejsou vědcům stále jasné. Například není známo, zda je to úroveň vzdělání sama o sobě, přirozená úroveň inteligence, nebo socioekonomický statut. Také úroveň psychické aktivity v průběhu celého života může být důležitým protektivním faktorem.

Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění: Demence se rozvine zhruba u třetiny lidí po cévní mozkové příhodě. Vaskulární postižení mozku vede k dřívější manifestaci demence Alzheimerova typu. Lidé, kteří trpí onemocněním ovlivňujícím cirkulaci (hypertenze, cukrovka, onemocnění srdce), jsou opět prokazatelně náchylnější rozvoji demence.

Kouření: Lidé, kteří kouří, mají vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění a některé studie prokazují, že i vyšší riziko vzniku demence. Nejranější studie zkoumaly hypotézu, že kouření může působit jako ochranný faktor proti Alzheimerově chorobě. To se však naprosto neprokázalo a nyní je zcela zřejmé, že kouření riziko Alzheimerovy choroby zvyšuje.

Alkohol: Lidé, kteří pijí větší množství alkoholu delší dobu, mohou onemocnět demencí stejně tak jako ostatními somatickými důsledky nadměrné konzumace alkoholu. To vše může být důsledkem přímého toxického působení alkoholu, ale i sekundárního nedostatku vitaminů a živin u těžkých pijáků. Účinky malých množství alkoholu jsou stále předmětem zkoumání a zůstává otázkou, zda malá množství alkoholu v pravidelných intervalech mohou působit protektivně.

Poranění hlavy: Je známo, že boxeři v důsledku častých poranění hlavy trpí častěji demencí (dementia pugilistica). Některé studie také ukázaly, že v anamnéze pacientů s Alzheimerovou chorobou se úrazy hlavy vyskytuje 2x častěji než v populaci. Poraněním hlavy rozumím v tomto kontextu jakýkoli úraz, jehož důsledkem je ztráta vědomí minimálně na 15 minut. V současnosti se považuje úraz hlavy za významný rizikový faktor vzniku demence.

Protizánětlivé léky a hormonální substituční léčba: Výsledky některých studií upozorňují na to, že lidé, kteří užívají protizánětlivé léky na artrózu, revmatoidní artritidu a podobně, mají nižší riziko Alzheimerovy choroby. Další studie naznačují, že ženy, které užívají HRT, mohou mít nižší riziko vzniku Alzheimerovy choroby. To vše je v současné době předmětem výzkumu, k potvrzení či vyloučení této hypotézy je třeba randomizovaných kontrolovaných studií jakožto standardního nástroje pro hodnocení tohoto efektu.

Deprese: Starší lidé s depresí mají 3–4x větší riziko demence. Není však dosud známo, zda je deprese samostatným rizikovým faktorem, anebo jenom jedním z jejich symptomů.

Další faktory: Demenci mohou způsobovat také infekční onemocnění (syfilis, AIDS a podobně), deficit vitaminů (B 12, thiamin či kyselina listová). Odstranění a léčení těchto situací může zlepšit stav mentálních funkcí. Ve vyšším věku je ale velmi málo demencí způsobeno těmito faktory. Demence je také součástí klinického obrazu jiných onemocnění mozku – Parkinsonovy či Huntingtonovy, Creutzfeldt-Jakobovy choroby či roztroušené sklerózy. Také onemocnění jiných systémů mohou vést k obrazu identickém demenci: srdeční či jaterní selhání, CHOPN, pokročilá onkologická onemocnění...

Tělesná i duševní aktivita

Podle mnoha studií z poslední let je prokázáno, že lidé, kteří se pravidelně věnují mentálním a společenským aktivitám, méně často onemocní demencí. Jako nejúčinnější se ukazuje: učit se novým věcem, řešit nové problémy, kulturní a společenský život, křížovky a hlavolamy, ale například i zahrádkaření. Totéž platí i o pravidelné fyzické aktivitě.¹²

12 Quzilbash N.: *Evidence-based Dementia Practice*. Blackwell Publishing Company. Malden US-Victoria Austr-Berlin Ger. 2002.

■ Příznaky demence

Skutečné primární symptomy počínající demence lze s přibývajícím věkem těžko rozlišit od projevů běžného fyziologického stárnutí. Benigní stařecká zapomnětlivost – snížená schopnost vybavovat si jména, čísla, někdy i některé názvy věcí nebo pojmy – může přejít v mírnou kognitivní poruchu, která se může rozvíjet dále až do syndromu demence (zpravidla 10 procent případů ročně, tedy až 50 procent do 5 let, tato čísla se různí dle různých pramenů.¹³ Rodina někdy u stárnoucího příbuzného těžko rozlišuje, které symptomy jsou přirozené, věkem podmíněné a změny, které již nejsou důsledkem fyziologického stárání. V chování se některé charakterové vlastnosti člověka akcentují, a je proto těžké v samém prvopočátku nemoci rozlišit, které změny v chování jsou již důsledkem počínající chorobné změny – demence. Přesto změny chování u člověka s demencí mají svá specifika, jak bude uvedeno níže.

ABC demence

Demence nepředstavují pouhou poruchu kognitivních funkcí, i když tato je vlastně definuje. Demence jsou provázeny změnami a poruchami chování a pestrými psychiatrickými symptomatologiemi, vedou k poruše soběstačnosti a mají významné sociální dopady pro pacienta a jeho rodinu.

To je vyjádřeno schématem, které často uvádí anglosaská literatura:
A– activities of daily living (porucha soběstačnosti a sociální dopady)
B– behaviour (behaviorální a psychiatrická symptomatologie)
C– cognition (porucha kognice).

Pokud se snažíme učinit si co nejuplněnější obraz stavu pacienta s demencí, je třeba, abychom se zabývali nejen poruchou kognitivních funkcí, ale ještě dalšími doménami, které jsou pro pacienta a jeho rodinu důležité, měli bychom si také učinit obraz o pokročilosti syndromu demence, o tom, v jaké fázi demence se pacient momentálně nachází.

A. SOBĚSTAČNOST

Demence vede záhy k poruchám soběstačnosti nejprve v instrumentálních a později i v základních sebeobslužných aktivitách. Pro posouzení soběstačnosti pacientů s demencí je možné použít různé škály, nejběžnější jsou škály podle Katze, Lawtona nebo Barthelové. Pomocí nich hodnotíme soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života (IADL), jedná se o ty činnosti, které jsou potřebné k samostatnému nezávislému životu. Soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách hodnotíme prostřednictvím testů základních sebeobslužných aktivit denního života (ADL).

Základní sebeobslužné aktivity denního života dle Katze¹⁴

1. koupání
2. používání toalety
3. uléhání a vstávání
4. stravování
5. oblékání
6. kontrola vyprazdňování močového měchýře a střev

Hodnocení testu: 6 bodů – plná soběstačnost. Čím nižší je skóre, tím menší je soběstačnost pacienta.

Test IADL (M. P. Lawton a E. M. Brody)¹⁵

1. Schopnost používat telefon
2. Schopnost nakupovat
3. Schopnost připravit si (uvařit) jídlo
4. Schopnost postarat se o domácnost (uklidit)
5. Schopnost vyprat si prádlo
6. Schopnost samostatného cestování
7. Schopnost užívat léky podle doporučení lékaře
8. Schopnost obhospodařovat vlastní finance

Hodnocení testu: 8 bodů – plná soběstačnost. Čím nižší je skóre, tím menší je soběstačnost pacienta.

Test ADL dle Barthelové¹⁶

Jedná se o nejčastěji používaný test. Jeho plné znění uvádíme v příloze.

14 Kalvach Z., Zadák Z., Jirák R., Zavázalová H., Sucharda P. a kol.: *Gerontologie a geriatrie*. Praha: Grada, 2004.

15 Tamtéž.

16 Tamtéž.

B. BEHAVIORÁLNÍ A PSYCHOLOGICKÉ PŘÍZNAKY (BPSD)

Mohou výše uvedené předcházet a často tomu tak bývá. Může se jednat o významné a nápadné změny (u frontálního postižení), nevhodné či nepřiměřené chování, odbržděnost, netaktnost a podobně, ale může jít také „jen“ o úzkost, depresivitu, poruchy spánku a podobně. Tedy o příznaky, které často ke škodě všech u lidí středního věku bagatelizujeme.

Pro hodnocení BPSD používáme různé dotazníky (příloha)

C. KOGNITIVNÍ ZMĚNY

Mezi kognitivní změny patří poruchy paměti, soustředění, orientace, myšlení, řeči. Tyto příznaky k nám pacienta vlastně přivádějí s podezřením na možnost Alzheimerovy choroby či jiné příčiny demence.

Také kognitivní funkce jsme schopni změřit. Používáme k tomu různých testů, mezi nejznámější patří Mini mental state examination podle Folsteina (v příloze).

Je nutné mít stále na paměti, že demence jsou onemocnění progredující a mají určitý zákonitý průběh, takže i péče se musí stále individuálně přizpůsobovat úrovni a možnostem každého nemocného.

Poruchy kognitivních funkcí

Bývají ze všech přítomných symptomů nejnápadnější a často, zejména u Alzheimerovy choroby, se objevují jako první klinické příznaky. Pod tento pojem zahrnujeme poruchy paměti, úsudku a myšlení, orientace, koncentrace, schopnosti vyjadřovat se a rozumět mluvené řeči a dalších gnostických funkcí a v širším slova smyslu také tzv. exekutivní funkce. Psychologové zpravidla označují tyto symptomy za primární, za ty, které syndrom demence v podstatě definují.

Mezi tyto základní *primární symptomy, tedy poruchy kognitivních funkcí* při demenci, řadíme:

INTELEKTOVÁ DETERIORACE

Srovnáváním přirozené deteriorace a deteriorace při demenci se vypočítává index deteriorace (míra snížení intelektové kapacity ve srovnání s kapacitou pre-

morbidní vyjádřená v procentech). Za prokazatelnou se pokládá deteriorace při indexu 20 procent a více. K progresi intelektové deteriorace u některých demencí dochází pozvolna, u jiných s náhlými projevy zhoršení. Pokles intelektu je jeden z prvních příznaků doprovázejících vznik demence.¹⁷

PORUCHY PAMĚTI

Poruchy paměti jsou doprovázejícím, prvním a nejnápadnějším symptomem demencí. Pokles paměti je nejzřetelnější při učení se novým informacím a neschopnost se těmito informacím podřídit. Projevuje se častými, opakovanými dotazy, nemocný se snaží současnou situaci vysvětlit používáním znalostí z dřívější doby. Porucha paměti souvisí s poruchami orientace, konfabulací (nemocný si dotváří průběh situací nebo událostí tak, jak si myslí, že probíhaly, tato rekonstrukce neodpovídá realitě).¹⁸ Tato porucha také podmiňuje úzkostnost, nejistotu a nedostatek vzhledu v různých situacích. V pozdějších stádiích může být postiženo i vybavování již dříve naučeného, tedy starších informací. V počátcích nemoci je postižena paměť krátkodobá, dlouhodobá paměť zůstává déle zachována, zejména u vaskulárních demencí.

Porucha krátkodobé paměti se projevuje tím, že se pacient opakovaně táže na jednu a tutéž věc, zapomíná, co se odehrálo před chvílí, během dne, zda ho někdo navštívil, zapomíná na důležité schůzky, ztrácí věci, není schopen bezprostředně opakovat několik podstatných jmen nebo názvů předmětů, které mu přečteme. Jedná se o neschopnost vstřípivosti nových paměťových obsahů. Nemocní nejsou schopni si zapamatovat nová jména ani žádnou novou informaci či vědomost.

Porucha dlouhodobé paměti se projevuje v pozdějším stadiu demence, zpočátku zpomalenou nebo nepřesnou výbavností. Informace v situacích potřeby si ztíženě vyvolávají, často jim později musí pomoci člen rodiny nebo někdo, kdo onu situaci nebo událost také zná, stimulují ho k rozpomínání. Reminiscenční terapie (terapie vzpomínáním) je důležitá nejen pro udržování a trénování paměti samotné, nýbrž také pro obživování starých zapomenutých nebo hůře vyvolatelných paměťových obsahů, které ovlivňují vlastní sebeprožívání, sebehodnocení nemocného. Vzpomínání je také důležité pro zřetelnější konfrontaci minulého a současného, pro zlepšené kvality života nemocného. Ten postupně ztrácí vlastní identitu a trpí osobnostní diskontinuitou. Proto všechny terapeutické metody mají značný význam. Často je porušena dříve paměť deklarativní než paměť procedurální. To znamená, že nemocný ztrácí dříve naučený soubor vědomostí než

17 Jiráček R., Koukolík F.: *Demence, neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. 2004.

18 Jiráček R.: *Demence*. Praha: Maxdorf Jesenius. 1999.

obsahy dané zkušeností (ví, jak řídit automobil, co se musí udělat, aby se rozjel, ale nezvládá pravidla silničního provozu), přičemž výsledek této aktivity je kvalitativně odlišný od populace intaktních osob (natírá plot stále na jednom a totéž místě). Nejprve je postižena tedy paměť krátkodobá, později dlouhodobá, jako by se „ukrajuje“, vytrácí od současnosti zpět do minulosti až na úroveň dětství. Jeho svět je pro něj reálný, od našeho světa odlišný, a proto věří např. tomu, že žije s otcem a matkou, v domku nebo bytě s rodiči. Je to jeho reálný svět, a proto bychom ho neměli konfrontovat s „naší pravou realitou“, což by mohl prožívat negativním, zraňujícím nebo agresivním způsobem.

PORUCHY ORIENTACE

Poruchy orientace se vyskytují jako další z časných příznaků demence. Jedná se o dezorientaci časem, místem, prostorem a později i vlastní osobou. Porucha orientace v čase se projevuje tím, že tento člověk neví, jaký se píše letopočet, jaký je měsíc, den v týdnu, jaké je venku roční období, v průběhu nemoci neví, zda je ráno, odpoledne nebo večer. Nemocný bloudí zpočátku neznámých, později i na známých místech, např. neorientuje se v místě bydliště, neví kudy ke stánku s novinami, do obchodu, neví, jak se dostane z pracoviště domů atd. Postupně může bloudit i v domácím prostředí, hledá WC, koupelnu. Zde je velmi vhodné upravit prostředí, ve kterém nemocný žije s ohledem na jeho bezpečnost a zajistit vhodné osvětlení. Šero, tma nebo různé stíny tyto nemocné ještě více znejistit a působí matoucím dojmem. Stupeň dezorientace se zhoršuje s postupem onemocnění. Takže v pokročilé demenci člověk ani neví, kolik je mu let, může se splést o tři nebo také o třicet let, někdy vůbec neví, jak je starý.

Často slýchám odpověď: „No počkejte, kolik je mi vlastně?“

A pak jen hledí a v přemýšlení nepokračují, jen se usmívají a přejdou do apatie nebo se začnou zabývat jinou činností. Někteří z nich mne ale vyzvali, abych jim pomohla s určováním věku. Mohou se rozpomenout na rok narození, ale věk většinou nespočítají. Pokud jsem vyzvána, abych jim věk sdělila, jsou velmi překvapeni, jak už jsou staří, nebo se tomu mohou bránit. Dokonce často nemohou uvěřit, jaký že už se píše letopočet.

Jindy svůj věk bagatelizují a odpovědí, že jsou tak staří, že už ani nevědí, kolik jim je let. V jiném případě řeknou bez rozmyšlení věk neskutečný a jsou přesvědčeni, že to tak je. Jiní nemocní se zase omlouvají a trápí je, že už ani přesně nevědí, jak jsou staří.¹⁹

Dezorientace vlastní osobou souvisí i se ztrátou vlastní identity, která se projevuje tím, že dotyčný neví, jak je starý, kolik měl dětí, kdo byl jeho manželem (manželkou), zda byl vůbec ženatý nebo vdaná, neví, kolik měl sourozenců a často zaměňuje sourozence s vlastními dětmi, jakou vykonával profesi, v jakém okruhu přátel se pohyboval atd.

PORUCHY ÚSUDKU A MYŠLENÍ

Poruchy úsudku a myšlení (abstraktního) souvisí s deteriorací intelektu. Nemocný není schopen vyložit přísloví, neví, co mají společného pes a kůň, nemají pojem množství (např. peněz), nedokáže spočítat důchod, nepřechtou, kolik je hodin, je pro ně nesnadné odečítat zejména přes desítku. Racionální úsudek je v různé míře zasažen – např. nemocný není schopen posoudit, jak se obléknout: v zimě si obleče letní oděv, dlouho po vypuknutí nemoci se pokládá za zcela zdravého (zejména u Alzheimerovy choroby), odmítá chodit k lékaři, protože je zdravý, někdy i příznaky zastírá. K zastírání symptomů nemocného může vést obava z nastalé situace, protože vnímá, že se něco děje, současně si ale mnohé události nedokáže vysvětlit vzhledem k poruše paměti. Může také věřit tomu, že se situace ještě nějak změní k lepšímu. Nemocný prochází procesem vyrovnávání se s touto chorobou do doby, než zcela ztratí náhled na nemoc.²⁰

Poruchy vhledu, úsudku a abstraktního myšlení způsobují tyto reakce osoby s demencí:

- v důsledku nerealistického odhadu odmítá pomoc
- trvá na svých starých vzorech chování
- nepřijme důkaz ani vysvětlení o jeho progredujících kognitivních schopnostech
- ztrácí schopnost chovat se dle společenských konvencí, ztrácí zábrany (ve sféře eticko-estetické)
- nedokáže anticipovat důsledky
- nedokáže si ani vytvořit představu o nepřítomných objektech nebo okolnostech
- má tendenci brát věci doslovně

Myšlení bývá často hned v počátcích nemoci paranoidní (podezřivé), protože nemocný mnoha situacím a událostem přestává rozumět, podezřívá ze ztráty celé řady věcí v důsledku poruchy paměti své blízké okolí. Zde je třeba do tohoto jeho neklidu vnášet klid, ochotně s ním začít hledat a odvést myšlení jiným směrem, k jiné činnosti. Je vhodné, když má důležité doklady nebo finance některý z členů rodiny pod svou kontrolou. Blízkému nemocnému mohou tak nechat k dispozici např. kopie dokladů, aby měl pocit, že si kontrolu nad vlastními věcmi drží on sám.

20 De Vugt M. E., Stevens F., Aalten P. et al.: Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19. 85–92. 2004.

PORUCHY POZORNOSTI A MOTIVACE

Poruchy pozornosti a motivace jsou dalšími časnými symptomy demencí. S poruchou pozornosti souvisí neschopnost začít nebo ukončit nějaký úkol nebo činnost, fixace na jeden nepodstatný aspekt činnosti, přičemž na činnost jako celek osoba zapomene, snížená schopnost vzdorovat rušivým podnětům, snížená schopnost reagovat až zmatené reakce. V pozdějších stádiích nemoci se objevuje apaticko-hypobulický syndrom, který se projevuje apatií, sníženou úrovní celkové aktivity, nemocný sedí a hledí jedním směrem. Zde hraje významnou roli využití aktivizačních metod, stimulačních zachovalé schopnosti i sebeprožívání nemocného. V samém počátku nemoci tito lidé ztrácí motivaci i zájem o dosavadní činnosti, které dříve rádi vykonávali, postupně ztrácí zájem o tisk, rozhlas, televizi (mj. také proto, že přestávají dějům rozumět, unikají jim podstatné souvislosti příběhu a zapomínají je). Někteří nemocní pak děj v televizi považují za reálnou situaci (osoby v televizi jsou přítomny v jeho bytě), později přestávají sledovat dění nejen ve svém okolí, ale i ve vlastní rodině.²¹

KOROVÉ PORUCHY

Někdy dochází v důsledku korové atrofie sensorických oblastí k izolovaným smyslovým agnosiím – poruchám smyslového vnímání, neschopností na centrální úrovni diferencovat podnět. To se v praxi projevuje tak, že nemocný má pocit, že špatně vidí nebo slyší, přičemž nález u očního či ušního lékaře je v normě nebo původním stav je nezměněn. Mezi korové poruchy doprovázející demence řadíme **fatické poruchy** – poruchu řeči nebo porozumění řeči (řeč mluvená i slyšená) na korové úrovni. Jedná se o **afázii**. Při vystupňované afázii není schopen tvořit srozumitelnou řeč, konfabuluje, komolí slova, používá zkomolené žargonové výrazy, neologismy, řeč je po gramatické stránce nesprávná. Dále pozorujeme amnestickou afázii, pro kterou je typické vypadávání pojmů (anomie), názvů a jmen. Ke korovým poruchám řadíme **agrafiu** – neschopnost psát a zejména se podepsat), **alexii** (neschopnost číst, zpočátku nemocný čte, ale neví přesně co, později čte mechanicky, obsah si nepamatuje a pak již nerozeznává písmena, není schopen skládat slabiky, slova – jedná se tedy o úplnou neschopnost číst. **Akalkulie** – neschopnost počítat, podobně jako u čtení zpočátku nezvládá složitější početní úkony, později obtížně počítá přes desítku až úplná ztráta schopnosti počítat. **Agnosie** – snížená schopnost až neschopnost rozpoznávat předměty, věci, lidské tváře, ve zrcadle nemusí poznat ani sám sebe. Nemocný zpočátku nerozeznává méně známé tváře, později i vlastní rodinu včetně pečujícího, který se o něho stará, svého dlouholetého partnera, při dobré úrovni péče ho může považovat např. za svou matku. **Amuzie** – neschopnost rozeznávat hudební formy, písně, skladby, hudební skladatele, rytmus,

intonaci (zejména v pokročilejší fázi demence) a **apraxie** – snížená schopnost až neschopnost vykonávat motorické úkony a aktivity navzdory neporušeným motorickým funkcím. Pacient s demencí není tedy schopen se najíst příborem, obléknout se, odemknout klíčem zámek, neví, jak by si ručníkem utřel ruce, často ani nemusí chápat, k čemu ručník vlastně slouží. Chová se tak, že místo utírání do ručníku začne ručník skládat, rolovat, případně ho někam odnese, zastrčí na neobvyklé místo. Další druh apraxie se projevuje tak, že nemocný není schopen si sáhnout na levý boltec či špičku nosu, nedokáže si uvařit instantní polévku, není schopen malovat v perspektivě, při dokreslování předmětů zapomíná na jejich důležité, pro jejich funkci nezbytné součásti (nenamaluje kola od automobilu) atd.²²

PORUCHA EXEKUTIVNÍCH FUNKCÍ

Mezi exekutivní funkce řadíme plánování, organizování, řízení. Nemocný v důsledku těchto poruch není schopen si naplánovat řešení určitých úkonů, není schopen řešit zpočátku složité, později i jednoduché problémy. Situaci ale může ještě prohloubit úzkost z nevládnutých situací, která sníženou schopnost rozhodovat se a řešit problémy ještě umocní. Nemocný pak mívá pocit nejistoty a bezmoci. Proto není vhodné vystavovat takového člověka situacím, v nichž se musí rozhodovat nebo organizovat, řídit. Často právě tato porucha má za následek odchod ze zaměstnání u lidí v řídicích funkcích, také i proto, že nejsou schopni vstřípnit si jakoukoliv novou informaci, osvojit nové technologie, pracovní postupy atd. Tito lidé bývají méně kritičtí k sobě, k okolí i událostem.

Pan K., 57 let, v počátcích Alzheimerovy choroby byl zaměstnán jako vedoucí pracovník telekomunikačního úseku. Zcela ukončil svou pracovní činnost při přechodu na digitální systém. Nebyl již schopen vůbec pracovat, nedokázal se naučit dílčí kroky nového operačního systému, ani si je zapamatovat. Změny ho frustrovaly, byl dezorientovaný, nejistý, dělal množství chyb, zapomínal.

Behaviorální a psychiatrická symptomatologie demence – BPSD

Další skupinu příznaků, které tvoří syndrom demence označujeme různě, v lékařském prostředí se používá nejčastěji zkratky BPSD, která označuje behaviorální a psychiatrickou symptomatologii demence (Behavioral and Psychological

Symptoms of Dementia), psychologové zase hovoří rádi spíše o symptomatologii „sekundární“.

V časných stádiích demence dochází zejména k povahovým změnám, pacienti trpí podrážděností, úzkostí nebo depresí, mohou trpět nespavostí. S postupným vývojem onemocnění se mohou přidat další příznaky, například inverze spánkového rytmu, halucinace, bludy, neklid, přecházení a opakování se, emoční nestabilita, agitovanost až agresivita.

Nejčastější poruchy chování související s demencí jsou následující:²³

- agitovanost
- poruchy příjmu potravy
- poruchy emotivity
- inkontinence
- bludy
- Klüver-Bucyho Syndrom
- halucinace
- úzkosti, fobie, strach
- iluze
- pláč a křik
- neklid
- naléhání, obsedantní chování
- bloudění, bloumání, přecházení
- změny osobnosti
- agresivita
- dezinhibice
- poruchy denního rytmu
- změny sexuálního chování
- syndrom pozdního odpoledne
- nutkavé chování

Jak časté jsou poruchy chování u pacientů s demencí:²⁴

- | | |
|----------------------------|------|
| • agitovanost | 75 % |
| • bloudění, putování | 60 % |
| • depresivita | 50 % |
| • bludy, halucinace | 30 % |
| • křičení | 25 % |
| • agresivita | 20 % |
| • změny sexuálního chování | 10 % |

²³ Gauthier S.: *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease*. Martin Dunitz Ltd. 1999.
²⁴ Tamtéž.

PSYCHIATRICKÁ SYMPTOMATOLOGIE

V průběhu demence se objevují halucinace a iluze (poruchy vnímání) nebo bludy (poruchy myšlení), které mají častěji neutrální než negativní obsah. Nemocný prožívá halucinaci jako reálnou situaci, je součástí jeho světa, který vnímá jako pravdivý. Toto je nutné zohlednit v přístupu k němu, zejména nebagatelizovat a nepřesvědčovat o nesmyslnosti jeho počinání. Jednotlivými technikami a přístupy k pacientům s demencí se budeme zabývat v další části této publikace, zde však považujeme za nutné uvést následující.

Bludy a halucinace hodnotíme jako tzv. psychiatrickou symptomatologii, jak jsme uvedli v názvu této podkapitoly. Pohled na psychiatrickou symptomatologii u demencí je poněkud odlišný než u jiných psychiatrických onemocnění. Demence jsou důsledkem organických změn v mozku, které mohou mít různý charakter, zpravidla vaskulární a degenerativní. Jedná se tedy o destrukci mozkové tkáně, v důsledku které dochází k celému spektru poruch. Tento stav je v podstatě nevratný, demence jsou zpravidla způsobena onemocněními, která postupně a víceméně nezadržitelně progredují. V managementu demencí můžeme dosáhnout jen zlepšení k určitému funkčnímu optimu, které je dáno momentálním stavem progresu onemocnění. V žádném případě nemůžeme stav zcela normalizovat, nemůžeme dosáhnout úplné remise onemocnění.

V tom je zásadní odlišnost od jiných psychiatrických onemocnění, psychóz, které charakterizuje také výskyt bludů a halucinací. Zatímco u těchto onemocnění, například schizofrenie, je dosažení remise možné a s pomocí moderních léků lze stav pacienta výrazně zlepšit, normalizovat, u demence to možné není.²⁵

To je důležitá skutečnost. Cílem léčby u schizofrenie je dosažení remise a normalizace stavu pacienta. Tento cíl není u demence reálný. Jakkoli razantní antipsychotickou léčbou nemůžeme dosáhnout normalizace stavu pacienta s demencí. Naopak: léčba antipsychotiky (neuroleptiky) přináší zejména u pacientů s demencí mnoho nežádoucích účinků. Proto platí, že k farmakoterapii „psychiatrické symptomatologie“ u demence přistupujeme pouze tehdy, kdy jsou tyto příznaky důvodem neklidu či jiných potenciálně nebezpečných poruch chování a kdy způsobují pacientovi utrpení a nebo ohrožují jeho okolí. U pacientů s demencí se snažíme co nejvíce využít nefarmakologických přístupů, pomocí kterých můžeme psychiatrickou symptomatologii do značné míry zvládat a kompenzovat.

25 Holmerová I.: Problematika pečujících rodin, možnosti pomoci a podpory. *Česká geriatrická revue*. 2/2003. s. 33–37.

PORUCHY EMOTIVITY

U pacientů s demencí bývá přítomna emoční oploštělost, dochází k postupnému úbytku vyšších citů (projevovat soucit). Dále se může vyskytovat emoční plachost nebo nepřiměřená euforická nálada. Na druhé straně může jít o „odbrzdění“ emotivity (emoční inkontinence), k nezvládnutým nepřiměřeným výbuchům vzteku. Někdy ale může dojít i ke krátkodobým projevům smutku a lítosti, někdy až tak, jako by svému okolí nemocny chtěl sdělit: „*Nemáte to se mnou lehké, ani já to nemám jednoduché...*“; někdy dokonce při takové „světlé chvílce“ tuto myšlenku verbalizují s tím, že jsou už úplně hloupí.

Při postižení prefrontálního kortexu se setkáváme s **moriatickou** (nadnesenou) **náladou**, která se projevuje situaci nepřiměřenou euforií, netaktností, planým vtipkováním (např. u Pickovy choroby).

Afektivní poruchy – jako patické nálady jsou součástí organických změn při demenci a také reakcí na změny, které s sebou nemoc nese (reaktivní složka). Zde se může jednat o depresi – kdy si člověk s demencí uvědomuje svou bezmoc, bezradnost, klešající soběstačnost a stoupající závislost (zejména u vaskulárních demencí). Deprese je také doprovodným symptomem počínající demence. Někdy bývá obtížné diagnosticky odlišit primární depresi od demence, klinický obraz je obdobný. Přítomna často bývá **úzkostná nálada**, většinou plyne z neschopnosti zvládat a řešit určité problémy, nové situace, které před vypuknutím choroby tento člověk běžně zvládal.²⁶

Porucha osobnosti

Rozvíjející se demence vede postupně k **poruše osobnosti**, která se projevuje degradací osobnosti až po její rozpad. Osobnost pacienta se v průběhu nemoci mění, dochází k celkovému oploštění, ztrátě zájmů a motivace. Často dochází ke zvýraznění některých negativních premorbidních osobnostních rysů (egocentrismus, sobectví, agrese, žárlivost, ale i klid, pokora, dobrá spolupráce, důvěra, trpělivost) jako důsledku více faktorů – především charakterových vlastností osobnosti nemocného a povahy vztahů s partnerem, s rodinou, způsobu zvládnání zátěže nemocného i pečovatele.

PORUCHY CHOVÁNÍ

řadíme mezi tzv. **sekundární projevy demence**. Častými projevy jsou hypoaktivita nebo naopak hyperaktivita, někdy až agitovanost, neklid, přecházení sem a tam, bradypsychismus (zpomalené duševní tempo). Hypoaktivita je mnohdy

26 Holmerová I.: *Sociální a demografické aspekty demencí*. In: Růžička E. et al.: *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. Praha: Galén, 2003, s. 145–156.

spojena s projevem otupělé euforie. Pacient tak např. celé hodiny hledí do jednoho místa a střídavě podřimuje. Při agitovanosti je naopak konfliktnější, neklidný, projevuje averzi vůči okolí na verbální i nonverbální úrovni. Toto pozorujeme často při propuknutí nemoci jako součást psychické reakce na změny, které s sebou onemocnění přináší. V mnohých případech počáteční neklid přechází do stavu apatie. Jedná se o častý jev.

Poruchy chování jsou vlastní příčinou náročnosti a problematičnosti péče o pacienty s demencí. Proto se budeme přístupem k nim zabývat v samostatném oddílu této publikace.

Anglický autor R. Jones²⁷ zkoumal poruchy chování u svých pacientů s demencí. Uvádí mimo jiné, že je těžké podat přesné závěry výsledků výzkumu, neboť jiné studie nenalézají úplnou shodu v udávaných datech. Jones uvádí nejčastější poruchy chování u pacientů s demencí v následující tabulce:

Průměrná převaha hodnot pro problémové chování

Chování	%
Slovní agrese / hrozby	54
Fyzická agrese / pohyb sem tam	42
Poruchy spánku	38
Neklid	38
Bloudění	30
Apatie / stažení se do sebe	27

Jones také uvádí, že každý pacient s demencí má problém s chováním a náladou. Ty označuje za nekognitivní nebo také neuropsychiatrické znaky a symptomy demence. Pro pečovatele jsou poté důležitější tyto nekognitivní znaky demence než samotná porucha paměti nebo úsudku, protože na něho klade větší břemeno péče a socioekonomické náklady.

Tyto nekognitivní symptomy demence jsou:

- hlavním důvodem institucionalizace nemocného
- jejich zvládnutí spočívá v adekvátním přístupu k nemocnému s demencí, může vyžadovat značné zásahy medicínské s použitím léčiv
- pečlivá identifikace poruchy chování je důležitá pro určení příčiny a nejlepšího způsobu léčby

- důležitý je přesný popis problému, jeho závažnosti a frekvence výskytu (např. bloudit může pacient, který si nepamatuje cestu k toaletě, dále pacient, který odešel z domu a netrefí zpět, či pacient, který chodí neustále sem a tam)
- je užitečné zaznamenávat, co vyvolává danou reakci, reakci samotnou a jeho chování obtěžuje
- zvládnutí a léčba problematického chování by měly být individuální a situace pravidelně monitorována
- pokud nejsou příznaky příliš obtěžující, je vhodné sledovat pacienta nejméně 1 měsíc, než se začne s využitím farmakologické léčby, což umožňuje spontánní řešení a použití přístupů s absencí²⁸

Zvládnutím některých závažných a pro demenci specifických poruch chování se bude zabývat jedna z dalších kapitol.

V postupujících fázích demence je běžné **nedodržování hygieny**, inkontinence stolice a moči, progresse v oblasti motorických funkcí, nemocný se stále hůř pohybuje až zůstane upoután na invalidní vozík nebo lůžko. Někdy se projevuje již v časných fázích demence **negativismus** vůči pečujícímu, blízkým rodinným příslušníkům, zdravotnímu personálu atd. Často je to jeden z obranných mechanismů pacienta, zejména když se okolí k němu staví a jedná s ním odlišným nebo nepřiměřeným způsobem.

Občas dochází u těchto nemocných k **asociálnímu chování**, a to i u nemocných s **premorbidně vysokou úrovní eticko-estetického citění**, kdy se takový člověk začne chovat sexuálně nezdrženlivě, obnažuje se, používá nevhodné slovní výrazy. Pokud není možné toto chování korigovat vhodným přístupem, je na místě vyhledat odbornou pomoc lékaře.

ZMĚNY SEXUÁLNÍHO CHOVÁNÍ

V průběhu Alzheimerovy nemoci a řady podobných onemocnění dochází také ke změně sexuálního chování nemocného člověka. Právě tyto poruchy, například nepřiměřené požadavky vůči pečujícímu partnerovi, mohou řadu takto postižených rodin velmi nepříjemně zaskočit. Pečující partner bývá touto situací překvapen a uveden do rozpaků, často do té míry, že se jí nechce zabývat, nechce se s ní nikomu svěřit. Mnohé z těchto příznaků lze významně ovlivnit, a to jak prostřednictvím farmakoterapie, tak jinými postupy. Po změnách a poruchách sexuálního chování pacientů trpících demencí je třeba aktivně pátrat a pomoci je řešit, neboť představují závažný faktor zhoršující kvalitu života zejména pečujících rodinných příslušníků.²⁹

28 Jones R.: *Drug Treatment in Dementia*. University of Bath. Bath, UK 2002.

29 www.ftd-picks.org

Sociální dopady demence

Sociální změny přicházejí také velmi záhy, nemocní se často straní společnosti více, než by to odpovídalo jejich zdravotnímu stavu, někteří si znepřátelují okolí svým chováním, někdy se podílí také obavy rodiny na její rychlé sociální izolaci.³⁰

Syndrom demence se zpravidla rozvíjí ve zralém věku. Onemocnění často přichází v době očekávání klidu a pohody po naplněném životě, v případě partnerské či manželské dvojice navíc ještě prožitým společně. Pacient postižený demencí se začíná měnit, chová se nepřiměřeně, nespolečensky, jeho chování připomíná řadu schválností a budí přinejmenším rozpaky, o okolí ztrácí zájem a navíc potřebuje pomoc a dohled. Srovnatelně závažné a taktéž invalidizující somatické onemocnění je zpravidla přijímáno jako smutná či tragická událost, a to jak rodinou, tak širším okolím. Demence nikoli, přestože progredující demence je minimálně stejně závažnou situací ve všech svých důsledcích. Proto je důležitou zásadou pro činnost všech odborníků, kteří se ve své praxi setkávají s pacienty postiženými demencí, aby se rodinným příslušníkům pacientů postižených demencí věnovali a poskytli jim maximální možné množství informací a pomoci. Ostatně právě podpora rodinných pečujících je přístupem, pro který hovoří i dostatek vědeckých důkazů. Zabývají se jí alzheimerovské společnosti, které sdružují zejména rodinné pečující. Proto je také důležité znát kontakt na příslušnou pobočku České alzheimerovské společnosti.³¹

30 Philp I. et al: *Family Care of Older People in Europe*. Amsterdam: IOS Press, 2001.

31 www.alzheimer.cz

Diagnóza demence a její význam

Diagnóza Alzheimerovy choroby

Diagnózu Alzheimerovy choroby stanovíme na základě klinického vyšetření, a to dle následujících kritérií:

- je přítomen syndrom demence (testy, eventuálně psychologické vyšetření prokazující poškození kognitivních funkcí)
- není přítomno jiné onemocnění, které by syndrom demence mohlo způsobit
- CT nebo NMR mozku neprokazují jiné onemocnění (nádor, hematom, důsledky cévního onemocnění mozku...) a zpravidla prokazují určitý úbytek mozkové tkáně (někdy ale mohou být i negativní, a to zejména pokud jsou popisována na pracovišti, které se touto problematikou speciálně nezabývá)

Pokud jsou výše uvedená kritéria splněna, jedná se velmi pravděpodobně o primární degenerativní proces, který k demenci vedl, ale nemusí se jednat čistě o Alzheimerovu chorobu, může to být jednotka, která je jí blízká (Pickova choroba, nemoc s Lewyho tělísky...). Mezi nimi odlišujeme na základě klinického obrazu a zkušeností.

Ještě je třeba podotknout, že diagnóza těchto onemocnění je (jak ostatně vyplývá z výše uvedeného) v podstatě pravděpodobnostní.

Co očekáváme od zobrazovacích metod:

- vyloučení jiné patologie
- potvrzení podezření na degenerativní proces, které by mohlo být například v přítomnosti atrofie určitých oblastí (hippocampu), syndrom demence však může být i u normálního nálezu (zejména na pracovištích viz výše) a naopak atrofie mozku může být přítomna i u lidí bez demence...

Velmi záleží na tom, v jak časné fázi onemocnění diagnostikujeme. Vezměme v úvahu, že obraz Alzheimerovy choroby (i jiné demence) je vlastně výsledkem plíživého procesu, který probíhá v mozku. Mezi možné etiopatogenetické procesy patří oxidativní stres a volné radikály, zánětlivé faktory, zhoršený metabolismus, zhoršené prokrvení atd.). To vše se děje asi mnoho měsíců, ale spíše mnoho let před tím, než se porucha kognitivních funkcí začne projevovat. V době, kdy se demence začne projevovat, do-

šel tento proces v mozku tak daleko, že mozek přestává toto poškození kompenzovat. Jak proces pokračuje, stav se dále zhoršuje, člověk se přestává orientovat, zůstane závislý na péči druhých a umírá v důsledku jiného onemocnění během několika málo let od počátku projevů. Zatímco v osmdesátých letech se hovořilo o pěti letech dožití, v současné době je to již 10 až 20 let od (včasného) stanovení diagnózy.³²

Důležitost včasné diagnózy

Včasná a správná diagnóza Alzheimerovy choroby je základním a nezbytným předpokladem pro zahájení včasné a účinné farmakologické terapie a zachování uspokojivého funkčního stavu. Bohužel je zatím obecně známou skutečností, že od prvních příznaků onemocnění uplyne mnoho měsíců, než se pacient rozhodne vyhledat lékařskou pomoc. Více než polovina pacientů vyhledává lékaře až ve fázi pokročilé demence. Často se pacienti i jejich rodiny setkávají s nezájmem nebo přímo nihilismem lékaře, který má pocit, že se pro pacienta nic nedá udělat. To je skutečnost, kterou je třeba zlepšit důslednou edukací a informováním laické i odborné veřejnosti. Lékaři by v každém případě měli být informováni nejen o možnostech moderní farmakoterapie, která významným způsobem může zpomalit progresi onemocnění a zlepšit stav pacientů, ale měli by být informováni také o možnostech nefarmakologické léčby, která má přinejmenším významný podpůrný efekt.

Lidé, kteří mají potíže s pamětí, by se měli obrátit na svého lékaře co nejdříve. Ze zkušeností České alzheimerovské společnosti víme, že u nás se diagnóza Alzheimerovy choroby stanovuje velmi velmi pozdě. Proč tomu tak je? První zpoždění nastává u pacienta samotného. Nechce si připustit, že by se něco mohlo dít právě s jeho myšlením. Obecně si neradí připouštíme jakékoli duševní poruchy, porucha paměti a myšlení je pro mnohé z nás tím nejcitlivějším problémem. Další zpoždění nastává v rodině a v pacientově nejbližším okolí. Rodina často pomáhá problém zastírat a maskovat, i když by měla učinit pravý opak, pomoci pacientovi problém pojmenovat a řešit jej, rodina by pacienta měla podpořit v řešení této jistě nelehké situace a nikoli se tvářit, že žádný problém neexistuje. Ani poté, co pacient vyhledá lékaře, což bývá v průměru za necelý rok od prvních příznaků onemocnění, nemusí být vše jasné. Také mnozí lékaři mají tendenci problém podceňovat, stav pacienta se jim nezdá být tak závažný, odbývají jej i jeho rodinu například větami: „V *tomhle věku je to normální. Já také zapomínám*“ a podobně, a v důsledku toho se stanovení správné diagnózy ještě dále odsune, v průměru o dalších šest měsíců. Pacient i jeho rodina tím ztrácejí další čas a oddaluje se možnost včasné a účinné

léčby, která by zpomalila průběh onemocnění v době, kdy je pacientův stav ještě velmi uspokojivý a člověk může vést kvalitní a relativně samostatný život.³³

Další záležitostí v přístupu k pacientům s počínající demencí je skutečnost, že mnozí pacienti při návštěvě lékaře zmobilizují všechny své síly, maximálně se dle svých možností soustředí, jsou často nesmírně motivováni. To je důvodem, že často u lékaře předvedou daleko lepší výkon, než jsou schopni v běžném životě. Doprovázející rodinný příslušník se potom velmi diví, jak je situace odlišná od běžného života. Proto by se moudrý klinik neměl spoléhat pouze na momentální výkon a dojem z pacienta. Jedinou možností, jak zjistit opravdový stav, je pečlivá anamnéza s pacientem i s rodinným příslušníkem.

Správná a včasná diagnóza je důležitá pro pacienta a jeho budoucí život i pro jeho rodinu. Pacient i jeho rodinný příslušník nebo jiná osoba, ke které má důvěru, by se měli dozvědět, že se jedná o onemocnění chronické a dlouhodobé, že se jedná o onemocnění, které bude probíhat pravděpodobně po mnoho let, a zatím nejsou k dispozici léky, které by je uměly vyléčit. Jsou však k dispozici léky, které mohou zpomalit průběh onemocnění a zejména ty, které mohou odstranit či zmírnit mnohé nepříjemné příznaky v počátečních fázích onemocnění (deprese, úzkost, poruchy spánku) či v pozdějším průběhu onemocnění (zejména neklid, poruchy chování a podobně).

Diagnostickými kritérii pro demenci dle **DSM – IV** (klasifikační, kategorizační systém používaný zejména v USA) – jsou:

- zhoršení paměti (neschopnost učit se novým poznatkům a vybavit poznatky naučené dříve)
- nejméně jedna z následujících kognitivních poruch:
 - ▶ afázie (ztráta symbolické funkce řeči, vztahující se k chápání a vyjadřování myšlenek, prostřednictvím slov)
 - ▶ apraxie (neschopnost provádět motorické aktivity navzdory neporušeným motorickým funkcím)
 - ▶ agnózie (neschopnost poznávat nebo identifikovat věci navzdory nepoškozeným sensorickým funkcím)
 - ▶ narušení výkonných, exekutivních funkcí (např. plánování, organizování, následnosti, abstrakce)

Demence je často doprovázena dalšími psychickými poruchami, jako jsou např. paranoidita včetně poruchy vnímání (halucinace, iluze), poruchy myšlení (bludy).³⁴

33 Bayer A., Reban J.: *Demencia – jako sa starať o ľudí postihnutých touto chorobou*. Bratislava: Národné centrum podpory zdravia. 1999.

34 DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed: American Psychiatric Association. Washington. 1994

Mírná kognitivní porucha

Hana Vaňková, Eva Jarolímová

Porucha kognitivních funkcí nemusí vždy znamenat Alzheimerovu chorobu nebo jinou demenci, může jít o mírnou kognitivní poruchu (synonymum Mild Cognitive Impairment, MCI). Tento termín se poměrně široce užívá pojem k popsání mírných, ale měřitelných poruch paměti či jiných kognitivních funkcí, například soustředění, rozhodování nebo orientace.

Člověk s mírnou kognitivní poruchou má tedy s pamětí o něco větší potíže, než odpovídá jeho věku, nenaplnuje však kritéria pro diagnózu demence. Tato mírná porucha – na rozdíl od demence – nijak zásadně nebrání v každodenních aktivitách a soběstačnosti. Podle současných studií je v populaci 65letých a starších lidí výskyt mírné kognitivní poruchy přibližně 20 procent, tedy jedna pětina. Pro srovnání, výskyt demence v populaci 65–69letých je menší než 2 procenta.

JAKÝ JE VZTAH MÍRNÉ KOGNITIVNÍ PORUCHY A DEMENCE?

Mírná kognitivní porucha (MCI) není demence. MCI je mnohem častější a lehčí porucha paměti. Je pravda, že u některých lidí s MCI se demence může časem vyvinout. Mírná kognitivní porucha má mnoho podtypů, podle současných studií je pravděpodobnost změny MCI v demenci nejvyšší u podtypu „amnestická MCI“, a sice kolem 10 až 15 procent ročně. U ostatní podtypů je toto riziko menší.

RIZIKOVÉ FAKTORY A PŘÍČINY

Známými rizikovými faktory kognitivní poruchy (a také demence) jsou: věk, onemocnění demencí u příbuzných, dědičné vlohly – typ genetické informace „apoE4“, v osobní anamnéze cévní mozkové příhody a úrazy hlavy (zejména s bezvědomím trvajícím déle než 15 minut). Z ovlivnitelných rizikových faktorů jsou známy: zvýšená hladina cholesterolu, vysoký krevní tlak, špatně kompenzovaný diabetes, požívání většího množství alkoholu, nižší úroveň vzdělání. V neposlední řadě je významným rizikem nedostatek mentální a fyzické aktivity.

Někdy však mohou být obtíže s pamětí a výsledky testů odpovídající mírné kognitivní poruše způsobeny jinými příčinami: například depresí, chronickým stresem či náročným životním obdobím.

Diagnóza: Mírnou kognitivní poruchu prokáže psychologické vyšetření. Pečlivé lékařské vyšetření může odhalit některé z výše uvedených a dalších onemocnění, které ji mohou způsobit.

Pokud je mírná kognitivní porucha způsobena některým z výše uvedených onemocnění, je třeba toto onemocnění léčit. Pokud není příčinou mírné kognitivní poruchy žádné somatické či psychické onemocnění, únava, stres a podobně, je vhodné přijmout opatření, která by mohla stav zlepšit a působit preventivně proti rozvoji demence.

- V současné době probíhá celosvětově intenzivní výzkum možností léčby mírné kognitivní poruchy a prevence její přeměny v demenci.
- Je prokázáno, že prospívá dostatek mentální a fyzické aktivity, zdravá životospráva. Účinné mentální aktivity jsou shrnuty v pojmu **kognitivní trénink**, kterému je věnována kapitola níže.
- Z léků a doplňků výživy je možné doporučit antioxidanta, zejména vitamin E a C, eventuálně standardizované preparáty Gingko Biloba, raději po konzultaci lékaře. Studie však neprokázaly významnější účinnost specificky pro zlepšení či prevenci poruch paměti.
- Dosud proběhlé studie neprokázaly u mírné kognitivní poruchy vhodnost nasazení inhibitorů acetylcholinesterázy, tedy léků vyvinutých pro léčbu demence. Tyto léky jsou však velmi účinné u demence už od počátečního stadia. Výzkum v tomto směru dále pokračuje.
- U lidí s mírnou kognitivní poruchou se často současně vyskytuje deprese. Pokud je deprese léčena, může se výrazně zlepšit i paměť (někdy bývá dokonce neléčená deprese jedinou a vyléčitelnou příčinou zhoršení paměti).
- Výsledky v testech paměti mohou být také zhoršeny chronickým stresem či v náročném životním období. V těchto případech bývá účinná pomoc psychologa.
- Důležité jsou **pravidelné kontroly** u lékaře či psychologa, obvykle po půl roce či v případě prudkého zhoršování paměti ihned. Je tak možné včas zachytit případné prudké zhoršování stavu a nasadit odpovídající léčbu.

Čím větší pozornost budeme věnovat mírné kognitivní poruše, tím větší máme šanci, že bude případné onemocnění způsobující demenci diagnostikováno včas.

Stadia demence na příkladu Alzheimerovy choroby

Pro potřeby péče a poskytovaných služeb je užitečné definovat stadia závažnosti demence. Syndrom demence probíhá do jisté míry podobně u většiny onemocnění, která jej způsobují, zejména to platí pro Alzheimerovu chorobu a vaskulární demenci. Také u jiných onemocnění lze definovat tři základní stadia demence, k odlišnostem dochází zejména ve stadiu počínající demence. V následující kapitole se pokusíme jednotlivá stadia popsat tak, jak probíhají u Alzheimerovy choroby a vaskulární demence, částečně také u jiných onemocnění způsobujících demenci. Na odlišnosti těchto onemocnění pak upozorníme ve zvláštní kapitole o jednotlivých příčinách demence.

STADIA DEMENCE

Průběh demencí lze schamaticky rozdělit na tři stadia:

1. Počínající a mírná demence, kdy dominují zejména poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí, je nutné nemocnému radit při různých činnostech, kontrola nad ním nemusí být trvalá.
2. Středně pokročilá demence, která se již projevuje poruchou soběstačnosti, a pacient vyžaduje častý či převážný dohled.
3. Pokročilá forma demence, kdy je pacient odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit.

PRVNÍ STADIUM, SYNDROM POČÍNAJÍCÍ A MÍRNÉ DEMENCE

První stadium syndromu demence lze charakterizovat tak, že pacient je soběstačný a dokáže žít relativně samostatně, ale potřebuje určité návody a pomůcky, upomínky a cedulky, občasné zatelefonování, aby se mu připomenula návštěva lékaře a podobně. V tomto stadiu je také pacient schopen velmi dobře vyjádřit, co si přeje či nepřeje.

Jaké mohou být první příznaky.³⁵

- horší vyjadřování, hledání slov
- obtíže v nových situacích

- obtíže s novými přístroji (v domácnosti i práci), počítačovými programy atd.
- zhoršení paměti (zejména krátkodobé)
- zhoršení orientace v čase i prostoru
- nemocný se může ztráct se i na dobře známých místech
- potíže s rozhodováním
- ztráta iniciativy a motivace
- depresivní nálada, apatie či naopak agresivní chování
- ztráta zájmu i o koníčky a oblíbené činnosti³⁶

Prvními příznaky jsou poruchy tzv. krátkodobé paměti. To znamená, že nemocný zapomíná často události, které se staly před krátkou chvílí. Například co chtěl jít nakoupit, co před chvílí řekl či udělal. Naopak zážitky dávno minulé se mu nyní vybavují docela snadno. Nemocný je dokonce schopen přednášet bez chyby dlouhé básně, jež se naučil v mládí. Nemocní si záhy všimají, že jim paměť neslouží tak, jak by měla, a reagují na to různě: úzkostně či se strachem, smutkem, ale také vztekle. Ve společnosti se necítí jistě, a tak se postupně redukuje jejich vztahy s příbuznými a známými. Záleží jen na průběhu nemoci, do jaké míry postihne ty oblasti mozku, ze kterých je řízena řeč. Pokud se tak stane, vzniká porucha řeči – postižený hledá obtížně slova a pojmy a nemůže se vyjádřit. Častá je také porucha orientace – nemocní se obtížně orientují v neznámém prostředí či při neočekávaných situacích.

V první fázi jsou přítomny poruchy paměti, které nemusí být výrazně nápadné a často také nemusí mít vliv na schopnost vést normální život. Často jsou pak první příznaky onemocnění dávány do souvislosti s věkem pacienta, a to nejen jím samým, ale také jeho blízkými, a dokonce, bohužel, i ošetřujícím lékařem. Přesto právě v této fázi onemocnění lze vhodně zvolenou léčbou zmírnit či pozastavit průběh onemocnění.

DRUHÉ STADIUM, SYNDROM ROZVINUTÉ DEMENCE

Druhé stadium onemocnění je charakterizováno potřebou prakticky nepřetržitého dohledu a dopomoci při sebeobslužných aktivitách. Toto období je obdobím nejdelším (trvá 2 až 10 let) a pro ošetřujícího je také obdobím nejnáročnějším. Pacient vyžaduje dohled a péči prakticky 24 hodin denně po 365 dní v roce. Pacient se již špatně orientuje v čase i prostoru, nedokáže si poradit s některými sebeobslužnými činnostmi a potřebuje pomoci či poradit. Ztrácí se a bloudí i ve známém prostředí. U některých se projevují další příznaky, které péči o pacienta velmi ztěžují: dochází k pomočování, později i k inkontinenci stolice, pacienti mohou

být neklidní, agresivní. Obecně platí, že není v silách jedince či jedné rodiny dlouhodobě bez pomoci a bez přestání péči o takto nemocného člověka zajistit. Velmi se osvědčuje například péče denních center, kterých je u nás zatím bohužel velmi málo. Pacienti sem přicházejí ráno, stráví tu celý den pod odborným dohledem a v činnostech, které podporují jejich soběstačnost a které se jim také samozřejmě líbí. Odpoledne či večer odcházejí zpět do rodinné péče, kde jsou i přes víkend. Je to jedna z forem odborné péče o pacienty v tomto stadiu demence, která slouží také jako péče úlevová (respitní). Dále se osvědčují krátkodobé pobyty v zařízení, které je schopno zajistit kvalitní péči o pacienty postižené demencí tak, aby si rodina mohla bez starostí na několik dní či týdnů odpočinout. Česká alzheimerská společnost má také velmi dobré zkušenosti s respitní péčí v domácnosti. Jedná se o převzetí péče o pacienta postiženého demencí v jeho domácnosti tak, aby si rodinný pečující mohl alespoň na několik hodin v týdnu odpočinout a zařídit potřebné věci, které při náročné péči o pacienta zajistit nemůže.

Dalším z projektů České alzheimerské společnosti, který je určen právě pro pacienty ve středně pokročilém stadiu demence je projekt „Bezpečný návrat“. Tito pacienti jsou ohroženi blouděním, stává se, že opustí místo svého pobytu a nedokáže již nalézt cestu zpět, často pak ujdou neuvěřitelně dalekou cestu, než si někdo všimne, že tu něco není v pořádku, že tahle příjemně vypadající stará paní má jenom bačkory a v ruce drží deku nebo že na dotaz odpovídá sice mile, ale myslí, že je v úplně jiném městě. Nalezení těchto pacientů bývá otázkou náhody, rozsáhlé pátrací akce a podobně. Některé takovéto případy končí i tragicky. Projekt „Bezpečný návrat“ nemůže samozřejmě vyhledávat pacienty, kteří se ztratí, ale může napomoci co nejrychleji vrátit domů ty, kteří jsou nalezeni například policií či kolemjdoucími. Pacienti od nás získají plastový náramek s kódem, podle něž jsou vyhledáni v databázi rodinní příslušníci či jiné osoby, kterým je možné zatelefonovat v případě, že se někdo se „ztraceným“ pacientem setká. Na náramku je uvedeno pouze: ***Prosím pomozte a volejte číslo 283 880 346.***

Pacient ve stadiu rozvinuté demence

- si nepamatuje zejména nedávné události a jména
- není schopen vést bez problémů samostatný život
- není schopen vařit, uklízet a nakupovat
- zhoršuje se jeho soběstačnost
- potřebuje pomoc s osobní hygienou, např. s WC, s mytím a oblékáním
- velmi špatně se vyjadřuje
- bloudí a chová se nepřiměřeně dané situaci
- ani doma neví, kde je
- může trpět halucinacemi³⁷

Vykonávání běžných denních činností i sebeobsluha (oblékání, hygiena) mu budou činit narůstající obtíže a postupně je nebude schopen sám zvládat. Někteří pacienti např. přestanou chodit nakupovat, nevycházejí příliš z domu, přestávají mít zájem o své koníčky a o další činnosti. Nemocní se jakoby stahují do sebe také proto, že mají strach z neúspěchu. V této fázi se mohou objevit také výrazné změny emotivity: jedná se zejména o deprese, ale také strach a naopak i agresivitu. Osobnost a temperament pacientů se v důsledku onemocnění také mění. Kromě krátkodobé paměti bývají v této fázi postiženy také další složky paměti a schopnost orientace. Nemocný má potíže orientovat se nejen venku, ale i ve vlastním bytě. Často také neví, kde žije, jaký je rok. Pojem času se někdy stírá natolik, že si pacient současnost plete s minulostí. Může se také stát, že nepozná nejbližší příbuzné nebo je mezi sebou zaměňuje. Není již schopen číst. V této fázi se také mohou vyskytnout bludy a halucinace: např. se mu bude zdát, že jsou s ním v místnosti ještě další osoby. To může pacienta často velmi zneklidnit, zejména v noci mohou pacienti neklidně a bezcílně bloudit po bytě. Právě v této fázi onemocnění mají význam nefarmakologické metody a aktivizace.

TŘETÍ STADIUM, SYNDROM POKROČILÉ DEMENCE

Třetí stadium. V tomto stadiu onemocnění potřebují pacienti zejména ošetrovatelskou péči, jejich schopnost komunikace je velmi omezená. Přesto však i oni jsou schopni vnímat laskavý přístup pečující rodiny či zdravotnických pracovníků. Na tomto principu jsou založeny moderní ošetrovatelské přístupy k pacientům postiženým demencí. Všechny bez výjimky zdůrazňují, že je velkou, bohužel však přetrvávající chybou mnoha zdravotnických pracovníků domnívat se, že pacient, který již nepoznává ani své rodinné příslušníky, vlastně nic nepotřebuje. Právě naopak. Právě tito lidé potřebují kvalitní a laskavou pomoc a péči, také oni jsou schopni rozpoznat vlídnost prostředí a tváří, které je obklopují. Také oni jsou schopni prožívat pocity spokojenosti a štěstí, které jsou možná trochu jiné než ty naše, jsou však stejně lidské a hodnotné.

Nemocný například:

- obtížně polyká
- nepoznává příbuzné, přátele ani dobře známé předměty
- není schopen porozumět nebo se vyjádřit
- bloudí, ani doma se neorientuje
- špatně chodí
- neudrží moč a/nebo stolici
- zůstane upoután na vozík nebo lůžko³⁸

Ve třetím stadiu již není pacient soběstačný a potřebuje péči a dohled po celých 24 hodin denně nebo podle možností a situace umístění v ošetrovatelském zařízení. V této fázi onemocnění pacient potřebuje zejména a především kvalitní ošetrovatelskou péči.

V průběhu Alzheimerovy choroby dochází v mozku ke zničení některých mozkových buněk a jejich spojení – synapsí. S tím je spojen úbytek mozkové tkáně jako takové, čímž hovoříme o mozkové atrofii. Dále se zjistilo, že u nemocných s Alzheimerovou chorobou se v mozku vytvářejí tzv. plaky, které obsahují amyloid – látku, která i nadále ničí mozkové buňky. Mezi další chorobné změny v mozku pacientů s Alzheimerovou chorobou patří dále také tzv. neurofibrilární klubíčka obsahující tau protein. Všechny tyto změny poškozují nejen neurony samotné, ale také jejich spojení (synapse), v důsledku čehož je znemožněna správná funkce mozku, což se navenek projevuje právě poškozením psychických funkcí, paměti, změnami chování a osobnosti pacienta.

V **terminálním stadiu** u demencí je postižena celá osobnost, nemocný se již nedokáže o sebe postarat, je v plné míře 24 hod. denně závislý na péči okolí, zpravidla upoután na lůžko a je inkontinentní, možnost verbální komunikace je omezená až vymizelá, mnestický a trpí ztrátou osobní identity.³⁹

Relevantní otázkou je také **smrt a umírání** v instituci. Pečující personál by neměl zapomínat, že má stále před sebou lidskou bytost, byť by se jednalo o pacienta v konečném stadiu demence. Ten již sice nedokáže skutečnost umírání zpracovat kognitivně, ale rozhodně ji zpracovává na úrovni pocitové, takže může stejně jako ostatní umírající prožívat úzkost, strach, smutek, ačkoli již nebývá schopen tyto své pocity předat okolí srozumitelným způsobem. Pro pacienta s demencí, jenž umírá, je tedy nutno – stejně jako v případech jiných umírajících – vytvořit klidné, bezpečné, empatické a důstojné prostředí.

39 Holmerová I., Jarolímová E., Nováková H.: *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfiizer, 2004.

Alzheimerova choroba

– nejčastější příčina demence

Demence vznikající v důsledku Alzheimerovy choroby je charakterizována zejména poruchou paměti, která v klinickém obrazu dominuje. Poté se zpravidla rozvíjejí poruchy ostatních kognitivních funkcí a další obvyklá symptomatologie demencí. Toto onemocnění začíná nenápadně. Lidé si často stěžují na poruchy soustředění, paměti, myšlení. Ne každý takový stesk ale musí nutně znamenat Alzheimerovu chorobu. V poslední době se nám stává, že se na naši poradnu obracejí zejména lidé s depresemi, kteří mohou mít také velmi obdobné příznaky. Již z toho vyplývá, že je třeba včas vyhledat lékaře, který se danou problematikou zabývá, neurologa, psychiatra, u pacientů vyššího věku pak geriatra. Ti by měli na základě podrobného rozebrání příznaků a problémů pacienta a vývoje tohoto onemocnění, klinického a laboratorního vyšetření a vyšetření mozku pomocí některé z moderních zobrazovacích metod stanovit, zda se jedná o Alzheimerovu chorobu, či nikoli.

Alzheimerova choroba je zpočátku plíživý a postupně progredující proces, při kterém dochází k poruše a zničení nervových buněk a spojení. S tím souvisí poškození funkce mozku. Zhoršuje se paměť, pozornost a schopnost soustředění. Řeč pacienta se zjednodušuje, mění se jeho nálada a chování. Onemocnění probíhá u každého trochu jinak, ale vždy prochází zhruba stejně určitými fázemi, které je vhodné rozlišovat. Alzheimerova choroba je jednou z nejrozšířenějších forem demence. V průmyslově vyspělých zemích je Alzheimerova choroba nejčastějším typem demence a s prodlužujícím se věkem a rostoucím podílem starších osob v populaci se její výskyt trvale zvyšuje.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) charakterizuje Alzheimerovu chorobu následovně:

Jde o deteriorace paměti a myšlení, které postupně narušují soběstačnost v aktivitách denního života. Paměť je narušena ve všech složkách a k její poruše patří nedílně i poruchy chování a myšlení.

Typický průběh onemocnění: nenápadný začátek, pozvolná progresse a zhoršování kognitivních funkcí, nepřítomnost klinických ani laboratorních známek jiného onemocnění, které by mohlo způsobovat demenci, nepřítomnost náhlých známek neurologického poškození mozku či mozkového poranění.⁴⁰

Alzheimerova choroba postihuje v České republice dle odhadů 100 tisíc lidí⁴¹, čímž se řadí mezi nejčastější onemocnění vyššího věku, avšak i lidé mladší mohou onemocnět Alzheimerovou chorobou. Tato choroba není stále ještě zcela vyléčitelná, ale byly již vyvinuty léky, které mohou její příznaky zmírnit či částečně zlepšit stav pacienta. Je důležité začít s léčením včas, potom je větší šance na úspěch. Abychom mohli začít s léčením, musíme samozřejmě znát nejprve diagnózu.

Rozvoj Alzheimerovy choroby je obvykle velmi pomalý a tzv. mírná kognitivní porucha, projevující se pouze určitými problémy s pamětí, může často trvat i několik let.

Alzheimerova choroba se vyskytuje ve dvou podobách:

Familiární (vrozená) forma Alzheimerovy choroby je vzácná. Postihuje zpravidla jedince mladší 65 let a podezření na ni máme v případě rodinného výskytu tohoto onemocnění. Jednotlivé formy familiární Alzheimerovy choroby se liší jednak genetickou změnou (mutace genu pro APP – amyloidový prekursorový protein, PS1 – presenilin 2, PS2 – presenilin 2) a jednak dobou obvyklého počátku onemocnění, u mutací APP genu je to 40–65 let, u mutací PS1 genu 35–55, u mutací PS2 genu 45–80 let.

Sporadická (občasná) forma Alzheimerovy choroby má na svědomí naprostou většinu všech případů. Je to typické onemocnění vyššího věku. Dědičné vlivy se uplatňují i při vzniku této formy Alzheimerovy choroby, avšak zdá se, že nikoli ve všech případech. Tato forma Alzheimerovy choroby postihuje člověka obvykle po padesátém roce věku, avšak její incidence výrazně narůstá s věkem.⁴²

Pravá a přesná příčina onemocnění není dosud zjištěna. Je známo, že v některých rodinách se Alzheimerova choroba objevuje častěji než v jiných, ale i v rodinách, kde se dosud nevyskytovala, může někdo onemocnět. Je známo, že větší riziko Alzheimerovy choroby mají pacienti po kraniocerebrálních poraněních, nejjevnější rizikovým faktorem ale stále zůstává lidský věk.

Alzheimerova choroba není vyléčitelná, progresi zpomalují inhibitory cholinesteráz (donepezil, rivastigmin, galanthamin) a memantin.

41 Holmerová I.: Problematika pečujících rodin, možnosti pomoci a podpory. *Česká geriatrická revue* 2/2003. s. 33–37.

42 Jiráček R., Koukolík F.: *Dementia*. Praha: Galén, 2004.

Vaskulární demence

Vaskulární demence představují celou skupinu onemocnění a vaskulární poruchy jsou po Alzheimerově chorobě druhou nejčastější příčinou demence a způsobují (dle různých pramenů) asi čtvrtinu případů demence, někteří autoři udávají, že dokonce daleko více, to platí zejména u demence v pokročilém věku. Vzhledem k tomu, že se jedná o celou skupinu onemocnění, nemají vaskulární demence zcela typický či uniformní klinický obraz, i když lze vytipovat některé společné rysy. Poměrně dlouho bývá zachován náhled a úsudek. Zhoršování kognitivních funkcí není zpravidla rovnoměrné, takže se může vyskytovat například zhoršení intelektových funkcí, poruchy paměti a ložiskové neurologické příznaky. Pravděpodobnost diagnózy zvyšují náhlý začátek nebo postupná deteriorace, která probíhá skokovitě, a dále již výše uvedená přítomnost další neurologické symptomatologie. Typicky jsou přítomná další kardio- nebo cerebrovaskulární onemocnění. Typická je také emoční labilita, záchvatovitý smích nebo pláč, depresivní ladění, přechodné epizody zastřené vědomí nebo delirium. Osobnost bývá relativně dlouho zachována, i když v některých případech to platit nemusí, může docházet jak k setření, tak ke zvýraznění povahových rysů nebo k výrazným změnám, typické je sobectví, vztahovačnost, labilita a podobně⁴³.

Zde uvádíme některé nejčastější demence vaskulárního původu:

- Kortikální vaskulární demence (multiinfarktová)
- Subkortikální demence, onemocnění malých cév, Binswangerova choroba
- Demence v důsledku mozkového infarktu
- Demence z hypoperfuze
- Demence v důsledku hemoragické mozkové příhody
- Hereditární formy vaskulární demence (například CADASIL)
- další typy vaskulární nebo kombinované demence

Charakteristika vaskulární demence:⁴⁴

- ♦ syndrom demence
- ♦ nestejný rozvoj kognitivní poruchy
- ♦ ložisková symptomatologie (přítomnost alespoň jednoho či více symptomů):
 - ▶ spastická hemiparéza
 - ▶ stranová asymetrie reflexů
 - ▶ na jedné straně patologický plantární reflex
 - ▶ pseudobulbární paréza

CADASIL

(Cerebrální autozomálně dominantní angiopatie se subkortikálními infarkty a leukoencefalopatií)

Tato vaskulární demence nepřichází u hypertoniků, nasedající záchvaty provázené aurou postupně vedou k rozvoji kognitivní poruchy a ložiskové neurologické symptomatologie odpovídající drobným mozkovým příhodám. Při zobrazení mozku jsou patrné lakunární infarkty a leukoencefalopatie.⁴⁵

BINSWANGEROVA CHOROBA

Tato forma vaskulární demence byla popsána již v roce 1894. Onemocnění se vyskytuje zpravidla u pacientů hypertoniků středního věku se známkami aterosklerózy. Charakterizuje ji porucha paměti a dalších kognitivních funkcí, emotivity, známky drobnějších mozkových příhod. Postupně dochází k zapomínání, dezorientaci, bradypsychii, apatii, emoční zploštělosti, depresivitě, někdy jsou sklony k agresivitě, ke zhoršenému vyjadřování, k potížím se čtením a psaním, emoční labilitě (někdy velmi výrazně), dezinhibici, poruše chování vůči ostatním⁴⁶.

44 Jiráček R., Koukolík F.: *Demence*. Praha: Galén, 2004.

45 *Rare forms of dementia: Description of the diseases*. Alzheimer Europe. www.alzheimer-europe.org. 16. 2. 2006.

46 Tamtéž.

Demence s Lewyho tělísky (DLT, DLB – Dementia with Lewy Bodies)

Tato forma demence sdílí některé společné známky jak Alzheimerovy choroby, tak Parkinsonovy choroby. Jedná se o jednu z nejčastějších příčin demence (15 až 20 procent případů demence). Onemocnění bylo popsáno F. H. Lewym v roce 1912. Patologickým podkladem jsou kulovitá intracelulární tělíska v neuronech (Lewyho tělíska). Tato tělíska se také nacházejí v mozku lidí postižených Parkinsonovou chorobou, která může být také provázena demencí, která se demencí s Lewyho tělísky velmi podobá. DLT má relativně rychlý začátek a zpočátku relativně rychle progreduje (ve srovnání s Alzheimerovou chorobou), posléze se stav může i na několik let stabilizovat, avšak klinický obraz kolísá, a to jak v průběhu dní, tak dokonce hodin. Výrazné jsou změny pohybu, hypertonicko-hypokinetický syndrom, zpomalení, svalová ztuhlost, třes, šouravá chůze, setřená mimika, slabý a relativně vyšší hlas. Lidé s DLT trpí často prostorovou orientací, ale jejich paměť může být dlouho relativně dobře zachována. Často se projevuje celková neuvle, slabost, svalová slabost končetin, což způsobuje náhlé a neočekávané pády. Lidé s DLT trpí často velmi naléhavými zrakovými halucinacemi, v noci těžkými a divokými sny a neklidným spánkem. Jsou velmi citliví na účinek neuroleptik, která mohou výrazně zhoršit celkový stav, zejména nebezpečná jsou klasická neuroleptika. Onemocnění trvá několik let a nastupuje ve věku 50–80 let a trvá cca 7 let. V posledních letech existuje i medikamentózní léčba, byl prokázán příznivý efekt rivastigminu, který onemocnění zpomalí.

Shrnutí:

- rychlý nástup a postupná stabilizace
- kolísání stavu v průběhu dne i častěji
- zrakové halucinace
- neklidný spánek, noční můry
- parkinsonský syndrom: ztuhlost, třes, pomalá chůze, setřená mimika
- nebezpečí pádů, kolapsů
- často nedostatečný náhled na onemocnění
- nebezpečí výrazného zhoršení stavu po neuroleptících⁴⁷

Demence u Parkinsonovy choroby

Pacienti s Parkinsonovou chorobou mají větší riziko rozvoje demence než ostatní lidé, přesto se však demence rozvíjí jen u menšiny pacientů (10 až 30 procent) s Parkinsonovou chorobou. Klinický obraz tohoto onemocnění se u jednotlivých lidí liší. Dochází k poruše paměti, myšlení a exekutivních funkcí (plánování, organizování, řešení problémů). Někteří lidé mohou být ulpívaví, někteří naopak impulzivní, může docházet k náhlým výbuchům vzteku či agresivity. Halucinace mohou být způsobeny jak onemocněním samotným, tak i v důsledku léčby anti-parkinsoniky. Řeč je zpomalená. Demence výrazně zhoršuje prognózu Parkinsonovy choroby (na cca 5 let).

Frontotemporální degenerace – frontotemporální demence

Jedná se o skupinu onemocnění, kterou charakterizuje postižení frontálních a temporálních laloků mozku (a přítomnost klubíček tau proteinu, Pickových tělísek atd.), tedy těch oblastí, které jsou zodpovědné za chování, emotivitu a řečové funkce. Často se případ podobného onemocnění vyskytuje v rodinné anamnéze pacientů. Patologické procesy, které k postižení těchto oblastí mozku vedou, jsou různé, vesměs je však pro ně typická tvorba tau proteinu. Tato skupina onemocnění zahrnuje sémantickou demenci, primární progresivní afazii, Pickovu chorobu a další podobná onemocnění, která mohou být doprovázena také poruchami motoriky ať již ve smyslu parkinsonismu, či amyotrofické laterální sklerózy. Výsledkem těchto patologických změn je rozvoj frontotemporální demence. Nejstarším a nejznámějším zástupcem skupiny těchto onemocnění je Pickova choroba (která zpravidla začíná ve věku 40–60 let). Ačkoliv byla popsána již koncem devatenáctého století profesorem Arnoldem Pickem (a to na pražské lékařské fakultě), bývá u postižených málokdy diagnostikována. Často bývá považována za Alzheimerovu chorobu, které se v mnohých rysech podobá. Pacienti s touto chorobou si totiž často stěžují na zapomínání anebo na deprese a náhlé změny nálad. Je ovšem také možné, že právě kognitivní funkce – tedy paměť a myšlení – zůstanou dlouhou dobu nepostíženy.

Vzhledem k tomu, že se jedná o relativně heterogenní skupinu onemocnění, je obraz jednotlivých případů také velmi rozmanitý, nicméně i zde se vyskytují společné charakterizující rysy.

V počátku onemocnění zpravidla nebývá porušena paměť. Onemocnění začíná spíše poruchami chování. Lidé postižení tímto onemocněním se chovají ve společnosti nevhodně, mají nevhodné poznámky, jsou hrubí, netrpěliví, chovají se nespolečensky, jsou odbrždění, časté jsou poruchy sexuálního chování, které se stává nepřiměřeným a nevhodným. Často bývá prvním příznakem sobecké jednání, které dříve nebylo u pacienta obvyklé. Mohou být agresivní, někteří jsou naopak ulpívaví. Většinou nemají na své onemocnění náhled. Často se přejídají, holdují i alkoholu, pokud je dostupný, jsou celkově nezdrženliví, nesmyslně utrácení.

Změny v chování u těchto onemocnění popsali lékaři v Lundu a Manchesteru následujícím způsobem: jde o ztrátu sebekontroly a společenské způsobilosti v relativně mladém věku, tedy jakousi „odbržděnost“, ztrátu schopnosti myslet operativně a flexibilně, řešit nové situace a přizpůsobovat své názory změněným podmínkám, názorovou rigidnost, nekontrolovatelnou upovídanost, stereotypní a nutkavé jednání, těkavost, roztržitost, nevybíravá a společensky nevhodné způsoby, impulzivnost. Emočně se nemocný nachází nejčastěji v jedné rovině následující triády – apatie, povznesená nálada, vypjatá emocionalita. Tyto rysy se u pacienta objevují zcela nově, nijak tedy neodpovídají charakteru člověka před vypuknutím nemoci. Taková změna často vyvolává u blízkých nemocného dojem, že jedná úmyslně, že „*to dělá naschvál*“.

V diagnóze FTD proto pomohou zvláštní testy pro toto onemocnění, například takzvané Frontotemporal Behavioural Scale (FBS). Tento test se skládá ze čtyř částí mapujících typické příznaky v chování i emoční oblasti:

- a) Ztráta sebekontroly (extrémní upovídanost, změny v jídelních zvyklostech, nezdravý vztah k alkoholu, ztráta schopnosti kontrolovat své chování i jednání, nedostatek společenského taktu, roztěkanost, popudlivost, nepřiměřené emocionální reakce, roztržitost).
- b) Zanedbávání péče o sebe (zanedbávání osobní hygieny, nedbalost v oblékání, ztráta vkusu).
- c) Sebestředné chování (přehlížení ostatních, neschopnost naslouchat, nedostatek empatie, soustředěnost pouze na své potřeby).
- d) Emoční poruchy (smutek nebo naopak extrémní rozjařenost, nepředvídatelné změny emocionality, někdy až agresivita).

V pozdějších fázích těchto onemocnění začíná převažovat obraz demence, nicméně i v této fázi jsou přítomny výrazné poruchy chování, nezdrženlivost, netrpělivost, agresivita. Onemocnění postupně progredují do stadia nesoběstačnosti a do terminálního stadia onemocnění, tento vývoj trvá (dle jednotlivých typů onemocnění) několik let.

Péče o pacienty s frontotemporální demencí patří mezi nejnáročnější.

Farmakologická léčba onemocnění neexistuje, léky, které pozitivně ovlivňují průběh Alzheimerovy choroby (kognitiva), zde mohou mít i opačný efekt. Farmakologicky lze ovlivnit jen některé symptomy a poruchy chování.

Shrnutí:

- ♦ velmi heterogenní skupina onemocnění
- ♦ dominující poruchy chování
- ♦ po poruchách chování teprve následuje rozvoj demence
- ♦ nevhodné chování, nezdrženlivost, hrubost
- ♦ není farmakologická léčba, která by onemocnění zpomalila
- ♦ farmakologicky lze ovlivnit pouze některé nežádoucí příznaky
- ♦ tito pacienti patří mezi nejnáročnější a nejproblematictější
- ♦ nejčastěji je zapotřebí ústavní řešení, protože rodina péči nezvládne⁴⁸

Normotenzní hydrocefalus

Normotenzní hydrocefalus je chorobným stavem, který způsobuje (dle různých pramenů) jedno až několik procent všech případů demence. Tato klinická jednotka byla popsána již v roce 1965 (Hakim a Adams).

Na rozdíl od většiny jiných příčin demence se jedná o stav, který lze léčit. Podmínkou úspěchu léčby však je, aby se pacientovi dostalo včasného a správného vyšetření dříve, než dojde k nevratnému úbytku mozkové tkáně. I tady platí (jako ostatně u většiny jiných typů demence), že pokud na tuto možnost nepomyslíme a nestanovíme včasnou diagnózu, nemůžeme pacientovi pomoci. Jde o rozšíření mozkových komor na úkor mozkové tkáně. Hydrocefalus se vyvíjí v důsledku poruchy vstřebávání mozkomíšního moku, mozkové komory se tak zvětšují právě na úkor mozkové tkáně, která je zejména ve vyšším věku poddajnější a snáze tomuto tlaku ustoupí.

V důsledku výše popsaných změn v mozku se postupně rozvíjí trojice příznaků:

- poruchy chůze
- zhoršení kognitivních funkcí (myšlení, paměť, pozornost...) až demence
- časté močení (dráždivý měchýř) až inkontinence moči

Poruchy chůze patří mezi první a nejčastější příznaky normotenzního hydrocefalu. Do jisté míry mohou připomínat poruchu chůze například při Parkinsonově nemoci (drobné krůčky). U normotenzního hydrocefalu však nejsou přítomny jiné příznaky tohoto onemocnění (ztuhlost a třes). Pacient nám spíše připomíná někoho, kdo „zapomněl“ chodit, tím, že je jeho chůze váhavá a méně plynulá, „nešikovná“ a obdobný je i pacientův postoj. Není možné v krátkosti a bez použití lékařské terminologie chůzi při normotenzním hydrocefalu popsat. Výše uvedené změny by však v každém případě měly vzbudit pozornost pacienta samotného, jeho rodiny a ošetřujícího lékaře a nasměrovat pacienta k odbornému neurologickému vyšetření a CT mozku (počítačové tomografii), která v případě normotenzního hydrocefalu často prokáže zvětšení mozkových komor.

V typických případech syndrom normotenzního hydrocefalu začíná výše uvedenou poruchou chůze a záhy poté (nebo souběžně) se rozvíjí syndrom demence, který také zpočátku začíná velmi nenápadnými příznaky: ztrátou zájmu o dosavadní činnosti, zhoršujícími se organizačními schopnostmi, úbytkem paměti.

Pacient má potíže s vyjadřováním. Do úplného obrazu této klinické triády (trojice příznaků) patří tzv. dráždivý močový měchýř – časté až velmi časté močení a v závažných stavech až inkontinence (neudržení) moči.

Jak jsme již výše uvedli, tato klinická jednotka nepatří mezi nejčastější příčiny demence (1 až 10 procent případů). Přesto však kvalifikované odhady hovoří cca o jednom až deseti tisících pacientů, kteří u nás tímto syndromem trpí. Jejich osud je často velmi smutný, protože v naprosté většině případů na tuto možnost nemyslíme, a pacienti tak velmi rychle dospějí do stavu rozvinuté demence a naprosté ztráty soběstačnosti. Pokud se však podaří včas a správně normotenzní hydrocefalus rozpoznat a léčit, dojde ke zlepšení až k úplné úpravě stavu. Léčbu těchto stavů představuje relativně jednoduchý neurochirurgický výkon, zavedení tzv. shuntu – umělé cesty pro vstřebání mozkomíšního moku.

Tento „happy-end“ však mívá ročně pouze několik málo případů, protože se většině pacientů bohužel správného ošetření nedostane. Paradoxně tomu není v důsledku nedostatečných kapacit našich neurochirurgických oddělení. Naopak je to tím, že na možnost léčitelných příčin demence u nás myslíme ještě daleko méně než například na Alzheimerovu nemoc.

Shrnutí:

- Charakteristická triáda: poruchy chůze – kognitivní porucha – inkontinence
- při včasné diagnóze a odeslání na neurochirurgii je možné vyléčení⁴⁹

Vzácné příčiny demence

PROGRESIVNÍ SUPRANUKLEÁRNÍ OBRNA (SYNDROM STEEL-RICHARDSON-OLSZEVSKY)

Tuto nemoc charakterizuje ztráta koordinace pohybu, chůze o široké bázi, ztuhlost hlavy a trupu, poruchy pohybů očí, zpomalení motoriky, pády, postupně se rozvíjející demence. Onemocnění přichází zpravidla ve věku 50 let a více, progreduje 5 až 10 let. Onemocnění často začíná nevyzpytatelnými pády, obvykle dozadu. Dalším charakteristickým znakem je neschopnost pohybu očí vzhůru a dolů. Některé motorické příznaky mohou připomínat Parkinsonovu chorobu. Pacient má na své onemocnění zpravidla náhled, porucha kognitivních funkcí nastupuje pomalu, postiženy jsou zejména exekutivní funkce, schopnost koncentrace, řeč.⁵⁰

KORTIKOBAZÁLNÍ DEGENERACE

Také toto onemocnění začíná zpravidla ve věku nad 60 let a progreduje 5 až 10 let. Vyskytuje se při něm atypický parkinsonský syndrom, občasně náhlé a nekontrolovatelné pohyby, dystonie, poruchy řeči, poruchy polykání, postupně dochází k rozvoji demence.⁵¹

AMYOTROFICKÁ LATERÁLNÍ SKLERÓZA

Toto onemocnění vede k postupné ztrátě motoriky v důsledku degenerace míšních motoneuronů. V průběhu onemocnění se může rozvinout obraz demence, dominuje však porucha motoriky.

ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA (RS)

Také při této primárně motorické poruše může dojít k rozvoji syndromu demence. Rozvoj demence je u RS zvláště závažnou skutečností, protože významně ovlivní soběstačnost a kvalitu života pacienta.

50 *Rare forms of dementia: Description of the diseases.* Alzheimer Europe. www.alzheimer-europe.org

51 Tamtéž.

ATAXIE

Jedná se o skupinu onemocnění, kterou charakterizují nekoordinované pohyby. Patří sem Friedrichova ataxie, která je nejčastější dědičnou formou ataxie.⁵²

HUNTINGTONOVA CHOROBA (HUNTINGTONOVA CHOREA)

Toto onemocnění bylo popsáno již v roce 1872. Jedná se o autozomálně dominantně dědičné onemocnění, které je charakterizováno klinickou triádou: chorea, psychiatrická symptomatologie a poruchy chování, demence. Choreou rozumíme nekoordinované kroutivé pohyby. U některých forem (juvenilní forma) může být tato porucha motoriky kombinována s některými příznaky parkinsonismu. U většiny pacientů je výrazná psychiatrická symptomatologie, dysforie, předrážděnost, neklid nebo naopak úzkost a apatie. Demence při Huntingtonově chorobě má charakter subkortikální demence. Onemocnění trvá 10 až 20, ale i více let.⁵³

DEMENCE PŘI DOWNOVĚ SYNDROMU

U lidí s Downovým syndromem dojde zpravidla ve vyšším věku (50 procent z nich dosáhne věku 60 let) k rozvoji syndromu demence, a to u třetiny lidí padesátiletých a dvou třetin šedesátiletých. Tento syndrom je obtížně diagnostikovatelný vzhledem k již existujícímu intelektuálnímu deficitu. Často se projevuje zhoršením celkového stavu, depresivitou, zhoršením komunikace, apatií, zhoršením soběstačnosti.

DEMENCE PŘI PRIONOVÝCH ONEMOCNĚNÍCH

Jedná se o nemoci způsobené přenosem bílkovinných částic, prionů, a vrozenou či získanou dispozicí k jejich účinnosti. Nejznámějším prionovým onemocněním je Creutzfeldt-Jakobova nemoc (CJN), která se vyskytuje obvykle v tzv. sporadické či familiární formě nebo ve formě iatrogenní (přenos prionu v rámci lékařského zákroku). Velmi vzácná, ale mediálně známá je tzv. nová varianta CJN, která je dávana v souvislost s epidemií bovinní spongiformní encefalopatie, kterou nejčastěji onemocní lidé mezi 20 až 30 lety.

Jedná se o rychle progredující onemocnění, 70 procent pacientů umírá během 6 měsíců od nástupu prvních příznaků. Vzácně může trvat sporadická forma onemocnění až několik let. Onemocnění začíná nenápadně změnami nálady, de-

52 *Rare forms of dementia: Description of the diseases.* Alzheimer Europe. www.alzheimer-europe.org

53 www.nordemens.no

presivitou, únavou, poruchami paměti, ztrátou zájmu, postupně se objevuje svalová slabost, poruchy koordinace, záškuby, poruchy řeči a polykání, stav relativně rychle progreduje do stadia závislosti na ošetrovatelské péči.

DEMENCE PŘI AIDS (AIDS DEMENTIA KOMPLEX – ADC)

Jedná se o jeden z důsledků infekce HIV, tuto infekci lze laboratorně prokázat. Klinický obraz demence při AIDS je velmi rozličný, záleží na progresi základního onemocnění, způsobu terapie a na mnoha dalších faktorech. Zpravidla se vyskytují poruchy paměti a koncentrace, vyjadřování, úzkost, depresivita, poruchy spánku, poruchy koordinace, rovnováhy, náhlé mimovolní pohyby. Může být přítomna také psychiatrická symptomatologie, bludy, halucinace.

DEMENCE PŘI PŘÍJICI (NEUROSYFILIS, LUES, PROGRESIVNÍ PARALÝZA)

K demenci při onemocnění příjici dochází v situaci, že onemocnění progredovalo až do terciárního stadia. K potvrzení diagnózy slouží laboratorní diagnostika. Příjici říkali staří klinikové simia morborum – opice nemocí. To platí i pro neurosyfilis. Meningovaskulární syfilitické onemocnění (vzniká za 4 až 7 let po infekci) může imitovat cévní mozkové onemocnění, vaskulární demenci nebo náhlou mozkovou příhodu. Progresivní paralýza je nejvýznamnější a nejznámější neurologickou komplikací příjice. Vzniká za 10 až 15 let po infekci. Klinický obraz tvoří progredující demence, psychotické příznaky, poruchy osobnosti, dysforická nebo rozjařená nálada a nápadné poruchy chování a jednání, v literatuře popisovaná megalomanie je spíše výjimkou. Demence progreduje do terminálního stadia v průběhu asi 5 let. Tabes dorsalis je třetím syndromem, který se může u neurosyfilis vyskytnout, jedná se o postižení zadních míšních provazců doprovázené typickou chůzí (dobře znázorněnou Petrem Čepkem ve filmu *Petrolejové lampy*), poruchou evakuace močového měchýře a poruchou senzitivity. Demence či psychotické příznaky součástí tohoto syndromu nebývají.

THESAURISMOSY

Jedná se o onemocnění charakterizovaná patologickým ukládáním látek (zejména tuku) v mozkové tkáni, proto se hovoří také o mozkových lipidozách. Patří sem Tay-Sachsova, Gaucherova, Niemann-Pickova, Sandhoffova, Krabbeho nemoc a další.

PSEUDODEMENCE PŘI SOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍCH

Obraz demence může vzniknout také v důsledku poruchy renálních a jaterních funkcí a při snížení funkce štítné žlázy (hypothyreóza), při chronických hypovitaminózách, zejména thiaminu a niacinu (skupina B), kyseliny listové a vitamínu B₁₂. Může vzniknout následkem mozkových traumat a intoxikace.

PSEUDODEMENCE U DEPRESE

Demence a deprese jsou dvě odlišná onemocnění, depresi můžeme definovat jako poruchu emotivity, demenci jako poruchu kognitivních funkcí. Přesto se projevy deprese a demence mohou kombinovat, překrývat i napodobovat. Nejtypičtějším příkladem je depresivní pseudodemence. Jedná se o důsledek deprese, která způsobí zpomalení psychomotorického tempa, apaticko-abulický syndrom, zhoršení kognitivních funkcí. Klinicky mohou vzniknout pochybnosti, o jaké onemocnění se jedná. Pro demenci hovoří spíše postupný a pomalý rozvoj, pro depresi náhlý či opakující se vznik tohoto stavu. V diferenciální diagnóze používáme terapeutický test s antidepresivy (diagnosis ex juvantibus – dle toho, co pomůže), pokud dojde k výraznému zlepšení stavu po dostatečně účinné a dlouhé terapii antidepresivy, lze uvažovat spíše o depresi.

WERNICKE-KORSAKOFFŮV SYNDROM

Tato porucha vzniká zpravidla náhle v důsledku deficitu vitamínu B₁ (thiamin) zpravidla u chronických alkoholiků, mentální anorexie a jiných stavů malnutrice. Je charakterizována náhlou poruchou zraku, chůze, rovnováhy, celkovou dezorientací, tendencí ke konfabulacím až fantastického obsahu.⁵⁴

Některé důležité zásady v přístupu k pacientům s demencí

Důstojnost, sdělení a přijetí diagnózy

Lidská důstojnost je nedotknutelná. Musí být respektována a chráněna.

Článek 1, Listina základních práv Evropské unie.⁵⁵

Důstojnost se objevuje jako povinnost a jako právo v Etickém kodexu České lékařské komory⁵⁶, který stanovuje, že „lékař u smrtelně nemocných a umírajících účinně tláší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení nevtíravou lidskou ochotou chápat a sdílet jejich pocity až do konce“. Etická pravidla zdravotní péče pro sestry stanovují⁵⁷, že „se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva“. Článek 1 Všeobecné deklarace lidských práv⁵⁸ hovoří následovně: „Všechny lidské bytosti jsou narozeny svobodné a sobě rovné v důstojnosti a právech. Jsou obdařeny rozumem a měly by činit cokoliv jeden druhému v duchu bratrství.“ Článek 3 uvádí „... nikdo by neměl být subjektem mučení nebo nehumánního či degradujícího zacházení či trestání“.

„Alzheimer Europe a její členské organizace se zasazují o prosazování autonomie lidí s demencí a možnosti, aby v co největší míře rozhodovali o svém životě. Včasné sdělení diagnózy onemocnění vedoucího k demenci má zásadní význam proto, aby se člověk postižený demencí mohl rozhodnout o důležitých věcech svého života nebo aby se na těchto rozhodnutích mohl alespoň zásadním způsobem podílet.“ Alzheimer Europe, Pařížská deklarace, 2006, článek 13⁵⁹

55 Charter of Fundamental Rights, European Union, Nice 2000 accessed www.europa.eu.int, 15. 1. 2007.

56 Etický kodex České lékařské komory, Stavovský předpis č. 10 ČLK. www.lkcr.cz 12. 2. 2007

57 Haškovcová H.: Lékařská etika, třetí rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002.

58 Universal Declaration of Human Rights, General Assembly resolution 217 A (III) 10 December 1948. United Nations. New York, www.un.org/Overview/rights, 10. 9. 2006.

59 Pařížská deklarace, Alzheimer Europe, překlad Holmerová I.

SEZNÁMENÍ S DIAGNÓZOU

Každý nemocný člověk by měl být informován o své diagnóze. Diagnóza onemocnění způsobujícího demenci nepředstavuje v tomto případě výjimku, naopak. Lidé s poruchou kognitivních funkcí svému stavu obvykle nerozumí, což je v subjektivní i objektivní rovině dáno právě povahou onemocnění, poruchou kognitivních funkcí. Šetrné seznámení pacienta s diagnózou onemocnění způsobujícího demenci tak může přinést paradoxně určitou úlevu, může vést ke zlepšení vztahů, které až dosud porucha způsobila, a také k posílení důvěry jak v rámci rodiny a blízkých, tak také se zdravotníky, lékaři. Je daleko lepší, pokud se pacient o své diagnóze dozví od lékaře a nezjistí ji například z příbalového letáku léku, který mu lékař předepsal. Podmínkou, aby lékař mohl pacientovi diagnózu sdělit a úplně ho informovat, je, aby mu pacient dostatečně rozuměl. V tom také tkví důležitost včasné diagnózy onemocnění způsobujícího demenci.

Sdělení této diagnózy je závažnou událostí. Proto je zapotřebí, aby si lékař na tuto událost vyhradil dostatek času a pacientovi také poskytl potřebnou oporu, aby mu nabídl další pomoc. Pacient, pokud je toho schopen, by měl také rozhodnout o tom, kdo další bude o této situaci informován. Sdělení diagnózy však nemůžeme pacientům vnucovat, jsou i takoví lidé, kteří pravou skutečnost buď nechtějí poznat, nebo toho již nejsou s progresí onemocnění schopni. Tato situace má často různé neblahé důsledky, minimálně tu skutečnost, že pacient nebude schopen rozhodnout o některých důležitých aspektech svého života. Proto evropská asociace alzheimerovských společností Alzheimer Europe zdůrazňuje důležitost včasné diagnózy onemocnění vedoucích k demenci, a to v dostatečně časně fázi, což napomůže zejména:

- zachování autonomie pacienta
- porozumět změnám, ke kterým s nemocí dochází
- připravit se i duchovně na nastávající situaci
- užít si ještě života, který jim zbývá
- uskutečnit to, co si vždy přáli uskutečnit (cestu, setkání, dokončení díla...)
- seznámit se s nemocí, moci o ní diskutovat s odborníky
- informovat o ní ty, kteří by měli být informováni nebo které si pacient přeje informovat
- předem si zajistit potřebnou podporu, pomoc, příspěvky atd.
- vyrovnat se s nemocí
- porozumět potřebnosti určitých bezpečnostních opatření (zejména s ohledem na řízení vozidel, používání určitých přístrojů, zastávání zodpovědných pozic v zaměstnání a podobně)
- zařídit potřebné finanční, obchodní a právní záležitosti
- rozhodnout o budoucí zdravotní, sociální a další péči a službách, které si budou či nebudou přát⁶⁰

PŘIJETÍ DIAGNÓZY

Sdělení diagnózy je významné nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu. Často je to právě rodina a blízcí přátelé, kteří si povšimnou jako první, že se s pacientem děje něco závažného. Lidé s demencí si někdy problém neuvědomují nebo nepřipouštějí, maskují jej. Bezprostředně po sdělení diagnózy prodělávají pacienti i jejich rodiny určitou krizi. V této situaci potřebují kromě informací také oporu a nabídku pomoci jak ze strany profesionálních pracovníků, tak i z širšího okolí, od známých. Vyrovnání se s diagnózou závažného onemocnění způsobujícího demenci může probíhat typicky v cyklu obdobném jako u jiných závažných onemocnění.

Podle Elizabeth Kübler-Rossovové jsou jednotlivé fáze označovány takto:

1. šok
2. popření a izolace
3. zloba a hněv
4. deprese (zoufání)
5. smlouvání
6. přijetí pravdy⁶¹

Tento proces ale může být modifikován povahou základního onemocnění způsobujícího demenci a může jej provázet ještě mnoho dalších symptomů.

Co bychom měli poradit pacientovi:

- aby dal klidně průchod svým emocím, je to přirozené
- může si dovolit truchlit, jedná se o závažnou a zásadní skutečnost
- mohl/a by vyhledat jiné lidi, kteří se ocitli v podobné situaci
- dobré je poradit se s psychologem a najít společně strategii, jak se se situací vyrovnat

Co bychom měli poradit rodinným pečujícím:

- aby se snažili vžít do situace člověka, který se již nemusí umět dobře vyjádřit
- aby se snažili pochopit jeho pocity
- aby pacienta ujistili, že jej podporují a budou podporovat a pomáhat mu vždy, kdy to bude potřebovat
- aby věnovali pozornost emocím pacienta, které může vyjadřovat i nonverbálně
- aby pomáhali pacientovi ventilovat a vyjádřit své emoce, napomoci mu je formulovat („vypadáš smutně“, „asi máš starosti“, „asi tě něco trápí“)
- dopřát pacientovi čas, aby mohl reagovat na tento komentář a vše si mohl rozmyslet
- jestliže nemocný tuto domněnku potvrzuje, je zapotřebí mu nabídnout oporu, přijmout tento pocit
- nevymlouvat nemocnému, neříkat, že nemá být proč smutný. Může si myslet, že vůbec nic nechápete nebo nechcete chápat.

Součástí pochopení celé situace a povahy této diagnózy je to, že se stav pacienta bude měnit. Může reagovat jinak, než to bylo jeho zvykem. To může být velmi obtížné pro okolí. Blízcí považují pacientovo chování často za účelové, za „nashválnosti“, škodolibosti, špatnou vůli a podobně. Proto je potřeba, aby tomuto chování porozuměli, měli bychom jim vysvětlit:

- že tyto změny přináší onemocnění
- že se jedná o příznaky, které jsou poměrně časté a typické
- že se i jiní lidé, kteří touto nemocí trpí, chovají velmi podobně
- lidi s demencí je třeba přijmout, a to se všemi změnami, které toto onemocnění přináší
- pod těmito změnami je třeba hledat původní osobnost člověka, která bývá dlouho zachována

Je zapotřebí, abychom uměli poradit jak pacientovi, tak jeho rodinným příslušníkům, jakou by měli zvolit strategii a postup, který jim pomůže se s onemocněním co nejlépe vyrovnat. Často se na nás obracují jak pacienti, tak rodinní příslušníci s žádostí o radu, zde je několik doporučení, která je možné využít při konzultacích.

Lidé s demencí by měli:

- ☞ Nadále se zajímat o to, co je vždy bavilo.
- ☞ Zkusit najít nové zájmy a pěstovat je nebo se vrátit ke starým zálibám.
- ☞ Zachovat si smysl pro humor.
- ☞ Nestranit se společnosti, ale naopak ji vyhledávat.
- ☞ Najít společnost někoho, kdo je v obdobné situaci, svépomocnou skupinu, pokud je dostupná.
- ☞ Naučit se přijímat pomoc a podporu.
- ☞ Užívat si život, pokud to jen jde.
- ☞ Připravit se na to, že se situace bude měnit, nenechat se tím zaskočit.
- ☞ Stanovit si cíle, které jsou dosažitelné.
- ☞ Vyhnout se činnostem, které by mohly být nebezpečné, pokud si není jist, je třeba se poradit.
- ☞ Snažit se procvičovat ty schopnosti a dovednosti které jsou dosud zachovány.
- ☞ Nezoufat nad tím, že se něco nedaří, jiné dovednosti to mohou nahradit.
- ☞ Rozdělit si činnost na jednotlivé dílčí úkony, které se lépe zvládnou.
- ☞ Na každou činnost mít dostatek času, nespěchat, nestresovat se, co se nepodaří teď, může se podařit příště.
- ☞ Zavést pravidelný režim a rutinu do běžných činností.
- ☞ Součástí tohoto programu musí být také dostatečný odpočinek.
- ☞ Používat různé návody a připomínky: kalendáře, nalepovací štítky, poznámky, obrázky, nákresy, požádat rodinu, aby s nimi pomohla.

Doporučení pro rodinu:

- ☞ Snažit se co nejvíce přizpůsobit měnícím se potřebám člověka s demencí.
- ☞ Mít na paměti, že je to nemoc, která způsobuje problémy, nikoli pacient.
- ☞ Nepropadat panice, nenechat se odradit jedním neúspěchem, stav pacienta může být proměnlivý a příště to může být lepší.
- ☞ Co nejvíce podporovat soběstačnost.
- ☞ Co nejvíce podporovat různé aktivity a zájmy.
- ☞ Nabízet různé společné činnosti.
- ☞ Drobné práce vykonávat s pacientem, upoutají jeho pozornost a budou užitečné, i když nám příliš nepomůžou.
- ☞ Pomoci tam, kde je potřeba, ale nikoli více než je třeba.
- ☞ Snažit se vše dobře a důkladně vysvětlit, prodiskutovat společně s pacientem.
- ☞ Pokud se podaří znát jeho názor, ušetří se tím mnoho nedorozumění a problémů.
- ☞ Nenechat se vyvést z míry.
- ☞ Vždy se snažit situaci porozumět, zjistit možné příčiny změněného chování nebo nepředpokládané reakce.
- ☞ Snažit se získat co nejvíce informací o daném problému, poradit se s odborníky nebo s lidmi, kteří obdobnou situaci prožili nebo prožívají.
- ☞ Vytvořit si strategii postupu a péče.
- ☞ Tato strategie by měla obsahovat také postup, jak reagovat v určitých situacích.
- ☞ Dobré je učinit si poznámky o důležitých věcech, které souvisejí s péčí.
- ☞ Lépe je problémům předcházet než je řešit.
- ☞ Cíleně se snažit zjistit, které činnosti člověk s demencí umí vykonat, které jsou pro něj bezpečné, kterých je třeba se naopak vyvarovat.
- ☞ Snažit se žít pokud možno normálně.⁶²

ŽIVOT S ALZHEIMEROVOU CHOROBU - RADY A ZKUŠENOSTI

Leslie Dennis, PhD, bývalý pracovník Loyola University, Chicago, Illinois, u něž byla diagnostikována Alzheimerova choroba v lednu 2000, vypráví o svých zkušenostech.⁶³

62 Holmerová I., Jarolímová E., Nováková H.: *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfiizer, 2004.

63 www.alzheimer.cz

Požádali jste mne, abych napsal o Alzheimerově chorobě z pohledu člověka, který jí trpí. Není to příliš velká legrace. Mnoho z nás, kteří jsme se tu diagnózu dozvěděli, se nejdříve nesmírně vyděsí. Tomu se nelze divit. Co bude s mým životem? Co se stane s mojí rodinou? Jak budu moci pokračovat v práci? Tyto a mnoho dalších otázek vás napadá, když o tom všem přemýšlíte. Najednou váš mozek, který vám po celá léta dobře sloužil, začne vypovídat své služby. Sami jste již poznali, že máte poruchu paměti. To lze říci o více lidech, ano, ale není tak nápadná a obtěžující. Vy zapomínáte věci, které jste řekli před několika minutami, nevybavujete si jednoduché slovo, přestáváte rozumět dopisu, který jste sami napsali.

Co je třeba dělat. Jak je možné se s tím vyrovnat.

Chtěl bych se s vámi, kteří jste byli před realitu Alzheimerovy choroby postaveni, rozdělit o některé zkušenosti své i svých stejně postižených známých. Nezůstávejte doma. Chodte na procházky. Pomůže vám to psychicky i fyzicky. Stále je důležitý pravidelný pohyb. Chodte tam, kde je bezpečno a kde se snadno orientujete. Vracejte se stejnou cestou. Vyhledávejte pro tyto procházky společnost. Nestraňte se společnosti, ale velkým skupinám lidí se raději vyhýbejte. Příliš mnoho ruchu vás může zneklidnit, „rozhodit“ a celý den se potom nemusíte cítit dobře. Pokud jste zabloudili nebo se nemůžete orientovat, zeptejte se, lidé vám rádi poradí a pomohou. Vaši přátelé jsou vaši přátelé. Povězte jim, co se s vámi děje. Budou dále vašimi přáteli a pomohou vám. Přijměte nabízenou pomoc. Také proto jsou vašimi přáteli, neskrývejte před nimi svou nemoc, hovořte o ní. Mnoho (až příliš mnoho) známých se bude držet klišé „To nic není, vypadáš dobře“, „To nic není, všichni zapomínáme“. Nemějte jim to za zlé, nejsou informováni, nechť se konfrontovat s tímto problémem, neznají ho. Vyhledávejte společnost informovaných, alzheimerské společnosti organizují různé formy pomoci, setkání se stejně postiženými, jejich rodinnými příslušníky. Můžete tu také vyhledat konzultace s odborníky. Více hlav více ví a více zkušeností nashromáždí – využijte toho. Najdete tu nejen rady a informace, ale také prostředí a lidi, mezi kterými vám bude dobře. I lékaři jsou lidé a mnoho z nich ví jen o málo více o Alzheimerově chorobě než laici. Mnozí, když vidí tuto diagnózu, považují ji za rozsudek smrti a mají pro vás jenom (někdy chabý) soucit. Je ale jejich profesionální povinností pomoci postiženým hledat cesty, jakými je možné zlepšit život, který mají před sebou. Pomoci jim v mezích možností. To na nich musíme požadovat. A cestujte. V posledních několika letech jsme s manželkou procestovali Spojené státy a jiné zajímavé země. Bylo to úžasné a budeme v tom pokračovat. Máme velké plány.

Život samozřejmě neskončil. Mám před sebou určitě ještě pár krásných let. Vím, že moje nemoc bude pokračovat. Myslím si, že je moudré, a mohu vám to také doporučit, abyste se poradili s rodinou a právníky, abyste vše zařídili předem pro dobu, kdy se již nebudete moci sám dobře rozhodovat. Zbývající léta si hodlám užívat, budu se více věnovat rodině, více se těšit s dětmi a vnoučaty, dám víc prostoru tomu, co mám rád. To není až tak špatná perspektiva.

Jakými zásadami je třeba se řídit v případě, že člověk s demencí již potřebuje péči

K pacientům s demencí je třeba přistupovat trpělivě, trvale reflektovat jejich stav, snažit se pátrat po tom, co potřebují a co si přejí, být pozorný, trpělivý, empatický, komunikovat nonverbálně, taktálně pokud je to pacientovi příjemné, nespěchat, respektovat jedinečnou a důstojnou lidskou bytost, nebát se ale zasmát s pacientem.

Měli bychom usilovat o to, aby pacient s demencí byl co nejméně konfrontován se svou nesoběstačností a nedostatečností. Proto je důležité, aby pečující byl stále v kontaktu s pacientem, snažil se jej vést a podporovat, aby eliminoval zmatek a případná nedorozumění. V rámci uspokojování základních potřeb člověka s demencí vystupují do popředí potřeby uznání, bezpečí, jistoty, lásky, sounáležitosti a seberealizace.

Osoba s demencí by neměla být předmětem naší péče pouze profesionálně, ale měla by být brána jako osobnost, jako individualita, jako bližní, jako partner, jako člověk.⁶⁴

Rodinní pečující se často snaží péči věnovat převážnou většinu času, a to často na úkor svých zálib a vlastních zájmů. Jako by byli oni sami méně důležití než pacient. To vede k předčasnému a zbytečnému vyčerpání jejich sil, mnohdy až k syndromu vyhoření. Proto je důležité, aby pečující věnovali dostatek času a pozornosti sami sobě. Měli by se snažit co nejlépe péči o pacienta zorganizovat, měli by se umět o ni rozdělit s ostatními, a to jak rodinnými příslušníky, tak i se známými a přáteli, kteří často rádi pomohou.

Péče o člověka s demencí je náročná, dlouhodobá a vyčerpávající. Pokud ale máme dostatek informací o podstatě této nemoci, její včasnou diagnózu, adekvátní léčbu a praktikujeme vhodný přístup k nemocnému, můžeme si mnoho sil i energie ušetřit, zlepšit spolupráci s nemocným, navázat hodnotný vzájemný vztah a podstatnou měrou zlepšit kvalitu života nemocného i jeho pečovatele.

Pro tuto práci by měl mít profesionální pečující následující předpoklady:

- fyzická zdatnost, psychický klid a vyrovnanost
- měl by chtít tuto práci vykonávat
- měl by být vzdělaný a umět tuto péči kvalifikovaně poskytovat

K člověku s demencí je třeba přistupovat vždy s respektem. Jestliže dobře porozumíme, čím člověk s demencí prochází, a známe dobře projevy této nemoci, snáze pochopíme, proč se nemocný v daných situacích chová určitým způsobem. Je důležité mít na paměti, že osoba s demencí navzdory nemoci je stále jedinečná a cenná lidská bytost. Pokles na úrovni kognitivních funkcí u takto nemocných osob má za následek zvýšenou zranitelnost a potřebu podpory. Každá osoba s demencí je jedinečný jednatel s vlastními velmi odlišnými zážitky ze života, se zálibami, koníčky i tím, co rádi nemají. I když jsou symptomy u osob s demencí nějak známy a popsány, demence každého jednotlivce ovlivňuje různým způsobem. Navíc – každý člověk z okolí nemocného, ať již jednotliví členové rodiny, přátelé, nebo pečující reagují na jeho problémy často různým způsobem. Proto je potřeba informací a jednotného přístupu v péči o člověka s demencí nezbytná a relevantní.

V přístupu k nemocným s demencí je také třeba nezapomínat na potřeby a pocity těchto osob.

Pro ulehčení způsobu jak situaci zvládat v rámci přístupu k člověku s demencí je **vhodné mít na paměti:**

- **Ocenění** – Osoba s demencí potřebuje být oceněna, mít stále vlastní hodnotu. Je proto vhodné k němu přistupovat pokud možno podobným způsobem jako v minulosti, když byl ještě zdravý. Všichni lidé s demencí chtějí být považováni za ty, kterými kdysi byli. Proto pečující přistupuje s flexibilitou, je trpělivý a snášenlivý. Dělá si prostor pro rozhovor a těší se z osobnosti – „bytosti“ nemocného.
- **Zdvořilost** – V klidném přístupu k nemocnému ho neplísnit, nekritizovat, nepoukazovat na jeho nedostatky, protože by se nemocný cítil zahanbeně a mohl by reagovat agresí.
- **Podpora dobré nálady** – Je vhodné vyhýbat se situacím, ve kterých by nemocný mohl selhávat. Vést aktivity, které je těší, a dávat úkoly, kde ještě mohou něco řídit nebo se kladně projevit. Povzbuzovat nemocného, nechávat dělat jednotlivé činnosti v jim vyhovujícím přiměřeném tempu a jim vyhovujícím způsobem. Dělat jednotlivé činnosti spíše s nimi než pro ně a podporovat

jejich vlastní autonomii. Běžné denní činnosti nebo aktivity rozdělit na více kroků pro snadnější zvládnání a docílení pocitu úspěchu.

- **Paměť** – S ohledem na poruchu paměti využíváme celou řadu pomůcek pro podporu paměti, pro udržení této schopnosti na určité úrovni a pro zlepšení orientace v realitě. Zejména u počátečních forem demence lze využívat štítky s nápisy, velký kalendář, nástěnku se zprávami apod. Pacient trpí poruchou paměti, proto potřebuje stabilitu a předvídatelnost, pravidelnost, opakování a zaběhnuté postupy. Tím se vše stává pro pacienta přehlednějším, srozumitelnějším a předvídatelnějším. Proto by se měli pečující v pracovním týmu dohodnout na určitých postupech a individuálním přístupu ke každému pacientovi zvlášť. Ty jsou pak vykonávány všemi pečujícími a u každého klienta stejně s klidem a trpělivostí navozujícími tak pocit bezpečí.
- **Sociální schopnosti** – Zde je vhodné podporovat vztahy a kontakty s okolím v rámci sociální sítě osoby s demencí. Podporování kontaktů (prostřednictvím přímého setkání nebo v rámci celé řady činností) tak zmírní vznik netečnosti, izolace a stažení daného člověka. Během setkávání se s nemocným je důležité klást akcent na nemocného a věnovat mu dostatek pozornosti.
- **Zavést více stereotypů** – Strukturovat prostředí, ale dál žít normálním životem. To, že se zavede pravidelný průběh věcí, je vhodné nejen z hlediska nemocného a jeho poruchy paměti, ale také pro redukci rozhodování tím, že se vnese pravidlo a řád do jinak složitého procesu života. Pro člověka s demencí pak může znamenat větší pocit bezpečí. Každodenní stereotyp může být pro nemocného i pro pečovatele stresující, z čehož může pramenit celá řada vztahových konfliktů. Proto je vhodné (pokud je to možné) např. chodit na vycházky, udržovat zahrádku, zajít do divadla, na koncert, pohovořit s přáteli apod.
- **Podporovat soběstačnost nemocného** – Je důležité nejen pro ulehčení práce pečovatele, ale pro pocit vlastní hodnoty, redukci úzkosti a zachování vlastního sebevědomí nemocného.
- **Podporovat důstojnost a úctu k nemocnému** – Nemocný je jedinec, který stále cítí a dobře vnímá, jak k němu přistupujeme. Při nevhodném chování a jednání v něm můžeme evokovat neklid, agresi nebo jinou formu obranného mechanismu. Tito lidé jsou nonverbálně laděni v tom smyslu, že reagují na naši náladu, na náš emoční projev – pokud se usmíváme, usmívají se i oni a naopak.

- ♦ **Vyhýbat se konfliktům** – Pečovatelé si v těchto situacích neuvědomují, že příčinou je nemoc, nikoli chyba či vina nemocného, což také souvisí s přijetím a vyrovnáním se s touto nemocí blízké osoby. Konflikty ztěžují spolupráci pečovatele s nemocným, bourají vztah založený na důvěře a snižují kvalitu života nemocných (i pečovatele).

- ♦ **Je vhodné stimulovat nemocného, dávat jednoduché úkoly** – Zde v rámci stimulace nemocného není vhodné, aby se nemocný musel často rozhodovat a vybírat např. mezi více alternativami. Neměli bychom zapomínat na kontrolu stimulů u pacientů s demencí. Jejich schopnost přijímat a zpracovávat podněty a informace je velmi omezená. Běžné, normální množství podnětů a stimulů, se kterými se dovede zdravý člověk dobře vyrovnat, může u pacientů s demencí vyvolat strach a neklid. Např. některé zvuky, které jsou pro pacienta nové a nezvyklé, které nedokáže vysvětlit, mohou způsobit neklid a zmatenost. Proto je vhodné, aby byl pacient s demencí ve svém prostředí od přemíry zrakových nebo sluchových podnětů chráněn.
Aktivizace musí být přiměřená možnostem a míře postižení pacienta. Během nemoci je třeba, aby byla aktivizace čím dál jednodušší a doba soustředění stále kratší.
 - ▶ Není vhodné pacienta do činnosti nutit, ale jen ji opakovaně nabízet. Návod i pomoc při aktivizaci musí být postupně stále konkrétnější, s předváděním a stále intenzivnější pomocí.
 - ▶ Je třeba působit na všechny smysly.
 - ☼ zrak – četba knížky, obrázkové časopisy, obrázkové katalogy, staré fotografie, televize
 - ☼ sluch – poslech předčítaného, vyprávění, zpěv, hudba
 - ☼ hmat – živá zvířata, hračky s jemným povrchem, klubíčka, vlna, hadříky
 - ☼ čich – vůně jídel, kosmetika
 - ☼ chuť – dobroty (pozor na diabetes!)

- ♦ **Otázka bezpečnosti** – Ztráta paměti a snížená koordinace pohybů zvyšuje riziko zranění. Je třeba přizpůsobit byt, např. zajistit a zabezpečit přístup k zámku u hlavních dveří, k plynovému či elektrickému spotřebiči, dále zajistit, aby nemocný neodešel z bytu, když už se nedokáže vrátit zpět v důsledku poruchy orientace, mít klíče uložené na bezpečném místě. Odstranit koberce, které se pohybují, aby nemocný neuklouzl nebo o ně nezakopl. Zajistit elektrické plazivé kabely od spotřebičů, zabezpečit vstup na schodiště, z kuchyně odstranit nebezpečné náčiní jako např. ostré nože, z dosahu odstranit léky nebo chemické prací i čisticí prostředky. Vytvořit bezpečné domácí útulné prostředí se zvýrazněním důležitých prvků v místnosti (madla, signalizační zařízení, dveře apod.).

- **Podporovat jeho fyzické zdraví, ale i psychickou pohodu** – Doporučuje se kinezioterapie, výběr vhodných cvičení, jemných masáží dle zdravotního stavu nemocného s cílem posílit fyzické i psychické zdraví.
- **Vytěžit z jeho dosavadních schopností co nejvíce** – Využití činností takto zaměřených posiluje sebeúctu a sebevědomí nemocného, jeho životu dají cíl a smysl. V přípravě aktivit nemocného s ohledem na jeho původní profesi a zájmy je třeba být flexibilní a kreativní, neboť v průběhu choroby se pacient mění. Při vykonávání jednotlivých činností je vhodné každý úsek činnosti slovně doprovázet a popisovat, co právě děláme.
- **Vztah pečující – pacient** – Je východiskem péče o klienta s demencí. Součástí tohoto vztahu je analýza chování klienta a orientace na to, co pacient nejvíce potřebuje. Pacienti s demencí potřebují především sociální oporu, protože jsou nejistí a trpí sníženou sebedůvěrou. Někdy je vhodné trochu polevit z tradičních rolí „pečující“ a „pacient“, vždyť jsme přece jen všichni lidé.
- **Dobré přijetí** – Postoj pečujícího nebo ošetrovatelského personálu je základem dobrého přijetí a vztahu k nemocným, i když je ho třeba nedostatek. Pacienti s demencí potřebují být ujišťováni o tom, že jim člověk přichází pomoci. Lidská důstojnost člověka s demencí se musí respektovat a brát vážně. Naznačit mu nonverbálními prostředky, že o něho máme zájem a záleží nám na něm. Pacient tak pocítí, že je viděn a vnímán, že je respektován. I když trpí demencí, jeho „lidství“ je stejně hodnotné jako naše. Brát klienty s demencí takové, jací jsou, zacházíme s nimi jako s jinými lidskými bytostmi, ale přistupujeme k nim trochu jinak. Je vhodné se přizpůsobit jeho možnostem a potřebám, přistupovat individuálně. Přijmout jeho osobnost se všemi lidskými aspekty, i když ji demence v mnohém změnila. Zamyslet se nad celou jeho současnou situací. Brát nemocného vážně také znamená, že vše je na dobré cestě. Dobré přijetí je předpokladem toho, že se nemocný člověk musí cítit dobře, musí být rád viděn a vítán. Zájem personálu o pacienta musí být opravdový. Dobré přijetí pacienta také znamená, že vidíme člověka celého, nikoli jen jeho diagnózu, i když některé symptomy demence mohou být nápadné. Příznaky jej jakoby zastupují, pacient se za nimi „skrývá“. Pacientovi je věnována pozornost, někdo si ho všímá. Někdy stačí úsměv, mrknutí nebo pokyn. Pacient se pak cítí příznivě a dobře. V opačné situaci může pacient reagovat negativně – když je přehlížen nebo je kolem něho velký ruch, mnoho lidí nebo spěch. Pacient pak musí neklidem, agresivitou a křikem své pocity vyjádřit.
- **Osobnost nemocného** – Zde je důležité získat o pacientovi maximum informací z předchozího života. a na základě těchto informací s ním navázat

co nejlepší kontakt, přizpůsobit péči jeho zvykům a potřebám. Cílem péče je dobrá kvalita života, aby se pacient cítil dobře fyzicky, psychicky, sociálně i duchovně. Zdrojem informací o pacientovi je především rodina. K získávání těchto informací o klientovi můžeme použít rozhovor nebo dotazník. Všechny údaje pak pečlivě zapisujeme a předáváme dalším pečujícím, členům ošetrovatelského týmu. Získáme tak informace o oblíbené knize pacienta, poslouchané hudbě, způsobu života, jeho rituálech, o jeho zvycích apod. Podle nonverbálního výrazu při konání dané činnosti s klientem můžeme vidět, zda jsme udělali dobře. Co je dobré pro jednoho pacienta, nemusí být dobré pro druhého, i když mají stejnou nemoc. Je důležité zjišťovat, co si pacient přeje. Často se nemůžeme zeptat, co by si pacient přál, protože nám nerozumí nebo nedokáže rozumně odpovědět. Pak je vhodné pacienta pozorovat, jak se zachová v určitých situacích a jaké jsou jeho reakce. Je třeba sledovat, co si vybere. Při neklidu pacienta, který může znamenat, že pacient něco hledá nebo si něco přeje, je také třeba pátrat po tom, zda pacienta něco nebolí nebo zda neklid nemá nějakou jinou příčinu (chyba v přístupu, prostředí apod.). Bedlivě sledovat jeho nonverbální signály. Pokud pečovatel klienta dobře zná a dokáže analyzovat jeho příznaky, je to dobrá výchozí pozice v péči o takto nemocné.

AKTIVITY

Plánování aktivit – Pečující plánuje vhodné aktivity za pacienty, kteří se již nejsou schopni rozhodovat a plánovat. Navázání kontaktu trvá často delší dobu, pečující o to musí stále usilovat. Je vhodné pomalu pacienta vést k určité činnosti, např. pomáhat s jídlem a vést ho, aby jedl. Každá činnost musí mít přiměřený slovní doprovod. Po celou dobu prováděného úkonu je pečující vyladěn na osobnost nemocného a sleduje jej po celou dobu. Pečující musí také počítat s tím, že některé věci bude stále a stále opakovat, protože klient zapomíná. Proto je nutný klid a trpělivost pro navázání dobré spolupráce a vyhnout se nedorozuměním. Při vykonávání denních aktivit se pacient může blížit k hranici svých možností. Zde je lépe mu pomoci a zabránit tak jeho selhání, ze kterého by mohl mít frustrující pocit. Někdy je také vhodné, když nějakou činnost vykonává pečující. Aktivity vytvářejí také mezníky času, strukturují den každého člověka.⁶⁵

Aktivity jsou smysluplným naplněním dne a zejména u pacientů postižených demencí vytlačují nežádoucí vzorce chování, kam patří například neustálé hledání, opakování, bloudění nebo i neklid.

65 Janečková H., Kalvach Z., Holmerová I.: *Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace*. In Kalvach et al: *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. str. 436–451.

- Vhodné aktivity a strukturování dne přinášejí nejen pacientovi postiženému demencí, ale i jeho pečovateli a rodinným příslušníkům pocit řádu, bezpečnosti, stability, soudržnosti a s pacientem. Jednotlivé zájmové a pracovní činnosti vykonávané pacientem nebo společně s ním by měly být součástí denního rytmu.
- Pacient by měl mít vždy pocit, že není jenom zabavován, ale že to, co dělá, je opravdu smysluplné.

Tipy jak plánovat aktivity

- ▶ vybírat aktivity, které jsou smysluplné a pacienta těší
- ▶ respektovat možnosti pacienta – fyzické i psychické
- ▶ vybírat ty aktivity, které budou běžný život činit co nejnornálnějším
- ▶ zachovávat kontakty s rodinou a přáteli
- ▶ vyhledávat činnosti, které jsou důstojné a přiměřené pro dospělé
- ▶ volit činnosti, které má pacient rád a těší ho
- ▶ mít vždy na paměti, že cílem je činnost nikoli její výsledek⁶⁶
- **Zdroje pacientů** – „Dobře pacienty přijímat znamená využít všech zdrojů, které ještě každý z nich má.“ Pokud umí pečující pracovat se zachovalými schopnostmi a dovednostmi pacientů, pacienti se cítí lépe, mají větší sebedůvěru. V takovém případě může pečující lépe s klientem pracovat, využívat jeho schopnosti a klást na ně důraz, upozornit na to, co již pacient umí. Naopak pokud se zaměříme na to, co pacient neumí, narušujeme jeho sebedůvěru. Proto nesmíme od pacientů požadovat to, co je nad jejich síly, nesmíme zdůrazňovat jejich nedostatky. Je nutné se dobře seznámit a poznat celou osobnost pacienta. Je vhodné těmto klientům dávat příležitost pro konání toho, co ještě umí a zvládají. Člověku prospívá, když je potřebný, což nemocným zpětně dává pocit, že svou situaci ještě zvládají a mají ji lépe pod kontrolou. Potvrzují si tak vlastní identitu, mohou sebe i okolní svět lépe prožívat.⁶⁷

Změny

Omezit jakékoli změny: personálu – pokud možno stabilizovat; místa – velmi nevhodné jsou krátkodobé pobyty v různých zařízeních a střídání péče s domovem u více dětí. Jsou vhodné rituály v denních činnostech, nošení stejných hodinek, kabelek, oblečení. Každá změna znamená pro nemocného úzkost, strach, obavy. Je třeba nemocného stále uklidňovat, utěšovat, ujišťovat, že problémy vyřešíte.

Fyzický kontakt

Potřeba fyzického kontaktu je velmi individuální. U většiny pacientů s demencí je tento kontakt nedostatečný nebo chybí úplně. Je vhodné u nemocného tuto potřebu opa-

66 www.alzheimer.cz

67 Davidson F. G.: The Alzheimer's sourcebook for caregivers. Los Angeles: Lowell House, 1994.

trně otestovat a podle toho fyzický kontakt používat. Pokud nemocného uklidňuje, dává mu pocit bezpečí a je mu příjemný, je dobré mu ho dopřát. Prvním kontaktem může být delší podržení ruky, postupně pohlazení rukou, ramen, hlavy (dle situace).

Trénink

- Trénovat vše, co nemocný ještě zvládá, dovednost se tak udrží déle. Důraz dáváme na chůzi, soběstačnost a sebeobsluhu.
- To, co nemocný již nezvládá, se znovu nenaučí. U cévních demencí stav více kolísá.
- Nejdéle se udrží činnosti, které byly součástí profese nebo zájmové činnosti. U žen jsou to někdy i práce v domácnosti. Toto se pak dá využít při aktivizaci.⁶⁸
- **Udržovat komunikaci** – zde je důležité zkoumat, zda nemocný netrpí poruchou zraku nebo sluchu. Dále je třeba hovořit dostatečně hlasitě, modulovat hlas (spíše nižší hlas) a používat jednoduché věty. V případě potřeby je nutné větu opakovat a zjistit, zda nemocný koncentruje na nás svou pozornost.

Shrnutí

Je nutné přijmout pacienta takového, na jaké úrovni se právě nachází, a této úrovni se přizpůsobit, protože on už nemůže jednat a chovat se jako zdravý. Nedělá naschvály, ale jinak už se neumí chovat. Také je třeba počítat s tím, že někdy neudělá to, co se mu řekne (okamžitě zapomene, nepochopí a postupně nereaguje na slovní pokyn vůbec). Nemá také smysl dávat několik pokynů najednou.

Nekřičet, nevyčítat, neopravovat, nekonfrontovat.

Nenutit do činností, které odmítá (neví, jak na to). Činnosti nabízet a konkrétně ukazovat.

Při autoritativním chování pečovatele může dojít k agresi nebo depresi nemocného.

Nikdy neodporovat, ale vždy uklidňovat. Veškeré strachy, úzkosti i pochybení nemocného vzít na sebe a ubezpečit, že vše zařídíte.

Pokud je již poškozeno logické racionální myšlení, nemá cenu cokoli vysvětlovat racionálně (buď vůbec nepochopí problém, nebo ho částečně pochopí, ale okamžitě zapomene).

Mluvit klidně, jasně, stručně v oznamovacích větách. Nechtít na nemocném rozhodování, plánování, postupně si neumí ani nic přát.

68 Douglas S., James I., Ballard C.: *Non-pharmacological interventions in dementia Advances in Psychiatric Treatment 10*. The Royal College of Psychiatrists. London. 2004. str. 171–177.

Všechny informace musí být čím dál konkrétnější, až se vše musí ukazovat.

Pokud žádá něco nespílitelného (např. jet ke své mamince), je vhodné jej přesvědčit, že aktivitu odložíme.⁶⁹

Komunikace

Komunikace je v souvislosti s problematikou demencí naprosto centrálním tématem a problémem. Komunikace je důležitá v mnoha ohledech.

Pro profesionály je důležitá také správná komunikace s rodinnými pečujícími, která pomůže ošetřujícím získat důležité informace o pacientovi, které jsou potřebné jak pro správnou diagnostiku onemocnění, tak pro další postup, léčení a péči. Dále je důležité získat informace o sociálním zázemí a životě pacienta a také o vztahu mezi pacientem a rodinným příslušníkem. Důležité je také vyměňovat si informace a poznatky o problematice onemocnění obecně, tady poskytuje informace zejména profesionální pečující, a také o problematice onemocnění pacienta, zde probíhá výměna informací oboustranně.

Schopnost komunikovat je podmínkou, aby se člověk úspěšně začlenil do svého sociálního prostředí a aby navazoval a udržoval vztahy. Prostřednictvím komunikace svá sdělení předáváme jiným a naopak přijímáme jejich sdělení. Tato schopnost je u člověka s demencí v důsledku onemocnění velmi poškozena, a to v obou výše uvedených částech. Nejdříve je poškozena verbální složka komunikace. Ingebretsen^{70,71} hovoří o pomyslné vstupence do společnosti a společenství lidí, kterou člověk v důsledku demence ztrácí. Člověk může být v důsledku nedostatečné komunikace osamocen a izolován, i když je fyzicky obklopen lidmi. Schopnost komunikace však není zcela zničená ani v důsledku pokročilé demence, stále je možné hledat jiné formy komunikace, kterými pacient ještě disponuje, jednoduší verbální i nonverbální sdělení, kterým rozumí, gesta a chování, kterými nám naopak chce něco sdělit.⁷² I verbální sdělení, které zdánlivě nemá význam, může význam mít – jen není vyslovenými slovy vyjádřen. Pečující si velmi usnadní situaci a zpříjemní péči jak pacientům, tak sami sobě, pokud se naučí tuto nonverbální komunikaci reflektovat, rozumět jí a používat ji.⁷³

69 *Na pomoc pečujícím*. ČALS. Praha. 2006.

70 Holmerová I., Aas E.: *Problémy a přání rodinných pečovatelů a zdravotnických pracovníků – norský-český projekt*. Kloeversen. Bodo, Norsko. 1999.

71 Ingebretsen R.: *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*. Norsk institutt for forskning, om oppvekt, velferd og aldring. Nova. Raport 13/05. dostupné na www.nova.no

72 Tamtéž.

73 Davidson F. G.: *The Alzheimer's sourcebook for caregivers*. Lowell House, 1994, Los Angeles.

V této souvislosti se mi vybavuje jeden horký podvečer po rušném dni plném návštěv a různých jednání, po kterých zbyl v mé kanceláři nepořádek. Sousední denní centrum už bylo prázdné a sestra Milada se rozhodla, že mi brigádnicky pomůže kancelář uklidit. Vzala do ruky utěrku a začala nahlas přemýšlet, refletovala právě proběhlý den v denním centru: „Ten pan N. je takový nesmírně milý člověk, s ním je to prostě radost pracovat, na všem se domluvíme, je ochotný, zdvořilý, pozitivní. To je úžasný člověk. Je to prostě radost.“ Ano vybavila jsem si právě dnešní ráno, kdy kolem sedmé je ještě Gerontologické centrum zavřené (recepce je v provozu až od osmi hodin) a jediné otevřené dveře jsou v denním centru, kam se pomalu začínají scházet klienti. Těmito dveřmi jsem také vyšla pro ranní noviny a potkala jsem pana N., sportovně oblečeného a s kšiltovkou, zdravícího s úsměvem na tváři, jak přichází v doprovodu svého zete do denního centra. Milada měla pravdu, potkat ho je skutečně radost. Jedná se pána ve věku 89 let, který do našeho denního centra dochází již čtvrtým rokem, jeho demence smíšeného typu zatím dospěla do fáze rozvinuté demence. Pan N. se vyjadřuje větami, kterým příliš nerozumíme. Pokud se ho na něco zeptáme, zpravidla odpovídá, že to je v Prostějově, nebo přes Prostějov a do Prostějova...Mnoho informací se od něj vlastně nedozvíme. Celou svou osobností ale umí vyjádřit, že nás má rád, že je s námi rád a že k nám rád chodí – anebo taky co rád nemá a co se mu právě dělat nechce, to ovšem nebývá tak časté. A to nám vlastně naprosto stačí.

Shrnutí: doporučení pro lepší komunikaci s osobou s demencí

Důležité je vytvořit podmínky pro komunikaci, omezit nebo odstranit zbytečné zdroje hluku a šumu. Dále bychom měli vždy respektovat momentální aktivitu, kterou pacient právě provádí, měli bychom se k němu „přidat“ a nikoli tuto činnost přerušovat. Komunikaci nejlépe navážeme tak, že budeme nějakým způsobem reflektovat pacientovu momentální činnost, a to jak verbálně komentováním nebo otázkou, tak i nonverbálně.⁷⁴

Při seznamování s novým pacientem je vhodné ověřit jeho sluch (jednostranná nebo oboustranná nedoslýchavost způsobí zhoršenou komunikaci). Dále je nutné si uvědomit, že nemocní demencí mají horší prostorové vidění.⁷⁵

Na počátku rozhovoru oslovte pacienta vždy jménem. Podle jeho reakce na oslovení zjistíte, zda vám věnuje pozornost.

Jestliže vám nemocný nepodá jasný důkaz, že si pamatuje, kdo jste, a že vás vnímá ve správných souvislostech, nespolehejte na to, že vás poznává. Nejlepší je pokaždé, když se setkáte, představit se a naznačit dalšími prostředky, kdo jste.

74 Veleta P., Holmerová I.: *Úvod do taneční terapie pro seniory*. Praha: ČALS, 2002.

75 Holmerová I., Jarolímová E., Nováková H.: *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer, 2004.

To, co říkáte, podporujte řečí těla. Například chcete-li po pacientovi, aby si sedl, ukažte na určitou židli, požádejte ho, aby si sedl, a gestem vyzvěte k usednutí.

Používejte krátké jednoduché věty, zaměřujte se vždy jen na jedno téma. Vyhybejte se pokynům a otázkám, které vyžadují více kroků nebo nabízejí více možností volby.

Používejte hojně nonverbální (fyzické) vyjadřovací prostředky, např. jemný dotyk, držení za ruku, předvedení pohybu a podobně – ale ne dříve, než se ujistíte, že máte jeho svolení proniknout do jeho osobního prostoru. Někteří lidé více chrání svou soukromou sféru a cítili by jako urážku, kdybyste do ní náhle vstoupili.

Zjistěte si údaje o životě pacienta, důležitých obdobích a situacích, ke kterým se může vztahovat jeho řeč.

Poznejte a využijte všech zbývajících dovedností. Někdy jsou nejužitečnější dovednosti přehlíženy nebo skryty. Například schopnost být zdvořilý.

Pokuste se vyloučit z prostředí rušivé prvky. Nesnažte se vést jakýkoli důležitý rozhovor v prostředí, kde je klient s demencí rozptýlován a špatně se orientuje.

Hovořte spíše nižším tónem hlasu, vyšší tóny mohou pacienta iritovat.

Udržujte oční kontakt a soustřeďte se na své sdělení.

Pokud se pacient vůbec nesoustředí na to, co mu říkáme, zkuste využít dotyku – např. se dotknout jeho ramene nebo ho držet za ruku,

Nehovořte k sedícímu pacientovi, když stojíme, vždy se snížíme na úroveň jeho očí.

Pokud hovoříme s pacientem, neměli bychom dělat zároveň jiné věci, ale soustředíme se pouze na to, co říkáme.

Spíše se vyhněte otázkám, kde by byl pacient nucen se rozhodovat mezi nějakými variantami, raději se ho přímo zeptejte tak, aby mohl odpovédět ANO/NE.

Pokud je to vhodné, zkuste občas uvést jakoby mezi řečí dezorientované pacienty do reality (např. „*Ted' je půl dvanácté, budeme obědvat a po obědě si chvílku odpočineme.*“).

Naším úkolem v žádném případě není pacienty jakkoli poučovat nebo vychovávat.

Nesnažte se pacienta nutit, aby řekl to správné slovo. Jestli rozumíte, co tím míní, nechte ho při tom.⁷⁶

Na vše ponechte dostatek času, nespíchejte.

Často chvalte (např. i účes, oblečení, za účast při činnostech).

Často oslovujte příjmením i titulem.

Nevyvracejte tvrzení pacientů, i když jsou zcela chybná.

Nekritizujte.

Snažte se posilovat pacientovu sebeúctu a sebedůvěru.

Snažte se najít význam ve všem, co pacient dělá a říká.

Jestliže nemocný reaguje negativně nebo s nervozitou, nezačínejte spor a vyhněte se domluvám. Místo toho se k pocitům (neklid, úzkost, strach), o kterých se domníváte, že pacient vyjadřuje, stavte s účastí a klidně ho směřujte na pohodlné místo nebo k činnosti, jež ho uklidní. Je důležité, aby nechápal pečujícího jako protivníka, ale spíše jako zdroj pohody a bezpečí.⁷⁷

Vedení k soběstačnosti

Důležitou zásadou v péči o pacienta postiženého demencí je vedení k soběstačnosti. Všichni pečující by měli být dostatečně kvalifikovaní a trpěliví, aby postupnými kroky, návody a dopomocí vedli pacienty k tomu, aby sami vykonávali jednotlivé sebeobslužné činnosti. Jenom tímto přístupem se zachová soběstačnosti pacientů co nejdéle. Tento přístup je třeba podporovat, informovat o něm i rodinné příslušníky a okolí, aby nebyl považován za neochotu ošetřujícího personálu pacienta obsloužit (což se relativně často stává), ale za důležitý prvek vedení k soběstačnosti. Samozřejmě i tento přístup musí být aplikován citlivě se znalostí stavu a možností pacienta, nelze vyčkávat, až pacient vykoná činnost, které již není schopen. Vedení k soběstačnosti byla věnována relativně značná pozornost, pro některé přístupy (management kontinence) hovoří i dostatek vědeckých důkazů.^{78,79}

76 Davidson F. G.: *The Alzheimer's sourcebook for caregivers*. Los Angeles: Lowell House, 1994.

77 Zgola J.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003.

78 Woods R. T.: *Non-pharmacological Techniques*. In Quzilbash N.: *Evidence-based Dementia Practice* Blackwell Publishing Company. Malden US-Victoria Austr-Berlin Ger. 2002. str. 428–446.

79 Doody R. S., Stevens J. C. et al: *Practice parameter: Management of dementia, an evidence-based review*. *Neurology* 2001, 56, 1154–1166.

Depresivita

Depresivní ladění bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu. Deprese se také často zaměňuje za demenci, protože počáteční příznaky jsou obdobné (poruchy koncentrace, krátkodobé paměti, brady-psychismus, apatie atd.). Mnohé studie prokazují, že úroveň depresivity velmi ovlivňuje kvalitu života i celkový zdravotní stav, to je důvodem, proč bychom po přítomnosti deprese pátrat.⁸⁰

JAK JE MOŽNÉ ZJISTIT, ZDA JE PACIENT DEPRESIVNÍ?

V praxi používáme celou řadu tzv. škál deprese, jejich použití je však s progresí demence stále obtížnější, a to i přesto, že některé škály jsou určeny pro pacienty s demencí. Pokud je možné navázat uspokojivý verbální kontakt, je dobré se pacienta zeptat, jak se mu daří, zdali je spokojen, jak se cítí, zdali není smutný. Zkušený pečující, zejména ten, který pacienta zná, je schopen rozpoznat, zda je pacient smutný, apatický, nezajímá se o činnosti, které měl dříve rád, a podobně. Tyto změny je vždy třeba zvážit a v případě, že se pečující domnívá, že je pacient depresivní, je třeba konzultovat lékaře, a to i v případě pochybností. Léčením deprese i v případech, kdy si nejsme její diagnózou jisti, uděláme menší chybu, než když nelčíme. V současné době máme k dispozici moderní antidepresiva, která mají minimální nežádoucí účinky a která mohou velmi významným způsobem zlepšit stav pacienta. V případě diagnostické nejistoty si můžeme pomoci také „ex uvantibus“ (prostředkem, který pomáhá) a v případě, že s antidepresivy došlo ke zlepšení stavu pacienta, je tu další důkaz, který diagnózu deprese potvrzuje. Antidepresiva neúčinkují okamžitě a zpravidla je třeba vyčkat nástupu účinku těchto léků, jedná se řádově o týdny (zpravidla jeden měsíc). Mnohé studie u nás i v zahraničí⁸¹ potvrzují, že prevalence deprese se s věkem zvyšuje, že je deprese velmi častá zejména u lidí žijících v institucích, deprese je jen velmi málo a neuspokojivě léčena. To vše hovoří pro včasnou konzultaci lékaře a pro nasazení antidepresiv v případě, že máme na depresi u pacienta s demencí podezření.

80 Vaňková H., Holmerová I., Veleta P., Janečková H.: *Přehližená deprese u seniorů v residenčních zařízeních*. 12. celostátní gerontologický kongres. Hradec Králové. 2006

81 Holmerová I., Vaňková H., Jurašková B.: *Deprese ve stáří* in: Pidrman V. *Deprese z různých úhlů pohledu II*. Praha: Galen, 2007.

Podezření na depresi u pacienta s demencí:

- je apatický, nemá zájem ani o dříve oblíbené činnosti
- je smutný
- nadměrně nebo naopak málo spí
- trpí nechutenstvím (ale může se i přejídat)
- pije více alkoholu
- pláče
- udává různé, často jinak nevysvětlitelné příznaky
- zhoršení chronických potíží a bolestí

Diagnózu deprese nám pomohou stanovit testy. V geriatrici nejčastěji používáme škálu deprese dle Yesavage. U pacientů s demencí je možnost využití škál deprese omezena v důsledku kognitivní poruchy. Proto se musíme spoléhat více na pozorování pacienta, vyhodnocení jeho chování.

NĚKTERÉ MOŽNÉ ZPŮSOBY OVLIVNĚNÍ

- ☼ v případě podezření na depresi konzultovat lékaře a nasadit správné léky
- ☼ snažit se podporovat tělesnou aktivitu, cvičení, tanec
- ☼ muzikoterapie pomocí hudby, pokud možno veselejší, kterou má pacient rád
- ☼ zajistit dostatek podnětů a činností podle individuální potřeby
- ☼ vytvořit pravidelný režim
- ☼ využívat taktilních podnětů, pokud to má rád/a
- ☼ umožnit, aby byl ve společnosti, kde se cítí dobře
- ☼ použít reminiscenci, evokovat příjemné pocity
- ☼ vyhnout se podnětům a situacím, které depresivitu zhoršují⁸²

Úzkost

Úzkost vzniká zejména při adaptaci na nové neznámé prostředí, v těchto případech je relativně častým jevem a objevuje se více u demence vaskulárního typu a spíše v ranějších stádiích nemoci. Typická bývá úzkost například na počátku docházení do denního centra, kdy má senior pocit, že ho sem rodina „odložila“ již nastálo, a odmítá uvěřit, že pro něho odpoledne přijdou příbuzní. Obvykle trvá několik dní nebo týdnů, než se tento člověk vyrovná s novou situací a jeho úzkost se zmenší.

Úzkost může způsobovat také další poruchy, např. spánku, sníženou chuť k jídlu a v posledních řadě také může vyvolat paranoidní projevy.⁸³

Když je pacient úzkostný nebo apatický, je třeba:

- snažit se pacienta uklidnit
- seznámit ho se situací, která je nová nebo které nerozumí
- trpělivě vysvětlit vše, co potřebuje
- trpělivě odpovídat, pokud jsou dotazy opakované použít nápisů, lístků s odpovědí
- snažit se zjistit příčinu a důvod úzkosti (pokud existuje)
- vyhnout se situacím, které úzkost provokují
- vyjádřit podporu, porozumění
- vytvořit pravidelný režim tvořený přiměřenými a vhodnými aktivitami (aktivity, ve kterých je pacient úspěšný)⁸⁴

83 Holmerová I., Aas E.: *Problémy a přání rodinných pečovatelů a zdravotnických pracovníků – norskó-český projekt*. Kloeversen. Bodo, Norsko, 1999.

84 Holmerová I., Jarolímová E., Nováková H.: *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfiizer, 2004.

Poruchy spánku

Jsou častým doprovodným příznakem demence. Běžný je posun v cyklu spánek – bdění. To se pak může projevit spánkovou inverzí, kdy nemocný je ve dne ospalý, spí a v noci bdělý. Může se ale také projevit insomnie, nespavost. Zde sehrává podstatný význam dostatek pohybu nemocného, přiměřená fyzická aktivace i kognitivní stimulace, je-li nemocný v tenzi – bazální stimulace, kinezioterapie nebo validace atd., případně konzultace s ošetřujícím lékařem.

Poruchy spánku se hojně vyskytují u osob ve středním stadiu demence. Časté je opakované noční buzení a nadměrná aktivita (člověk se např. přehrabuje ve skříních, chystá se ven, a tak se obléká atd.) i úplná spánková inverze, kdy člověk během dne pospává a v noci je velmi čilý.⁸⁵ Obvyklé je v tomto případě také spojení s úzkostí a depresí, kdy pacient poměrně brzy usíná, ale také se brzy probouzí. Takovéto chování může působit obtíže rodinným pečovatelům, kteří obvykle potřebují ráno být svěží a jít do zaměstnání.

Některé možné způsoby ovlivnění:

- velice důležitý je pravidelný režim, tedy aby ve stejnou dobu pacient uléhal a ve stejnou dobu vstával
- přiměřená aktivizace během dne
- omezení pospávání během dne na pouhou půlhodinku po obědě
- v případě, že má večer pacient problémy s usínáním, je vhodné např. teplé mléko, teplá koupel či spíše sprcha a omezit příjem tekutin ve večerních hodinách a již od odpoledních hodin nepodávat kávu ani černý čaj – v žádném případě také nepodávat při poruchách spánku alkohol, ten by kvalitu spánku jen zhoršil⁸⁶

85 Fetveit A., Bjorvatn B.: *Soevnforstyrrelser hos sykehjempasienter – praktiske behandlingsraad*. Tidsskr Nor Laegeforen 2005, 125, 1676–8.

86 Bjorvatn B.: *Langvarige soevnvansker – kan de behandles?* Tidsskr Nor Laegeforen 2000, 120, 579–82.

Změny chování pacienta s demencí

Je vhodné se zamyslet nad tím, co je na chování nemocného znepokojující a jestli je podstatnou měrou odlišné od jeho dřívějšího chování. Pokud ano – jak? Dále je vhodné se zamyslet nad tím, kdy se objevuje problematické chování, koho se nepříznivě dotýká, které okolnosti k tomuto chování vedou, zda jsou nějak v rozporu s jeho vlastními hodnotami, zvyky, potřebami, vnitřním přesvědčením a jak jsou v rozporu. Čím lidé v jeho okolí k tomuto chování přispívají, jaké aspekty jeho psychosomatického stavu mají vliv na jeho chování, jak přispívají věci v jeho okolí a v neposlední řadě jak klient sám prožívá tyto události.⁸⁷

Zde je vhodné připomenout pár základních vodítek pro zvládání situací poruch chování:

- vyvarujte se otázek, na které nemocný nedokáže odpovědět a které by ho přivedly do úzkých
- ignorujte takové nevhodné chování, pokud to nelze, vyhněte se okolnostem, které je obvykle navozují nebo osobě jednoduše sdělte, že je vám to nepříjemné a poproste ji laskavě, aby byla tak hodná a přestala si takto počínat
- vyhněte se konfliktům, hádkám a pokusům někoho změnit, předělat⁸⁸

Změny chování jsou často reakcí na měnící se situaci pacienta, může si uvědomovat, že přestává být schopen některé situace zvládat, některým situacím nerozumí a podobně. Tyto změny bývají nevratné, avšak změny chování můžeme v mnohém ovlivnit a/nebo redukovat jejich problematičnost. Pokud pečující pochopí, co a čím je problematické chování způsobeno, co je jeho příčinou, bude to pro něj snazší. Chování člověka totiž určuje jeho osobnost a jeho historie. Sem lze zahrnout:

- identitu zahrnující status a role
- hodnoty, hodnotovou orientaci, ideály, společenské normy, předsudky, etiku, jejichž prostřednictvím chápe člověk svět, posuzuje ostatní a hodnotí jejich reakce, zaujímá dané postoje
- životní zkušenosti, na jejichž základě se utváří zvyky, obavy, vzpomínky a řada emocionálních reakcí na tyto vzpomínky

87 Holmerová I., Aas E.: *Problémy a přání rodinných pečovatelů a zdravotnických pracovníků – norskó-český projekt*. Kloeversen. Bodo, Norsko. 1999

88 *Alzheimerova choroba – jak pečovat o své blízké*, informační brožura. MediMedia Information. Praha. 1998.

To, jak se daný člověk chová, závisí také na tom, do jaké míry jsou uspokojovány jeho potřeby zejména:

- základní biologické potřeby
- pocit bezpečí fyzického i citového
- kontrola nad vlastním životem
- potřeba sounáležitosti, patřit do společenství
- láska

Znalost stavu kognitivních funkcí a celé symptomatologie člověka s demencí je velmi důležitá pro vytvoření adekvátního a přirozeného přístupu k těmto lidem, pro aplikaci celé řady činností a technik. Můžeme tak předcházet nebo eliminovat celou řadu zbytečných konfliktů, neshod a nedorozumění, frustraci a konečně stres, který z takových situací plyne jak pro nemocného tak pro pečovatele.⁸⁹

POSILOVÁNÍ DOBRÉHO CHOVÁNÍ

Jedná se v podstatě o metodu známou z pedagogiky. Pokud pacient se sklony k poruchám chování vykonává nějakou žádoucí činnost, chová se pěkně k ostatním, vstřícně komunikuje ať již verbálně, nebo nonverbálně, snažíme se jej odměnit. Nejjednodušší odměnou je pochvala, kterou by zejména pracovníci pečující o pacienty s demencí neměli šetřit. Pochvala by měla být pacientovi srozumitelná, může být verbální, pokud je pacient schopen rozumět, může být ale naznačena nonverbálně. V každém případě ale musíme mít na mysli, že jednáme s dospělým člověkem, že nejednáme s dítětem. Naopak problematické chování bychom neměli posilovat, pacient by měl poznat, že toto chování není žádoucí. Je však třeba k němu přistupovat takovým způsobem, abychom je ještě dále nezhoršovali. Jaká by měla být „odměna“. Mělo by se jednat o něco, co je pacientovi příjemné a co například není běžnou součástí každodenní péče, může se jednat o drobný pamlsk navíc, individualizovanou hudbu, „zvláštní pozornost“ oblíbené ošetřující osoby a podobně. Drobné odměny by se tedy měly stát součástí péče o tyto pacienty a měly by napomáhat prevenci nežádoucího chování, pacienti bez poruch chování by ale neměli být nikterak diskriminováni a tyto „odměny“ by měly být poskytovány i jim. Tato odměna by měla být vždy doprovázena vysvětlením, proč ji pacientovi poskytujeme, což u pacientů bez problémového chování není v podstatě zapotřebí. Jakékoli formy trestů za nežádoucí chování naprosto nepřicházejí v úvahu, navíc jsou velmi nebezpečné, protože mohou nežádoucí chování provokovat. Jediným „postížením“⁹⁰, které přichází v úvahu, je právě neposkytnutí oné výše zmíněné drobné odměny.

89 Brodaty H.: *Interventions with caregivers*, Alzheimer Insights, January 1999, str. 8–10.

90 Holmerová I., Aas E.: *Problémy a přání rodinných pečovatelů a zdravotnických pracovníků – norskoo-český projekt*. Kloeversen. Bodoe, Norsko. 1999.

Bezcílné bloudění a přecházení (wandering)

Přecházení a bloudění patří mezi časté příznaky demence, nemusí být však přímo závislé na tíži onemocnění, které demenci způsobuje. Někteří pacienti mohou přecházet, bloudit a ztrácet se i v relativně mírných stádiích onemocnění, u některých to může být až součástí celkové dezorientace při rozvinutém syndromu demence. Často k nim dochází při adaptaci na nové prostředí. Proto je třeba pátrat po situacích, které toto chování způsobují nebo zhoršují.⁹¹

MOŽNÉ PŘÍČINY

Dyskomfort

Bloudění a přecházení může být také výrazem dyskomfortu, který je způsobem jednak neuspokojenou potřebou, nebo jakoukoli jinou situací či nepříjemným příznakem (pálení žáhy, bolest, svědění a podobně). Také po těchto příznacích bychom měli aktivně pátrat a měli bychom se naučit pozorovat, zda pacient netrpí bolestí nebo dyskomfortem z jiné příčiny.

Neuspokojené potřeby

Někdy může neklid a bloudění také znamenat, že se pacientovi chce na WC, ale je dezorientován a neví, kde se toaleta nachází, nebo to neumí říct a tento svůj stav verbálně vyjádřit. Obdobně to může být s jakoukoli další potřebou, kterou pacient neumí vyjádřit.

Dezorientace

Zhoršená orientace je jedním ze základních příznaků demence, akutní zhoršení a dezorientace může být ale také důsledkem nasedajícího deliria. Pacienti s demencí se také hůře orientují v novém prostředí, po přestěhování do jiného bytu nebo do rezidenčního zařízení. Někteří z nich tuto situaci řeší právě přecházením a blouděním.

Neklid

Bloudění může být známkou neklidu, obavy, strachu. Člověk s demencí se může cítit ztracen, protože prostředí náhle nepoznává, může mít strach o lidi, které postrádá, nedokáže rozpoznat, kde se právě nachází, může někoho hledat. Všechny

tyto situace vedou k tomu, že může neklidně přecházet. Proto je důležité pátrat po příčinách neklidu, bloudění a přecházení, které jinak u pacienta nejsou obvyklé. Snažme se nabídnout určitá řešení situací, o kterých víme, že mohou neklid způsobovat. Například ujistíme člověka s demencí, že rodinný příslušník pro něj odpoledne do denního centra přijde nebo že k němu přijde na návštěvu a podobně. Snažíme rozptýlit obavy a pomoci orientovat, pokud o to pacient stojí.

Stres

Také stres může být příčinou neklidu, přecházení a bloudění. Zdroje stresu mohou být různé, může jej způsobit sdělení, které pacient považuje za důležité a závažné a přitom mu zcela nerozumí, může se jednat o složitý pokyn, se kterým si neví rady, nebo situaci, kterou má řešit, a neví jak.⁹²

Hledání

Lidé s demencí často hledají své blízké, kteří nejsou přítomni, nebo také ty, kteří již přítomni být nemohou, například své rodiče.⁹³

Osamělost

Také osamělost může být důvodem, proč pacienti přecházejí a bloudí, to bývá časté po ztrátě partnera, ale také po vytržení z prostředí, na které jsou zvyklí. Pokud lidé s demencí přesídlí do zařízení až v pokročilejší fázi demence, nejsou často schopni si vytvořit vztahy k ostatním, kteří pro ně zůstávají cizími, a oni se tak cítí sami i mezi mnoha lidmi.

Nuda

Někdy se jedná jen o to, že se pacient nudí a celou situaci by vyřešilo určité zaměstnání nebo aktivita.

Bezcílné chození

I když se poctivě snažíme analyzovat všechny možné příčiny bloudění, někdy se stává, že žádnou odstranitelnou příčinu nenajdeme. Někteří lidé postižení demencí prostě chodí a chodí a za den nachodí i po malém oddělení mnoho metrů či kilometrů, aniž by měli potřebu vycházet ven. U těchto pacientů bychom měli mít na zřeteli i zvýšený energetický výdej, který tato zvýšená námaha způsobuje. Tomu bychom měli přizpůsobit také dietu pacienta, která by měla být dostatečně energeticky vydatná.⁹⁴

92 Zgola J.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003.

93 Reiserová P., Šíroká A.: *Jak komunikovat s lidmi s demencí*. Praha: Spin, 2004.

94 Ingebretsen R.: *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*. Rapport 13/05. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring Nova. www.nova.no

Chodci

Někteří pacienti jsou schopni ujit i velkou vzdálenost, chodí velmi vytrvale a hrozí u nich skutečně riziko, že odejdou z oddělení nebo z domova. O této situaci musí být ošetřující vždy informováni, je proto důležité, když se na to rodiny ptají a když rodina tuto informaci pravdivě předá.

Noční bloudění

U lidí s demencí dochází často k narušení denního rytmu nebo k jeho inverzi, a to zejména tehdy, když mají možnost ve dne odpočívat nebo spát. Poruchy spánku mohou být také vedlejším účinkem některých léků, kávy a podobně. Pokud lidé s demencí nemohou v noci spát, často odcházejí z pokoje a přecházejí. Jedná se o komplexní problém, který je třeba řešit jednak změnou medikace, pokud je příčinou poruch spánku, ale zejména režimovými opatřeními.

Zabránit stoprocentně odchodům pacientů s demencí je téměř nemožné, protože se snažíme, aby žili co nejnórmálnějším životem a byli co nejméně omezováni. Snažíme se minimalizovat uzavřenost oddělení. Někdy je však nutné oddělení uzavřít vzhledem k vytrvalé snaze o odchod z oddělení, a to i v případě, že sem byl pacient dobrovolně přijat. Existují však určitá pravidla, která je třeba v této souvislosti mít stále na paměti. Oddělení by nemělo být nikdy uzavřené vůči návštěvám, které musejí mít k pacientům neomezený přístup, pokud si to pacient přeje. Oddělení by mělo být chráněno jen proti nestřeženým odchodům pacientů. Pokud si pacient přeje odejít, je třeba, aby jej někdo z ošetřujících (ať již personálu, nebo rodinných příslušníků) doprovázel. Pokud je nějaký prostor uzavřen z obavy před nestřeženým odchodem pacienta, je třeba, aby v něm byl vždy pacient a ošetřující. V žádném případě není možné (a to ani přechodně) pacienty uzavírat samotné.

Je dobré také pamatovat, aby ve všech částech oděvu člověka trpícího demencí byly umístěny identifikační kartičky s telefonním číslem rodinných příslušníků, na něž lze podat zprávu, pokud je nalezen mimo domov; vhodné jsou též například identifikační řetízky na krku nebo náramky na ruce. Nedoporučujeme na kartičkách či jiných identifikátorech uvádět adresu bydliště člověka postiženého demencí, aby nedošlo k tomu, že se s ní seznámí někdo, kdo nemá dobré a čestné úmysly. Žádné z výše uvedených opatření však není stoprocentní. Česká Alzheimerovská společnost připravila pro lidi s demencí ohrožené blouděním projekt „Bezpečný návrat“. Jedná se o náramky s kódem, pomocí nichž je možné pacienty vyhledat v databázi a zavolat jejich rodinným příslušníkům.⁹⁵

Pokud žijí lidé s demencí doma, měli bychom rodinným příslušníkům doporučit, aby informovali i sousedy a známé o onemocnění a o problémech, které v jeho

důsledku mohou nastat. Dobré je poskytnout jim osobní vysvětlení a také informační materiály o demenci a onemocněních, která ji způsobují, a požádat je o pomoc s pohledáním nemocného.⁹⁶

Jestliže pacient bezcílně bloudí a přechází, měli bychom tuto situaci analyzovat a zvážit, zda jsou potřebná nějaká opatření. Měli bychom si odpovědět na následující otázky:

Jaké mohly být provokující okolnosti?

- Kdy bloudění a přecházení začalo?
- Čím se pacient zabýval předtím, než začal přecházet?
- Co mohlo být provokujícím faktorem, kde a s kým byl?
- Jaké příznaky či neuspokojené potřeby by mohly být příčinou tohoto chování?

O jaké přecházení a bloudění se jedná?

- Je při něm pacient neklidný, nešťastný a ve stresu?
- Zdá se, že něco hledá?
- Chodí jen v budově, nebo se snaží dostat ven?
- Je spokojený a líbí se mu to?

NĚKTERÉ MOŽNÉ ZPŮSOBY OVLIVNĚNÍ

- odvést pacientovu pozornost, vhodným způsobem ho zaměstnat (nejlepší je pravidelný režim a každodenní cvičení a procházky, při kterých se pacient unaví, a nezbude mu již energie na tyto bezcílné aktivity)
- zajištění prostor proti útěkům
- odstranit situace, které bloudění a neklid provokují
- zajistit komfort a odstranit nepříjemné příznaky
- neodporovat pacientovu tvrzení, maximálně se ho pouze snažit poopravit v jeho tvrzení či uchlácholit (např. chce-li jít pacient domů za manželkou, která už léta nežije – snažíme se ho zaměstnat nějakou jinou činností s tím, že „půjdeme“ společně za chvíli, a do té doby na to pacient pravděpodobně zapomene)
- využití vhodné hudby (spíše pomalejší a uklidňující)
- motivovat pacienta k „náhradním“ aktivitám, neúčinnější jsou kinezioterapeutické přístupy
- pokud už pacient utekl, byl zadržen a odmítá se vrátit, jít chvíli s ním, a pak ho třeba oklikou nasměrovat zpět do zařízení, v žádném případě ho však neplísnit za to, že utekl
- nepodporovat toto chování – nedonášet za pacientem jídlo, když chodí, ne-

⁹⁶ Holmerová I., Jarolímová E., Nováková H.: *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer, 2004.

přidávat se k němu, pokud chceme něco sdělit, naopak je třeba těchto situací využít k tomu, aby se pacient zklidnil

- výjimku z těchto pravidel tvoří ti, kteří přecházejí, protože to tak je, cítí se přitom dobře a jsou spokojeni, chovají se tak, že to nečiní obtíže ani jim, ani jejich okolí, v tomto případě je třeba pamatovat jen na jejich bezpečnost (mokrý podlahy, překážky v cestě) a na energetický přísun odpovídající této fyzické námaze⁹⁷

Příklad z praxe:

Nedávno vyprávěla jedna posluchačka kurzu péče o pacienty s demencí zajímavou zkušenost z vlastního zařízení. Jednalo se o domov důchodců, který podle nových standardů kvality v sociálních službách neměl být zamykán, přesto tu žilo několik pacientů s demencí, kteří měli tendenci odcházet, a vrátnému dalo často značnou námahu, aby je pozdržel v recepci, než pro ně dojde pracovník z příslušného oddělení. Celou situaci vyřešili velmi zajímavě: do recepcce umístili otevřené terárium se dvěma zakrslými králíčky. Vždy když se do recepcce dostavil „odcházející pacient“, vrátný mu radostně sdělil: „Dobrý den, tak jste se přišel podívat na králíky, že? No podívejte, daří se jim dobře, můžete si je pohladit.“ Tak se také zpravidla stalo, mezitím byl přivolán pracovník z příslušného oddělení, aby pacienta odvedl zpět.

Volání a křik

Někteří pacienti často volají své blízké nebo ošetřující personál, a to i v mírnějších fázích demence (ostatně i pokud není demence přítomna). Ve stadiu rozvinuté demence jsou někteří pacienti hluční, nepřetržitě hlasitě povídají, zpívají si, volají ošetřující (*sestro, sestřičko*), volají své blízké (*maminko*). Toto chování je v podstatě pro pacienta neškodné, budí však často neklid v jeho okolí a je zdrojem dyskomfortu jak pro rodinné, tak pro profesionální pečující. U některých pacientů jsou hlasité projevy výrazem spokojenosti a pohody, u jiných mohou být výrazem úzkosti, strachu či dyskomfortu v důsledku nepříjemných příznaků či neuspokojených potřeb.⁹⁸

Volání a křik jsou aktivity, kterým pacient musí věnovat určitou pozornost, musí na ně vynaložit určité úsilí. To je relativně příznivý faktor, ze kterého vyplývá, že toto chování můžeme relativně snadno usměrnit odpoutáním pozornosti, vyko-

⁹⁷ Holmerová I., Jarolímová E., Nováková H.: *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfiizer, 2004.

⁹⁸ Ingebretsen R.: *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*, Raport 13/05. Norsk institutt for forskning om oppvekt, velferd og aldring Nova. www.nova.no

náváním rozličných aktivit. V každém případě bychom však měli pátrat po příčinách tohoto stavu.

Proto je vhodné, abychom tuto situaci analyzovali:

- Je volání a křik výrazem dyskomfortu, nebo naopak pohody?
- Jaké příznaky či neuspokojené potřeby může signalizovat?
- Kdy a za jakých okolností dochází k volání a křiku?
- Jaké okolnosti toto chování provokují?
- Jaké okolnosti naopak pacienta zklidňují?

Někdy bývá řešení překvapivé:

Nedávno jsme přijali na oddělení pacientku, která vcelku vytrvale křičela „maminko, maminko“. Spolupracovníci postupovali přesně podle výše uvedených návodů, snažili se zjistit, zda její křik není výrazem dyskomfortu nebo neuspokojené potřeby, snažili se vyzorovat, které okolnosti toto chování způsobují a které by je naopak mohly zklidnit. Nedařilo se. Zanedlouho přišla do pokoje uklízečka, která pracovala na jiném oddělení a tady jen zastupovala. Ta důrazně, ale velmi zdvořile, jak bylo obojí jejím zvykem, pacientku požádala: „Paní N., mohla byste, prosím, s tím křikem chvilku přestat, alespoň než tady uklidím?“ Pacientka řekla: „Ano.“ A k velkému údivu všech ostatních jí vyhověla. Řešení bývají někdy jednoduchá a lidsky vysvětlitelná.

Agitovanost

Agitovanost můžeme charakterizovat jako neklid, který se projevuje v pacientově chování. Tento stav je problematický jak pro pacienta samotného, který trpí a nedaří se mu dobře, tak pro rodinného pečujícího, kterého pacientovo chování pochoptitelně zneklidňuje a způsobuje mu dyskomfort. Stav agitovanosti zhoršuje pacientovu soběstačnost a komunikaci s okolím. Rodinný pečující je agitovaností pacienta stresován, často je vyděšen jeho chováním, které si nedovede vysvětlit, nedokáže na ně reagovat. To vše vede k extrémnímu vyčerpání rodinných příslušníků.⁹⁹

Agitovanost může mít mnoho příčin. Může jít například o nežádoucí působení některých léků. Může se jednat o reakci na novou situaci, změnu bydliště (zejména pak

⁹⁹ Holmerová I., Aas E.: *Problémy a přání rodinných pečovatелů a zdravotnických pracovníků – norskoo-český projekt*. Kloverasen. Bodo, Norsko. 1999.

přijetí do instituce), ale i drobnější změny v pacientově okolí, únavu a veškeré další změny, které mohou být buď skutečné, nebo se může jednat i o situace, které si pacient v důsledku poruchy myšlení špatně vykládá, má z nich strach a cítí se ohrožen.

Agitovanost je u všech pacientů vyššího věku a také u pacientů s demencí příznakem, kterému je třeba věnovat vždy dostatečnou pozornost. Za zvláště závažné musíme považovat situace, kdy se neklid objeví akutně, najednou. Zejména v těchto případech je zapotřebí konzultovat lékaře, protože je třeba zvážit mnoho chorobných stavů a jiných příčin, které mohou agitovanost způsobit. Jedná se například o infekce horních dýchacích cest a paranasálních dutin, o infekce močové, dehydrataci a podobně. Také některé léky mohou zhoršit či způsobit stav agitovanosti, závažné mohou být také lékové interakce, které jsou vzhledem k množství léků užívaných geriatrickými pacienty daleko pravděpodobnější než u mladších pacientů. Měli bychom však pátrat i po jiných příčinách agitovanosti, kterými může být například potřeba mikce, kterou pacient nedokáže vyjádřit, může se jednat i o jiné potřeby, které nám nedokáže sdělit a pocit, že není schopen komunikace může způsobit agitovanost. Měli bychom také věnovat pozornost smyslovým poruchám, funkčnosti kompenzačních pomůcek, pohodlnému oblečení a podobně. Často špatné brýle či nefunkční sluchadlo nebo špatně sedící zubní protéza mohou být onou „skrytou“ příčinou náhlého neklidu pacienta.

Agitovanost je závažným příznakem, který, jak bylo již v předešlém uvedeno, zhoršuje kvalitu života pacientů s demencí i jejich rodinných příslušníků a zvyšuje náročnost péče. Proto je třeba zvážit způsoby, jak by bylo možné toto chování zvládnout.

V první řadě je třeba zvážit dostupné možnosti nefarmakologického managementu. Základními kroky tohoto přístupu jsou vždy:

1. identifikace problémového chování
2. zjištění příčiny problémového chování
3. přijetí takových opatření v péči, komunikaci, přístupu, prostředí, které povedou ke zmírnění či odstranění tohoto problémového chování

Pokud budeme skutečně pečlivě a odpovědně analyzovat, co k problémovému chování vedlo, jaké faktory je „vyprovokovaly“, najdeme pravděpodobně také klíč k řešení. Jaké jsou nejčastější provokující faktory, které způsobují agitovanost:

- změna pečujícího
- změna bydlení
- cesta
- hospitalizace
- přítomnost cizích lidí
- koupání, hygiena
- převlékání

Agitovanost pacienta s demencí není snadné zvládat. Platí pro ně mnoho společných zásad jako u jiných poruch chování u pacientů s demencí. Je třeba laskavého a klidného přístupu, odvedení pozornosti od situace, která pacienta zneklidňuje, je daleko účinnější než přesvědčování, domlouvání, nebo dokonce konfrontace. Také se osvědčují následující zásady:

- snažit se učinit prostředí, kde pacient s demencí žije, co nejjednodušší a nejprehlednější
- vytvořit denní rutiny, zjednodušit jednotlivé činnosti, rozčlenit je do jednoduchých úkonů
- zachovat klid, nespěchat, ponechat na vše dost času, odpočívat
- označit vše, co označit lze
- odstranit nebezpečné nástroje z dosahu pacienta
- odstranit všechny zbytečné stimuly, zejména zvuky (hlasy v rádiu či televizi může pacient považovat za hlasy cizích osob)
- dostatečné osvětlení ve dne a tma v noci

Některé stavy agitovanosti jsou natolik závažné, že je nelze zvládnout pouze výše uvedenými a dalšími opatřeními a změnami prostředí a denního režimu, a je třeba přistoupit k medikaci. Medikaci by měl vždy ordinovat zkušený lékař znalý problematiky demencí a jenom v těch případech, kdy pacient ohrožuje sebe a své okolí nebo kdy jsou příznaky natolik závažné, že významným způsobem zhoršují kvalitu jeho života (což ve většině závažných případů agitovanosti platí). Při zavedení této medikace musejí být pacienti vzhledem k možnému rozvoji nežádoucích příznaků buď přímo pod zdravotnickým dohledem, nebo musí být dostupný lékař, kterého je možné konzultovat.

Bludy, halucinace

S postupující progresí nemoci se prohlubuje i dezorientace, mohou se vyskytovat i tzv. psychotické poruchy myšlení (bludy) a vnímání (halucinace či iluze). Někdy se ale nemusí jednat o psychotické příznaky, ale o situace, které pacient nedokáže správně analyzovat a pochopit v důsledku poruchy kognitivních funkcí.

V některých případech může nemocný pečující obviňovat z toho, že mu kradou či schovávají věci, či že se ho pokouší otrávit nebo uspat. V psychiatrické terminologii se této poruše říká blud.

Jindy se nemocnému zdá, že vidí či slyší věci nebo lidi, které ve skutečnosti slyšet nebo vidět nemůže. O této poruše hovoří psychiatři jako o halucinacích.

Obě tyto poruchy mohou vyvolat nepředvídatelné reakce, jsou stresující jak pro pacienty, tak i pro pečující.¹⁰⁰

V této souvislosti je třeba dodat, že na demence pohlížíme jako na organická onemocnění, která jsou výsledkem devastujícího patologického procesu, který v mozku probíhá. Syndrom demence je definován poruchou kognitivních, poznávacích funkcí, myšlení a intelektu. Lidé, kteří jsou syndromem demence postiženi, mají tedy poruchu myšlení, vnímání, orientace, to k demenci patří. Demence jsou výsledkem procesu, který je zpravidla nevratný. Z toho vyplývá, že ani výše uvedené příznaky demence nedokážeme odstranit, dokážeme pouze zmírnit tzv. sekundární symptomatologii demence, zejména poruchy chování, které by mohly pacienty ohrozit, nebo příznaky, které jim mohou být nepříjemné (neklid, úzkost, depresi). Pokud tedy pacient špatně analyzuje prostředí, ve kterém žije, a nepoznává lidi, kteří jej obklopují, a vysvětluje si to jiným způsobem, nemusí se ještě jednat o halucinaci.

Pokud zapomněl, kam si cosi uložil, a protože pro tuto situaci nenachází vysvětlení a vcelku logicky se domnívá, že mu to někdo založil či ukradl, jedná se o domněnku, která vychází z poruchy paměti a vcelku logické úvahy: něco nemohu najít a nepamatuji si, že bych to založil sám, tedy to musel být někdo jiný. Nejedná se tedy v pravém slova smyslu o blud.

Poruchy myšlení a vnímání, které bychom u jiných onemocnění, schizofrenie považovali za bludy a halucinace, nemusí mít u demence tuto psychotickou hloubku, často se jedná o jevy, které vznikají v důsledku pozměněné „logiky“ demence.

Na druhé straně je třeba podotknout, že i u demence se bludy a halucinace v pravém slova smyslu mohou vyskytovat.

V prvním případě jsou na místě zejména režimová a nefarmakologická opatření, citlivé vypořádání provokujících a souvisejících okolností stejně tak jako faktorů, které danou symptomatologii zmírňují. Lékař tyto situace zpravidla nemusí řešit, protože je vcelku dobře umí zvládnout kvalifikovaný ošetrovatelský tým. Farmakologická intervence je tu zpravidla přechodná či jen adjuvantní, kdy vystačíme zpravidla s malými dávkami modernějších neuroleptik nebo antikonvulziv. Ve druhém případě, tedy v situaci, kdy jsou veškerá režimová a nefarmakologická opatření a metody bez efektu nebo kdy způsobují spíše zhoršení stavu, je třeba konzultovat lékaře, který se rozhoduje zpravidla pro daleko intenzivnější medikamentózní terapii.

100 Ingebretsen R.: *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*, Raport 13/05. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring Nova. www.nova.no

Pokud se psychotické příznaky objeví, je vhodné postupovat následovně:

- Šetrně se pokusit o vysvětlení, pokud to však není možné, není možné zpochybnout pravdivost tvrzení. Pozor: orientace realitou může působit paradoxně zhoršení stavu.
- Použít metodu validace (přijetí tématu pacienta a práce s ním, vedení způsobem, který je třeba – podrobněji viz kapitola o validaci).
- Není vhodné vysvětlovat nemocným, že žádní zloději, gestapáci, psi v bytě nejsou, ale opět je uklidňovat, utěšovat, povzbuzovat, vytvářet klidné prostředí. Musí se přistoupit na to, co oni vnímají, a ujistit je, že sami vše zařídíte, vyřešíte a dáte do pořádku.
- Je také dobré si uvědomit, že nemocní, kteří již verbálně nekomunikují, velmi intenzivně vnímají atmosféru kolem sebe. Pokud je kolem nich pohoda, jsou v klidu také. Pokud je kolem nich neklid, napětí (třeba i mezi personálem), nechápou, co se děje, a začnou být velmi neklidní.
- Zachovat klid, mluvit na pacienta klidným hlasem.
- Pokusit se odvést jeho pozornost od daného problému a vést ho k tomu, aby se zabýval něčím jiným jiného.
- Neztrácet trpělivost, i když tento postup může trvat dlouho. To je třeba zdůraznit také rodinným příslušníkům.
- Pokud výše uvedený postup nevedl k výsledku, je třeba konzultovat lékaře a zvážit medikaci.¹⁰¹

Agresivita

V rámci kurzů a přednášek o nefarmakologických přístupech k pacientům s demencí se nejčastější otázky posluchačů týkaly problematiky zvládnání agresivního chování. To je důvodem, proč je kapitola o agresivitě obsáhlejší než ostatní.¹⁰² Úvodem je však třeba upozornit na jednu zásadní věc, a sice že agresivita pacientů s demencí se liší od agresivity zdravých lidí či lidí s jiným onemocněním. Agresivní jednání je pro pacienta často (subjektivně) jediným řešením dané situace, se kterou si neví rady. Obzvláště často je reakcí na neporozumění ze strany pečujícího, nebo dokonce chybu v péči. Někteří autoři, například L. Volicer, proto o agresivitě u demence nehovoří vůbec a uvádějí, že se jedná o „resistiveness“¹⁰³

101 Holmerová I., Jarolímová E., Nováková H.: *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer, 2004.

102 Holmerová I., Aas E.: *Problémy a přání rodinných pečovateli a zdravotnických pracovníků – norský-český projekt*. Kloverasen. Bodo, Norsko. 1999.

103 Volicer L., Bloom-Charette L.: *Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia*. Taylor and Francis. United States. 1999.

o vyjádření nesouhlasu či odporu ze strany pacienta vůči péči. Tento aspekt je třeba mít na paměti, pokud se s agresivním chováním u pacientů s demencí setkáme. (takto je budeme dále v textu nazývat, a to s respektováním uvedené výhrady).

Co rozumíme pod pojmem agresivní jednání:

Jedná se o úmyslné chování zpravidla v afektu, chování, které má destruktivní charakter, a to buď o verbální (slovní) agresi (křik, nadávky, hrozby), nebo o fyzickou agresi vůči osobě (pečujícímu, pacientovi či jiné osobě) nebo vůči nějaké věci (udeření, rozbití a podobně). U pacientů s demencí může však dojít k bizarním situacím, kdy pacient si počíná, jako by něco ničil (či něco ve skutečnosti ničí), ale není to jeho úmyslem, jedná se jen o chybné jednání.

Syndrom demence bývá ve vyšším věku nejčastější příčinou poruch chování včetně agresivity. Zdaleka však neznamená, že by každý pacient s demencí musel být agresivní.¹⁰⁴ Naopak pokud je pacient s demencí agresivní, nemusí to být bez racionálního důvodu. Demence má svou zvláštní logiku, pacient často mnoha věcem nerozumí a mnoho věcí nedokáže řešit, agresivní chování je potom východiskem z tohoto bludného kruhu. Přesto je třeba připustit, že porozumět agresivitě není vůbec jednoduché. Pacient s demencí nám nedokáže vysvětlit, proč se tak chová. Nedomluvíme se s ním tak jako s pacientem který netrpí kognitivní poruchou. Ošetřující personál často rezignuje a vysvětluje si agresivní chování pacienta jeho povahou. To není dobré východisko. Těžko se potom hledá řešení, protože na povaze se zdánlivě nedá nic měnit. Agresivita má zpravidla příčinu, vyvolávající momenty, které lze najít a odstranit. Je však zapotřebí vstřícnosti a tolerance vůči pacientovi a trpělivosti při hledání této příčiny. Jakmile se tato příčina najde, je potřeba ji odstranit, prosadit změnu. To musí učinit ošetřující, protože pacienti samotní nejsou schopni sami vysvětlit, proč jsou agresivní, nejsou schopni příčinu agresivity pojmenovat ani tuto změnu navrhnout.¹⁰⁵

Agresivita je velmi nepříjemnou komplikací syndromu demence, jedná se o chování, které je potenciálně nebezpečné. V každém případě je značným zdrojem dyskomfortu pečujících. Pokud jsou výbuchy hněvu a násilného chování nepředvídatelné, dochází k situacím, které jsou pro rodinné příslušníky těžko řešitelné. Agresivní chování může souviset jednak s poruchou osobnosti, může být také důsledkem psychiatrického onemocnění, ve stáří jsou nejčastější příčinou poruch chování, včetně agresivity, různé typy onemocnění způsobujících demenci. Agresivita je značnou zátěží pro rodinné příslušníky i pro profesionální pečující, kteří

104 *Alzheimerova choroba – jak pečovat o své blízké, informační brožura.* MediMedia Information. Praha. 1998.

105 Ingebretsen R: *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid* Rapport 13/05. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring Nova. www.nova.no

se o pacienty starají. Často se jim zná, že výbuchy hněvu a záchvaty agresivního chování u jednotlivých pacientů nemají žádný logický důvod, že nelze najít žádnou příčinu, proč k takovému chování u pacientů s demencí dochází.¹⁰⁶

Ve většině případů se tito pečující mylí. Přestože k záchvatům agresivity dochází často u pacientů s významnou poruchou myšlení a jiných kognitivních funkcí, ve většině případů je agresivní chování něčím vyvoláno. Stupeň demence však v žádném případě není přímo úměrný pravděpodobnosti, s jakou se pacient bude chovat agresivně. Ve většině případů nelze agresivitu přičítat pouze „organickým změnám mozku“, jak to někdy slyšíme. Agresivita jenom málokdy vzniká bez nějaké příčiny.

PŘÍČINY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ

Neporozumění situacím

Pacienti s demencí si nedokáží mnohé situace racionálně vysvětlit, protože trpí poruchou myšlení. To je důležitý aspekt, který bychom měli mít stále na paměti. Nedokáží si vysvětlit, proč k nim přicházejí cizí lidé (sestra domácí péči) a zasahují do jejich soukromého prostoru. Pokud není tato situace dostatečně vysvětlena (tak že se sestra každý další den představí a pacientovi trpělivě vysvětlí proč přišla a co bude dělat), může vést k neklidu a agresivitě. Obdobně je to s praktickým lékařem, který může být vnímán jako cizí a nebezpečný člověk, ale také se všemi dalšími osobami, včetně rodinných příslušníků, které přicházejí k pacientovi, ať je to již doma nebo v instituci. Zvláště citlivě může být pacientem vnímán úklid v jeho domácnosti či v jeho pokoji, pacient může dospět k názoru, že se jedná o zloděje, kteří ho chtějí okrást.

Obranná reakce, pocit ohrožení

Agresivita může být v první řadě obranou reakcí v situacích, kdy se pacient cítí být ohrožený, když se někdo příliš nepříjemně přibližuje a vstupuje do soukromého či intimního prostoru pacienta. K tomu dochází zejména v situacích, kdy pečující pomáhají s oblékáním nebo s osobní hygienou. Nezapomínejme na to, že s postupující demencí pacient přestane rozpoznávat své blízké a také pečující, kteří se o něj starají. Najednou začne mít pocit, že jsou kolem něj cizí lidé, protože nikoho z nich nepoznává. Je potom vcelku pochopitelné, že pokud ho tito „cizí lidé“ začnou bez dalšího vysvětlení převlékat, bude se cítit ohrožený. Bude se bránit. Pokud bude pečující v této aktivitě pokračovat bez dalšího vysvětlení, aniž pacientovi trpělivě vysvětlil, kdo je on sám a co budou nyní dělat, velmi pravděpodobně to pacienta rozruší, může být neklidný, může být také agresivní.

106 Holmerová I., Aas E.: *Problémy a přání rodinných pečovateli a zdravotnických pracovníků – norský-český projekt*. Kloverasen. Bodoe, Norsko. 1999.

Nespokojenost se svými schopnostmi

Pacienti s demencí se velmi často nedokáží smířit s tím, že jejich schopnosti se zhoršují, že si určité věci nepamatují, něco nedokáží pojmenovat, neumějí se orientovat. Tato situace není snadná sama o sobě. Pokud však pečující tuto nedostatečnost nějakým způsobem zdůrazní například při společných aktivitách, může to vyprovokovat agresivní reakci. To samozřejmě neznamená, že bychom neměli pro pacienty s demencí vytvářet aktivity a zapojovat je do nich. Naopak. Přiměřená duševní a fyzická aktivita je pro pacienty s demencí nesmírně důležitá. Potřebují však oporu a pomoc v situacích, kdy si nevědí rady. Pečující by jim vždy měl umět citlivě poradit a pomoci. Aktivity by neměly být soutěživé a neměly by pacienty ještě dále stresovat. Pokud jsou aktivity vedeny necitlivým způsobem, může to vést k agresivitě.

Změny

Demence přináší nepřetržitá zklamání, frustrace, stresy. Je proto třeba připustit a uvědomit si, že i při citlivé péči o pacienty s demencí a respektování všech potřebných zásad a přes veškerou snahu dojde někdy ke změnám. Jedná se například o změnu ošetřujících, změny v prostředí (například z důvodu úklidu, malování, oprav a podobně). To všechno jsou změny, které jsou nutné a vcelku nevyhnutelné. Pro pacienty s demencí představují tyto změny stres, který se nemusí projevit bezprostředně, ale může dojít k agresivní reakci v situacích, které jsou zdánlivě nenápadné a nevinné.¹⁰⁷

Nezvládání úloh

Některé terapeutické přístupy mohou způsobovat neklid a agresivitu v případech, že jsou nekriticky aplikovány. Zejména se jedná o orientaci realitou. Hledání rodinných příslušníků, kteří nejsou přítomni (nebo ani přítomni být nemohou, protože již zemřeli), může být někdy výchozí situací. Pokud tuto aktivitu ošetřující zpracuje citlivým způsobem, validací, odvedením pozornosti a podobně, pravděpodobně bude vše probíhat v klidu a uspokojivým způsobem. Pokud by se ošetřující snažil pouze vysvětlit, že tu rodinný příslušník nemůže být, protože je už mrtvý, mohlo by to způsobit i velmi bouřlivou reakci, protože pacient s demencí neví, že je jeho blízký mrtvý, a mohl by tuto informaci zpracovávat jako novou.

Neočekávané reakce

Agresivitu může způsobit také rychlá a nenadálá změna, například „nenadálý“ příchod pečujícího zezadu, kde jej pacient neočekává.¹⁰⁸ Pacienta s demencí, který má ještě špatný zrak, může zneklidnit i rychlé uchopení, příliš hlasité oslovení

107 Alzheimerova choroba – jak pečovat o své blízké, informační brožura. MediMedia Information. Praha. 1998.

108 Volicer L., Bloom-Charette L.: *Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia*. Taylor and Francis. United States. 1999.

ní v případě, že dobře slyší, a podobně. Některé pacienty může zneklidnit, když k nim pečující přichází příliš rychle zepředu, protože jej nedokáží rozeznat, a bojí se, že k nim přichází někdo cizí a že je ohrožuje.

Podezírání jiných

U mnoha pacientů s demencí se tento syndrom začíná projevovat tím, že se mu „ztrácejí věci“. Tato situace je opět relativně snadno vysvětlitelná poruchou paměti. Pacient si někam předmět uloží a zapomene, kam si jej uložil. Pokud se předmět najde, pacient si již nevzpomene, že jej tam uložil on sám. Tyto situace jsou pro něj nové a nedokáže si je vysvětlit. Dříve si pamatoval, kam předmět uložil. Pokud to však zapomněl a předmět hledal a našel, zpravidla si vzpomněl, kdy a jak ho na toto místo uložil. Pacient postižený demencí je konfrontován s poněkud jinou situací: zapomene, kam předměty ukládá, a pokud je náhodou nalezne, už si nevzpomene, že je na určité místo sám uložil. Najednou je v situaci, kdy neví, jak se tam předmět dostal. Pacient trpí poruchou paměti, ale je ještě schopen určité logické úvahy: Je přesvědčen, že předmět na atypické místo sám neuložil. Kdo to tedy byl? Z těchto a podobných úvah potom vzniká pacientovo přesvědčení, že „někdo“ v jeho domácnosti přerovnává nebo přímo krade věci. Tyto situace jsou velmi nepříjemné samy o sobě a jsou zdrojem stresu pro pacienta i pro jeho blízké, kteří jsou často terčem pacientovy podezíravosti. Často dochází ke konfliktům a agresivitě pacienta. Tato podezíravost, která je „logickým“ důsledkem poruchy paměti, není totožná s psychotickým onemocněním, parafrenií, kde jsou přítomny bludy a halucinace. V případě demence se nejedná o bludy a halucinace, ale o (chybné) zpracování chybných informací.

Nezvládnutá porucha chování

Agresivita bývá také důsledkem neúspěšné snahy pečujících zvládnout jiné poruchy chování, například pokřikování, vstupování do prostoru jiných pacientů o podobně. V těchto případech je třeba řešit komplexně nejen agresivní chování, ale je třeba zejména zrevidovat postup pečujících v těchto situacích a nalézt takový způsob přístupu k pacientům s poruchami chování, který povede k jejich zmírnění a nebude naopak provokovat agresivitu.¹⁰⁹

Manipulativní chování a upoutávání pozornosti

Někdy ovšem je agresivita součástí manipulativního chování pacienta s demencí a skutečně souvisí s jeho premorbidní osobností. Jedná se o jednoduchý způsob, jak pacient donutí okolí, aby mu vyhovělo tak, jak on potřebuje. Řešit tyto případy je samozřejmě velmi složité a na rozdíl od všech předešlých případů je třeba nepodléhat těmto manipulativním požadavkům.

109 Volicer L., Bloom-Charette L.: *Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia*. Taylor and Francis. United States. 1999.

Velmi obdobnou situací, ke které musíme přistupovat obdobně důsledně, je agresivní chování, kterým si pacient zajišťuje pozornost personálu a celého okolí.

Dvě výše uvedené situace jsou spíše výjimkou z pravidla, že většina případů agresivity má svou příčinu, kterou můžeme vypozařovat a odstranit a zlepšit tak komfort pacientů i pečujících.¹¹⁰

Prostředí, které může agresivitu provokovat či zhoršovat

Prostředí, ve kterém pacient žije, má rozhodující vliv na jeho stav. Agresivita a jiné poruchy chování patří mezi problémy, které jsou výslednicí mnoha faktorů. K poruchám chování dochází zpravidla v rámci syndromu demence. Neznamená však, že závažnost a četnost poruch chování je přímo úměrná závažnosti syndromu demence. Chování pacienta do značné míry závisí na prostředí, které jej obklopuje. Závažné poruchy chování u některých pacientů s relativně mírnou demencí mohou být způsobeny tím, že žijí v prostředí, které je pro ně nevhodné a neposkytuje jim dostatečnou oporu a stimulaci, a naopak lidem s relativně pokročilou demencí se může dařit velmi dobře v prostředí, které je vlídné, laskavé a bezpečné.

V žádném případě neplatí, že dezorientovaný pacient se bude chovat také agresivně. Ani ti pacienti, u kterých se agresivní chování vyskytuje, se nechovají agresivně stále. Pacienti s demencí se chovají agresivně v určitých situacích nebo vůči určitým osobám. I když názory, úsudek a projev některých pacientů jsou velmi zvláštní, někdy až bizarní, neznamená to, že musejí být agresivní.

Abychom pochopili prvky, které provokují agresivní chování, musíme analyzovat situace, ve kterých k agresivitě dochází. Je třeba se zamyslet nad situací a prostředím, ve kterých agresivní chování vzniklo, nad reakcí personálu a podobně. Důležité jsou proto tři okruhy otázek: okolnosti vzniku agresivního chování, typ agresivního chování, následky.

110 Ingebretsen R: *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*, Rapport 13/05. Norsk institutt for forskning, om oppvekt, velferd og aldring Nova. www.nova.no

Jaké otázky je třeba klást při vzniku agresivního chování pacienta

Možné vyvolávající momenty a průběh agresivního chování:

- Jaké je agresivní chování pacienta?
- Jedná se o fyzické napadení nějaké osoby?
- Používá pacient k napadení jiné osoby nějaký předmět, hází po ní předmět, snaží se udeřit atd.?
- Snaží se pacient zničit nějaký předmět?
- Tváří se pacient výhružně? Gestikuluje?
- Jedná se o křik, nadávání, výhružky?
- Jedná se o záchvat hněvu a vzteku?
- Co pacient říká v průběhu agresivního chování?

Jaké jsou okolnosti vzniku agresivního chování:

- Vzniká agresivní chování v určité době, hodině?
- Kdy a kde k němu zpravidla dochází?
- Existují nějaké nápadné souvislosti, existuje někdo, kdo pravidelně bývá s pacientem bezprostředně před agresí?
- Kdo je terčem agresivního chování?
- Co osoba, která je terčem agresivního chování, dělala bezprostředně před agresí?
- Co se dělo v okolí pacienta bezprostředně před agresí?
- Co pacient dělal bezprostředně před tím než vzniklo agresivní chování?

Důsledky:

- Jak reagují pečující na pacientovo agresivní chování?
- Jak postupovali: snažili se ho uklidnit, napomínali ho, použili omezovací prostředky?
- Jaká byla reakce pacienta na postup personálu (pečujících)?
- Jaká byla reakce osoby vůči níž byla agrese směřována?
- Jaká byla reakce ostatních obyvatel, pacientů, seniorů?

Odpovědi na tyto otázky je třeba zaznamenat v každém případě, kdy k agresivnímu chování dojde. Všichni členové ošetřujícího týmu by měli být s tímto postupem obeznámeni. Záznam je zapotřebí vyplňovat ihned. Při odkládání zápisu by bylo možné na některé důležité souvislosti agresivního chování zapomenout. Tato analýza problémového chování poskytne detailní popis celé situace, což bude v dalším postupu velmi důležité.¹¹¹

111 Ingebretsen R.: *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*, Raport 13/05. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring Nova. www.nova.no

Ošetřující by se měl zamyslet také nad tím, jaké změny nastaly v prostředí, kde pacient žije, zda došlo k nějaké významné události, která mohla mít na pacienta vliv. Důležité je také pátrat po tom, zda se nezměnil některý z rutinních postupů, medikace a podobně. Dále je třeba pátrat po bolesti, změnách zdravotního stavu a dalších okolnostech a všechny tyto faktory uvést v dokumentaci.¹¹²

Dále je třeba zaměřit se znovu na anamnézu pacienta a pátrat po faktorech, které jsou v souvislosti s epizodou agresivního jednání závažné. Může se jednat o různé věci, které měl či neměl rád, dále o různé rituály, na které byl zvyklý, různé okolnosti, kterým se vyhýbal a podobně. Je také zapotřebí zjistit, jak se dříve choval ve vypjatých situacích, zdali se již dříve choval agresivně nebo zda je to u něj neobvyklé. Většinu informací o pacientově životě by měl mít ošetřující k dispozici, nicméně v souvislosti s epizodou agresivního chování mohou vyplynout další otázky, na které je možné hledat odpověď v pacientově minulosti.

Veškeré informace o pacientově agresivním chování je zapotřebí zapisovat stručně a přehledně tak, aby bylo možné se k nim vracet, srovnávat je a pracovat s nimi. Pacientovo agresivní chování a všechny okolnosti s ním související by měly být diskutovány v rámci ošetřujícího týmu, který by měl společně hledat cesty, jak nejlépe tomuto chování předcházet.

Existují však případy agresivního chování, pro které nemůžeme najít vysvětlení. V těchto případech je vhodné zvážit další lékařské vyšetření k objasnění příčiny tohoto chování. Tou může být akutní zhoršení zdravotního stavu anebo se může jednat o symptomatologii jiného onemocnění.

Analýza agresivního chování pacientů a navrhování možných řešení jsou velmi dlouhodobým a intenzivním procesem, který musí mít praktické výstupy, musí vést ke změnám v chodu instituce a ke změnám v přístupu ošetřovatelských týmů, denního režimu a podobně. Proto musí být strategie zvládnutí agresivního chování součástí celkové strategie zařízení. Dobře myšlené úsilí profesionálních pečujících nesmí narážet na administrativní a organizační bariéry organizace. Smyslem zařízení je, aby fungovalo pro potřeby svých klientů – pacientů – obyvatel. Proto by péče měla být řízena potřebami těchto lidí do té míry, která je prakticky možná. Cílem je vytvoření takového prostředí, které bude co nejvíce podporovat soběstačnost pacientů postižených demencí a umožní jim co nejkvalitnější život.

112 Volicer L., Bloom-Charette L.: *Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia*. Taylor and Francis. United States. 1999.

Prevence je vždy rozumnějším přístupem než řešení problému a jeho následků. To platí také v případě agresivního chování. Jednoduchá opatření v organizaci služeb a péče mohou zabránit problémům, které by se mohly stát jen obtížně řešitelnými.¹¹³

ZVLÁDÁNÍ SITUACÍ AGRESE

Pokud se u pacienta dostaví záchvat agresivity, je dobré, když se o něj stará nejzkušenější člen týmu, ten, kdo pacienta nejlépe zná a kdo má zkušenost s řešením obdobných situací v minulosti. Také proto se u pacientů se sklonem k agresivitě osvědčuje systém primárního pečujícího (který ovšem nemusí být vždy přítomen ve službě). Některé situace je s ním možné konzultovat i telefonicky a vždy je účelné, pokud se vedou pečlivé záznamy o jednotlivých situacích agresivity pacientů, vyvolávajících momentech i postupech, které vedly ke zklidnění. Ošetřující by měl vždy reagovat klidně a bez emocí, ale dostatečně jistě a rozhodně. Takovýto postup je u agresivity při demenci nejspolehlivější. Pokud je možné navázat dostatečně kvalitní verbální kontakt, je dobré odvést pacientovu pozornost jinam, opustit okruh problémů, které mohou provokovat pacientovu agresivitu. Teprve poté, co záchvat agresivity odezněl a pacient je klidný a v pohodě, je možné se opatrně zeptat na to, co ho tak rozzlobilo. Důležité ale je, aby ošetřující vždy zdůraznil, že už na tom nezáleží a že to pacientovi nezalívá, ale není vhodné, aby se pacient choval takhle, když se mu všichni snaží vyhovět a snaží se, aby se pacient měl dobře. Potřebuje také vědět, co se pacientovi nelíbilo, aby se tomu podruhé vyhnul. V mnoha případech se samozřejmě příliš rozumné odpovědi nedočkáme.

V případech, když je pacient natolik agresivní, že svým chováním přímo ohrožuje sám sebe nebo jiné pacienty, je třeba zasáhnout klidně, ale rychle. Zpravidla není třeba více než dvou členů týmu. Jeden z nich by měl opět pacienta dobře znát, potom je postup nejeftektivnější. Ošetřující by na sobě či u sebe neměl mít něco, co by pacient mohl uchopením poškodit anebo by tím mohl způsobit zranění sobě či ostatním. Na pacienta je třeba hovořit laskavě, ale rozhodně. Je třeba mu říci, že nesmí druhému ublížovat. Protože s ním nemůže být. Veškeré akce, které budou vykonávány, musí pečující komentovat. Měli by pacientovi sdělit, že nemohou dopustit, aby ublížil druhému pacientovi. Takové chování není přípustné a je třeba mu zabránit. Je třeba stále hovořit klidně a vše vysvětlovat, také je dobré se snažit odvést pozornost k jinému problému, než je ten, který provokuje pacientovu agresivitu. Pokud tyto postupy nepomáhají a pacient je stále agresivní

113 Ingebretsen R.: *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*, Rapport 13/05. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring Nova. www.nova.no

a napadá své okolí, je třeba pacienta uchopit za ruce. Jiný fyzický kontakt není naprosto třeba a naopak je třeba se jej vyvarovat. Pacienta odvedeme do jiného prostoru, jednáme co nejjemněji, stále na pacienta klidně hovoříme a snažíme se jej uklidnit. Snažíme se o pochopení celé situace, snažíme se také pacientovi ukázat, že se celou situaci snažíme pochopit. Pokud pacient na žádnou komunikaci nepřistupuje, vzdálíme se od něj a necháme mu prostor na uklidnění. Pokud se agresivní chování nerozvíjí dále, postačí již jeden pečující, zatímco druhý se může věnovat spíše oběti agresivního chování.

Odvedení pozornosti

Jednou z účelných a užitečných metod, jak snížit riziko agrese, je odvedení pozornosti. Snažíme se hovořit o něčem jiném, o čem víme, že s momentálním stavem pacienta nesouvisí a neprovokuje nadále jeho neklid a agresivitu. Hovoříme klidně, srozumitelně, krátkými větami. Cílem je vést pacienta k tomu, aby se přesunul z oblasti, která provokuje jeho agresivitu, tam, kde je v pohodě a v bezpečí. Tyto „oblasti“ jsou u každého pacienta jiné a je vhodné je mít předem vytipovány a uvedeny v individuálním plánu péče tak, abych s nimi mohli pracovat všichni členové týmu. Pokud není možné s pacientem navázat verbální komunikaci, nerozumí nám nebo se neumí vyjádřit, je vhodné nabídnout určité činnosti nebo drobné předměty k činnostem, které má rád a které ho uklidňují. Není snad třeba dodávat, že zejména v těchto chvílích bychom měli pacienta i sebe chránit a neuzívat ostré nebo jinak nebezpečné předměty (jehlice, nože, nůžky).¹¹⁴

Doma

Asi nelze přesně říci, zda agresivní poruchy chování u pacientů s demencí vznikají spíše v instituci, nebo naopak v domácím prostředí. Existuje několik faktorů, které je třeba vzít v úvahu. Domácí prostředí je pacientovi lépe známo a pacienti se tu cítí bezpečně, to ale neznamená, že tu agresivní chování nemůže vzniknout. Mnozí si myslí, že k agresivnímu chování dochází spíše v institucích, kde je prostředí do značné míry neznámé a cizí, kde jsou různí lidé, které pacient nezná. To může mít ale naopak preventivní charakter, pacient může mít větší zábrany chovat se agresivně než má doma.

Pečující mají tendenci pacientovo chování omlouvat. Někdy s tím souvisí snaha pomáhat mu se vším, s čím podle jejich názoru potřebuje pomoci. Také tato snaha může být vnímána pacientem jako narušování jeho soukromí („cizími lidmi“) a může to vyprovokovat jeho agresivitu.

114 Ingebretsen R.: *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*, Raport 13/05. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring Nova. www.nova.no

Někteří rodinní příslušníci také pacienta opravují, korigují, chtějí, aby se choval tak, jak tomu bylo před vznikem onemocnění. Snaží se ho vést k aktivitám, kterých již není schopen. Také tyto situace mohou vést k agresivitě.

Některé rodiny se snaží naopak z ohledu k pacientovi řešit pacientovu situaci v jeho nepřítomnosti, pacient bývá řešením překvapený, protože je ještě něco z toho schopen pochopit, má pocit, že jednání nebylo fér. Je z toho rozrušený, smutný, může být hostilní i agresivní.

Agresivita pacienta je zdrcujícím jevem pro rodinné příslušníky, kteří se o pacienta po dlouhou dobu obětavě starají. Většinou je pro ně nejbolestivější psychologický aspekt agrese, i když fyzické zranění může být také někdy závažné. Agrese představuje bolest, se kterou se jen málo pečujících dokáže smířit. Je velmi obtížné smířit se s tím, že někdo, kdo je tak blízký a s kým se měli tolik rádi, se najednou chová agresivně. Proto je velmi důležité, aby pečující pochopili podstatu tohoto jevu, jeho vyvolávající faktory, změněný způsob zpracování podnětů, omezené schopnosti adekvátní reakce a veškeré další mechanismy, které ve svém důsledku nakonec k agresivnímu chování vedou. Toto pochopení jim poskytne alespoň trochu uspokojujivé vysvětlení, proč se jejich drahý najednou chová tak nepřijatelně a nepochopitelně. Dále jim umožní, aby se naučili tomuto jevu předcházet a v případě, že již k agresivnímu chování dojde, aby se jej naučili co nejlépe zvládat a co nejlépe se s ním vyrovnat. Pomůže rodinnému příslušníkovi najít alespoň některé otázky na stále se nabízející odpovědi: Čím to je? a Proč právě já? Čím jsem to zavinil? a podobně. Samozřejmě nelze nalézt vždy odpovědi, které jsou nejsprávnější. Nelze se také vždy zachovat tím nejlepším způsobem. Také to by si měli rodinní pečující uvědomit. Opakující se agresivní chování pacientů s demencí je jednou z největších zátěží pro pečující a jedním z nejobtížnějších úkolů v péči.

Porozumět problému pacienta

Nejlepším způsobem, jak zabránit poruchám chování, je pacientovi porozumět, porozumět tomu, proč se tak chová. Jak toho však docílit, když nám pacient postižený demencí nedokáže své pocity vysvětlit? Vždy bychom se měli zamyslet nad tím, jaká je příčina, která toto chování vyvolává. Některé typické příčiny agresivního chování jsou uvedeny v předchozím textu. Jedná se však jen o jakési schéma a návod k řešení individuální situace. Každý pacient s demencí je neopakovatelný ve své jedinečnosti tak jako každý jiný člověk. Proto bývají příčiny jeho chování různé a různé jsou také situace ve kterých dochází k agresivitě. Navíc každá epizoda může být odlišná. Nelze se příliš spoléhat na to, že se jedná jen o jednu příčinu agresivního chování, vždy je potřeba zamyslet se nad tím, co k agresivitě právě v tomto případě vedlo.

Přijetí pacienta do zařízení

Každá změna prostředí a zejména přijetí pacienta do zařízení může vzbuzovat strach a obavy. Přijetí seniora postiženého demencí do zařízení způsobuje přímo kritickou situaci. Je zapotřebí, aby si pacient zvykl na zcela jiné podmínky, než na jaké byl dosud zvyklý, a to v situaci, kdy jsou jeho duševní schopnosti a schopnost adaptovat se výrazně omezeny.

Aby se tato potenciální krize co nejlépe zvládla, je třeba pacienta na příchod do zařízení systematicky připravovat. Měl by se se zařízením a jeho pracovníky seznámit ještě dříve, než tam nastoupí, to platí zejména u dlouhodobých pobytů. Pacient by měl být přátelsky a vlídně přijat. Měl by se seznámit s těmi, kdo mu budou poskytovat péči. Všichni členové tohoto týmu by měli být obeznámeni s pacientovou anamnézou a s jeho potřebami. Pečující by měli věnovat velkou pozornost úvodnímu seznámení pacienta s celým zařízením a jeho zaměstnanci a také s ostatními obyvateli. Je obecně známo, že společenské chování a návyky přetrvávají ještě dlouho i v situaci relativně pokročilé demence, je proto dobré a pro další komunikaci užitečné tyto dovednosti podporovat.

Dobrý, příjemný a úspěšný vstup pacienta do zařízení je dobrým základem pro péči. Naopak nedobrovolný a nepřijemný vstup do zařízení může již sám o sobě vyprovokovat agresivní chování.¹¹⁵

Při poskytování péče pacientům s demencí je třeba pamatovat na to, že posilování soběstačnosti je nejúčinnějším a nejlepším způsobem, který vede jednak k zachování soběstačnosti i ke zlepšení sebevědomí a kvality života pacientů s demencí. Pacienti často potřebují dohled, radu a dopomoc při vykonávání jednotlivých sebeobslužných aktivit. Ošetřující by si však měl být vědom, že není dobré pacientům příliš pomáhat nebo vykonávat tyto činnosti za ně, i když je to momentálně nejjednodušší. Důležitější než momentální výkon je zachování schopnosti sebeobsluhy.

Pacienti s demencí potřebují pro vykonávání sebeobslužných činností více času než jiní, proto je důležité, aby byl dostatek personálu, který se jim může věnovat. Tato péče musí být ohleduplná, podporující, nesmí být paternalistická, personál se nesmí prezentovat jako autorita, která není ochotná naslouchat.

Staří lidé s demencí potřebují předvídatelnost a pravidelnost, jednoduché rutiny, které se opakují. Potřebují prostředí, které je přehledné a kde snadno své věci najdou. Vhodné jsou pomůcky a poznámky, kterými lze kompenzovat poruchu paměti.

115 Ingebretsen R.: *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*, Raport 13/05. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring Nova. www.nova.no

Pokud dojde k nějaké změně v prostředí nebo v péči, je zapotřebí pacientům vše trpělivě a pečlivě vysvětlit. Také noví členové ošetrovatelského týmu by se měli pacientům představit. To platí i o jiných osobách, věcech a událostech. Také lidé s demencí mají silnou potřebu porozumět tomu, co se v jejich okolí děje. Těto potřebě musí ošetřující personál vyjít co nejvíce vstříc. Pečující by se měli snažit, aby se pacienti v co nejmenší míře setkávali s neznámými osobami, které jim nikdo nepředstaví, a neměli by se také dostávat do nepředvídatelných situací. Pacienti by se měli zapojovat do aktivit, které odpovídají jejich věku, neměly by to být v žádném případě dětské hry či činnosti. Tyto aktivity však musejí být přizpůsobeny možnostem pacientů postižených demencí. Je třeba zabránit tomu, aby v aktivitách selhávali a byli tím ještě dále stresováni. I pacienti v pokročilých stádiích demence potřebují mít radost z úspěšně vykonaného úkolu, z milého setkání s jiným člověkem, hezkého prostředí. Tuto radost nedokáží formulovat, ale zkušený ošetřující ji pozná podle toho, že jsou pacienti v pohodě, že se jim daří dobře a nevyskytují se u nich poruchy chování.

Přesto je však třeba poznamenat, že ani domovy důchodců ani psychiatrické léčebny či léčebny pro dlouhodobě nemocné velmi často neodpovídají ani svým vybavením, ani svým přístupem specifickým potřebám pacientů s demencí trpících poruchami chování, zejména agresivitou. Personál těchto zařízení nemá velmi často ani potřebné zkušenosti, ani znalosti o zvládání problematiky agresivního chování pacientů s demencí. Zaměstnanci těchto zařízení považují agresivní chování pacientů s demencí za potenciálně nebezpečné pro ně samé a zejména pro jiné pacienty. Ani zkušené sestry na psychiatrických odděleních nejsou příliš připraveny na zvládání agresivity pacientů s demencí a snaží se chránit zejména ostatní pacienty. Výše popsaná situace je ještě akcentována při nedostatku personálu na těchto odděleních.

Výše uvedené nedostatky, málo personálu, nezkušenost, neinformovanost, nepoučenost o této problematice vedou často k tomu, že pacienti s agresivním chováním jsou izolováni nebo jiným způsobem omezováni. Pozornost personálu se zaměřuje spíše a především na odstranění těchto velmi problematických příznaků a nikoli na pozitivní přístup k péči. To pomáhá spoluvytvářet negativní ovzduší v těchto institucích, které se projevuje i navenek jako nevlídnost, nelaskavost, nedostatečná péče.

Neznalost přístupů managementu agresivních pacientů vede také ke zbytečnému stresu zaměstnanců, kteří nemohou být se svou prací spokojeni. Nemají dobré výsledky, pacientům se nedaří dobře a zaměstnanci to dobře vědí. Důsledkem této situace je potom nestabilita týmů, nespokojenost zaměstnanců, nedobré vztahy na pracovišti, fluktuace a velmi častý výskyt syndromu vyhoření.

Proto je velmi důležité, aby pracovníci v zařízeních pro seniory s demencí byli obeznámeni s problematikou agresivního chování pacientů s demencí, aby rozuměli možným důvodům a vyvolávajícím momentům tohoto chování, aby byli schopni toto chování analyzovat, nacházet možná individuální řešení a individuální přístupy k jednotlivým pacientům. Výsledkem tohoto poznání, znalostí a zkušeností bude vytvoření prostředí, které bude tyto pacienty schopné přijímat a poskytovat jim péči bez větších problémů a komplikací.

Také důraz na ošetřování pacientů s demencí může mít několik nežádoucích aspektů. Jednak pacienti s demencí mohou vnímat ošetřování jako zásah do osobního prostoru a intimity. Daleko hůře je to vnímáno v situacích, kdy například muž má mýt žena nebo ženu má převlékat muž. To je jedna stránka věci. Dále je známou zkušeností, že pokud ošetřující za pacienty vše udělá, pacienti tyto úkony přestanou vykonávat sami a budou se spoléhat, že je personál provede za ně. Po čase přestanou pacienti být schopni tyto základní sebeobslužné aktivity vykonávat. Tato „nadbytečná“ péče může být někdy vykonávána v dobré víře, že pacientovi pomáháme. Bohužel v praxi se někdy setkáváme s požadavkem managementu některých zařízení sociální péče, aby personál pacienty ošetřoval. To je nekvalifikovaný a nesprávný přístup. Správné je vést pacienty k soběstačnosti.

Některé agresivní reakce pacientů mohou být přímo vyprovokovány chováním personálu. Může se jednat například o snahu personálu a pokyny, aby chodící a bloudící pacient zůstal v určitém prostoru. Může se také jednat o převlékání pacienta, který se pomohl. Pacient může reagovat velmi negativně: někdo ho svléká a dotýká se ho, cítí, že ta situace neměla nastat, cítí se provinile a reaguje nakonec agresivním chováním vůči pečujícím. K této situaci nemuselo vůbec dojít, kdyby byl zaveden preventivní mikční režim nebo použity vhodné pomůcky pro inkontinenci.

Pacienti s demencí také velmi dobře vycítí, že jsou pečující nejistí. Reagují také velmi citlivě na změnu přístupů. V případě, že pečující nemají dostatek zkušeností a znalostí a pečovatelský tým není dostatečně sehraný, mohou nastávat zbytečně komplikace, které v důsledku vedou k poruchám chování pacientů i k agresivitě. Neblahým východiskem bývá někdy použití omezovacích prostředků. Použití omezovacích prostředků vždy naruší vztah pacient pečující a vždy poškodí důvěru pacienta v pečující. Vždy vedou ke zvýšení hostility a napětí.

Ve vyšším věku jsou časté smyslové poruchy, zejména zhoršení zraku a sluchu, které přispívají ke zhoršení orientace. Pokud nejsou tyto poruchy korigovány a pokud je ošetřující personál nerespektuje ve svém přístupu k pacientovi, může to vyvolat opět poruchu chování až agresivní reakci.

Pokud se starý člověk chová agresivně, mnohé z ošetřujících to do značné míry zaskočí, a to i v případech, že o takové možnosti změny pacientova chování vědí, byli o ní informováni. Vždy je poněkud překvapivé, pokud se agresivně chová starý člověk. Neodpovídá to příliš našim stereotypním představám. Starší lidi si představujeme především jako pomalé a klidné. Některé situace vedoucí k agresi můžeme předpokládat (a můžeme se jim vyhnout), někdy k agresivnímu chování dojde zcela překvapivě. Pokud k agresivnímu chování dojde, měli bychom znát základní zásady, jak se správně chovat.

ČEHO BYCHOM SE MĚLI VYVAROVAT

Pokud se pacient chová agresivně anebo je natolik rozzlobený a rozrušený, že se dá agresivní chování předpokládat:

- na jeho výpady reagovat klidně nebo nereagovat vůbec (vysvětlování může někdy situaci ještě zhoršit a pacienta ještě více rozčítit)
- nežádat žádných vysvětlení, nehubovat
- v žádném případě není možné tuto situaci brát osobně; agrese není namířena proti ošetřujícímu: jedná se o poruchu chování, pacient je agresivní vůči tomu, kdo je nablízku
- nesnažit se pacienta odvést pryč, vyvarovat se dalšího fyzického kontaktu, který by si pacient mohl vykládat jako útok
- nepřibližovat se k pacientovi rychle
- nepřibližovat se zezadu, ale ani přímo zpředu
- nepřivolávat (nápadně) pomoc dalších členů týmu
- zdržet se jakéhokoli chování, které by mohlo pacienta ještě dále podráždit (hubování, znevažování atd.)
- nepokoušet se používat omezovacích prostředků
- neukazovat zlost, strach nebo spěch pokud je to možné, toto chování jen dále provokuje agresivitu¹¹⁶

Jak se chovat, které návyky a dovednosti jsou užitečné pro zvládnání agresivního chování:

- zachovat klid a rozvahu
- chovat se klidně, mluvit klidným hlasem
- nedávat najevo strach
- zajistit bezpečí ostatních pacientů i samotného agresivního pacienta
- požádat ostatní pacienty, aby se nezdržovali v blízkosti agresivního pacienta
- věnovat takovémuto pacientovi zvýšenou pozornost, povídat si s ním; měli bychom se snažit udržet s pacientem verbální kontakt, slovní agrese je méně škodlivá než fyzická

116 Holmerová I., Jarolímová E., Nováková H.: *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer, 2004.

- nezasahovat pokud možno do pacientova osobního prostoru, který je u jednotlivých pacientů velmi odlišný, pokud pacienta dobře neznáme, je lépe zachovat minimálně vzdálenost jednoho metru i více. Někteří agresivní pacienti potřebují ale daleko více prostoru.
- někdy (pokud máme s pacientem tuto zkušenost) může pomoci vzít pacienta za ruku
- zeptat se pacienta, jaké má potíže, co je třeba řešit, co jej tak rozčílilo; často se podaří zjistit příčina pacientova chování
- nabídnout alternativní řešení. Srozumitelně pacientovi vysvětlit, že se pokusíme najít příčinu jeho zloby a odstranit ji. Vysvětlit situaci, nesprávnou interpretaci skutečnosti a podobně.
- využití uklidňující hudby či zvířete
- v krajním případě zatelefonovat rodinnému pečovateli a dát mu pacienta k telefonu, aby ho uklidnil
- „odventilovat“ nadměrnou agresivitu tělesným cvičením, které může být náročnější než obvykle a může být prováděno vícekrát denně¹¹⁷

117 Ingebretsen R.: *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*, Rapport 13/05. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring Nova. www.nova.no

Používání omezovacích prostředků

Dopis anglické spisovatelky Joanne Rowlingové, autorky knížek o Harry Potterovi, o používání klecových lůžek v našich zařízeních, vyvolal v roce 2004 poměrně živou diskusi v médiích i odborném tisku. Domníváme se však, že používání klecových a síťových lůžek bylo pouze dílčím problémem, neboť problematika omezujících prostředků je daleko širší. Za zvláště zářezující jsem ve výše uvedené diskusi považovala skutečnost, že se mnohá pracoviště ať již ve zdravotnictví, či sociální péči snažila používání těchto omezovacích prostředků zdůvodnit, a to v péči o pacienty s gerontopsychiatrickou problematikou, zejména o pacienty s demencí. Jedním z „argumentů“ byl nedostatek personálu na těchto odděleních.

V závěru roku 2005 publikoval tým vedený Oyvindem Kirkevoldem¹¹⁸ výsledky studie provedené v norských ošetrovatelských domech. Tato studie prokázala, že omezovací prostředky jsou i tady používány příliš často, až ve 45 % u pacientů pobývajících na specializovaných jednotkách pro pacienty s demencí a u 37 % pacientů na jiných odděleních ošetrovatelských domů. V 63 % případů o omezení pacientů rozhodly zdravotní sestry a ve 20 % lékař. Pouze v 57 % případů bylo použití omezovacích prostředků řádně dokumentováno.¹¹⁹ Podíváme-li se však na spektrum omezovacích prostředků, které byly v této studii sledovány, vidíme, že se jednalo kromě používání mechanických omezovacích prostředků, za něž je považována jakákoli fixace na lůžku či v křesle, a to včetně používání postranic, také o používání elektronických dohlížecích systémů, nucení k lékařskému vyšetření nebo k aktivitám, které pacienti nechtějí vykonávat, anebo naopak v bránění v aktivitách, které vykonávat chtějí.

Také farmakoterapii je v této souvislosti třeba věnovat velkou pozornost. Každý lék s tlumivými účinky může být použit (zneužit) také jako omezující prostředek, v běžné praxi se jedná nejčastěji o neuroleptika. To je (či mělo by být) dostatečně známo. Méně známá je však skutečnost, že i způsobu podávání léků by měla být věnována dostatečná pozornost. Ve Velké Británii byla před 10 lety propuštěna zdravotní sestra, která podala pacientovi utišující lék „zamaskovaný“ v čaji. Také tento případ rozpoutal odbornou diskusi, která byla prezentována i na stránkách

118 Bondevik M.: *Tvaerfaglig geriatri*. Bogpriser. 2007.

119 Engedal K, Kirkevold O: *Skal, skal ikke*. www.aldringoghelse.no 5. 8. 2007.

British Medical Journal. V současné době se ustálil názor, že skrývání medikace, kterou pacient nechce přijmout obvyklým způsobem, do jídla nebo nápoje je špatnou praxí. Tato praxe dostala i svůj název „couvert medication“.

Z výše uvedeného vyplývá, že používání omezovacích prostředků je problematikou aktuální, problematikou, která vyžaduje odbornou a věcnou diskusi, nikoli uražené zdůvodňování nezdůvodnitelného.

Domníváme se, že v péči o pacienty s demencí je užitečným materiálem konsensus a doporučení Evropské asociace alzheimerovských společností Alzheimer Europe.¹²⁰

Výčet omezovacích prostředků není samozřejmě úplný ani v tomto materiálu. Chtěla bych připomenout například nadbytečné používání permanentních katetrů u hospitalizovaných geriatrických pacientů (zejména pacientek). Ve většině případů se jedná o nezdůvodnitelné použití permanentního katetru pro případ či jako „prevence“ inkontinence. Jedná se velmi často o špatnou ošetrovatelskou praxi, o postup, který inkontinenci ve svých důsledcích způsobí či zhorší. Dalším aspektem tohoto opatření je zbytečná fixace pacienta na lůžku.

Použití omezovacích prostředků je krajním řešením, které by mělo být vždy pečlivě zváženo a dokumentováno. V dobré praxi našich zařízení by mělo jít o řešení výjimečné.

V kontextu vývoje sociálních služeb a nové legislativy, která upravuje podmínky pro poskytování sociálních služeb (zejména se jedná o zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a prováděcí vyhlášku č. 505/2006 Sb.), je třeba diskutovat také možnosti používání omezovacích prostředků. Lze jen souhlasit s autory těchto norem a dalších prováděcích předpisů, že omezovací prostředky by v sociálních službách vůbec neměly být používány. Pokud zařízení poskytují služby lidem, kteří trpí onemocněním způsobujícím závažné poruchy chování, jak tomu může být v některých případech demence, není možné tyto služby považovat za služby sociální, ale za zdravotní či dlouhodobou péči (tedy péči na níž se podílejí také zdravotničtí profesionálové). Každý případ je třeba zvážet individuálně, v první řadě je třeba pátrat po příčinách problémového chování, které mohou být odstranitelné, nebo po možných změnách zdravotního stavu, které mohou tyto změny chování způsobit. To může zajistit jen kvalifikovaný zdravotnický personál. Teprve v případě, když byly vyčerpány veškeré možnosti, je možné použít, a to za zvýšeného dohledu a nepřetržitého sledování pacienta, určitých omezovacích prostředků.

Rozpoznání bolesti u nemocných s pokročilou demencí

Bolí vás něco? Kde vás to bolí?

Dvě jednoduché a důležité otázky. Pacienti s mírnou kognitivní poruchou či mírným stupněm demence na ně odpověď dají, avšak rozpoznat bolest u pacientů s pokročilou demencí není snadné.

Přitom až 80 % seniorů prožívá bolest, nejčastěji muskuloskeletárního původu (osteoartróza, osteoporóza, následky úrazů), dále bolesti neuropatické, onkologické a jiné.¹²¹

Dle mnoha světových studií zůstává bolest u části starých a nejstarších pacientů nerozpoznána a neléčena. Příkladem může být studie zahrnující 13 tisíc pacientů s onkologickým onemocněním v italských léčebnách typu LDN: 38 % pacientů starších 65 let uvádělo každodenní bolest, více než čtvrtina z nich však při každodenní bolesti nedostávala žádná analgetika.¹²² Největší riziko, že zůstanou bez léčby, je opakovaně zjišťováno u starších 85 let a právě u seniorů s demencí.¹²³

Neléčená bolest zásadně zhoršuje kvalitu života. Zároveň může být přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto. U křehkých pacientů s pokročilou demencí skrývá neléčená bolest ještě další riziko. Může totiž vést k poruchám chování a následnému nasazení psychofarmak. Tato souvislost je dobře vidět na příkladu pacienta s pokročilou Alzheimerovou nemocí a s bolestivou artrózou kyčelního kloubu. Pacient nedokáže o své bolesti mluvit, ale cítí ji a je mu nepříjemná. Je neklidný, může volat a naříkat či bloudit a projevovat se agresivně. Spíše než o spontánní agresivitu, která je ostatně dle zkušených ošetřovatelů a lékařů u těchto pacientů spíše vzácná, se častěji jedná o vystupňovaný odpor pacienta proti ošetřovatelským úkonům. Pacient nechápe,

121 Thomas M. R., Roy R.: *Age and Pain: a comparative study of younger and older elderly*. J Pain Manage 1988;1:174–179.

122 Bernabei R., Gambassi G., Lapane K., Landi F., Gatsonis C., Dunlop R., Lipsitz L., Steel K., Mor V.: *Management of pain in elderly patients with cancer*. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology JAMA. 1998 Jun 17;279(23):1877–82. PMID: 9634258.

123 Landi F., Onder G., Cesari M. et al.: *Pain management in frail community –living elderly patients*. Arch Intern Med 2001; 161(22): 2721–2724.

že mu ošetřovatel hýbe nohama proto, že je čas se převléknout, navíc převlékání zhoršuje jeho bolest. Jeho obrana je chápána jako agrese a následně jsou mu předepsána psychofarmaka, která jeho organismus zatěžují a přitom neřeší příčinu problému.

Velmi zajímavý je v této souvislosti výsledek studie M. Douzjiana a kolektivu.¹²⁴

Pacientům s pokročilou demencí a poruchami chování byla empiricky nasazena analgetika 1. stupně dle WHO. Následně byl zjištěn výrazný pokles výskytu poruch chování a bylo možno vysadit 75 % psychofarmak!

Jak tedy rozeznat bolest u člověka, který o ní pro pokročilou demenci nemůže mluvit?

Je třeba vnímat nonverbální signály bolesti. Zkušení ošetřovatelé podle nich obvykle dokáží dobře zachytit bolest akutní, obtížnější je poznání chronické bolesti. Podle těchto zkušeností se týmy kliniků a vědců pokoušejí sestavit škály, které by usnadnily rozpoznání bolesti a její intenzity u těchto pacientů a současně umožnily dobrou komunikaci členů ošetřovatelského týmu při řešení této bolesti.

Existuje mnoho škál k hodnocení bolesti u pacientů s pokročilou demencí.

Nejnovější mezinárodní studie¹²⁵ systematicky hodnotí 12 těchto škál: DOLOPLUS2; ECPA; ECS; Observational Pain Behavior Tool; CNPI; PACSLAC; PAINAD; PADE; RaPID; Abbey Pain Scale; NOPPAIN; Pain assessment scale for use with cognitively impaired adults. V souhrnu, všechny tyto škály jsou ještě ve vývoji, vykazují mírné psychometrické kvality a ke zhodnocení jejich kvalit a použitelnosti je třeba další výzkum. Při použití kritérií psychometrické kvality, senzitivity a klinické použitelnosti jsou jako nejlepší vyzvednuty čtyři z nich, které si blíže popíšeme.

DOLOPLUS-2¹²⁶

Škála vytvořena na podkladě Douleur Enfant Gustave Roussy, tedy škály určené pro malé děti, a ověřena na 500 účastnících multicentrické francouzské studie.

124 Douzjian M., Wilson C., Shultz M., Berger J., Tapino J., Blanton J. A.: *A program to use pain control medication to reduce psychotropic drug use in residents with difficult behavior*. Annals of Long-Term Care 1998; 6:174–179.

125 Zwakhalen S. M., Hamers J. P., Abu-Saad H. H., Berger M. P.: *Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools*. BMC Geriatr. 2006 Jan 27;6:3.

126 Wary B., collectif Doloplus. *Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur*. Soins Gérontologie. 1999;19:25–27.

Škála má tři domény:

1. somatické reakce (nářek, protektivní polohy, ochrana bolestivých oblastí, výraz, spánek)
2. psychomotorické reakce (aktivity denního života – mytí/oblékání, pohyblivost)
3. psychosociální reakce (komunikace, společenský život, poruchy chování). Každá z těchto 10 položek může být skórována od 0 do 3, skóre 5–30 indikuje bolest. Ke správnému vyplnění škály je třeba, aby vyplňující pacienta dobře znal, což omezuje použití škály například na akutních odděleních. Dle hodnocení přehledové studie Doloplus-2 spíše zachycuje vývoj bolesti v čase než bolest v konkrétním okamžiku.

Kromě francouzského originálu existuje anglická varianta, chybí však údaje, zda byl překlad ověřován či validizován. V norské studii¹²⁷, při použití ověřeného překladu do norštiny, byla psychosociální doména hodnocena jako nepřínosná, závěrem je doporučení k přehodnocení obsahu této škály.

ECPA (L'ÉCHELLE COMPORTEMENTALE POUR PERSONES AGÉES – ALIX ET AL.¹²⁸)

Také tato škála byla vytvořena na podkladě škály pro malé děti Douleur Enfant Gustave Roussy, existuje ve francouzské a německé verzi. Je složena z 11 položek ve třech dimenzích: známky bolesti před péčí, po péči a během aktivity. Celkové skóre 0–44. Příkladem může být položka „výraz obličeje“: 0 = uvolněný, 1 = zaujatý, 2 = občasná grimasy, 3 = vystrašený, zkřivený bolestí. Psychometrické kvality škály byly předběžně testovány u souboru pacientů z oddělení dlouhodobé péče. Ověření její klinické využitelnosti vyžaduje další výzkum.

PACSLAC – DOTAZNÍK PRO MĚŘENÍ BOLESTI PRO SENIORY S OMEZENOU SCHOPNOSTÍ KOMUNIKACE (FUCHS-LACELLE A HADJISTAVROPOULOS 2004)

Zatímco ostatní škály jsou částečně odvozeny ze škál pro jiné populace, položky této škály byly vytvořeny speciálně pro seniorskou populaci na základě rozhovorů s ošetřovateli. PACSLAC je jako jediná z výše jmenovaných škál primárně zaměřená na jemné změny chování. Její hlavní nevýhodou je délka: 60 položek ve 4 do-

127 Holen J. C., Saltvedt I., Fayers P., Bjornnes M., Stenseth G., Hval B., Filbet M., Loge J. H., Kaasa S.: The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliative Medicine* 2005; 19:411–417.

128 Morello R., Jean A., Alix M., Groupe Regates. *L'ÉCPA: une échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes. InfoKara*. 1998;51:22–29.

ménách (1. výraz obličeje, 2. aktivita a pohyby těla, 3. sociální doména, charakterové a náladové ukazatele, 4. fyziologické ukazatele, jídlo, spánek a vokalizace). Zatím byla zveřejněna validační studie se 40 účastníky, škála je ve vývoji.

Přesto ve srovnávací studii holandských variant škál PACSLAC, PAINAD a Doloplus-2 byla právě PACSLAC sestrami hodnocena jako klinicky nejužitečnější, ačkoli potřebuje přepracování.¹²⁹

PAINAD – MĚŘENÍ BOLESTI U POKROČILÉ DEMENCE (PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA)¹³⁰

Škála byla vytvořena na podkladě přehledu literatury, rozhovorů se zkušenými pečovateli a dvou starších stupnic: DS-DAT a FLACC. DS-DAT neboli Stupnice nepohodlí, je určena pro pacienty s pokročilou demencí. FLACC je škála bolesti pro malé děti.

PAINAD má 5 položek: dýchání, vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Každá z nich může být ohodnocena 0–2 body, výsledné skóre je tedy 0–10. Výhodou škály je stručnost a snadná použitelnost zaškoleným ošetřovatelem. V předběžném výzkumu škála vykazovala dobré psychometrické kvality a dobrou korelaci s jinými škálami (DS-DAT a vizuální analogová škála), výsledky však je třeba potvrdit ještě ověřením na větším souboru. Potvrdila se také citlivost škály ke změně stavu pacienta: po nasazení analgetik jsou zjišťována nižší skóre.

Proběhly studie s holandskou a německou variantou, škála PAINAD byla přeložena také do češtiny a ověřena zpětným překladem.¹³¹ Její plné znění uvádíme s laskavým svolením profesora L. Volicera. V současné době se tato škála jeví jako vhodná pro použití v praxi v českých podmínkách.

SOUHRN

Rozeznat bolest u pacientů s pokročilou demencí je těžké, je to však velmi důležité. Existuje mnoho škál k hodnocení bolesti u těchto pacientů, i ty nejkvalitnější z nich však potřebují ověření v dalším výzkumu. V praxi je v českých podmínkách možno použít český překlad škály PAINAD.

129 Zwakhalen S. M., Hamers J. P., Berger M. P.: *The psychometric quality and usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia*. Pain 2006

130 Warden V., Hurley A. C., Volicer L.: Development and Psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2003; 4:9–15.

131 Volicer L., Kršiak M.: *Rozeznání a měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí*. Bolest 2006; vol 1. s. 8–13.

Inkontinence

Inkontinence je jedním z projevů demence a přichází u některých pacientů relativně záhy, u některých až v pokročilých stádiích. V každém případě je však nutné, a to i u pacientů postižených demencí, pátrat po příčině inkontinence, konzultovat u žen gynekologa a u mužů urologa, provést kultivační vyšetření moči, protože právě infekce močových cest jsou jednou z častých a zbytečných příčin nejen inkontinence, ale i dalších komplikací. Toto vyšetření a eventuelní terapie (a také zvážení, zda inkontinenci nezhoršují některé z léků, které pacient užívá) musí být paralelní s managementem inkontinence u pacientů postižených demencí. Ten je nutný ovšem i tehdy, pokud nezjistíme urologickou či gynekologickou příčinu. Inkontinence moči je způsobena různými situacemi v průběhu demence a začíná zejména ve středně pokročilé fázi zatímco k inkontinenci stolice dochází později, zpravidla až ve fázi pokročilé demence.

Inkontinence (a v následujícím textu půjde zejména o inkontinenci moči) může mít u pacienta s demencí mnoho dalších příčin – často nemocný potřebu mikce nesprávně vyhodnotí, často zapomene, nenajde záchod, nedokáže se svléci, splete si místo mikce a podobně. Je proto důležité mít na vědomí, že inkontinence je u pacientů s demencí skutečně specifickým problémem. Její příčinou je podstata choroby, tedy porucha kognitivních funkcí, potažmo chování pacienta.). Také při nervozitě a neklidu (např. při očekávání rodinných příslušníků) je častější nucení na moč a naopak někdy bývá nucení na moč (či stolici) hlavní příčinou neklidu.

Proto je vždy důležité u pacientů s demencí vytvořit takový režim, aby k těmto „omylům“ docházelo co nejméně. Je zapotřebí dát i těmto funkcím v denním režimu pacienta určitý řád a pravidelnost tak, aby byly spojeny s aktivitami dalšími, pacient si na ně navykl, očekával je a byly mu příjemné. Režimová opatření, pravidelný a klidný denní rytmus jsou pro pacienty s demencí naprosto klíčové, to ukazují i přehledné studie zabývající se touto problematikou.

Cílem správné ošetrovatelské péče o pacienty postižené demencí je „keep continent“ udržet pacienta kontinentním, a to právě díky správnému léčebnému režimu včetně režimu mikčního, který je jeho integrální součástí tak, aby se vždy v cca 2hodinových intervalech i častěji mohl pacient vymočit. Tento režim minimalizuje spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci (které jsou sice pro tyto pacienty nesmírně důležité, ale představují pouze jakousi pojistku).

Ráno po probuzení – mikce co nejbližší lůžku pacienta (dle stavu a zvyklostí) pouze někteří pacienti (zejména pacientky) jsou ráno schopni dojít na WC. Proto je mnohdy účelné přistavit nádobu na moč, toaletní židli či mísu. Tyto pomůcky nejsou již mnohdy v průběhu dne potřeba a pacient je používá zejména v případě potřeby v noci či ráno. Pokud jsou zejména toaletní židle na pokoji pacientů po celý den, nesvědčí to o příliš kvalitní péči o pacienty s demencí.

PŘÍKLAD MIKČNÍHO REŽIMU

- Pravidelná mikce v individuálně stanovených intervalech (následující uvedeno jen jako příklad)
- Ranní hygiena a mikce (M), snídaně – toaleta (M a stolice) po snídani (cca 8.00)
- Dokončení ranní hygieny, oblékání, M před dopolední aktivitou, svačinou a eventuálně po ní (10.00)
- Pokračování ranní aktivity, příprava na oběd, M eventuálně před obědem a po něm (12.00)
- Odpolední odpočinek, M (14.00)
- Svačina, M (16.00)
- Odpolední aktivita, M před večeří (18.00)
- M před večerním programem (sledování zpráv, filmu...) či po něm 20.00
- M před spánkem 22.00
- Noc je možné/vhodné zajistit vložkou či plenou

Jaké musí být toalety pro pacienty s demencí

- ▶ velmi zřetelně označené (vhodnými symboly či nápisy, které jsou pro pacienty zcela zřetelné, například i vyobrazením mísy a podobně, barevně odlišené), nic v tomto případě není směšné, pokud to pacientovi pomáhá v orientaci
- ▶ dveře se dají snadno otevírat
- ▶ mísa je zvýšená
- ▶ dostatečně prostorné
- ▶ s madly na uchycení tak, aby na ně pacient z mísy dosáhl
- ▶ dostatečně osvětlené, vytopené, čisté, takové, aby se tu pacient cítil příjemně a nebránil se pobytu na toaletě¹³²

Proč je důležité zachovávat co nejvyšší míru kontinence u pacientů s demencí?

Mnozí z těchto pacientů si neuvědomují potřebu vymočit se včas a na správném místě, ale velmi nelibě nesou skutečnost, že se pomohou, berou to jako prohru, selhání, často se stydí a jsou v důsledku toho plačtiví, neklidní či agresivní.

132 Holmerová I.: *Jak založit a provozovat denní centrum pro osoby s demencí?* Česká alzheimerská společnost a Gerontologické centrum. Praha. 1998.

Proto bychom se k nim měli chovat co nejtaktněji i v případech, kdy se jim nepodaří situaci zvládnout. Nemohou za to, zloba či ostré slovo jenom vytvářejí bludný kruh strachu a úzkosti a ničemu nepomohou. To je třeba si uvědomit i v situacích našich nemocničních oddělení, kde jsou samozřejmě také pacienti s demencí ošetřováni, ale počet ošetřovatelského personálu tomu naprosto neodpovídá.

Demence s sebou inkontinenci přináší, ale díky našim znalostem a správnému managementu ji můžeme po dlouhou dobu úspěšně zvládat a oddálit. Moderní pomůcky pro inkontinenci nám v tomto úsilí nesmírně pomáhají.

S politováním je třeba konstatovat, že často vidáme u pacientů vyššího věku zbytečně zavedené permanentní katetry („z důvodu inkontinence“), které mnohdy můžeme považovat také za jeden z prostředků omezování. Často se nadbytečně používají také prostředky pro inkontinenci. Musíme konstatovat, že i tak sofistikované a dokonalé pomůcky, jako jsou právě pomůcky pro inkontinenci, mohou být a také někdy jsou zneužívány nikoli v zájmu dobré praxe, ale v rámci praxe nedobré. Občas se ještě setkáváme s tím, že nám rodina referuje o následujících „ošetřovatelských“ zásadách: *„Nechtějte v noci mísu, nemáme dostatek personálu, máte plenky, tak močte do nich.“* Tyto i jiné výše uvedené příklady jsou skutečně politováníhodné.

Pomůcky pro pacienty s inkontinencí bychom měli začít využívat co nejdříve, používat je diferencovaně s ohledem na individuálních pacientů. Jejich správným používáním bychom měli v maximální možné míře eliminovat používání permanentních katetrů zejména u pacientů postižených demencí, kdy nejsou de facto zapotřebí. Měli bychom jich mít dostatek garantovaný i tím, že je budeme využívat správně a nikoli nadbytečně tam, kde nejsou ještě zapotřebí.

Inkontinence stolice

Nucení na stolicí bývá častou příčinou neklidu, to bývá umocněno skutečností, že starší lidé trpí častěji zácpou.

Potom je třeba upravit složení stravy, zejména obohatit stravu dostatkem vlákniny, jejímž nejpřirozenějším zdrojem je ovoce a zelenina, obilniny a podobně. Pokud není možné odstranit zácpu úpravou diety, doporučujeme dodání vlákniny například ve formě otrub přidávaných do jogurtu a podobně, v praxi s těmito prostředky zpravidla vystačíme a není třeba používat laxativ, která mají časté nežádoucí účinky.

Důležitý je také dostatek pohybu.

Teprve pokud tato opatření nejsou účinná, je třeba konzultovat lékaře.

Inkontinence stolice u pacientů s demencí vzniká nejčastěji tím, že pacienti nejsou schopni adekvátně vyhodnotit pocit nucení na stolicí nebo nedokáží tuto základní sebeobslužnou aktivitu sami provést nebo signalizovat potřebu asistence.

Některá doporučení pro co nejdříve zachování kontinence u pacientů

- ☼ navyknout člověka s demencí na pravidelný režim vyprazdňování (cca po 2 hodinách), připomínat mu použití WC či ho tam dovést, aby případné používání inkontinenčních pomůcek bylo jen pojistkou
- ☼ nejméně hodinu před spaním mu již nedávat nic pít
- ☼ výrazné označení WC (velká písmena, obrázky), vchod přímo z hlavní místnosti
- ☼ když je člověk s demencí neklidný bez zjevné příčiny, může být důvodem neklidu nucení na moč nebo stolicí
- ☼ ponechat dostatek soukromí, výhodné jsou prostory toalet ve tvaru písmene L, kdy je pacient v jedné části a pečovatel ve druhé, aby mu v případě potřeby pomohl
- ☼ zajistit volné oblečení bez náročného zapínání a tím eliminovat strach z toho, že se po použití WC pacient nedokáže obléknout
- ☼ uložení pomůcek pro inkontinenci a náhradního oblečení jednotlivých pacientů takovým způsobem, aby bylo zajištěno jejich soukromí a diskretnost
- ☼ v žádném případě pacienty neplísnit za to, že se pomočili, uklidnit je s tím, že se to může stát každému, a zajistit dostatek soukromí při převlékání,
- ☼ využití vhodných pomůcek proti inkontinenci
- ☼ eliminovat zneužívání močových katetrů a pomůcek pro inkontinenci¹³³

Výživa pacientů s demencí

Demence je vysoce energeticky náročná choroba. I při zvýšeném příjmu potravin nemocní při rozvinuté nemoci hubnou až kachektizují. Je třeba zvýšit počet jídel. Nemocní snědí i velké porce, někdy až neuvěřitelné množství jídla. Mnozí mají velkou chuť na sladkosti.

Pokud i při velkém přísunu jídla začnou hubnout, osvědčilo se i podávání sippingu (viz dále).

PITNÝ REŽIM

Je nutné dbát na pitný režim. Nemocní nemají pocit žízně, tekutiny se musí stále nabízet. Sami se nenapijí, ani když mají hrneček na stole.

Správný režim přijímání stravy, krmení pacienta, vedení k základním návykům a stereotypům jsou často na okraji zájmu. Přesto právě jídlo a jeho příjem zůstávají jednou z posledních aktivit a prožitků, kontaktů se světem a zároveň životní nezbytností. Je proto třeba otázkám s tím souvisejícím věnovat dostatečnou pozornost v rámci léčení a ošetřování ale také v edukaci rodinných příslušníků.

Polykání

Poruchy polykání jsou u demence časté, přicházejí zejména ve fázi pokročilé demence. Jejich důsledkem je zhoršení nutričního stavu a mohou způsobit komplikace, z nichž nejzávažnější je aspirační pneumonie.

Polykání je mechanismem, který posouvá potravu z úst do jícnu a žaludku. Složitost tohoto mechanismu spočívá ve skutečnosti, že cesty vdechovaného a vydechovaného vzduchu a potravy jsou zčásti společné (dutina ústní, část hltanu) a definitivně je u zdravého člověka odděluje záklopka hrtanová – epiglotis. Tato záklopka nedovolí, aby se za normálních okolností dostala potrava či polykaná tekutina do dýchacích cest.

ORÁLNÍ FÁZE PŘÍPRAVY SOUSTA

Na zpracování jídla se podílí celá dutina ústní: zuby, jazyk, tváře – jejichž činnost vede k rozkousání potravy, smísení se slinami a dalšímu rozmělnění, takže se vytvoří jemné kašovitě sousto, které lze snadno spolknout. Jazyk si sousto ještě vytvaruje tak, aby se polykalo co nejnáze, i tekutinu shromáždí tak, že se ztvaruje do miskovité podoby a sousto i tekutinu posune směrem dozadu.

HLTANOVÁ FÁZE A POLYKACÍ REFLEX

Tím, že se sousto posune směrem k hltanu, je aktivován polykací reflex – uzavření epiglotis a mohutný, koordinovaný pohyb hltanového svalstva, který se navenek projeví i pohybem hrtanu, který je patrný vpředu na krku zejména při mírném záklonu hlavy. Jakmile sousto projde hltanem, hltanové svalstvo se opět uvolní a záklopka hltanová otevře vstup do hrtanu a ostatních dýchacích cest.

JÍCNOVÁ FÁZE

Jakmile se sousto či tekutina dostanou do jícnu, posouvají se již dále do žaludku samovolnými vlnovitými a koordinovanými pohyby (peristaltika), které navazují na pohyby hltanu

KAŠEL

Kašel je přirozeným obranným mechanismem, který je odpovědí na vstup cizího tělesa či tekutiny do dýchacích cest. Jedná se vlastně o za sebou jdoucí prudké výdechy, které ve většině případů vynesou z dýchacích cest to, co tam nepatří. Mechanismus kašle je také složitý a stejně jako polykání potřebuje nervovou kontrolu. Ta bývá často u pacientů s demencí poškozena.

ASPIRACE

Jedná se o situaci, kdy se část potravy, slin či tekutin z nějakého důvodu dostane níže do dýchacích cest, odkud ji již není zpravidla možné kašlem zcela odstranit. To může být velmi nebezpečné: masivní aspirace (často například zvratky v opilosti, kdy jsou také porušeny reflexní mechanismy) přímo ohrožuje život, udává se, že náhlá smrt při jídle je ve značném počtu případů způsobena právě aspirací, menší aspirace zejména opakované vedou k plicním zánětům.

PROBLÉMY S POLYKÁNÍM

Polykací problémy u pacientů s demencí mohou vznikat prakticky v každé z výše popsaných fází, často se kombinují. Při demencích se může zpomalit a zhoršit koordinace činnosti svalů potřebných pro polykání, ale i pro zpracování stravy. Polykací reflex může být zpžděný nebo nekompletní, může být také špatné následnost jednotlivých fází polykání.

JAKÉ JSOU NEJBĚŽNĚJŠÍ PROBLÉMY A POTÍŽE, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME

- pacient necítí stravu, kterou má v ústech, nebo se chová, jako by o ní nevěděl
- pokud má stravu v ústech, nic s ní nedělá, jen ji v ústech drží
- špatně stravu kouše a neposouvá ji v soustech dozadu směrem k hltanu
- vyplivuje či vystrkuje kousky stravy z úst
- jí naopak velmi rychle a dává si do úst příliš velká sousta
- jí nedostatečně, odmítá potravu, brzy s jídlem přestává, nechce dále jíst či pít
- povídá s plnou pusou, zapomíná polykat, kašle
- kašle, fouká do jídla nebo do pití
- stěžuje si, že se jídlo neposouvá dále, že zůstává v krku
- i po spolknutí sousta či doušku má vlhký „kloktavý“ hlas
- má potíže s polykáním tablet
- „kloktá“ tekutiny místo, aby je polykal
- má častý poslechový nálezn na plicích a časté záněty plic a průdušek

JAK MŮŽEME PODPOROVAT SPRÁVNÉ A BEZPEČNÉ PŘIJÍMÁNÍ STRAVY

Obecné zásady:

- pacient má při jídle sedět rovně, bradu má držet co nejnižše. (Když zakloníme hlavu, snáze se otevře epiglotis, proto, zejména při zpomaleném polykacím reflexu, se snáze vdechne potrava či tekutina)
- je potřeba malých doušků. Nejsnáze toho docílíme dětskou či čajovou lžičkou. Pokud pacient pije z hrnečku, je třeba jej kontrolovat a hrneček pomalu a přerušovaně naklánět. Je vhodné použít nádobu uzpůsobenou tak, aby pacient nemusel zaklánět hlavu. Proto jsou nevhodné některé lahvičky a nádoby, kdy musí sedící pacient příliš zaklánět hlavu.
- také sousta mají být malá
- je třeba střídat jídlo s pitím, aby se dutina ústní snáze uprázdnila
- podněcujte pacienta, aby správně a důkladně polykal, aby zkusil polknout po jedné lžici vždy dvakrát, abychom měli jistotu, že polkl dostatečně

- jestliže po polknutí zůstává stále jídlo v ústech, „podejme“ prázdnou lžičku, tak snáze vyprovokujeme další polknutí (i výše uvedené opakované polknutí)
- vedme pacienta k častému a pravidelnému polykání, zabraňme tak „kloktání“ tekutiny
- po skončení jídla zkontrolujeme dutinu ústní, abychom měli jistotu, že v ní nezůstaly zbytky jídla či tekutiny, které by pacient mohl aspirovat

ZMĚNY DIETY

Nejsnáze se polyká kašovitá strava, jejíž hustota je individuálně přizpůsobena.

Nejhůře se polyká následující strava:

- tekutiny s kousky stravy – např. kousky masa či tužší zeleniny v polévce, vločky v mléce, kousky brambor v řídké polévce atd.
- potraviny houževnaté konzistence – zelí, slanina, tuhé maso s dlouhými vlákny atd.
- jemné lístky – salát
- drobné a tuhé kousky – oříšky, kukuřice, ale i hrášek, čočka, fazole, sója...

Také tablety je třeba mnohdy drtit či dávat přednost tekuté formě

Kromě běžné úpravy stravy – umletí, rozmačkání vidličkou, uvaření doměkka atd. je možno použít i jiné prostředky, za pozornost stojí zvláště u potíží s polykáním tekutin možnost změnit konzistenci tekutin na konzistenci jogurtu či kaše. K tomu je možno použít různé přípravky, které dodávají potravinářské i farmaceutické firmy. Záleží potom na nás i pacientovi, bude-li s přípravkem spokojený i po chuťové stránce.

Jednotlivé nefarmakologické přístupy

Alzheimerova choroba a jiné demence vyžadují celostní a multidisciplinární přístup zřejmě ještě více než jiná významná onemocnění. Důležitou součástí v managementu demencí jsou nefarmakologické přístupy, podpora pečujících rodin a organizační opatření.¹³⁴

Zkoumání nefarmakologických přístupů k pacientům s demencí a jejich rodinným pečujícím nemá tak dlouhou tradici a historii jako vědecké zkoumání farmakologických přístupů. Vědci jaksi samozřejmě vždy předpokládali, že kromě farmakoterapie je užitečná aktivizace, vlídnost, úprava prostředí a další postupy, se kterými má zkušenosti zejména ošetřující personál. Tyto postupy byly tradičně považovány za účelné a užitečné nikoli však příliš příslušné pro další vědecká zkoumání. Zejména v posledních dvou desetiletích se objevují práce, které zkoumají nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí a k jejich rodinným příslušníkům, takže v současné době jsou k dispozici již přehledy a metaanalýzy těchto studií.

Ani ty však u mnoha metod a v mnoha aspektech nepřinášejí zcela jednoznačné závěry o účinnosti nefarmakologických metod. Je tomu tak z důvodu metodologických: většina nefarmakologických přístupů v managementu demencí je uchopitelná spíše kvalitativními metodami, zatímco medicína založená na důkazech vyžaduje výsledky kvantitativní, a to zejména výsledky randomizovaných kontrolovaných studií, které jsou u mnoha nefarmakologických metod jen velmi obtížně proveditelné. Dochází tak k paradoxní situaci, kdy dílčí výsledky některých metod hovoří vcelku přijatelné vědecké důkazy, které jsou však poněkud v rozporu se zkušenostmi z každodenní praxe (orientace realitou), zatímco pro některé metody, které se staly součástí dobré praxe a s úspěchem jsou v péči využívány, zatím neexistuje dostatek vědeckých důkazů (validace). Domníváme se, že nefarmakologické metody se v současné době nacházejí ve své historické době, kdy (obdobně jako na úsvitu jednotlivých oborů medicíny) je třeba nejprve veškeré aspekty prozkoumat, analyzovat a popsat tak, jak kdysi

134 Doody R. S., Stevens J. C. et al: *Practice parameter: Management of dementia* (an evidence-based review). *Neurology* 2001, 56. 1154–1166.

zkoumali klinické symptomatologii a přístupy k novým nosologickým jednotkám, a teprve následně bude možné úspěšné kvantitativní zkoumání těchto metod.

Složitost a nejednoznačnost celé problematiky a současného stavu jejího poznání zvyrazňují ještě metodologické požadavky, které jsou v běžné v medicínském výzkumu, ale mnohdy je velmi problematické, aplikovat je ve výzkumu behaviorálním, kam tato problematika bezesporu patří. Zdůrazňování potřeby randomizovaných kontrolovaných studií některé přístupy a metody do značné míry diskvalifikuje. Obecně panuje shoda v tom, že je třeba najít metody výzkumu, které budou vhodným kompromisem a průnikem požadavků. Pro některé metody neexistuje dostatek důkazů (zejména typu randomizovaných kontrolovaných studií), které by respektoval medicínský svět. Pro některé metody naopak tyto důkazy existují, ale v některých případech budí spíše rozpaky.¹³⁵

Pro potvrzení účinnosti některých z těchto metod již dostatek vědeckých důkazů existuje, jedná se zejména o zlepšení soběstačnosti přiměřenou asistencí a pozitivní motivaci k sebeobslužným činnostem. Dále byla prokázána účinnost mikčních režimů v managementu inkontinence. Modifikovaná ergoterapie, multisenzorická aktivizace a specifické aktivizační programy se ukazují být u pacientů s demencí účinnější než klasicky pojatá ergoterapeutická, fyzioterapeutická či logopedická péče, a to jak s ohledem na kognici, tak na emoční i funkční stav. Muzikoterapie je naopak účinná při zvládání problémového chování a redukuje agresivitu a agitaci u některých pacientů. Některé vědecké důkazy hovoří také pro významnost přizpůsobení prostředí i denního režimu potřebám pacientů s demencí.

Jedním z klíčových a nejvíce respektovaných materiálů, který podal přehled a na základě vědeckých důkazů zvážil jednotlivé přístupy v managementu demencí, je materiál Americké neurologické asociace, který se zabývá jak farmakologickými, tak nefarmakologickými metodami. Zatímco pro většinu léků (kromě kognitiv a vitamínu E) vyznívá tento přehled velmi problematicky, naopak pro mnohé překvapivě se tu potvrzuje účinnost některých nefarmakologických přístupů k pacientům postiženým demencí a podpůrných programů pro rodinné pečující.

Z výše uvedených výsledků vycházejí závěry a doporučení Americké neurologické asociace pro praxi¹³⁶

135 Douglas S., James I., Ballard C.: *Non-pharmacological interventions in dementia*, Advances in Psychiatric Treatment 10. The Royal College of Psychiatrists. London. 2004. 171–177.

136 Doody R. S., Stevens J. C. et al: Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). *Neurology* 2001, 56. 1154–1166.

OVLIVNĚNÍ FUNKČNÍHO STAVU

V managementu pacientů s inkontinencí je vhodné používat individuální mikční režim.

Přiměřená asistence, vedení a pozitivní motivace k sebeobslužným činnostem vede ke zlepšení funkčního stavu a soběstačnosti a měla by být součástí péče o pacienty s demencí.

Přiměřené osvětlení, hudba a stimulující zvuky přirozeného prostředí mohou být užitečné zejména v době jídla, multisenzorická stimulace a trénink mohou zlepšit soběstačnost.

ZVLÁDÁNÍ PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ

Problémové chování lze u pacientů s demencí snáze zvládat pomocí vhodně zvolené hudby (například při jídle či koupání) a vhodnými formami mírné fyzické zátěže včetně procházek.

Lze akceptovat předpoklady, že také následující přístupy k pacientům s demencí, pakliže jsou dobře zvoleny a citlivě aplikovány, mohou zmírnit některé behaviorální a psychologické symptomy demence:

- simulated presence, SimPres – simulovaná přítomnost rodinného příslušníka pomocí video- nebo audiozáznamu v situacích, kdy si pacient přeje být v přítomnosti rodinného pečujícího a není to možné například z důvodu pobytu v instituci
- masáže
- komprehenzivní programy psychosociální péče, režimová opatření
- pet terapie
- dílčí pokyny, verbální i nonverbální komunikace taková, aby odpovídala momentální úrovni pacientových schopností
- přiměřené osvětlení, přiměřená hladina zvuku
- kognitivní rehabilitace

PROSTŘEDÍ PRO PÉČI

Přestože v této oblasti neexistuje dostatek vědeckých důkazů, následující organizační opatření jsou považována za užitečná pro pacienty s demencí

- jednotky specializované péče v rámci rezidenčních zařízení
- malá zařízení domácího typu, jakožto protipól tradičnímu modelu ošetrovatelských domů

- krátkodobé pobyty na lůžku (1 až 3 týdny) jakožto součást plánu péče
- architektonické úpravy prostředí: zde je zdůrazňována zejména potřeba podobnosti domácímu prostředí a nutnost funkčně uspořádat hygienická zařízení, aby byla péče co nejnazší

EDUKAČNÍ A PODPŮRNÉ PROGRAMY PRO PEČUJÍCÍ

V přehledu se uvádí, že zejména dlouhodobé programy edukace a podpory pečujících zcela prokazatelně oddalují institucionalizaci (o 12 až 24 měsíců). Poradenství, svépomocné skupiny pro pečující oddalují institucionalizaci pacienta v průměru o jeden rok.¹³⁷ Obdobně je doloženo výsledky studií, že i krátkodobé programy pro pečující zlepšují jejich kvalitu života a spokojenost. Edukační programy pro profesionální pečující zlepšují kvalitu péče, což se mimo jiné významně projevuje sníženým užíváním omezujících prostředků, zejména neuroleptik.

Z těchto výsledků vycházejí doporučení Americké neurologické asociace pro praxi:

1. Krátkodobé edukační programy, programy respitní péče, telefonické pomoci pro rodinné příslušníky a denní centra pro pacienty bychom měli vytvářet zejména s cílem zlepši kvalitu života rodinných pečujících
2. Měli bychom vytvářet dlouhodobé edukační a podpůrné programy pro rodinné příslušníky a organizovat pro ně svépomocné skupiny s cílem co nejvíce prodloužit setrvání pacienta v domácím prostředí a oddálit institucionalizaci
3. Edukační programy pro personál ošetrovatelských zařízení by měly vést mimo jiné k redukcí použití omezovacích prostředků včetně neuroleptik

V současné době probíhá mnoho studií, které se zabývají nefarmakologickými metodami a přístupy u pacientů s demencí, jejich výsledky se postupně shromažďují a postupně vzniká dostatek vědeckých dat (evidence) potvrzujících jejich účinnost.

Rozdělení nefarmakologických přístupů

Nefarmakologické přístupy v managementu demencí lze rozdělit na následující skupiny, dle toho, na který problémový okruh jsou zaměřeny:¹³⁸

- 1) podpora pacienta a jeho blízkých v úvodní fázi onemocnění, poskytnutí informací
- 2) zachování či zlepšení kognitivních funkcí
- 3) zachování či zlepšení soběstačnosti v aktivitách denního života

137 Brodaty H., Green Al, Koschera A.: Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia, *Journal of American Geriatric Society* 51, 1–8, 2003.

138 Doody R. S., Stevens J. C. et al: Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). *Neurology* 2001, 56. 1154–1166.

- 4) zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků demence (BPSD)
- 5) celostní přístupy zaměřené na zlepšení kvality života pacientů s demencí a zlepšení komunikace mezi pacientem a ošetřujícím
- 6) zlepšení kvality života pacientů v terminálních fázích demence
- 7) podpora pečujících rodin
- 8) adaptace prostředí pro pacienty s demencí
- 9) organizační opatření, systém péče a služeb

Toto členění je samozřejmě určitým schématem, které nemůže být přesné vzhledem ke komplexnosti jednotlivých metod. Jednotlivé metody, pokud mají být úspěšné, se nemohou zaměřit pouze na jeden dílčí problém (například kognici nebo poruchy chování), aniž by přitom řešili a ovlivňovaly například komunikaci, kvalitu života pacienta. Toto rozdělení nám slouží spíše k určité hrubé orientaci a k pokusu o utřídění jednotlivých metod ve více či méně logické celky.¹³⁹ V tomto sledu budeme jednotlivé metody stručně charakterizovat. Vzhledem k tomu, že všechny metody nelze podle tohoto schématu zařadit, to se týká zejména komplexních terapeutických přístupů, které popíšeme v další části podrobněji.

1. VČASNÁ DIAGNÓZA A PODPORA PACIENTA V ÚVODNÍ FÁZI ONEMOCNĚNÍ, POSKYTNUTÍ INFORMACÍ A NAVÁZÁNÍ KONTAKTU

Včasná a správná diagnóza Alzheimerovy choroby či jiného onemocnění vedoucího k demenci je základním a nezbytným předpokladem pro zahájení včasné a účinné farmakologické terapie a zachování uspokojivého funkčního stavu. Bohužel je zatím obecně známou skutečností, že od prvních příznaků demence uplyne mnoho měsíců, než se pacient rozhodne vyhledat lékařskou pomoc. Více než polovina pacientů vyhledává lékaře až ve fázi pokročilé demence.¹⁴⁰ To je skutečnost, kterou je třeba zlepšit důslednou edukací a informováním laické i odborné veřejnosti. Lékař, který stanovuje diagnózu Alzheimerovy choroby, by měl pacientovi a jeho rodině vždy dát kontakt na nejbližší kontaktní místo alzheimerovské společnosti, na webové stránky a informační linku. Tam mohou získat pacienti a rodinní příslušníci další informace, které potřebují, aby se s nastávající situací mohli lépe vyrovnat. Měli by se také dozvědět o dalších formách pomoci a podpory pečujících, které jim mohou alzheimerovské společnosti nabídnout v dalším průběhu onemocnění.¹⁴¹

139 Holmerová I., Janečková H., Vaňková H., Veleta P.: Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*. 4/2005, str. 180–184.

140 Holmerová I.: *Sociální a demografické aspekty demencí*. In: Růžička et al: Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Praha: Galén, 2003. s 145–155.

141 Holmerová I., Rokosová M., Vaňková H.: Kvalita péče o pacienty s demencí aneb co potřebují pacienti a jejich rodinní příslušníci. *Česká geriatrická revue* 4(2) 2006. str. 77–83.

2. ZACHOVÁNÍ ČI ZLEPŠENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Kognitivní rehabilitace a cvičení paměti

Cvičení paměti má velký význam u zdravých seniorů. U pacientů s demencí používáme přístup, který využívá obdobných technik jako cvičení paměti, je však výrazně šetrnější. Nazýváme jej kognitivní rehabilitací. Jedná se o různé, zpravidla zjednodušené a nesoutěživé slovní hry, doplňování říkanek, doplňování slov dle první slabiky, skládání obrazců, zjednodušené „pexeso“ a podobně.

Reminiscenční terapie

Tato metoda využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Je vhodná samozřejmě také pro zdravé seniory, kde má preventivní a aktivizační význam, ale zejména důležitá je pro pacienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale často si velmi dobře (až překvapivě dobře) vybavují události dávno minulé.

Orientace v realitě

Orientace v realitě se uskutečňuje buď jako individuální, nebo skupinová intervence. Začíná se zmapováním, zjištěním stupně orientovanosti pacientů, diskusí a upřesněním, dále následují různé hry zaměřující kognitivní funkce, klade se důraz na zapojení všech smyslů, využívají se různé předměty, obrázky, v diskusi se upřesňuje jejich tvar, barva, možnost použití a podobně. Jednotlivé prvky orientace v realitě jsou součástí komplexního přístupu k pacientům s demencí. Jedná se o názorná a barevná označení prostor a místností, různé „náповědy“ (dnešní datum na viditelném místě, velký hodinový ciferník, informace o ročním období a podobně). Orientace v realitě je jedním z nejstarších nefarmakologických přístupů k demenci a jedním z mála, jehož efektivnost na zlepšení kognitivních funkcí potvrzují vědecké důkazy (5). Velmi rozdílné jsou však klinické zkušenosti, které zcela ve shodě hovoří o tom, že orientace realitou je v některých případech užitečným nástrojem (jakožto součást celkového přístupu), někdy však (zejména při intenzivnější aplikaci ve skupině) může zhoršovat behaviorální i psychologické příznaky, provokovat agresivitu, agitovanost a úzkost, zejména v případech, kdy je necitlivě aplikována.

3. ZACHOVÁNÍ ČI ZLEPŠENÍ SOBĚSTAČNOSTI V AKTIVITÁCH DENNÍHO ŽIVOTA

Vedení k soběstačnosti

Důležitou zásadou v péči o pacienta postiženého demencí je vedení k soběstačnosti. Všichni pečující by měli být dostatečně kvalifikovaní a trpěliví, aby postupnými kroky, návody a dopomocí vedli pacienty k tomu, aby sami vykonávali jednotlivé sebeobslužné činnosti. Tento přístup je třeba podporovat zejména při péči v institucích a informovat o něm i rodinné příslušníky a okolí, aby nebyl považován za neochotu ošetřujícího personálu pacienta obsloužit (což se relativně často stává), ale za naopak důležitý prvek péče a vedení k soběstačnosti. Samozřejmě i tento přístup musí být aplikován citlivě se znalostí stavu a možností pacienta, nelze vyčkávat, až pacient vykoná činnost, které již není schopen. Vedení k soběstačnosti byla věnována relativně značná pozornost, pro některé přístupy (management kontinence) hovoří i dostatek vědeckých důkazů.

Lifestyle approach

Jedná se o „návod k pacientovi“, o vzájemné sdělení mezi pečujícími, jaký je jeho denní režim, v kolik hodin je zvyklý vstávat, jak se obléká a v čem potřebuje pomoci, jak provádí toaletu a co je schopen učinit sám, v čem potřebuje dopomoc, zda a jak sám jí, zda je schopen použít příboru, zda jí lžící nebo již jen rukou. Na první pohled se jedná o drobnosti, které nejsou zdravotnická zařízení zvyklá respektovat. To je ovšem v péči o pacienty s demencí velkou chybou. Pokud ošetřující personál respektuje dlouhodobé zvyklosti a rituály, které pečující v dlouhodobé péči o pacienta vytvořili, usnadní si tím v mnohém péči. Pokud je nerespektuje, což je v běžném provozu našich nemocnic spíše obvyklé, dochází často k neklidu, agresivitě, bloudění a dalším situacím, které v důsledku vedou ke zhoršení stavu pacienta také vlivem iatrogenního zásahu (farmakologického či fyzického omezení). Na základě naší praxe můžeme potvrdit, že zkušenosti rodinných pečujících jsou cennou pomůckou pro naši péči a nikoli komplikací, jak by se z prvního pohledu na „pokyny“ mohlo zdát¹⁴².

4. ZMÍRNĚNÍ ČI ODSTRANĚNÍ PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ A PSYCHOLOGICKÝCH PŘÍZNAKŮ DEMENCE (BPSD)

Systematická edukace a odborné vedení profesionálních pečujících

Mezi nejčastější otázky ze seminářů o nefarmakologických přístupech k pacientům s demencí patří ty, které se ptají na zvládání problémového chování, zejmé-

142 Holmerová I., Janečková H., Vaňková H., Veleta P.: Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. *Interní medicína pro praxi*, ročník 7, 2005, č. 10, str. 449–453.

na agitace a agresivity pacientů. Odpovědi na tyto otázky nejsou snadné a jednoznačné, proto byly vypracovány programy zvládnání problémového chování, které se mohou více či méně lišit. Většinou se však jedná o systematické vedení pracovníků pečujících o pacienty s demencí k tomu, aby analyzovali problémové chování ve všech souvislostech, které by je mohly vyvolávat či zhoršovat, a aby se snažili svůj přístup k pacientům s demencí těmto poznatkům přizpůsobit tak, aby se problémové chování minimalizovalo. Zvláštní důraz je kladen na zjišťování potřeb pacientů. Například potřeba mikce, chronická zácpa, nechuť k vykonávání určité činnosti, hlad a podobně mohou být u pacienta s demencí vyjádřeny nekliedem, protože je pacient neumí vyjádřit verbálně.

Videotrénink interakcí, metoda Marthe Meo

Cílem těchto podpůrných metod je zlepšení přístupu k pacientům postiženým demencí. Jedná se o pořizování videozáznamů z péče o pacienty s demencí, analýzu těchto záznamů společně s pečujícími, diskusi ve skupině a snahu nalézat optimální přístupy práce s jednotlivými klienty a zlepšit postup v případech, kde je to třeba.

Simulated Presence (SimPres)

Tato metoda se snaží zmírnit problémové chování simulací blízké osoby nebo známého prostředí. Například pacient s demencí, který je přijat do nějakého zařízení, může stále hledat své rodinné příslušníky, svůj domov, což může způsobovat agitovanost až agresivitu. U některých pacientů se osvědčilo opakované přehrávání videozáznamu či audiozáznamu se sdělením rodinného příslušníka, které pacienta uklidňuje, ujišťuje jej o pozitivním vztahu. Někdy pomáhají i videozáznamy se záběry z rodinného prostředí, bytu pacienta, blízkých rodinných příslušníků při běžných denních činnostech a podobně.

Předvídatelnost, pravidelnost a strukturovanost denního režimu

Tyto aspekty představují důležitou součást péče o pacienta s demencí. Pro pacienta a s pacientem je třeba vytvořit takový denní rytmus, který bude co nejvíce odpovídat jeho možnostem, zájmům a potřebám. Pacient by stále měl mít pocit, že je užitečný, že činnosti, které vykonává, mají smysl. Mělo by se jednat o činnosti, které odpovídají jeho schopnostem, nejsou příliš náročné ani nudné. Mnoho nepříjemných situací a problémového chování vzniká v některých zařízeních právě proto, že pacienti nemohou vykonávat vhodné činnosti.¹⁴³

143 Holmerová J., Janečková H., Vaňková H., Veleta P.: Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. *Interní medicína pro praxi*, ročník 7, 2005, č. 10. str. 449–453.

5. CELOSTNÍ PŘÍSTUPY ZAMĚŘENÉ NA ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ S DEMENCÍ A ZLEPŠENÍ KOMUNIKACE MEZI PACIENTEM A OŠETŘUJÍCÍM

Mnozí z autorů se zabývají touto problematikou, která je nesmírně obsáhlá. Prakticky veškeré metody kladou důraz na nonverbální komunikaci, přiměřené podněty pro všechny smysly, taktilitu, laskavost, zdůrazňování individuálního přístupu k pacientovi i na skutečnost, že pacient vnímá daleko více, než se může terapeutovi zdát. Metody komunikace je třeba přizpůsobit právě pacientově změněné schopnosti přijímat a zpracovávat informace. Je třeba posilovat ty schopnosti a dovednosti, které pacientovi zůstaly zachovány, nikoli marnit síly snahou naučit něco, co je již nenávratně ztraceno. Podle různých autorů a jejich původního profesionálního zaměření a podle jednotlivých škol se tyto zásady seskupují v jednotlivé terapeutické přístupy. Přestože výše uvedené zásady jsou v podstatě nezpochybnitelné, jednotlivé metody a techniky budou vyžadovat ještě další zkoumání a vědecké důkazy.

Validace

Validační terapie je jedním z prvních specifických přístupů k pacientům postiženým demencí. Tento přístup byl koncipován Naomi Feilovou a získal si velkou pozornost již v 80. letech. Stále je považován v práci s pacienty postiženými demencí za přínosný a užitečný. Důraz je tu kladen na zachování a posílení lidské důstojnosti pacienta, přijetí jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. Terapeut citlivě pracuje s původním tématem pacienta („*nikdy neříká ne*“) a postupnými kroky vede pacienta žádoucím směrem. Také validace může probíhat v jednotlivých sezeních, pacienti vyprávějí, zvolí svá témata, která se společně rozvádějí, hrají své role, nabízejí možná řešení. Zejména je však validace využívána jako součást komplexní péče o pacienty postižené demencí. Právě přijetí tématu pacienta a postupná práce s ním (nikoli přímá korekce nesprávného postoje) je základním východiskem validace. Například: pacient se nechce zúčastnit zaměstnání, protože chce jet za bráchou. Terapeut říká: „*Ano, pojedeme spolu, kam budete chtít, ale potřebuji tu jen něco dokončit, pojďte mi s tím pomoci, potom spolu pojedeme*“ – mezitím se pacient uklidňuje, s odpovědí je spokojen a věnuje se jinému tématu. Přímé odmítnutí jeho tématu („*bratr už 10 let nežije*“) by v tomto případě vedlo k neklidu a agresivitě.

Na našem pracovišti používáme validaci zejména v těch případech, kdy by snaha o korekci postoje či o orientaci v realitě mohla hrozit zhoršením stavu, neklidem a agresivitou.

Z metodologického pohledu je zajímavé, že pro tuto v praxi oblíbenou, užitečnou, zcela zřejmě přínosnou a potřebnou metodu nebylo dosud předloženo dosti vědeckých důkazů pocházejících z dobře designovaných studií.

Preterapie

Jedná se o metodu, která je v mnohém velmi obdobná validaci. Tato metoda vychází z tradic humanistické psychologie a jejím autorem je G. Prouty, přímý žák C. Rogerse. (14).

Habilitační terapie/Neohabilitace

Také tyto metody vycházejí z respektování důstojnosti a potřeb člověka s demencí. Habilitační terapie definuje jednotlivé domény, na které je třeba se zaměřit v péči o pacienty s demencí. Jedná se o prostředí, které co nejlépe odpovídá potřebám pacientů s demencí, strukturované aktivity, důraz na uspokojení z činnosti, optimální komunikaci s výraznou nonverbální složkou, dostatek stimulace a podpora neproblémového chování.

Stimulační a aktivizační metody

Jedná se o využití rozličných, obecně známých, u jiných skupin pacientů používaných metod k naplnění denního programu pacientů s demencí a také ke zvládnutí určitých problémových situací. Tyto metody jsou považovány obecně za přínosné, což je podloženo také vědeckými důkazy například u muzikoterapie a pohybové terapie. Sami v praxi denního centra pro pacienty postižené demencí využíváme jednoduché formy pohybové i taneční terapie, které jsou přizpůsobeny možnostem přítomných pacientů. Vděčné je i využití mazlíčka v rámci pet terapie (kočka, želva a podobně). Malování, kreslení, vytváření různých objektů, mozaiky, drobných plastik a podobně zahrnujeme spíše pod pojem arteterapie. Také tuto terapii používáme a považujeme za vhodnou pro pacienty s demencí.

Do této skupiny patří kromě výše uvedených i další komplexní přístupy, kterými se budeme zabývat samostatně v další, praktické části.

6. ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ V TERMINÁLNÍCH FÁZÍCH DEMENCE

Alzheimerova choroba a jiné demence postupně progredují do terminální fáze, do fáze, kdy pacienti potřebují náročnou ošetrovatelskou péči. Tato péče má svá specifika, která jsou zohledněna v některých metodách:

Maieutický přístup – empatické ošetrovatelství

Jedná se o rozvíjení schopnosti ošetrovatelského personálu pracovat s prožitkem, empatií a citlivou interakcí s lidmi v terminálních stádiích demence. Pečovatelé se učí uvědomit si reakce, které jsou ve své podstatě intuitivní, pracovat s energií a vztahem. Učí se také překonávat pocit bezmoci při práci s těmito lidmi. Učí se navázat kontakt přes veškerá omezení, která demence přináší.

Paliativní péče v terminálních fázích demence

Demence není považována za diagnózu indikující pobyt v hospicu. Nicméně potřebu paliativní péče o pacienty v terminálních stádiích demence nelze zpochybnit. Je smutnou pravdou, že principy paliativní péče dosud aplikujeme v péči o pacienty s demencí naprosto nedostatečně. Na jedné straně těmto pacientům nezajišťujeme dostatečný komfort, na druhé straně připouštíme invazivní postupy (například výživu do perkutánní endoskopické gastrostomie – PEG), které pouze prodlužují život, aniž by zlepšily jeho kvalitu danou progresí onemocnění.

Namaste

Tato metoda je jednou z dalších metod přístupu k pacientům v terminálních stádiích demence.¹⁴⁴

7. PODPORA PEČUJÍCÍCH RODIN

Poradenství, svépomocné skupiny a edukační programy pro pečující prokazatelně oddalují institucionalizaci pacienta.¹⁴⁵ Zejména dlouhodobé programy edukace a podpory pečujících zcela prokazatelně oddalují institucionalizaci (o 1 až 2 roky). Obdobně je doloženo výsledky studií, že i krátkodobé programy pro pečující zlepšují kvalitu života a spokojenost jak rodinných příslušníků, tak pacientů postižených demencí.¹⁴⁶ Proto se vyplácí věnovat pozornost rodinným příslušníkům a spolupracovat s nimi v péči o pacienta s demencí, poskytovat jim poradenství, pomoc, podporu a podle potřeby respitní péči. Problematikou podpory pečujících rodin se zabývá Česká alzheimerovská společnost (ČALS)¹⁴⁷ prostřednictvím svých aktivit.¹⁴⁸

144 Simard J.: Namaste, Giving Life to the End of Life. *Alzheimer's Care Quarterly*. January/March 2005.

145 Holmerová I.: Problematika pečujících rodin, možnosti pomoci a podpory. *Česká geriatrická revue* 2/2003. s. 33–37.

146 Brodaty H.: Brief Report: Making Memories: pilot evaluation of a new program for people with dementia and their caregivers. *Australasian Journal on Ageing*, vol 23, No3, September 2004. 144–146.

147 www.alzheimer.cz

148 Holmerová I., Jarolímová E., Jurašková B., Rokosová M., Veleta P.: Kvalita péče o pacienty s demencí: role a cíle alzheimerovských společností. *Česká geriatrická revue* 1/2004. str. 44–48.

Kontaktní a informační centrum, které se nachází v prostorách Gerontologického centra v Praze 8-Kobylisích, Šimůnkova 1600, lze navštívit nebo zavolat na jeho telefonní linku 283 880 346, a to po 12 hodin denně: od 8.00 do 20.00, včetně svátků, sobot a nedělí.

- ☛ **ČALS spolupracuje s dalšími 30 kontaktními místy**, zpravidla v zařízeních, která poskytují služby pacientům s demencí. V současné době probíhá projekt, jehož výstupem bude **certifikace jednotlivých zařízení, aby se mohla označovat označením „Vážka“** a certifikátem kvality ČALS.
- ☛ **Informační materiály.** Jedná se zejména o „dopisy“, na nichž jsou uvedeny základní informace o určitém problému, který se nemocného týká. Dále vydává ČALS příručky a brožurky dle požadavků pacientů, jejich rodin a potřeb poboček ČALS.
- ☛ **Informační zázemí.** Česká alzheimerovská společnost si vytvořila vlastní databázi služeb pro pacienty postižené demencí,¹⁴⁹ kterou využívá kontaktní a informační centrum. Dále disponuje knihovnou obsahující literaturu o této problematice i praktické videokazety.
- ☛ **Informace na internetu.** Webová stránka ČALS je umístěna na internetové adrese: www.alzheimer.cz a na stránce www.gerontologie.cz najdete informace o službách.
- ☛ **Konzultace:** Poskytují dle potřeby lékaři a sociální pracovníci.
- ☛ **Svépomocné skupiny** – „Čaje o páté“. Zúčastňují se jich rodinní příslušníci pacientů postižených demencí a za šetrné koordinace pracovníkem ČALS si vyměňují své zkušenosti (viz další informační materiály).
- ☛ **Respitní péče** umožňuje, aby spolupracovníci ČALS převzali na několik hodin týdně péči o pacienta postiženého demencí. Zůstanou s ním doma, takže rodinný příslušník si může na několik hodin odpočinout.
- ☛ Projekt **„Bezpečný návrat“** slouží těm rodinám, jejichž rodinný příslušník odchází z domu, ztrácí se a bloudí (viz další informační materiály).
- ☛ **E-poradna.** Mnoho rodin a pečovatелů se na nás obrací s žádostí o písemnou radu a svěruje se nám se svými problémy. Toto poradenství probíhá prostřednictvím webové stránky ČALS.¹⁵⁰
- ☛ **Edukační akce.** Česká alzheimerovská společnost organizuje semináře a školení pro své spolupracovníky i pro širší veřejnost i školení pro týmy specializující se na péči o pacienty postižené demencí.

149 www.gerontologie.cz

150 www.alzheimer.cz

8. ADAPTACE PROSTŘEDÍ PRO PACIENTY S DEMENCÍ

Prostředí, ve kterém pacienti s demencí žijí, by mělo být přehledné a pro ně pochopitelné, předvídatelné. To platí nejen pro prostředí domácí, ale zejména pro instituce, kde pacienti s demencí krátkodobě či dlouhodobě pobývají. Místnosti v institucích pro pacienti s demencí by měly být jasně označeny. Prostředí by mělo být bezpečné, ale nemělo by pacienty omezovat. Měli by tu mít pocit soukromí, ale přesto by ošetřující personál neměl ztrácet přehled o jejich činnostech. Tyto podmínky jsou někdy obtížně splnitelné, protože architektonické řešení mnoha zařízení, kde pacienti s demencí žijí, nelze dostatečným způsobem změnit. Nicméně existuje mnoho dobrých nápadů, jak prostředí pro pacienti s demencí upravit co nejjednodušeji a přitom efektivně. V následující tabulce, kterou otiskujeme s laskavým svolením České Alzheimerovské společnosti, jsou uvedeny alespoň některé důležité zásady (jedná se o informační dopis ČALS Prostředí pro pacienti s demencí,¹⁵¹ který připravila H. Janěčková).

Schody

Bariéry	Schody jsou potenciálním nebezpečím a mnozí pečovatelé považují za výhodné ztížit přístup ke schodům. Bariérou může být kousek nábytku před vstupem na schodiště, branka nebo nějaká závora ve vhodné výši.
Zábradlí	Všechna schodiště by měla mít pevná zábradlí na obou stranách tak, aby pomáhala jak osobám s demencí tak i pečovatelům.
Tmavá schodiště	Bude-li okolí schodů ve tmě, může to odradit některé osoby s demencí od toho, aby na ně vstupovaly.

Ložnice

Průmyslová kamera nebo jiné čidlo spojené s displejkem	Takovéto zařízení umístěné v ložnici umožní, aby pečovatel věděl, kdy osoba s demencí vstává.
Odstraň nepotřebné kusy oděvu	Lidé s demencí mají sníženou schopnost se rozhodovat, když stojí před příliš širokou nabídkou možností. Mnozí z nich také rádi prohrabávají své šatstvo, což prakticky znemožňuje udržet pořádek v pokoji.
Nížší lůžka	To minimalizuje možné riziko pádu z postele.
Zábradlí u lůžka	Vytvořením bariér kolem lůžka může posloužit k tomu, aby člověk s demencí nevstával několikrát za noc.

Dveře a vchody

Nízké prahy	Lidé s demencí se často šourají, zvýšené prahy mohou způsobit, že někdo zakopne a upadne.
Složitější zamykání, skryté zámky – zvláště na horním nebo spodním okraji dveří	Přidáme-li druhý zámek, proces otevření dveří se stane natolik komplikovaným, než aby to zvládl člověk s demencí.
Kamufláž dveří	Přikrytí dveří závěsem nebo kusem nábytku může účinným způsobem zamaskovat východ.
Zvonky na dveřích	Toto opatření má stejný efekt jako alarm systém, ačkoli někteří lidé se mohou naučit otevřít dveře tak, aby zvonek nezacinkal.
Brzdíčka na dveřích	Protože je umístěna na spodku dveří, někteří lidé s demencí ji nevidí, a tak nevědí, jak s ní pohnout, aby se otevřely dveře.
Kulaté kliky	Toto zařízení, které má zabránit dětem v otevření dveří, vyžaduje zvláštní tlak, aby se mohly dveře otevřít. Je užitečné k tomu, aby zamezilo v útěku lidem s narušenými manuálními dovednostmi.
Alarm systémy	Jsou speciálně vyrobeny k tomu, aby spustily signalizaci, když někdo odchází, tedy ne aby mu bránily v odchodu.
Cedulka na dveřích	Zvláště v raných stádiích demence, kdy člověk může ještě číst a mít úsudek, jednoduchá cedulička na dveřích může posloužit k tomu, aby mu zabránila v odchodu ven a zatoulání se.
Veliký kroužek na klíčích	Klíče jsou malé a snadno se skryjí nebo položí na špatné místo. Umístěte důležité klíče na veliký kruh, aby se mohly hůře ztratit.
Temná chodba	Mnoho lidí s demencí má strach ze tmy. Když bude okolí dveří v temnu, nebudou mít odvahu k nim přistoupit.

Obytné prostory a jídelna

Těžký nábytek	U lidí s demencí dochází často ke změně v držení těla a je narušena rovnováha. Mají tendenci opřít se o cokoli, co stojí poblíže. Lehký nábytek by se mohl převrhnout a způsobit pád.
Židle s kolečky	Protože člověk s demencí stále méně snadno zvládá hrubou motoriku, potřebuje postupně asistenci, aby se dostal ke stolu. Kolečka (dvě nebo čtyři) na nohách židlí mohou být proto užitečná.
Odstraňte prodlužovací šňůry	Jakákoli šňůra ležící přes cestu může způsobit pád, zvláště proto, že osoba s demencí nemusí vždy sledovat typické cesty, které vedou domem.
Ustálené uspořádání nábytku	Jakákoli změna toho, co je známé, může zvýšit dezorientaci člověka s demencí, a může způsobit dokonce i katastrofické reakce.
Lůžko/lehátko v denní místnosti	Jsou-li ložnice v druhém patře, je důležité, aby klienti měli dostupné místo, kde si mohou zdřímnout.
Pozor na houpací židle	Pohyb houpacích židlí ztěžuje zvednutí se z těchto židlí, a protože jsou méně stabilní, měl by se člověk o někoho opřít, aby získal oporu.
Používejte houpací židle	Protože se houpací židle neustále pohybují, jsou neustálým zdrojem stimulace, a tím mohou udržet člověka s demencí v této židli déle, než když jde o židli, která se nepohybuje.
Zatahujte závěsy	Zvláště v noci může světlo odražené z oken způsobit, že se člověk s demencí vyděsí, protože si myslí, že někdo se snaží vniknout do domu.
Odstraňte lesklé podlahy	Zrcadlí se podlaha způsobuje klamně vjemy, např. dojem hloubky nebo různých předmětů na zemi, a v nemocném člověku vzbuzuje strach.
Odstraňte pruhy na podlaze	Pruhy mohou způsobit dojem prostorové překážky či schodu a způsobit ztrátu rovnováhy.

Záchody a koupelny

Instalace v kontrastních barvách	Zvýrazněné kontrastního zbarvení instalací, jako jsou splachovače, umývadla nebo záchodové mísy usnadní, aby je nemocný člověk spatřil a použil.
Vyztužte ručníkové tyče, aby mohly být používány jako záchytné tyče (madla)	K mnoha úrazům dochází na toaletách. Když někdo ztratí rovnováhu, je přirozené, že se chytí něčeho dostupného. Ručníkové tyče, jsou-li vyztužené, mohou zabránit úrazu.
Natřete barevně dveře	Když vypadají všechny dveře podobně, je obtížné najít záchod, když je třeba. Nabarvením se dveře vizuálně odliší a tím upoutají pozornost.
Značky	Značky ukazující směr k záchodu nebo připomínající, že je třeba spláchnout, jsou nezbytnou upoutávkou pro některé osoby v raných stádiích demence.
Nechteje rozsvícené světlo	Tak, jako se lidé s demencí často zdržují mimo zóny, kde je tma, stejně tak jsou přitahováni k místům, kde je světlo. Proto rozsvícené světlo přivede nemocnou osobu snadněji k toaletě.
Reflexní páska kolem dveří	Označení vstupu na záchod reflexní páskou může pomoci jej najít, zvláště v noci.
Kontrastní pásy kolem instalací	Zde je užit stejný princip jako u barevného natření instalací – je to však řešení levnější.
Gumové rohože ve vanách	Protiskluzové rohože mohou snížit pravděpodobnost pádu ve vaně.
Madla	Pevná madla po celé koupelně, ve vaně, sprše i u záchodu mohou pomoci lidem s demencí i pečovateli.
Pevné závěsy ve sprchách	Když člověk začne padat, může se zachytit závěsu ve snaze obnovit svou rovnováhu.
Gumou podložené koberce	Když nastane pád, je lépe, když je povrch podlahy měkký. Koberce by však měly mít zespodu gumu kvůli stabilitě a zároveň by měly být snadno odstranitelné kvůli úklidu.
Vyvýšená toaletní mísa	Pro starší lidi je jednodušší zdvihnout se z vyšší pozice. Je to také snadnější pro pečovatele, který poskytuje asistenci.
Sprcha upevněná na zdi	Tento typ sprchy umožní pečovateli, který asistuje při koupeli, aby namířil vodu právě tam, kde je třeba, a snížil pravděpodobnost, že se sám také namočí.
Odstraňte zamykání dveří	Zamykání na záchodě může být problémem, je jednodušší zámek odstranit.
Přenosná toaletní mísa	Umístění gramofonu vedle postele nebo v jakémkoli jiném místě, kde není záchod snadno dostupný, může snížit počet epizod inkontinence.

Židle do vany	Umístění plastické židle do vany eliminuje potřebu posadit člověka do vany. Koupel pak může být poskytnuta mnohem snadněji. Pravděpodobně je neefektivnější ve spojení se sprchou umístěnou na zdi.
Ochrana okolí záchodu	Zvláště když je záchod používán muži, rozmístění starých novin nebo plastické fólie kolem záchodové mísy může usnadnit úklid.
Zamykejte šampony, léky a holicí strojek	Jakýkoli předmět, který skrývá nebezpečí, by měl být odstraněn z dosahu osoby s demencí, která mohla zapomenout, jak se tento předmět používá.

Kuchyň

Bezpečnostní západky na skříních	Omezení počtu přihrádek, do kterých mají lidé s demencí přístup, usnadní udržení pořádku v kuchyni.
Varovná znamení	Lidé s demencí, kteří mohou ještě číst a uvažovat, mohou pozitivně reagovat na různé varovné značky, které upozorňují na různá možná nebezpečí.
Zamykejte kuchyň	Eliminace vstupu do kuchyně může zabránit přístupu osobě s demencí k zařízením, která mohou být potenciálně nebezpečná.
Mikrovltnka	Mikrovltnka je méně nebezpečné kuchyňské zařízení než kamna.
Pískací hrnce	Hrncel, který upozorní pečovatele nebo osobu s demencí, že se vaří voda, připomene, že je třeba se vrátit ke kamnům a vypnout ohřev vody.
Odstraňte knoflíky na kamnech	Klesající schopnost úsudku, která doprovází demenci, činí vhodné a bezpečné užívání takových zařízení, jako jsou kamna, stále obtížnější. Odstranění knoflíků je snadný a účinný způsob, jak někomu zabránit v jejich použití.
Ušchovejte ostré objekty	Postižení úsudku ztěžuje vhodné a bezpečné použití ostrých předmětů, jako jsou nože. Bezpečnost domova může zvýšit, když je přístup lidí s demencí k těmto předmětům omezen a přizpůsoben zachovalým schopnostem.
Ukryjte malé přístroje	Omezení přístupu k malým přístrojům s motorem, jako jsou např. mixéry, míchací strojky, topinkovače apod., může zvýšit bezpečnost kuchyně pro lidi s demencí.
Vypněte přístroje ze zásuvky	V některých případech stačí, když se jednoduše vytáhnou různé přístroje ze zásuvky. Lidé s demencí pak nejsou schopni tyto přístroje správně použít.

Další nápady

Oplocený dvorek	Vytvoření bezpečného ohraničení venkovního prostoru znamená, že osoba s demencí může sama chodit ven, ale přitom se neztratí.
Zabezpečit termostaty	Termostat je velmi citlivá součást vybavení, která se může snadno rozbít, když je užitá špatně.
Omezit přístup k některým oblastem domu	Omezení počtu míst, do kterých má osoba s demencí přístup, může minimalizovat nepořádek nebo chaos a o tato místa pak pečovatel nemusí mít starost.
Plastické ucpávky do elektrických zásuvek	Zmatek, který prožívá osoba s demencí může snížit vnímavost pro potenciální nebezpečí z elektrických zásuvek. Ucpávky mohou zamezit neštěstí.
Značky a upoutávky v domě	Směrovky, instruktivní a varovné značky mohou být užity pro lidi v raných stádiích demence, kdy mohou číst a uvažovat.
Značky a upoutávky mimo dům	Vytvoření nápadného vstupu do domu a do bytu může usnadnit nemocnému člověku rozlišit svůj dům od ostatních.
Noční světla	Strach ze tmy může vést ke zvýšené úzkosti ve večerních a nočních hodinách. Rozsvícená světla, automatické hodiny, noční světla mohou minimalizovat některé z těchto úzkostí a strachů.
Odstraňte vnitřní zámky	Mohou-li se některé dveře uvnitř domu zamykat, může pečovatel méně snadno dohlížet na člověka s demencí.
Odstraňte jedovaté rostliny	Lidé s demencí někdy zkoušejí jíst rostliny, proto je třeba odstranit jedovaté a toxické rostliny z domu i dvora.
Odstraňte volně položené koberce	Volně položené koberce, které nejsou připevněné k podlaze, mohou uklouznout a způsobit něčí pád.
Snižte teplotu horké vody	Osoba s demencí nemusí být schopna namíchat horkou a studenou vodu a může se opařit.
Ukryjte odpadkové koše	Odpadkové koše mohou někteří lidé s demencí vnímat jako vhodné místo, kde se lze vymočit.
Odstraňte rizikové předměty	Jakékoli ostré a potenciálně ohrožující předměty by měly být umístěny na bezpečném místě, protože člověk s demencí může mít agresivní tendence.
Odstraňte drahocenné předměty	Člověk s demencí by mohl někam skrýt různé rodinné poklady a památky.
Vytvořte cestičky k procházkám	Přestavení nábytku tak, aby tvořil cestičku, může snížit frustraci těch, kteří musí neustále chodit.
Užívejte nábytek se zakulacenými rohy	Kulaté rohy mohou snížit riziko zranění, když někdo spadne.

9. ORGANIZAČNÍ OPATŘENÍ, SYSTÉM PÉČE A SLUŽEB

Péče o pacienty s demencí je velmi komplexní a dlouhodobá. Přestože je většina péče poskytována v rodinném prostředí, zásadním a klíčovým faktorem zůstávají profesionální služby, a to jak v domácím prostředí, tak v prostředí poloinstitucionálním či institucionálním. S touto problematikou souvisejí také vybrané právní aspekty.¹⁵²

Systém zdravotních a sociálních služeb v ČR přesahuje možnosti a rozsah této publikace, informace lze najít v jiných pramenech.¹⁵³

Česká alzheimerovská společnost vytvořila a aktualizuje databázi o službách pro pacienty s demencí.¹⁵⁴

152 Holmerová I., Rokosová M., Vaňková H.: Kvalita péče o pacienty s demencí aneb co potřebují pacienti a jejich rodinní příslušníci. *Česká geriatrická revue* 4(2) 2006. str. 77–83.

153 *Vybrané kapitoly z gerontologie*, přepracované vydání. 2007.

154 www.gerontologie.cz

Praktická část **– jednotlivé techniky, přístupy** **a nefarmakologické metody a jejich** **využití v praxi. Vlastní zkušenosti.**

Jitka Suchá, Iva Holmerová

Motivace k činnosti

Dokázat správně motivovat pacienty s demencí k různým aktivitám bývá v praxi někdy poněkud obtížné. U starých lidí obecně často dochází k oploštění emocí, pasivitě, apatii. Nedokáží se již bezvýhradně nadchnout pro nějakou věc. Starší lidé navíc mívají výrazně ochuzenou fantazii, takže začlenit je do nějaké tvůrčí činnosti bývá pro personál opravdu „oříšek“.

Zejména v zařízeních typu domova důchodců, kde senioři mají své vlastní pokoje a na aktivity docházejí dobrovolně, bývá problém s malou účastí. To je způsobeno zejména obavou z neznámého, možnou úzkostí z toho, že neobstojí mezi ostatními, že se zesměšní atd. Může se přidružit i obava, že ostatní na dotyčném poznají, že je inkontinentní.

Někteří lidé vůbec neopouštějí své pokoje a zbytečně se poddávají svým pesimistickým myšlenkám. Proto by měl terapeut obejít všechny pacienty a snažit se je získat pro spolupráci osobním kontaktem. Je dobré, pokud pacient trpí výše zmíněnými obavami, nabídnout pro začátek třeba jen pasivní účast, pouhé pozorování prováděných aktivit zpovzdálí, u arteterapeutických činností třeba i ukázat některé již hotové a vydařené výrobky. Po první návštěvě obvykle lidé zjistí, že se nejedná o nic nesnadného a že by se připravili o dost radosti a legrace, kdyby se příště nezúčastnili. Obvykle se objeví i touha vyrovnat se druhým, zdravá soutěživost a odhodlání, že „já to přece také dokážu“.

Člověku, který se bude aktivit účastnit poprvé, by se měl terapeut věnovat o něco více než ostatním, podrobně vysvětlit, jak bude vše probíhat, a upozornit ho, že

samozřejmě může kdykoli s činností přestat a bude personálem odveden zpátky na pokoj. Tam, kde jsou obavy z následků inkontinence, říct, že inkontinencí trpí téměř všichni, kteří do skupiny docházejí, a že to stejně nikdo nepozná.

Aktivity je nutné vést s humorem, ale ne na úkor jednotlivých účastníků. Spíše by měl terapeut ukázat, že ani on není dokonalý a dokázal se zasmát sám sobě. Nelze než souhlasit s E. Rheinwaldovou,¹⁵⁵ která říká: „*Každý program by měl obsahovat trochu zábavy a trochu terapeutického účinku. Jedině takové aktivity, které uspokojují plně potřeby obyvatel, jsou účinné a vyhledávané.*“

U různých arteterapeutických činností je důležité, aby vytvářené dílo mělo nějaký užitek (např. výzdoba prostor, dárky pro příbuzné atd.), účastníci jsou tak lépe motivováni. Také by měli mít možnost vzít si své výrobky domů nebo na pokoj. Pokud ani tak neuspějeme, je dobré požádat pacienty o jejich pomoc, že bychom to bez nich sami nezvládli. Tento přístup zafunguje téměř vždy, pokud je vztah terapeut–pacient dobrý. To samozřejmě předpokládá, že pacient terapeuta zná, má k němu důvěru. Nutností je pochvala za odvedenou práci, ale tak, aby pacient viděl, že je míněna opravdu upřímně.

Je nutno brát v úvahu zhoršenou koncentraci na všechny činnosti, proto by jedna činnost neměla trvat příliš dlouho. Poté by měla být vystřídaná činností jinou, která posiluje zase jiné složky osobnosti. Nám se osvědčilo do dopoledního programu stabilně zařazovat skupinovou kinezioterapii a kognitivní rehabilitaci. Odpoledne potom vybrat další 2 až 3 činnosti, z nichž jednou bývá za příznivého počasí procházka a další třeba arteterapie nebo muzikoterapie.

Činnost musí být vymyšlena speciálně pro jednotlivé účastníky tak, aby ji zvládli. Terapeut by měl umět odhadnout, co přibližně účastník ještě dokáže, a podle toho tuto činnost modifikovat, a předejít tak případnému neúspěchu. I proto se pacienti testují.¹⁵⁶

Úvodní vyšetření, testování

Pro výběr správných metod aktivizace připravovaných pacientům doslova „na míru“ je nutné testování. To nám umožní pacienta lépe poznat, lépe poznat jeho životní příběh, zvyklosti, lépe porozumět jeho chování.

155 Rheinwaldová E.: *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999.

156 *Testovník*. Praha: Gema, 2002.

Není vhodné pacienty testovat hned první den, kdy přijdou do zařízení, neboť už beztak zažívají dosti nepříjemné pocity z nového neznámého prostředí, ze zásadních změn ve svých zvyklostech. První den by se měl terapeut novému pacientovi maximálně věnovat, představit se celým jménem a představit mu i všechny ostatní pacienty a zároveň představit i jeho ostatním, vysvětlit mu vše, co se bude dále dít, jak to v zařízení „chodí“ a vůbec si s ním hodně povídat (ovšem získané informace brát trochu s rezervou a raději prokonzultovat s rodinnými příslušníky).

Testovat by se měl tedy pacient teprve po několika dnech pobytu v novém zařízení, kdy už se trochu adaptuje na nové prostředí.

Úvodní vyšetření se skládá ze 3 částí:

- ✿ rozhovor s rodinou a pacientem
- ✿ pozorování v běžných situacích
- ✿ vlastní testování

Rozhovor s pacientem a jeho rodinou by měl zjistit:

- základní informace o soběstačnosti, inkontinenci
- informace o životě pacienta, jeho dřívějších zaměstnáních, dřívějších i současných zájmech,
- informace o rodinném zázemí pacienta – zda pacient žije sám nebo s rodinou, jak je zajištěna péče po odchodu z denního centra atd.
- jaké má pacient každodenní zvyky
- informace o zdravotním stavu (nejlépe písemné od ošetřujícího lékaře), případných omezení, např. fyzických nebo smyslových (nutnost nošení brýlí, naslouchátka atd.)

Pro strukturování tohoto rozhovoru a proto, aby s na něj mohla rodina lépe připravit a abychom získali co nejvíce informací o pacientovi, používáme dotazník, který je uveden v příloze. Tento dotazník se mírně liší pro pacienty přicházející do denního centra a pro pacienty indikované k hospitalizaci.

Pozorování by mělo zjistit:

jak je pacient soběstačný při jídle (napoprvé se snažíme pacientovi nepomáhat, ani mu úkol neusnadňovat pomůckami) a kromě soběstačnosti hodnotíme i jemnou a hrubou motoriku, pozornost, řešení úkolu, následnost, percepce, zrakové schopnosti, společenské chování, náladu pacienta, rysy v chování, jak komunikuje s ostatními pacienty a s personálem, orientační pohyblivost v kloubech, svalovou sílu, koordinaci, vytrvalost (pozorování pacienta při kinezioterapeutickém cvičení).

Vlastní testování by mělo zjistit či obsahovat:**Kognitivní funkce**

- orientační test kognitivních funkcí MMSE (mini mental state examination)
- test hodin
- dotaz, co pacient dělal před chvílí
- dotaz, co měl předešlý den k obědu
- jména vnoučat (příp. jména všech našich prezidentů)
- přečíst 10 slov a po 20 minutách testovat výbavnost (nemá smysl provádět u těch pacientů, kteří neuspěli při zapamatování 3 slov v testu MMSE)
- přečíst jednoduchý odstavec a vyjádřit hlavní myšlenku
- ze sady různých mincí vybrat některé tak, aby daly dohromady určitou částku
- seřadit karty od nejnižší k nejvyšší

Soběstačnost – např. test základních denních činností dle Barthelové, příp. test instrumentálních denních činností.¹⁵⁷

Dále dle povahy onemocnění

- motorika, sensorika – pouze u těch pacientů, kde je v anamnéze nějaké onemocnění vztahující se k těmto kvalitám (např. prodělaná cévní mozková příhoda)
- testy na apraxii (dle Gauthiera, 1997)¹⁵⁸
- předvést pantomimicky nějakou činnost
- napodobení pantomimy terapeuta
- použití skutečného předmětu
- napodobení terapeuta při požívání skutečného předmětu
- rozpoznání pantomimy, kterou předvádí terapeut
- testy na agnózii (dle Gauthiera)¹⁵⁹
- rozpoznání známého zvuku (např. mňoukání kočky)
- rozpoznání známého předmětu bez kontroly zraku
- pojmenování známého předmětu (např. kus nábytku ve vyšetřovací místnosti)

Proč aktivizovat

Aktivity jsou, zjednodušeně řečeno, věci, které konáme. Pacienti se jich mohou aktivně zúčastňovat, ale také je jen pasivně pozorovat. Mohou je vykonávat samostatně, ale častěji s terapeutem nebo ve skupině. Aktivity posilují lidskou dů-

157 Vybrané kapitoly z gerontologie, přepracované vydání. Praha. 2007.

158 Gauthier S.: *Alzheimer's disease, Second Edition*, Martin Dunitz edition. 1999.

159 Tamtéž.

stojnost a sebeuvědomění, protože dávají účel a smysl životu člověka obecně, to platí také a zejména pro pacienty s demencí. Aktivity vytvářejí také mezníky času, strukturují den každého jedince.

CÍLE AKTIVIZACE

- udržení, popř. zlepšení stávajících dovedností (hrubé a jemné motoriky, chůze, soběstačnosti ve všedních denních činnostech, kognitivních funkcí – paměti, pozornosti, myšlení, řeči, orientace atd.)
- smysluplné vyplnění volného času, prevence proti hospitalismu
- eliminace nežádoucích poruch chování (např. neklid, bezcílné bloudění, úzkost, deprese, nadměrná agitovanost atd.)
- pozitivní vliv na emoční stav pacienta – zvýšení sebevědomí, sebedůvěry a pocitu vlastního uplatnění v kolektivu
- pravidelný režim (dává pacientovi pocit řádu, bezpečnosti, stability)
- verbální i neverbální komunikace pacienta s personálem a pacientů mezi sebou.

SPRÁVNĚ ZVOLENÁ AKTIVITA BY MĚLA

- být smysluplná
- pokud možno působit na všechny složky osobnosti, tj. kognici, fyzickou, psychosociální, popř. duchovní stránku a co nejvíce smyslů
- podporovat pacientovy silné stránky, probíhat ve známém, bezpečném a neohrožujícím prostředí
- zachovávat důstojnost starého člověka
- klást důraz spíše na proces než na výsledek
- být upravitelná pro potřeby lidí s demencí, mělo by být možno ji případně rozdělit na jednoduché dílčí úkoly

PŘI AKTIVIZACI JE NUTNO VZÍT V ÚVAHU

- poruchu krátkodobé paměti – nutno stále opakovat jednoduché pokyny, a to vždy jen jeden pokyn, a teprve až když je splněn, tak další
- snížení psychomotorického tempa
- zhoršení prostorového vnímání a prostorové představivosti
- zhoršení kvality řeči (často až afázie)
- změny v emotivní složce – nejistota, úzkost, ale také apatie, pasivita, nechuť k novým činnostem
- možná apraxie, také zhoršení jemné motoriky z jiných příčin (artrózy)
- porucha pravolevé orientace
- poruchy koncentrace

- málokdy zlepšení, jde spíše jen o udržení dosavadního stavu pacienta pokud možno co nejdéle
- zhoršení smyslového vnímání
- ochuzení fantazie, kreativity, větší obliba stereotypních, mechanických činností
- obavy z nového, neznámého¹⁶⁰

I přes to, co bylo o aktivitách uvedeno výše, je nutno zdůraznit přiměřenost aktivizace. Příliš mnoho aktivit by mohlo pacienty vyčerpat psychicky i fyzicky nebo např. ještě zhoršit jejich případné podráždění. Důležité je vše provádět v klidu a na pacienty nespíchat. Mezi časem, kdy jsou pacienti aktivní, a časem, kdy jsou v relativním klidu, by měla být určitá rovnováha. V těchto „klidných“ chvílích se pacienti věnují sami sobě nebo spontánně komunikují s ostatními bez zásahu terapeuta. Ten by však měl být stále „ve střehu“, aby mohl zabránit případným konfliktům.

160 Zgola J.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003.

Ergoterapie u osob s demencí

Jitka Suchá

Nedílnou součástí komplexní péče o člověka postiženého demencí je ergoterapie. Ergoterapeut by měl být samozřejmým členem každého multidisciplinárního týmu.

Ergoterapie u pacientů s demencí znamená zejména posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem. Malování, kreslení, vytváření různých objektů, mozaiky, drobných plastik a podobně zahrnujeme spíše pod pojem arteterapie. Také tuto terapii používáme a považujeme za vhodnou pro pacienty s demencí.

Protože v našem zdravotnickém systému není práce ergoterapeuta ještě rozšířena tak, jak bychom si pro správné fungování komplexní péče představovali, je i obecné povědomí o pracovní náplni tohoto oboru poměrně nízké i mezi zdravotnickými profesionály. Ergoterapie byla dříve ztotožňována s tzv. léčbou prací, a tak je bohužel veřejností chápána i dnes. „Léčba prací“ v původním slova smyslu je v tomto případě pouze malíčkou součástí oboru s jinak velmi širokým polem působnosti.

Podle oficiálního letáku České asociace ergoterapeutů (což je profesní organizace ergoterapeutů, která byla založena v roce 1995 v Ostravě, bližší informace o této organizaci lze najít na webových stránkách)¹⁶¹ je ergoterapie zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, kteří jsou fyzicky nebo psychicky postiženi nebo trpí postižením intelektu omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost. Jako terapeutický prostředek využívá ergoterapie postupy a činnosti, které pomáhají k obnově postižených funkcí. Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti klientů (aktivní začlenění do společnosti) a zvýšení kvality jejich života.

Ergoterapeut s klientem provádí ergoterapeutické vyšetření a na jeho základě pak stanovuje krátkodobý a dlouhodobý terapeutický plán v návaznosti na program komplexní rehabilitace. V rámci terapie provádí s klientem činnosti dle zjištěného postižení, např. provádí cílené praktické činnosti a postupy, které zvyšují svalovou

sílu, koordinaci, rozsah pohybu v kloubu atd. (zde je prostor pro již zmíněné ruční práce). Dále ergoterapeut provádí nácvik všedních denních činností – soběstačnosti v nemocničním, ambulantním i domácím prostředí, výcvik komunikačních schopností a kognitivních funkcí v součinnosti s ostatními odborníky (fyzioterapeut, klinický psycholog, klinický logoped, speciální pedagog atd.). Dále ergoterapeut navrhuje kompenzační a technické pomůcky a učí klienty, popř. rodinné příslušníky tyto pomůcky používat, poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí.

Profesní organizací ergoterapeutů je Česká asociace ergoterapeutů, byla založena v roce 1995 v Ostravě. Jejím úkolem je informovat širokou veřejnost o rozvoji ergoterapie u nás, její potřebě a přínosu jak pro lidi s postižením, tak pro celou společnost. ČAE pracuje v sekci pro rozvoj ucelené rehabilitace při MZ ČR a aktivně vede jednání s VZP ČR. V rámci ČAE byla vytvořena komise pro vzdělávání, která koordinuje studium na odborných ergoterapeutických školách s ohledem na evropské standardy ve výuce ergoterapie a spolupracuje s ENOTHE (sekce pro vzdělávání ergoterapeutů v evropských zemích založená v rámci COTEC). ČAE také udržuje cílé kontakty se světem, je pozorovatelem COTEC (Committee of Occupational Therapists for the European Communities) a zaslala žádost o přijetí za asocičního člena WFOT (World Federation of Occupational Therapists).

Nácvik soběstačnosti u lidí trpících demencí

Abychom se lépe zorientovali v této oblasti, ujasníme si nejprve základní pojmy užívané v ergoterapii, které se k soběstačnosti vztahují.

Sebobsluha je zvládnutí základních sebeobslužných úkonů, jako je osobní hygiena, použití WC, oblékání a svlékání a sebesycení.

Soběstačnost je pojem již širší a kromě zmíněného zahrnuje i další činnosti, které je nutno provádět v rámci svého bytu, např. vaření, úklid, praní atd.

Samostatnost je nejširší pojem a znamená schopnost být soběstačný (samostatný) nejen v rámci svého bytu, ale celkově, tzn. že je důležitá schopnost mobility, orientace atd. Člověk, který je v tomto smyslu slova samostatný, nepotřebuje asistenci v žádné činnosti a i přes své postižení je schopen žít nezávisle.

Co se týče postižení určitých funkcí, označujeme je třemi mezinárodně používanými termíny.

Impairment je porucha na úrovni orgánu, např. pokud se konkrétně zaměříme na lidi s demencí, pak se jedná o poruchu mozku.

Disabilita (popř. starší název disaptabilita) je již porucha na úrovni organismu, jedná se vlastně o změněnou schopnost (popř. neschopnost). U osob s demencí by se mohlo např. jednat o disabilitu v orientaci, v soběstačnosti, popř. v lokomoci.

Handicap je určité omezení v kontextu celé společnosti, v začlenění do společnosti. Lidé s demencí mohou mít např. handicap v komunikaci, v pracovním uplatnění atd.

Všední denní činnosti (activities of daily living, zkratka ADL) jsou činnosti, které všichni každý den vykonáváme, dále se dělí na všední denní činnosti *bazální*, kam patří ty základní, které jsou nutné pro zvládnutí sebeobsluhy (viz výše), tj. osobní hygiena, použití WC, oblékání a svlékání a sebesyčení.

Všední denní činnosti **instrumentální** jsou ty, které zahrnujeme do pojmu soběstačnost, a není vždy nutno provádět je denně. Např. to může být schopnost připravit jídlo, manipulace s klíči, telefonování atd. Na zjišťování zvládnutí všech těchto činností existují různé testy, asi nejznámější a nejpoužívanější z nich Barthelův test všedních denních činností bazálních a Barthelův test všedních denních činností instrumentálních. Dále se často používá Hodnocení disaptability a handicapu s použitím mezinárodní klasifikace dle WHO, některá zařízení mají vytvořené své vlastní testy.

Pokud klient určitou denní činnost nezvládá, je více možností. Buď se může činnost naučit provádět s nějakou kompenzační technickou pomůckou, nebo ho terapeut může naučit provádět tuto činnost jiným, alternativním způsobem, popř. kombinací obojího. Také je možno využít určité kompenzační pomůcky a zároveň dopomoci druhé osoby.

Pokud jde o klienty trpící demencí, dle našich zkušeností nelze ve větší míře uplatnit technické kompenzační pomůcky. Kvůli zhoršení kognitivních funkcí se většinou lidé s demencí nenaucí s těmito pomůckami zacházet, navíc na ně nejsou zvyklí, což může být u starších klientů také „kamenem úrazu“. Mnohem větší pole působnosti zde má ergoterapeut zejména v oblasti úprav prostředí, bytu atd. Také, jak již bylo řečeno, některé všední denní činnosti může klient provádět modifikovaným způsobem. V tabulce níže uvádíme zcela konkrétní nejčastější problémy se soběstačností u lidí trpících demencí a jejich možná řešení.

PROBLÉM	MOŽNÉ ŘEŠENÍ
MOBILITA	
Problémy s chůzí, stabilitou	Boty s pevnou patou, použití vhodných pomůcek (lépe čtyřbodových – např. čtyřbodová hůl – kozička, chodítko, popř. vycházková hůl, francouzské berle atd.)
Obtížné vstávání ze židle	Nácvik správného stereotypu – sunout hýždě vpřed až k okraji židle, přenést těžiště těla dopředu a švihem se postavit
Nejistota při sedání na židli	Nácvik správného stereotypu – před posazením si stoupnout až těsně k židli tak, aby se nohy vzadu dotýkaly sedadla
Obtížné vstávání z lůžka	Nácvik správného stereotypu – nejprve se přetočit na bok, pak se pomalu posadit vzepřením se na ruku, dolní končetiny nechat volně viset z lůžka, chvíli posedět (kvůli ortostatické hypotenzii), pak teprve pomalu do stoje
SOBĚSTAČNOST – HYGIENA	
Obavy z koupání, nechuť	Koupele provádět v takové době, kdy je klient zvyklý a kdy je ke koupeli ochoten, připravit všechny věci potřebné ke koupeli předem
Uklouznutí, pády v koupelně	Protiskluzový povrch vany, protiskluzová podložka vedle vany
Obtížné vstávání a přesuny z vany a do vany	Sedačka do vany nebo sklopné prkno, popř. hydraulický zvedák
Inkontinence	Podle stupně pokročilosti inkontinence buď mikční režim (pravidelné vyzývání klienta k použití WC v intervalech cca 1–2 hodiny), nebo mikční režim + použití menších vložných, tzv. jisticích plen, v další fázi použití kalhotek typu „PANTS“, které se navlékají jako běžné kalhotky, takže klient může i sám užívat WC, kdykoli to potřebuje (nevýhoda – v teplejších dnech možné zapaření a opruzeniny), v poslední fázi použití běžných plenkových kalhotek
Potíže při výměně pomůcek na inkontinenci u chodících klientů a hygieně po použití WC u nesoběstačných klientů	Využití madel, ke kterým si klient stoupne čelem a přidrží se, personál zatím provede hygienu – využití jednorázových žíněk, čisticích sprejů, aby se při provádění hygieny nezašpinilo i oblečení, je výhodné pro snazší manipulaci např. sukně nebo jiné delší oděvy kolíčkem připevnit k hornímu okraji

Obtížné vstávání z WC	Využití nástavce na WC a madel na přidržování
Dezorientace (klient nemůže najít WC)	Označení WC jasnými barvami, velkými písmeny, popř. obrázkem, umístění WC nedaleko hlavní denní místnosti
Obtížná manipulace s vodovodními kohoutky	Páková baterie nastavená na vlažnou teplotu
SOBĚSTAČNOST – OBLÉKÁNÍ	
Problémy s následností jednotlivých kusů oblečení	Nachystat oblečení v tom pořadí, v jakém si je má klient obléci
Problémy se složitějším zapínáním oděvů	Využít spíše oděvů, které se oblékají přes hlavu, popř. na velké knoflíky, kalhoty raději na gumu, pokud poklopec, tak aby kalhoty byly takové velikosti, aby už nebyl zapotřebí pásek ani kšandy (manipulace s nimi zdržuje při nutkové potřebě klienta použít WC), podprsenku raději na zapínání vpředu, boty na suchý zip, využití dlouhých lžící na boty, v žádném případě na klienta při oblékání nespíchat
SOBĚSTAČNOST – JÍDLA	
Dlouhá doba jídla	Využití mikrovlnné trouby, aby klienti neměli jídlo studené
Klient neudrží hrnek	Využití brčka nebo plastového hrnečku s náústkem
Problémy při použití příboru	Využít přizpůsobených příborů, kde je usnadněn úchop (rukojeti jsou silnější a měkčí, např. z pěnové gumy), lépe jíst ve skupině, kde klient vidí, jak jedí ostatní, pokud příbor již nelze použít, upravit jídlo na malé kousky a nabídnout lžící (popř. upravenou „zahnutou“ lžící, kterou se jídlo lépe dostane do úst – bývají zahnuté různě pro leváky i praváky), nabízet jídlo, které se běžně jí rukama, až teprve v poslední fázi krmení personálem, vždy zachovávat důstojnost starého člověka
Problémy s chrupem	Nabízet mletou a kašovitou stravu

JINÉ	
Užívání léků	Krabičky s oddělenými přihrádkami, kde každá přihrádka jde otevřít samostatně (aby se léky nepomíchaly), dohled a kontrola, drcení léků a podávání na lžičce s nějakou tekutinou, popř. zamíchání rozdrčených léků do malého množství jídla (pokud klient léky zcela rezolutně odmítá)
Telefonování	Tlačítkový telefon s pamětí a výrazně označenou legendou k číslům v paměti
Jednoduché vaření	Vyndat si na kuchyňskou linku všechny potřebné přísady i všechno kuchyňské náčiní potřebné k vaření, aby klient na nic nezapomněl
Plánování činností	Velký a přehledný diář
Obsluha různých přístrojů v domácnosti	Jednoduchý a podrobně popsany „návod“

Terapeutický plán

Ergoterapeut také mimo jiné stanovuje krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie v návaznosti na program komplexní rehabilitace. Ten je součástí krátkodobého a dlouhodobého terapeutického plánu, který je každému klientovi navrhován „na míru“ multidisciplinárním zdravotně-sociálním týmem. V něm by obvykle neměl chybět lékař se specifickou odborností, rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický psycholog, klinický logoped, střední zdravotnický personál, sociální pracovník, speciální pedagog, nutriční terapeut, odborník na kognitivní rehabilitaci, kinezioterapeut, popř. další odborník podle toho, o jaké postižení klienta jde.

Konkrétně v zařízeních, kde se pečuje o osoby s demencí, by v tomto multidisciplinárním týmu měl být zkušený lékař gerontolog, popř. psychiatr, neurolog nebo internista, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník, popř. psycholog nebo gerontopsycholog a střední zdravotnický personál.

Krátkodobý terapeutický plán se stanovuje na dobu v řádu týdnů až měsíců. Určuje plán komplexní rehabilitace na tuto dobu, každý člen multidisciplinárního

týmu má v rámci své odbornosti určité úkoly, o které se má s klientem pokusit, a o jejich provádění pak referuje na pravidelných poradách tohoto týmu.

Dlouhodobý terapeutický plán se stanovuje na dobu v řádu měsíců až let s ohledem na prognózu daného onemocnění, zahrnuje i návrh řešení další péče v době, kdy dojde pravděpodobně k progresi onemocnění. Tento dlouhodobý terapeutický plán může být samozřejmě průběžně upravován a měněn podle stavu klienta, různých přidružených onemocnění, popř. následků možných úrazů atd.

Abychom tuto problematiku co nejlépe ozřejmili, uvádíme níže na konkrétním případě kazuistiky paní L. D., která trpí Alzheimerovou chorobou, námi vytvořený krátkodobý a dlouhodobý terapeutický plán, který jsme stanovili na základě provedených vyšetření a testů.

Paní L. D. , narozena 1925

Diagnóza: Alzheimerova nemoc

Diabetes mellitus II. typu

Osobní anamnéza: Poruchy paměti asi od r. 1998, postupně přestávala zvládat domácnost. Žila s manželem v malé vesnici ve východních Čechách, manžel se o ni staral. Později k němu začala být arogantní, a dokonce brachiálně agresivní. Ve stacionáři poprvé červnu, kdy byl manžel hospitalizován, a dcera si ji vzala k sobě do Prahy. V červenci její manžel zemřel, takže už zůstala v Praze, byl nutný stálý dohled.

Medikace:...

Stav při přijetí: Lucidní, klidná. Dezorientována místem i časem, orientována pouze osobou. Spolupracuje, snaží se vyhovět. Problémy se soběstačností v oblékání (problémy s pořadím jednotlivých kusů oděvu). S ostatními komunikuje vcelku dobře, vyjadřování vcelku dobré, spíše jen potíže s orientací a krátkodobou pamětí. Na potíže s pamětí má určitý náhled. Čte bez brýlí, slyší dobře. Kontinentní. Není schopna samostatně užívat léky. Velice dobře pohyblivá. Dle sdělení rodiny noční neklidy.

MMSE při přijetí – 9 bodů

BEHAVE-AD při přijetí: poruchy chování – odcházení z domova – 2 body

nepřiměřené chování a aktivity – 1 bod

poruchy diurnálního rytmu – 2 body

Celkem 5 bodů

Test hodin při přijetí: st. 6 (nezvládne)

Orientační neurologické vyšetření:

- *HK: reflexy C5 – C8 živé, symetrické, pyramidové iritační a zánikové jevy negativní, taxe intaktní, čití intaktní*
- *DK: reflexy L2/L4 a L5/S1 živé, symetrické, pyramidové iritační a zánikové jevy negativní, taxe intaktní, čití intaktní*
- *Stoj jistý, se zavřenýma očima lehké titubace. Chůze jistá.*

Průběh docházení do stacionáře: Pacientka začala docházet do stacionáře v 6/00 kvůli hospitalizaci manžela, pak docházku asi na 2 týdny přerušila (manžel zemřel) a od té doby dochází pravidelně denně od 7 do 16 hodin. Ve stacionáři je vcelku spokojená, je spíše pasivnější, takže k některým činnostem musí být jemně přemlouvána, moc si nevěří, i když se podceňuje částečně zřejmě i z pohodlnosti. Není příliš kreativní, ale má zcela zachovanou jemnou motoriku a zvládá některé jednoduché domácí práce.

Soběstačnost:

- *mobilita – bez obtíží, dobře pohyblivá, fyzicky zdatná, vytrvalá, ráda cvičí*
- *hygiena – na WC samostatně, kontinentní, základní hygienu zvládne, koupání doma s pomocí rodiny*
- *oblékání – má problémy s následností jednotlivých kusů oděvu při oblékání*
- *jídlo – zvládá samostatně bez obtíží*
- *jiné – nezvládá samostatné užívání léků, dezorientace místem i časem*

Silné stránky: dobrý fyzický stav a mobilita, vcelku dobře zachovaná soběstačnost, zvládá i jednoduché domácí práce, klidná a neagresivní povaha (pouze v denním centru, dle sdělení rodiny doma občas agresivní bývá).

Slabé stránky: dezorientace místem i časem, poruchy paměti zejména krátkodobé, noční neklidy, neschopnost samostatného užívání léků a nutnost stálého dohledu.

Krátkodobý terapeutický plán: doporučeno zapojení do aktivizačního programu v denním centru. Dopolední kinezioterapie a odpolední delší vycházka po okolí by mohla klientku přirozeným způsobem unavit a omezit tak noční neklidy. Podporovat v soběstačnosti v bazálních denních činnostech, vše by měla dělat sama. Při oblékání nachystat jednotlivé kusy oděvu v pořadí, v jakém si je má obléknout (instruovat rodinu) + dohled. Při aktivizačním programu co nejvíce zapojovat do činností, které zvládá, dále se snažit povzbuzovat ji i k různým kreativním technikám. Při komunikaci používat např. validační techniku, orientaci v realitě atd. Nenechávat po obědě spát (kvůli nočním neklidům), nutný stálý dohled, aby nedošlo k případnému útěku. Dohled nad užíváním léků, přípravu léků provede personál.

Dlouhodobý terapeutický plán: Zvážit, zda by nestálo za to, zkusit užívat Arixcept nebo podobný preparát na podporu kognitivních funkcí. Zachovávat pravidelný režim pokud možno i o víkendech, co nejdéle pokračovat v kombinované péči rodiny a denního centra. Podporovat co nejdéle její zachovanou soběstačnost. Zvážit možnost zapojení do projektu Bezpečný návrat (nošení náramku, kde je uvedeno telefonní číslo centrály České alzheimerovské společnosti, kam je možno volat v případě, že se klientka ztratí, a kde je uveden kód, pod kterým je klientka uvedena v databázi České alzheimerovské společnosti). Pro případ zhoršení stavu, kdy už by docházení do denního centra nebylo možné, a nutnosti 24hodinové péče požádat o umístění do některého specializovaného zařízení (čekací doba bývá několik let).

Stav po 3 měsících od přijetí: MMSE – 14 bodů – zlepšení o 5 bodů, BEHAVE-AD poruchy chování – odcházení z domova – 2body, nepřiměřené chování a aktivity – 1 bod, poruchy diurnálního rytmu – 0 bodů, celkem 3 body, zlepšení o 2 body (dle rodiny noční neklidy eliminovány, vyskytují se jen velice sporadicky, Test hodin – st. 4 – zlepšení o 2 stupně. Soběstačnost – stav stejný.

Fyzioterapie u pacientů s demencí na lůžkovém oddělení

Jaromíra Lískovcová

Pokud se jedinec postižený demencí dostane do nemocnice pro akutní onemocnění, které následně postihne jeho pohybový systém (např. stav po CMP, po fraktuře colli femoris, vertebrogenní algický syndrom), v lékařské zprávě se většinou dočteme, že pacient je částečně nebo úplně imobilní, protože při rehabilitaci nespolečně spolupracoval. To znamená pro rodinu i pro společnost daleko větší nároky na péči a pro nemocného jedince nutnost strávit zbytek života na lůžku.

Jak tento problém řešit? Je možné, aby fyzioterapeut dokázal pracovat s pacientem postiženým demencí s úspěchem? Jeho práce je určitým způsobem limitována. K tomu, abychom dosáhli efektu, je zapotřebí vytvořit pro práci určité zázemí a splnit některé podmínky.

Individuální přístup k pacientovi

MÍT NA PACIENTA DOSTATEK ČASU

Pokud pracujeme s člověkem postiženým demencí, je nutné si uvědomit, že jde o nemocného člověka a nedegradovat ho. Setkáváme se s tím i u zdravotníků, že v přítomnosti těchto lidí o nich hovoří urážlivě. Je nutné zachovat jejich důstojnost. Neměli bychom s nimi jednat jako s malými dětmi, nedovolovat si familiárnosti, ale ani nedávat najevo přemíru soucitu.

Není též vhodné zahrnovat je nadměrnou péčí, což vede k závislosti na druhých lidech a podpoře nesoběstačnosti. Pacient ztrácí důvěru, stává se apatickým.

Při práci s nemocným postiženým demencí má výhodu terapeut s pedagogicko-psychologickými vlohami. Je důležité získat si důvěru nemocného, nespěchat, být trpělivý, laskavý, být vlídnou autoritou. Fyzioterapeuti, pokud je to možné, by se neměli u pacienta střídat.

TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE

Je nutná týmová spolupráce lékařů, zdravotních sester, fyzioterapeutů a hlavně ošetřujícího personálu a rodinných příslušníků.

Velmi důležitá je úprava medikace, po dohodě s ošetřujícím lékařem, aby léky, které pacient užívá, neměly vedlejší účinek na pohybový systém pacienta.

Pacient postižený demencí není schopen v době naší nepřítomnosti plnit zadané úkoly. Proto musíme zaškolit ošetřující personál o správném polohování, jak správně provádět přesuny pacienta na lůžko a z lůžka, o správné vertikalizaci, jak zajistit kvalitní sed a stoj, naučit správně poskytovat dopomoc při nácvičku chůze a jak stimulovat pacienta k aktivní spolupráci. Dbáme na to, aby pacient s pomocí ošetřujícího personálu procvičoval zachované dovednosti při osobní hygieně, při jídle a oblékání.

O všem též informujeme rodinné příslušníky. Zde však nemůžeme spoléhat na velkou spolupráci, rodinní pečovatelé bývají unavení z dlouhotrvající péče o svého blízkého.

VOLBA SPRÁVNÝCH METODIK

Musíme volit metodiky, při kterých není zapotřebí volní spolupráce pacienta. Metodický postup platný u jednotlivých diagnóz přizpůsobíme možnostem pacienta s demencí. U všech metodik klademe důraz na individuální přístup a schopnost improvizace. K práci využíváme cvičební pomůcky i předměty denní potřeby.

Je vždy nutné vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu pacienta individuálně posoudit, zda by zátěž rehabilitací pro něho nebyla již velkým nekomfortem po stránce fyzické i psychické. Potom raději volíme léčbu ošetřovatelskou – paliativní.

Pracovní postup fyzioterapeuta u pacientů s demencí

SEZNÁMENÍ S DOKUMENTACÍ

Nejdříve se seznámíme s dokumentací pacienta i s testy kognitivních funkcí a testy ADL. Získáme aktuální poznatky o pacientovi od ošetřujícího personálu.

ADAPTAČNÍ TERAPIE

Každý pacient si musí zvyknout na nové prostředí. My se mu to snažíme usnadnit. Potřebujeme získat pacienta pro spolupráci. Snažíme se pacientovi usnadnit komunikaci. Představíme se. Vysvětlíme mu, kde a proč se nachází, jak budeme řešit jeho zdravotní problém. Seznámíme pacienta s řádem na oddělení. Musíme mít na pacienta čas. Vše trpělivě opakujeme, velký význam má úsměv, vhodně volený dotyk, pohlázení. Čas strávený s pacientem přizpůsobíme jeho celkové zdravotní kondici.

VYŠETŘENÍ POHYBOVÉHO SYSTÉMU, ASPEKTE, PALPACE

Je nutné pacienta vyšetřit, abychom zjistili, které funkce pohybového systému jsou poškozeny a které zachovány. Vše, co budeme s pacientem dělat, několikrát klidně vysvětlíme. Naše pokyny by měly být jednoduché, srozumitelné. Je-li potřeba, předehráváme (předvedeme, co po pacientovi chceme). Při pasivním vyšetření musíme pacienta vyšetřovat šetrně a sledovat, zda nereaguje bolestivou grimasou. Abychom pacienta motivovali k aktivnímu pohybu, využíváme cvičební pomůcky i předměty denní potřeby.

Zjistíme, jak pacient zvládá s naší dopomocí přesuny na lůžku, změny poloh do sedu, je-li možné, do stoje. Musí přitom být vytvořené bezpečnostní podmínky, aby se pacient nebál bolesti nebo pádu. Vyzkoušíme, které dovednosti a funkce jsou zachovány pro základní sebeobsluhu. Pacienta při vyšetření povzbuzujeme a chválíme.

Ukázka metodik a postupů u pacientů postižených demencí

Vybíráme metodiky, při kterých není zapotřebí volní spolupráce pacienta. Metodický postup vždy individuálně přizpůsobíme diagnóze a celkovému zdravotnímu stavu pacienta.

Tuto ukázkou berte jako příklad, ne jako návod. Vždy záleží na individuálním přístupu, znalostech, zkušenostech a tvůrčích nápadech terapeuta.

VHODNÉ TECHNIKY

- Stimulace verbální – jednoduché povely, říkanky, počítání, zpívání...
- Stimulace manuální – škrábání, poklepy, hlazení...

- Facilitace proprioceptorů – měkké techniky, využívání spoušťových bodů, patologických reflexů...
- Stimulace (facilitace proprioceptorů) s využitím pomůcek – míčky, ježky, kartáčování, různé druhy masážních podložek, overball, gymball a další, drobné kamínky...
- Stimulace změnou plohy trupu, šije a končetin, kterou provedeme pasivně s využitím polohovacích pomůcek (facilitace proprioceptorů)
- Senzomotorická stimulace – aktivace podkorových center vyvolaná labilní polohou trupu a končetin
- Stimulace na základě vývojové kineziologie – zaměřená na ovlivnění posturálního svalového tonu (Vojta, Bobath...)
- Stimulace s využitím emocí – hudba, blízký člověk
- Mobilizační techniky – ovlivňují funkční změny na kloubech a měkkých tkáních způsobené např. dlouhodobou imobilizací a jednostranným přetěžováním
- Pasivní cvičení – protažení zkrácených svalů, šlach, fascií
- Aktivní cvičení s dopomocí – úprava svalové dysbalance, protažení zkrácených a posílení oslabených svalů. Vždy navodíme počátek pohybu a ke konci pohybu pasivně dotáhneme do požadovaného rozsahu
- Aktivní cvičení, aktivní cvičení proti odporu – na posílení svalové síly. Musíme improvizovat, využívat pomůcky, využívat cvičení v malém kolektivu – stimulace příkladem a nápodobou. Posilování oslabených svalových skupin při běžných denních činnostech.

Při všech technikách pacienta slovně podporujeme, jsme trpěliví, jednotlivé úkony vždy opakujeme.

Metodický postup u imobilních postižených demencí

Důležitá je velmi časná vertikalizace pacienta, aby nedošlo k patologickým změnám na svalovém tonu a k útlumu posturálních funkcí. Začínáme s pomocí ošetřujícího personálu.

- polohování pacienta proti dekubitům
- polohování trupu a končetin, jehož smyslem je facilitace proprioceptorů
- korekční polohování, aby nedošlo ke zkrácení měkkých tkání
- dechová cvičení s využitím měkkých mobilizačních technik

- ♦ pasivní cvičení – na udržení funkčních rozsahů v kloubech vleže na lůžku
- ♦ aktivní cvičení s dopomocí vleže na lůžku s využitím různých metodik
- ♦ nácvik přesunů na lůžko a z lůžka za stálé aktivace pacienta ke spolupráci

VERTIKALIZACE PACIENTA DO SEDU

Pasivní sed – kvalitní bezpečný pasivní sed. Vždy musíme zajistit správné postavení v kloubech končetin vzhledem k diagnóze a správnou polohu trupu a šíje (správná výška postele nebo křesla s podloženými dolními končetinami – trup a kyčle svírají úhel 90 ° nebo větší, horní končetiny a trup podepřeny). S pomocí pomůcek stimulujeme plošky chodidel, gluteální svaly, extenzory trupu a šíje. Délku sedu prodlužujeme. S pacientem jsme stále v kontaktu, aktivujeme ho a povzbuzujeme. Vhodná je kontrola TF a TK.

Nácvik rovnováhy v sedu – s využitím senzomotorické stimulace (labilní podložky, míče, vychylování různými směry)

Kvalitní aktivní sed – využijeme k nácviku účelových pohybů – jídlo, hygiena. Stimulujeme jemnou motoriku ruky, hlavně úchop (u pacientů s demencí se často setkáme s apraxií – neobratnost, nešikovnost při manipulaci). Stimulujeme posturální svalstvo – s využitím míčů, overballu, gymballu, manuální stimulace.

Aktivní cvičení s dopomocí vsedě – úprava svalové dysbalance. Zde pomáhá stimulace příkladem – zařadíme pacienta do malé skupiny mezi motoricky zdatnější pacienty. Pacient se většinou aktivně přidá. Cvičení zaměříme na posílení velkých svalových skupin, zejména extenzorů končetin a trupového svalstva. Slovně stimulujeme, asistujeme. Při slovním vedení volíme jednoduché pokyny, kterým by pacient rozuměl. Např. s ohledem na poruchu stranové orientace nepoužíváme označení pravá – levá.

VERTIKALIZACE PACIENTA DO STOJE

Nácvik aktivního stoje – využíváme např. změny poloh trupu – rozkomíhání pacienta se zatíženými dolními končetinami.

Nácvik stoje s pomocí opory – vždy musíme zajistit bezpečnost pacienta. Dbáme na vhodný oděv a obuv.

Nácvik rovnováhy ve stoje – s využitím senzomotorické stimulace – vychylování, balanční podložka atd.

Při všech pokusech pacienta o vertikalizaci opět pacienta stimulujeme a celým pohybem ho slovně doprovázíme. Pokud se nám podaří pacienta vertikalizovat, velmi často se vybaví automaticky pohybové stereotypy, které byly dlouhodobým ležením utlumeny.

Při nácvičku kroku bývá obtížné naučit pacienta používat kompenzační pomůcky (hole, francouzské hole...). Proto volíme zpočátku chodítka. Chůze s pomocí chodítka zajistí pacientovi větší stabilitu a klade menší nároky na koordinaci. Pokud je i chodítko pro pacienta problém, nacvičujeme chůzi s dopomocí druhé osoby. Dbáme na to, aby chůzi pacient procvičoval s pomocí ošetřujícího personálu při denních činnostech na oddělení, při hygieně – cesta na WC, do koupelny, chůze do jídelny, do společenské místnosti atd. podle naší instruktáže.

Máme-li možnost, nacvičíme u pacienta chůzi po schodech s dopomocí druhé osoby a zábradlí. Trénujeme také chůzi v terénu. Vždy dbáme na to, aby měl pacient bezpečnou obuv. Zprvu volíme kratší trasu s možností odpočinku na lavičce. Pacienta chválíme a radujeme se spolu, co všechno dokázal. Vždy musíme dbát při rehabilitaci na to, abychom pacienta nepřetížili obtížností požadovaných úkolů nebo délkou cvičení! Lépe je rozdělit si cvičení na více fází, nejlépe na 2x až 3x denně podle celkové kondice pacienta.

Rehabilitace je pro pacienta i velká psychická zátěž. Pacienti s demencí mají potíže s koncentrací na zadaný úkol a mají snížené psychomotorické tempo. Nesmíme také zapomínat na pitný režim pacienta.

Před návratem pacienta do domácího prostředí informujeme rodinné příslušníky o dalších možnostech péče včetně péče rehabilitační (denní centrum, domácí péče, respitní péče).

Na závěr bych chtěla uvést několik poznatků, se kterými se setkáváme při práci s osobami s demencí. U pacientů s demencí nebývá přítomna psychická nadstavba (obava z budoucnosti), která ubírá pacientům energii potřebnou pro regeneraci. Často se setkáme také s tím, že imobilní pacient se při nočním neklidu postaví a samostatně se pohybuje nebo se o to pokouší. Pacienti s demencí také velmi dobře snášejí bolest. Musíme dbát při práci na to, abychom je nepoškodili pro jejich sníženou schopnost vnímat signály z těla. Tyto a další poznatky je dobré znát a umět s nimi pracovat.

Fyzioterapie je tvůrčí práce, kdy má terapeut možnost vybírat ze širokého spektra technik. Záleží vždy na jeho zkušenostech a odborných znalostech, jaké prostřed-

ky zvolí a individuálně přizpůsobí každému jedinci tak, aby dosáhl maximálně možného terapeutického efektu.

Při práci s pacienty postiženými demencí začínáme každý den od začátku. Nesmíme se tím nechat odradit. Trpělivou prací za pomoci celého kolektivu je možné pacientovi navrátit mobilitu a zlepšit kvalitu jeho života.

Kognitivní rehabilitace

Jitka Suchá, Iva Holmerová

Co je to **kognitivní trénink**? Kognitivní trénink se skládá z různých cvičení, která pomáhají zlepšit fungování jednotlivých úrovní poznávacích (kognitivních) funkcí – např. soustředění pozornosti, myšlení, paměti (zrakové i sluchové), čtení, psaní apod. Cílem je zlepšit jednotlivé schopnosti a tak omezit či zabránit vzniku problémů, ke kterým v důsledku této poruchy dochází.

Pro kognitivní trénink na našem knižním trhu není k dispozici dostatek vhodné literatury. Česká alzheimerovská společnost vydala pracovní sešity „Cvičte si svůj mozek“, díly 1 a 2, kde naleznete mnoho kognitivních cvičení s různými stupni obtížnosti. Některé hry, hlavolamy a další zábavné úlohy lze nalézt v publikaci „Mozek a jak ho cvičit“.¹⁶²

Jaké jsou vhodné aktivity v rámci kognitivního tréninku:

- pravidelně číst s pokusem o zopakování a výklad toho, co jsem právě četl
- učit se něčemu novému – např. cizímu jazyku, případně rozvinout základy již ovládaného cizího jazyka
- cvičit všechny druhy paměti, zejména krátkodobou, ale i dlouhodobou, sluchovou a zrakovou paměť
- trénovat početní schopnosti s řešením slovních úloh
- dále psát, udržovat mezilidské kontakty, adekvátní komunikaci s okolím, podporovat kulturní a společenské aktivity
- večer před ulehnutím zhodnotit a zrekapitulovat události proběhlého dne
- luštit hádanky, křížovky, sudoku, hrát vědomostní soutěže, společenské hry – pexeso, šachy, dáma, scrabble apod.; tyto hry můžete hrát společně s rodinou, přáteli nebo vnoučaty
- velmi přínosný je aktivní životní styl s dostatkem mentální i fyzické aktivity

Trénink paměti (a dalších kognitivních funkcí) v pravém slova smyslu se pro seniory trpící demencí příliš nehodí. Ten je vhodný spíše u těch, kteří mají pouze lehkou poruchu paměti ve smyslu benigní stařecké zapomnětlivosti nebo většinou podmíněného kognitivního úbytku. Bylo zjištěno, že kombinace tréninku paměti

a psychomotorického tréninku působí jednoznačně proti procesu stárnutí, zlepšuje paměťové výkony, posiluje soběstačnost, zlepšuje a oddaluje proces demence. Trénink paměti také prospívá lehce porušené funkci mozku a pohybový trénink podporuje zlepšení prokrvení mozku.¹⁶³

KOGNITIVNÍ REHABILITACE A CVIČENÍ PAMĚTI

Cvičení paměti má velký význam zejména u zdravých seniorů. Jedná se o různé metody, které jsou již velmi dobře rozpracovány a veřejnosti známy. Tato cvičení mají soutěživý charakter, kladou důraz na rychlost, úplnost a správnost. Tím se cvičení paměti zásadně liší od kognitivní rehabilitace, kterou používáme u pacientů postižených kognitivní poruchou. Tato metoda používá na první pohled obdobných technik jako cvičení paměti, je však výrazně šetrnější, nepracuje se tu na čas, nejedná se o soutěžení, které by mnohé pacienty mohlo stresovat. Důraz je tu kladen na podporu a procvičování kognitivních funkcí, které jsou zachovány, ale také na podporu sebevědomí pacientů, na správnou motivaci k tomuto cvičení a podobně. Při těchto cvičeních terapeut pomáhá, napovídá, oceňuje místo toho, aby korigoval a opravoval. Jedná se o různé, zpravidla zjednodušené a nesoutěživé slovní hry, doplňování říkanek, doplňování slov podle první slabiky, skládání obrazců, zjednodušené pexeso, puzzle a podobně. Tyto techniky jsou podle našich zkušeností užitečné, pokud jsou používány kvalifikovaně a citlivě. Pokud budeme tyto pomůcky v péči o pacienty postižené Alzheimerovou chorobou využívat, pomůžeme nejen zlepšit jejich stav, ale tato činnost přinese nám i pacientům zábavu a potěšení.

PAMĚŤ

Krátkodobá paměť slouží k vybavení malého množství slovních nebo zrakově prostorových informací nutných pro řešení aktuálního problému. Délka zapamatování je pouze 30–90 sekund. Paměťový proces zahrnuje zpracování přijaté informace, její integraci, distribuci, diskriminaci a retenci. Je zajišťována funkčními změnami neuronů.

Dlouhodobá paměť se dělí na:

- dlouhodobou paměť recentní, která uchovává informace z nedávné minulosti
- dlouhodobou paměť trvalou, která uchovává informace ze vzdálené minulosti

163 Holmerová I., Jurašková B., Rokosová M., Vaňková H., Veleta P.: Aktivní stárnutí, *Česká geriatrická revue* 2006, 4(3), str. 163–168.

Rozdělení podle charakteru zapamatované informace:¹⁶⁴

- paměť explicitní (deklarativní) – ukládání a vybavování informací vědomé pozornosti charakteru pojmů a operací, kterou lze vyjádřit řečí
- sémantická paměť – fakta, data, encyklopedické znalosti
- epizodická paměť – vázaná na čas a kontext, informace z vlastní minulosti, schopnost zapamatovat si novou či vybavit starší informaci.
- paměť implicitní (nedeklarativní) – vrozené a získané postupy, např. podmíněné reflexy, procedurální paměť, emoční paměť, motorické dovednosti (např. hra na hudební nástroj, sport)

Domovy důchodců jsou v České republice prakticky jedinými zařízeními pro seniory, kde je zajištěna nepřetržitá služba. Je všeobecně známým faktem, že v domovech důchodů žije také mnoho pacientů s kognitivní poruchou, některou z forem demence, nejpravděpodobněji Alzheimerovou chorobou. Tito pacienti potřebují kvalifikovanou péči a aktivizaci.¹⁶⁵ Včasná a správná diagnóza Alzheimerovy choroby umožní nasazení takové terapie, která nejen zpomalí progresi onemocnění, ale může také vést ke zlepšení funkčního stavu pacienta a ke zmírnění poruch chování, které někdy Alzheimerova choroba přináší a které zvyšují nároky na péči o tyto pacienty. Důležitou součástí péče o pacienty postižené demencí je také přiměřená aktivizace a rehabilitace nejen somatických, ale také duševních funkcí. K této terapii není u nás zatím dostatek pomůcek. Proto Česká alzheimerovská společnost na základě námětů pracovníků denního stacionáře pro pacienty s demencí při Gerontologickém centru vyvinula některé pomůcky, které jsou pro kognitivní rehabilitaci vhodné. Jde jednak o pracovní sešit „Cvičte si svůj mozek“, který byl vydán za podpory firmy Pfizer. Tento sešit je vhodný jak pro kognitivní trénink zdravých seniorů, tak pro kognitivní rehabilitaci pacientů s mírnými formami Alzheimerovy choroby či jiného onemocnění způsobujícího demenci. Krabice „Sada pro kognitivní trénink“ byla vyrobena za podpory firmy Ludbeck. Jedná se o set různých stolních her, skládanek, pexesa, domina a obrázků, který slouží pro kognitivní rehabilitaci pacientů v pokročilejších fázích demence. Lze je použít jak v domácím prostředí, tak v rámci různých zařízení, kde pacienti s demencí žijí nebo kde je jim poskytována péče.

Tam, kde jsou již kognitivní funkce výrazněji narušeny, nemá smysl seniory stresovat cvičením něčeho, co se již stejně nezlepší. Cvičení by mělo probíhat formou hry a mělo by být zaměřeno spíše na procvičení dlouhodobé paměti trvalé, která zůstává u osob s demencí poměrně dlouho zachována. Níže popsaná cvičení pak

164 Kalvach Z., Zadák Z., Jirák R., Zavázalová H., Sucharda P. a kol.: *Gerontologie a geriatrie*. Praha: Grada, 2004.

165 Holmerová I., Jarolímová E., Jurašková B., Rokosová M., Veleta P.: *Kvalita péče o pacienty s demencí: role a cíle alzheimerovských společností*. Česká geriatrická revue, 1/2004, Str. 44–48.

spíše nazýváme kognitivní rehabilitací. Procvičování paměti recentní má význam u těch seniorů, kteří jsou teprve v počáteční fázi onemocnění demence. Důraz bude ale zřejmě kladen na procvičení paměti dlouhodobé trvalé.

V našem zařízení se nám osvědčilo provádět cvičení paměti ve skupině, a to bezprostředně po kinezioterapii (domníváme se, že tělesným cvičením se prokrví i mozek a ten pak lépe pracuje) ve skupinách po 5 až 10 členech. Terapeut by měl skupinu vést citlivě s ohledem na individualitu každého účastníka a pružně reagovat na případné problémy. Ukáže-li se třeba, že již započaté cvičení je pro účastníky příliš náročné, měl by terapeut vše usnadnit tak, aby byl daný úkol splnitelný, případně cvičení předčasně ukončit. Ale tak citlivě, aby účastníci neměli pocit, že selhali. Při cvičení by mělo být zapojeno co nejvíce smyslů. Pokyny jednoduché, raději nevícestupňové, spíše vždy po jednom a po jeho splnění teprve další. Také je důležité dát účastníkům dostatek času na splnění úkolu (u starých lidí obecně dochází ke snížení psychomotorického tempa). Cvičení by mělo být prováděno vždy v kolektivu, terapeut by v žádném případě neměl jednotlivé účastníky „vyvolávat“ jako ve škole, aby nebyli traumatizováni tím, že něco nevědí, což by jim mohlo vzít chuť do dalšího cvičení.

Pro obměnu je možno kognitivní rehabilitaci jeden den zaměřit na určité téma, např. cestování. Potom se provádí:

- procvičení recentní paměti – cvičení Vlajky
- procvičení dlouhodobé paměti trvalé – cvičení Hlavní města, cvičení Přesmyčky měst, cvičení Města – země
- Následuje reminiscenční terapie – vzpomínání na téma „Kam jsme jezdili na dovolenou“
- Muzikoterapie – zpívání písniček, kde se v textu objevuje nějaké město

Příklady kognitivní rehabilitace

V následujícím seznamu jsou uvedeny stručné popisy jednotlivých způsobů, které používáme při kognitivní terapii. U pacientů s demencí je postižena zejména krátkodobá paměť, dlouhodobá zůstává zachována déle. Proto u pacientů s mírnou demencí využíváme cvičení procvičující krátkodobou paměť, zatímco u pacientů s demencí pokročilejší využíváme cvičení, v nichž mohou uplatnit paměť dlouhodobou (doplňování přísloví, říkánek atd.). Důležitou zásadou při kognitivní rehabilitaci je, aby jednotlivá cvičení byla volena tak, aby odpovídala možnostem pacientů, aby se jim dařila a zajímala je.

ZKRATKY

Terapeut si připraví na kartičkách napsané (velkými písmeny) různé obecně známé zkratky, popř. i různé zkratky používané v minulosti. Účastníci pak mají za úkol říci, co znamenají v dané zkratce jednotlivá písmena. Nebráníme se ani případnému rozvinutí debaty na toto téma (zejména u zkratk používaných v minulosti).

SLOŽENÁ SLOVA

Terapeut připraví na kartičky velkými písmeny napsaná základní slova (ta, ze kterých se budou další slova teprve vytvářet). Ty buď rozloží na stůl, nebo připevní na tabuli tak, aby na ně všichni viděli. Spojováním různých slov se pak účastníci pokoušejí vytvořit další slova, tzv. slova složená. (Např. ze základních slov *kolo* a *běh* je možné vytvořit složené slovo *koloběh*.)

DOPLŇTE ZVÍŘE, ROSTLINU

Terapeut čte (popř. i vícekrát) z předem připraveného textu. Tam, kde je vynechané místo, mají účastníci doplnit konkrétní zvíře nebo rostlinu tak, aby uvedená věta dávala smysl. Též je možno celý text zvětšit na kopírce a rozdat účastníkům, aby měl každý k dispozici svůj.

CO MAJÍ SPOLEČNÉHO MĚSTA

Terapeut čte z předem připraveného textu skupinu různých měst, která mají nějakou společnou vlastnost. Účastníci se pokoušejí přijít společně na to, co mají tato přečtená města společného.

OBRAZKY

Jedná se o variantu předchozího cvičení s tím, že je zde posilována spíše vizuální paměť než sluchová. Podle našich zkušeností je toto cvičení snazší než předchozí. Cvičení je možné provádět více způsoby.

Terapeut postupně ukazuje účastníkům jednotlivé obrázky ze souboru (10 až 15 obrázků). Na obrázcích mohou být běžné předměty denní potřeby, kusy oděvu, zvířata, rostliny atd. Když terapeut ukáže všechny obrázky, je úkolem účastníků vzpomenout si, jaké obrázky viděli, přičemž není nutné je odříkat v pořadí, v němž následovaly.

Terapeut rozdá každému členovi skupiny jeden obrázek. Pak jeden účastník po druhém řekne, co má za obrázek, ostatní pozorně poslouchají. Poté jim je zase sebere a všichni se snaží vyjmenovat co nejvíce obrázků.

Terapeut vybere ze souboru 9, 12 nebo 15 obrázků (podle úrovně skupiny) a ty rozestaví na stůl nebo na zem do obdélníku po 3 x 3, 4 x 3 nebo 5 x 3 obrázcích. Účastníkům je ponechán nějaký čas na to, aby si je prohlédli a snažili zapamatovat. Poté terapeut otočí karty obrázky dospod (měly by být na tvrdém neprůhledném papíře) a ptá se skupiny, kde byl deštník, kde naopak klíč atd. Nebo ukáže na nějakou kartu a chce vědět, co bylo na tomto obrázku. I u tohoto cvičení je možno později vyzkoušet výbavnost s latencí. Speciálně v tomto případě není na škodu, když terapeut ukáže, že si ani on nezapamatoval všechno.

PŘEDMĚTY

I zde je využito vizuální paměti, navíc ještě ve spojení s dalším smyslem, a to hmatem. Terapeut obejde celý kruh cvičících, u každého se jednotlivě zastaví a pacient si v látkovém pytlí nebo igelitové tašce nahmatá jeden předmět a snaží se pouze pomocí taktilních vjemů určit, o jaký předmět se jedná. Nahmataný předmět se vyndá z pytle ven, aby ho viděli i ostatní účastníci. Pak všichni spolu s terapeutem ještě jednou zopakují, kdo má jaký předmět, a ty se všechny vloží zpět do pytle. Nakonec si všichni snaží vzpomenout, o jaké předměty se jednalo. Obvykle si každý účastník pamatuje alespoň ten svůj (v této variantě cvičení je možno využít místo předmětů plyšových zvířátek a úkolem účastníků je rozeznat druh zvířete).

Terapeut rozloží 10 až 20 předmětů na stůl nebo na zem doprostřed kruhu účastníků. Předměty by měly být dostatečně velké a snadno rozpoznatelné. Terapeut ukazuje účastníkům jeden předmět po druhém, společně s nimi říká, o jakou věc jde. Pak mají chvíli času, aby pozorovali předměty a snažili si je zapamatovat. Následně terapeut předměty zakryje (ubrusem, dekou nebo jiným kusem látky). Účastníci se snaží vzpomenout na co nejvíce předmětů, které jsou nyní zakryty, eventuálně i na jejich barvu. Pro terapeuta je výhodné, zatímco pacienti předměty sledují, napsat si na lísteček jejich seznam. I u tohoto cvičení je možné u šikovných účastníků vyzkoušet výbavnost s určitou latencí.

PÍSMENA, ČÍSLA

Jedná se o obtížnější variantu výše uvedeného druhého cvičení. Terapeut rozloží na stůl nebo na zem 9 až 12 kartiček, na nichž jsou napsána různá písmena a čísla. Čísla i písmena by měla být dostatečně velká, aby byla dobře viditelná. Je užitečné

vybrat čísla, která jsou obsažena v datu toho dne, počáteční písmeno od jména, které je ten den v kalendáři atd. Účastníci mají chvilku času, aby pozorovali kartičky, snažili si je zapamatovat a zároveň si zafixovat i to, kde jsou umístěna. Poté terapeut otočí kartičky čísly i písmeny dospod (měla by být psána na neprůhledném papíře) a skupina se snaží vzpomenout na co nejvíce písmen a čísel a kde byly umístěny. I u tohoto cvičení je možno vyzkoušet výbavnost s určitou latencí.

„NÁKUP“

Jde o složitější variantu prvního cvičení, kde si účastníci kromě slov mají zapamatovat ještě čísla (množství). Toto cvičení mají senioři obzvláště v oblíbenosti. Terapeut přečte z připraveného seznamu, co vše je třeba „nakoupit“, celkem asi 8 až 15 položek. Seznam je přečten raději dvakrát, dostatečně pomalu a hlasitě. Pak účastníci vzpomínají, co vše v něm bylo uvedeno a v jakém množství. I u tohoto cvičení je možno vyzkoušet výbavnost s určitou latencí.

Další možná varianta: v položkách nákupu mohou být všechny přísady, které jsou zapotřebí pro uvaření nějakého jídla, což může účastníkům usnadnit zapamatování.

BAREVNÉ TVARY

Terapeut rozloží na zem 9 až 15 kartiček s různými geometrickými tvary vyvedenými v různých barvách (čtverec, obdélník, kruh, ovál, kosočtverec, trojúhelník, lichoběžník). Některé tvary se mohou vyskytovat i v několika barevných provedeních. Pomůcky k tomuto cvičení terapeut snadno vyrobí nalepením tvarů vystříhaných z barevného papíru na čtvrtku. Terapeut pak spolu s účastníky projde všechny karty a ujasní si, o jaký tvar a barvu v daných případech jde. Chvilí karty pozorují a snaží se zapamatovat si, kde je která uložena. Pak terapeut otočí karty obrázky dospod a celá skupina se snaží vzpomenout, kde je který tvar umístěn a jakou má barvu. I u tohoto cvičení je možno vyzkoušet výbavnost s určitou latencí.

POHYBOVÁ PAMĚŤ

Každý účastník si vymyslí určitý pohyb. Začíná terapeut a provede pohyb, poté stejný pohyb provedou i ostatní účastníci všichni najednou. Postupuje se k dalšímu účastníkovi, třeba po směru hodinových ručiček – ten nejprve provede pohyb sám, pak ho po něm zopakují i všichni ostatní. Pak se provede společně první a nový pohyb. Tímto způsobem se postupuje k dalším účastníkům a postupně vzniká celý pohybový řetězec. Pokračuje se tak dlouho, dokud to účastníci ještě zvládají.

Toto cvičení má výhodu, že kromě paměti si senioři zároveň procvičí i tělo a také se zasmějí, což je důležité. Navíc i ten, kdo má více porušenou paměť, necítí se být zcela „mimo“, ale dokáže pohyb také provést, i když s určitým zpožděním.

Někteří účastníci mají problémy vymyslet si vlastní pohyb (staří lidé obecně mají ochuzenou fantazii nebo mohou znervóznět, když na ně všichni ostatní obrací svou pozornost), v tom případě je k tomu nenutíme a nějaký pohyb pro ně vymyslíme. Nemusí se jednat o nic složitého, ale o běžné pohyby jako třeba podrbání se na hlavě, propletení prstů, sevření ruky v pěst, prohrábnutí vlasů, dupnutí atd.

„MAXIPEXESO“

Varianta A – klasická

Obrázky se otočí rubovou stranou nahoru, po promíchání se rozloží na stůl do symetrického tvaru (např. 3 x 4, 4 x 4 atd., podle schopností hráčů). Každý hráč, když na něj přijde řada, otočí lícem dva libovolné obrázky. Pokud jsou shodné, dá je stranou a započítá si jeden bod. Pak má možnost hrát ještě jednou. Pokud nevybere shodné obrázky, vybírá další hráč. Hraje se tak dlouho, dokud nejsou rozebrány všechny obrázky. Vyhrává hráč, který našel nejvíce shodných dvojic obrázků.

Varianta B

Obrázky se otočí lícovou stranou vzhůru, po promíchání se rozloží na stůl do symetrického tvaru (např. 3 x 4, 4 x 4, atd., podle schopností hráčů). Hráči mají pár minut času na to, aby si zapamatovali, kde je který obrázek umístěn. Pak se obrázky otočí lícovou stranou dolů, ponechá se dané rozestavení. Dále hra pokračuje jako u varianty A.

Varianta C

Obrázky se po promíchání otočí lícovou stranou vzhůru a rozloží se na stůl (nemusí být uspořádané). Hráč má za úkol vybírat ze souboru vždy stejné dvojice obrázků, pokusit se je pojmenovat a dát stranou.

Pro naše účely se příliš nehodí pexesa běžné velikosti, protože obrázky mohou být pro starší lidi obtížně rozeznatelné. Lepší je vyrobit si pexeso vlastní, nejlépe se dvou stejných nástěnných kalendářů, dostatečně velkých a s vhodnými obrázky (nejosvědčenější jsou např. fotografie květin, zvířat, hradů a zámků atd.).

JAZYKOLAMY

Opět se jedná o aktivitu, při které účastníci nejen procvičí krátkodobou paměť a artikulaci, ale také se zasmějí. Terapeut přečte nějaký nepříliš dlouhý jazykolam a účastníci mají za úkol ho pokud možno správně zopakovat.

ZVÍŘATA A ROSTLINY V ŘÍKADLECH

Terapeut čte z připraveného listu různé krátké básně a říkanky, kde je v textu zmíněna nějaká rostlina nebo zvíře. Někdy je nutno básně přečíst dvakrát. Po přečtení mají účastníci určit, o jaké zvíře nebo rostlinu se zde jednalo, a zapamatovat si to. Po přečtení několika takovýchto říkanek si účastníci snaží vzpomenout na všechna přečtená zvířata a rostliny.

VLAJKY

Jedná se o variantu procvičování recentní paměti s obrázky, kde jsou však místo obrázků různých konkrétních věcí použity na čtvrtkách nakreslené vlajky států, které je možno spolu s pacienty vyrobit v rámci arteterapie. Pro cvičení používáme raději menšího počtu vlajek, dle našich zkušeností maximálně 9. Ty rozloží terapeut na stůl nebo na zem a spolu s pacienty se nejprve určuje, která vlajka patří kterému státu (je vhodné vybrat raději vlajky, jež jsou všeobecně známé). Účastníci dostanou chvilku času na to, aby se snažili zapamatovat si, na kterém místě která vlajka leží. Pak terapeut otočí vlajky barevnými stranami dopředu a účastníci mají za úkol vzpomenout si, kde je která vlajka. Toto cvičení je náročnější a hodí se spíše pro osoby v počáteční fázi demence.

ZAPAMATOVÁNÍ DETAILŮ OBRÁZKU

Necháme pacientům kolovat nějaký obrázek. Nejlepší jsou takové, kde je hodně děje, jsou tam nakreslení lidé, kteří mají barevné oblečení, a obrázek je hodně členitý. Také by měl být dostatečně velký. My jsme pro naše účely používali obrázky od Josefa Lady ve velikosti formátu A3, které byly vystříženy z kalendáře. Každý pacient má chvíli času na to, aby si obrázek důkladně prohlédl a pokusil se vtisknout si ho do paměti. Pak terapeut obrázek zakryje a klade účastníkům předem přichystané otázky vztahující se k tomuto obrázku (můžeme se ptát na počet dětí na obrázku, kolik z nich sáňkuje, kolik jich má čepici...).

SLOVNÍ KOPANÁ

Tato hra je všeobecně dobře známá a užívaná zejména u dětí školního věku. Terapeut zadá první výchozí slovo, pak se pacienti střídají a každý se snaží vymyslet takové slovo, jehož počáteční písmeno by bylo shodné s posledním písmenem slova předchozího. Těm pacientům, kteří mají s vymýšlením slova obtíže, vymyslí terapeut vhodnou nápovědu (např. křestní jméno pacientovy dcery), aby nebyl nikdo traumatizován případným neúspěchem. Také je vhodné, když terapeut každému účastníkovi zopakuje, na jaké písmeno má slovo začínat (kvůli poruchám

krátkodobé paměti). Hraje se tak dlouho, dokud jsou účastníci schopni udržet pozornost, což je dle našich zkušeností maximálně 15 až 20 minut.

PŘÍSLOVÍ A PRANOSTIKY

Terapeut přečte pacientům vždy první část známého přísloví nebo pranostiky (viz příloha) a účastníci mají za úkol toto přísloví dopovědět. Podle našich zkušeností jsou účastníci při plnění tohoto úkolu velmi úspěšní. Horší situace by nastala, pokud bychom chtěli od účastníků přísloví vysvětlit. Zde by většinou selhali, proto je tím zbytečně netraumatizujeme.

DVOJICE

Terapeut čte účastníkům z předem připraveného seznamu vždy jednu osobu z nějaké všeobecně známé dvojice (historické, pohádkové, filmové atd. – viz příloha), účastníci mají za úkol dopovědět, kdo další patří k vyčtené osobě (Romeo a... Julie). Jména jsou přehledně napsaná na kartičkách, které se účastníkům ukazují a zároveň i čtou. Je možno zapojit i ty seniory, kteří jsou nedoslýchaví. Všechny kartičky jsou rozloženy na stole, u kterého sedí skupinka pacientů a snaží se v hromadě hledat správné dvojice.

PŘIROVNÁNÍ

Terapeut přečte účastníkům vždy první část nějakého přirovnání (viz příloha) a ti mají za úkol toto přirovnání dopovědět (chytrý jako... liška). I zde bývají účastníci velmi úspěšní, často je i více možných odpovědí.

SLOVA, KTERÁ SE NEHODÍ DO SEZNAMU

Terapeut přečte z předem připraveného seznamu několik (4 až 7) slov, která mají vždy něco společného (viz příloha), účastníci mají za úkol určit, které přečtené slovo (1 až 2) se k ostatním nehodí a co mají zbylá slova společného. Pro usnadnění úkolu je vhodné přečíst slova dvakrát za sebou, dostatečně hlasitě a pomalu.

ANTONYMA – SLOVA S OPAČNÝM VÝZNAMEM

Jedná se o velmi jednoduché cvičení, které zvládnou i účastníci s pokročilou demencí. Terapeut čte z předem připraveného seznamu jednotlivá slova (viz příloha) a účastníci mají vždy doplnit slovo opačného významu. Pro schopnější účastníky můžeme zařadit složitější slova.

HLAVNÍ MĚSTA

Toto cvičení je vhodné pro účastníky ve střední fázi demence, překvapivě dobře si v něm vedou zejména muži. Terapeut čte z předem připraveného seznamu názvy jednotlivých zemí (viz příloha), účastníci mají za úkol říct jejich hlavní město. Lze provádět i opačně, ale to je pro pacienty náročnější. Nám se osvědčilo zaměřit se zejména na Evropu a několik větších států mimo Evropu.

DALŠÍ MĚSTA

Cvičení je podobné předchozímu, ale trochu náročnější. Terapeut čte z předem připraveného seznamu různá města (viz příloha) a účastníci mají za úkol říci, ve které zemi se město nachází. Opět je lepší pohybovat se pouze v Evropě, tam jsou účastníci úspěšnější.

ŘEKY A MĚSTA

Toto cvičení je vhodné spíše pro počáteční až střední fázi demence. Terapeut čte z předem připraveného seznamu názvy řek, účastníci mají za úkol říci aspoň jedno město, kterým řeka protéká (v případě českých řek budou účastníci znát jistě celou řadu měst, jež leží na jejich březích). Lze provádět i obráceně.

ČÍSLA S URČITÝM VÝZNAMEM

Toto cvičení je spíše náročnější a hodí se pro osoby v počáteční fázi demence. Terapeut čte z předem připraveného seznamu jednotlivé číslovky (základní, popř. řadové) a účastníci mají za úkol vymyslet, v jaké souvislosti je tato číslovka užívána. Často je i více možných odpovědí.

SPISOVATELÉ A KNIHY

Terapeut čte z předem připraveného seznamu názvy různých, všeobecně známých knih a účastníci mají za úkol říci, který spisovatel tuto knihu napsal. Podle toho, jaké autory a díla do seznamu terapeut zařadí, je cvičení vhodné pro pacienty v různých fázích nemoci. Autory u některých notoricky známých děl budou znát jistě i účastníci s pokročilou demencí.

OTÁZKY ANO/NE

Jednoduché cvičení pro osoby s pokročilou fází demence. Terapeut čte z předem připraveného seznamu různé, pravdivé i nesmyslné věty (viz příloha), účastníci

mají za úkol říci, zda řečená věta je, nebo není pravdivá, případně ji opravit tak, aby byla správně. I u tohoto cvičení se účastníci pobaví a zasmějí.

HOMONYMA – SLOVA S VÍCE VÝZNAMY

Terapeut určí jedno slovo (např. oko) a účastníci mají za úkol vymyslet co nejvíce významů tohoto slova, případně i různá rčení, ve kterých se přísloví nebo dané slovo vyskytuje (viz příloha). Když jsou vyčerpány všechny varianty, přejde se k dalšímu slovu. Zde by měl terapeut účastníky více směřovat ke správným odpovědím a trochu jim napovídat.

ZEMĚ, MĚSTA...

Jedná se o variantu oblíbené dětské hry vhodnou pro osoby v jakémkoli stadiu demence. Je výhodou, když má terapeut více informací o jednotlivých účastnících, např. kde se narodili, kde žili, kde žijí nyní, zná jejich křestní jména i křestní jména jejich blízkých příbuzných, aby jim mohl napovědět a přivést je ke splnění úkolu, aby se tak cítili ve společnosti ostatních dobře. Úkolem je říci co nejvíce názvů měst, zemí, jmen (případně i rostlin, zvířat, věcí, jídel apod.) od určitého vylosovaného písmena. Účastníci mají někdy problémy se změnou „položky“, třeba když mají říkat země, jejichž název začíná od určitého písmenka, stále ještě jmenují města. Někteří lidé se také často opakují. Pro obměnu může terapeut správné odpovědi počítat a jednotlivá písmenka tak mezi sebou „soutěžit“. Účastníci jsou pak lépe motivováni vymyslet co nejvíce slov.

PŘEDPONY

Terapeut přečte a zároveň ukáže na kartičce velkými písmeny výrazně napsanou jednoduchou předponu. Kartička by měla být dobře viditelná po celou dobu cvičení pro případ, že by někteří účastníci předponu zapomněli. Poté se účastníci snaží vymyslet co nejvíce slov od dané předpony (povoleny jsou jakékoliv slovní druhy i vlastní jména). Tak jako u předchozího cvičení i zde mohou být účastníci motivováni tím, že se u každé předpony počítají vytvořená slova. Podle našich zkušeností by se při jednom sezení mělo pracovat maximálně se 3 až 4 různými předponami.

Příklady námi používaných předpon: AL-, AM-, AN-, AU-, BA-, BE-, BOU-, CI-, DA-, DE-, DO-, HA-, HO-, IN-, JA-, KA-, KRÁ-, KRO-, KOU-, LA-, MA-, MÁ-, ME-, MĚ-, MÍ-, MOU-, NA-, NÁ-, NAD-, NE-, NO-, OB-, OD-, PE-, PLA-, POD-, PRA-, PRO-, PŘÁ-, PŘE-, PŘI-, PŘÍ-, RA-, RE-, RO-, ROZ-, SA-, SE-, SLE-, SO-, STA-, STO-, TA-, TE-, TRA-, VE-, VRA-, VY-, VÝ-.

OVOCE, ZELENINA...

Úkolem pacientů je vymyslet co nejvíce různých druhů ovoce nebo zeleniny, listnatých a jehličnatých stromů, koření, hudebních nástrojů atd. Je ale vhodnější provádět cvičení v jeden den pouze s jednou položkou, např. ovocem a teprve následující den zase se zeleninou. Jinak se jedná o velmi jednoduché cvičení.

Další možnosti: vyjmenovat dopravní prostředky, značky aut, vojenské hodnosti tak, jak jdou po sobě, kdo všechno nosí uniformu, co všechno patří do kuchyně, koupelny, vyjmenovat všechny naše prezidenty ve správném pořadí atd.

PŘESMYČKY

Terapeut si připraví čtvrtky s velkými, výrazně napsanými písmeny názvy měst (nebo řek, vlastních jmen...), ve kterých jsou zpřeházena jednotlivá písmena (např. RAHAP). Tyto kartičky rozloží na stůl nebo na zem tak, aby byly dobře viditelné pro všechny účastníky. Pak terapeut vysvětlí účastníkům, že přeskupením písmen lze vytvořit z každého nesrozumitelného slova název známého města (řeky, vlastní jméno...) a účastníci se je snaží dešifrovat (RAHAP – PRAHA), přičemž terapeut sbírá ty kartičky, které již byly rozluštěny. Když jsou vyluštny všechny, můžeme úkol ještě ztížit a požádat účastníky, aby si snažili vzpomenout na co nejvíce slov, která byla na kartičkách, čímž se procvičí i jejich krátkodobá paměť.

JMÉNA PODLE ABECEDY

Terapeut si připraví kartičky s mužskými i ženskými jmény (napsané výrazně velkými písmeny) od různých počátečních písmen. Hra je zábavnější, když jsou mezi jména zařazena i křestní jména všech pacientů. Terapeut pak kartičky buď rozloží na stůl nebo na zem tak, aby byly dobře vidět všemi účastníky, nebo rozdává všem účastníkům určitý počet kartiček (pozor, lidé s demencí rádi kartičky schovávají, např. pod šaty). Společně se pak účastníci snaží kartičky se jmény srovnat podle abecedy. I lidé s pokročilou demencí si obvykle pamatují, jak jdou po sobě písmenka v abecedě.

SKLÁDÁNÍ SLOV Z PÍSMEN

Terapeut si určí nějaké slovo, nejlépe nějaké dlouhé podstatné jméno s co nejvíce samohláskami (např. KOPRETINA). Slovo napíše po jednotlivých písmenkách na kartičky (1 písmeno = 1 kartička) a rozloží je na stůl nebo na zem tak, aby byly dobře viditelné pro všechny účastníky. Ti pak mají za úkol vymyslet z písmen

obsažených v daném slově co nejvíce dalších slov (přičemž nemusí být použita všechna písmena). Je vhodné, když si terapeut předem nějaká slova vytvoří, aby mohl účastníky, pokud už nevědí, sám trochu nasměrovat k správnému řešení. Toto cvičení je spíše náročnější a hodí se pro pacienty v počáteční fázi demence.

KŘÍŽOVKY

Většina starých lidí předtím, než onemocněla demencí, byla zvyklá luštit křížovky a tato schopnost, i když částečně limitovaná, jim zůstává i během nemoci. A to přibližně do střední fáze, ale je zde již nutná pomoc blízké osoby. Ve většině případů nejsou schopni zapisovat správně slova do křížovky podle legendy, někteří ji již nejsou schopni ani přečíst, i když se jedná o typ křížovky, kde je legenda vepsaná uvnitř. Pokud však terapeut legendu čte a napovídá, např. na kolik písmen má být dané slovo nebo na jaké písmeno začíná, pacienti bývají poměrně úspěšní. Takto je možno luštit křížovku i s větším kolektivem osob s demencí, kdy každý řekne to, co ví, a terapeut vše koordinuje.

Křížovka by však měla být terapeutem pečlivě vybrána, aby nebyla příliš náročná a bylo možno se dobrat tajenky.

Senzorická stimulace

Seznorickou stimulaci můžeme považovat také za součást kognitivní rehabilitace a může být aplikována v rámci tohoto přístupu. Někdy ji lze organizovat samostatně jako další terapeutický přístup.

Určitou informaci, kterou si ukládáme do paměti, je třeba nejprve smyslovými orgány zachytit. Smysly jsou svým způsobem měřicí přístroje, které nám definují realitu vnějšího světa. Máme tedy zrakovou, sluchovou, čichovou, chuťovou a hmatovou paměť. V mozku je pro každý smysl vyhrazena určitá oblast. Informace přicházející z jednotlivých smyslových orgánů je nejprve hodnocena odděleně v jednotlivých mozkových oblastech, až potom je integrována do celkového obrazu. Motorická paměť, která nám umožňuje vnímat polohu našeho těla a předmětů v prostoru, doplňuje a zvyšuje počet informací zachycených pěti základními smysly.¹⁶⁶

K procesu stárnutí patří i snižování funkčnosti všech smyslových orgánů. Toto zhoršení je však rychlejší, pokud nedochází k pravidelné smyslové (senzorické) stimulaci. Jak již bylo řečeno, senzorická stimulace má úzký vztah k paměti, proto i následující popsaná cvičení jsou propojením senzorické stimulace a kognitivní rehabilitace.

HMATOVÁ STIMULACE

Je vhodná spíše pro účastníky v počátečním nebo středním stadiu demence a zejména pro ženy. Účastníci ohmatávají kousky různých látek různé struktury buď za kontroly zraku, nebo se zavřenýma očima, snaží se vnímat rozdíly v jemnosti povrchu. Lze spojit s reminiscenční terapií, účastníci se mohou rozhovořit o tom, co jim který materiál připomíná, nebo lze vymýšlet, co se z jednotlivých materiálů může vyrobit.

ČICHOVÁ STIMULACE

Hodí se pro pacienty v jakémkoliv stadiu demence, zejména pokud ve skupině převažují ženy. Je však nutno mít na zřeteli, že staří lidé mívají čichové schopnosti výrazně oslabené.

¹⁶⁶ Holmerová I., Suchá J.: Reminiscenční terapie. *Praktický lékař* 83, č. 5, 2003, s. 295–297.

K tomuto cvičení je potřeba sada neoznačených kořenek, které lze snadno otevřít, s různými druhy všeobecně užívaných koření. Pacienti si posílají navzájem skleničku s určitým kořením, mohou si ho prohlédnout, přičichnout si a pak mají za úkol poznat, o jaké koření se jedná. Pokud chceme úkol ztížit, dáme kořenku do neprůhledného obalu, např. papírového návleku, abychom vyloučili zrakovou kontrolu a pacienti se orientovali pouze čichem. To bychom však podle našich zkušeností doporučili jen u základních, notoricky známých druhů koření.

Toto cvičení je možné spojit s reminiscenční terapií, rozvinout debatu o tom, co jim koření připomíná, na co ho dříve používali atd. Na závěr je možno přečíst krátký odstaveček třeba o tom, odkud koření pochází.

Toto cvičení není vhodné opakovat více než třikrát. Podle našich zkušeností také koření ve skleničkách časem vyčichne a je třeba je vyměnit za nové.

Čich je možno stimulovat i pomocí aromaterapie (tj. aromaterapeutické lampy s různými typy aromatických olejů). Různé vůně mohou vyvolávat u pacientů různé vzpomínky a mohou pomoci navodit dobrou náladu.

ZRAKOVÁ STIMULACE I.

K tomuto cvičení potřebujeme sadu barevných kartiček. Terapeut vždy jednu vybere a účastníci mají za úkol říci, co má stejnou barvu v místnosti, kde cvičení probíhá. Možná modifikace – co má stejnou barvu v přírodě, kdekoli venku atd.

ZRAKOVÁ STIMULACE II.

Potřebujeme sadu geometrických tvarů (lze vyrobít nalepením geometrických tvarů vystříhaných z barevných papírů na bílou čtvrtku). Terapeut vybere ze sady jeden z obrazců a účastníci mají za úkol říci, co má stejný tvar v místnosti, kde cvičení probíhá. Když jsou již vyčerpány všechny možnosti, mohou účastníci vymýšlet, co ještě jiného by mohlo mít daný tvar a neomezovat se přitom hranicemi místnosti.

Orientace v realitě

Poruchy chování, dokonce i agresivita mohou být důsledkem toho, že člověk postižený demencí se nedokáže orientovat, porozumět a pochopit smysl stále se měnícího světa, který jej obklopuje. Orientace realitou je edukační technikou, která umožňuje pacientovi trpícímu kognitivní poruchou rozumět situacím, které jej obklopují, po dobu co nejdelší. Tato metoda, pokud není užívána citlivě, může ale naopak poruchy chování nebo agresivitu vyprovokovat. Proto je užitečné se s ní v tomto kontextu seznámit blíže.

Tento terapeutický postup vznikl v USA v padesátých letech minulého století a do Evropy se rozšířil na počátku osmdesátých let. Orientace v realitě se snaží zlepšit celkovou orientaci, zmenšit zmatenost a maximalizovat nezávislost a sociální interakci pacienta.

Jedná se o jeden z nejstarších psychologických přístupů k demenci, jeden z mála, jehož efektivnost potvrzuje dostatek vědeckých důkazů svědčících pro to, že se jedná o účinný nástroj ke zvládnání kognitivních i behaviorálních změn při demenci.¹⁶⁷ Tolik výsledky studií. Velmi rozdílné jsou však klinické zkušenosti, které zcela ve shodě hovoří o tom, že orientace realitou je v některých případech užitečným nástrojem (jakožto součást celkového přístupu), někdy však (zejména při intenzivnější aplikaci ve skupině) může zhoršovat behaviorální i psychologické příznaky, provokovat agresivitu, agitovanost a úzkost, zejména v případech, kdy je necitlivě aplikována. Někteří jsou v tomto ohledu ještě rezervovanější a považují orientaci realitou za užitečnou metodu pro zdravé seniory, nikoli pro pacienty s demencí, zejména již ne pro pacienty s pokročilejšími stavy demence.¹⁶⁸

Orientace časem, místem, osobou

Cílem této orientace realitou je dosáhnout, aby všichni členové ošetřujícího týmu při každém kontaktu s pacientem postiženým demencí nabízel informace, které mu pomohou v orientaci. Tento přístup nazýváme kontinuální orientace realitou.

167 Holmerová I., Janečková H., Vaňková H., Veleta P.: Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. *Interní medicína pro praxi*, ročník 7, č. 10, 2005, str. 449–453.

168 Tamtéž.

Začíná se již při vstávání, kdy ošetřující informují pacienta, že je ráno a kolik je hodin, kde se nacházejí a co právě dělají nebo budou dělat. Pečující pacientům vysvětluje veškeré okolnosti, které jsou pro pacientovu orientaci důležité. Nic nepovažuje za známé a samozřejmé. Má to několik úskalí: jednak ošetřující musejí být sami správně informováni, aby mohli poskytnout správné a aktuální informace. To ovšem není většinou tak těžké. Dále je však důležité, aby pečující poskytovali pacientovi všechny informace, které potřebuje, ale aby jej nezatěžovali nadbytkem informací, kterým nerozumí, nebo aby mu stále nepředkládali informace, které pacient slyšet nechce, které ho unavují, zneklidňují, ruší. Proto je třeba při orientaci realitou postupovat velmi citlivě a s jistou zkušeností.

Dále je důležité, abychom pacientovi sdělovali všechny informace způsobem, jakým vedeme běžný rozhovor. Měli bychom ho informovat o čase a o místě, kde se nachází, představit se, představit kolegy a připomenout, kdo jsou ostatní lidé, se kterými se setkává. Veškerá komunikace s pacientem musí být citlivá, musí dbát na jeho reakce, ať již jsou verbální, či nonverbální. Veškerá sdělení by měla být pro pacienta zajímavá a srozumitelná.

Důležitou součástí orientace realitou je také oslovení pacienta správným způsobem, vždy mu říkáme pane (pacientkám paní) a oslovujeme příjmením. Ve středoevropských podmínkách velmi často užíváme tituly, proto je správné i v péči o pacienty s demencí, abychom je používali, někteří pacienti si to přejí. V zásadě však platí, že vždy respektujeme oslovení, které si pacient přeje, avšak neměli bychom nikdy používat tykání nebo oslovování křestním jménem. Pokud si však přeje jen pacient přeje, abychom ho křestním jménem oslovovali, používáme křestní jméno, kterému bude předcházet oslovení pane–paní, tedy „pane Jaroslave“, „paní Hano“. Oslovení je důležitým nástrojem k tomu, abychom podpořili (či naopak poškodili) pacientovu sebedůvěru a důstojnost.

Každý, kdo pacienta s demencí oslovuje, by měl být přátelský, klidný a usměvavý. Měl by dávat najevo, že rozumí nebo se snaží porozumět. Při každé příležitosti pacienta ujišťuje, že obavy, které má, nejsou potřebné, že je vše v pohodě a může se cítit bezpečný.

Také v noci je důležité s pacienty komunikovat obdobným způsobem. Informovat je o tom, že je noc, že by měli spát. Dobré je mluvit pokud možno co nejtíšeji a pomalu. Někdy je zapotřebí pacienty opět informovat o tom, kde se nacházejí, jak se jmenuje ošetřující, kdo je člověk, který je v jejich pokoji, a podobně.

Pokud jsou pacienti dezorientovaní a mluví nesouvisle, nelogicky a překotně, je zapotřebí jim ukázat zájem o to, co se snaží sdělit. Je potřeba se chovat klidně, komu-

nikovat slovně i mimoslovně tím nejjednodušším způsobem. Vždy, když se podaří pacientovi porozumět, je vhodné poskytnout mu zpětnou vazbu, dát mu najevo, že rozumíme. Opatrně je také možné korigovat pacientovy omyly a špatnou interpretaci některých událostí. Nabídnout jim správnější odpověď, motivovat je k tomu, aby správnější verzi přijali. Vždy však přístup pečujících musí být vstřícný a laskavý, podporující. Každá správná odpověď či správná reakce musejí být odměněny úsměvem, gestem, pohlažením. Je zapotřebí mít vždy na vědomí, že orientace realitou je orientace realitou, nikoli dohadování se o realitě či konfrontace s realitou. Nikdy není možné se s pacientem dohadovat, i když nemá pravdu. Není možné pacienta vystavovat jakémukoli tlaku, nepohodlí, pocitu zahanbení. Pokud je jakýkoli náznak neklidu či rozrušení, je lepší se ani nepokoušet vysvětlovat situaci a orientovat pacienta, ale vhodnější jsou jiné přístupy (například validace). Vždy je třeba mít na paměti, že orientace realitou je cennou metodou v přístupu k pacientům s demencí, ale tehdy a jen tehdy, pokud je aplikována citlivě, se zkušeností a znalostí pacienta. Hranice, kdy tato metoda může neklid, nebo dokonce agresivitu vyprovokovat, je velmi nenápadná a subtilní. Vždy je třeba vážit mezi možným pozitivním účinkem této metody u jednotlivých pacientů a nebezpečím účinků negativních. V každém případě je orientace realitou spíše orientována na každodenní a běžné události, na čas, osoby a prostředí, které pacienta obklopují. Je také dobré, aby většina sdělení v orientaci s realitou byla pozitivní: je léto, měsíc srpen, teď je ráno a venku začíná být teplo, svítí sluníčko, řekneme kolikátého je a který den v týdnu, seznámíme pacienta s tím, jak se jmenujeme (pokud si nás nepamatuje), jak se to tady jmenuje, jakou činnost spolu nyní budeme vykonávat, co k tomu potřebujeme, na co se těšíme (na dobrou snídani a co k ní bude pacient jíst) atd. Orientace realitou by neměla primárně sloužit ke korekci pacientových mylných představ, neměla by nabízet převážně negativní sdělení. Neměla by vyvracet pacientovy mylné snahy a marně zaměřené činnosti (hledání rodinného příslušníka). K tomu používáme spíše techniky validace, která v sobě nenesé takové riziko vyprovokování agresivního chování.

Metoda orientace realitou je zvláště důležitá pro pacienty, kteří kromě kognitivní poruchy trpí poruchou smyslovou, zhoršením zraku či sluchu. Těmto pacientům bychom měli dostatečnou stimulaci i orientaci zprostředkovat pomocí ostatních smyslů, za pomoci kompenzačních pomůcek a podobně. Pro tyto pacienty je velmi důležité zapojení doslova všech pěti smyslů.

Kontinuální orientace realitou může být doplněna sezeními ve skupině, na kterých se společně diskutují jednotlivé jevy a události. V tomto případě je důležité, aby ve skupinách byli lidé, jejichž poznávací schopnosti jsou zhruba podobné, aby nedocházelo k tomu, že někteří převážně nezvládají to, co ostatní, a dokonce ani nerozumí nastalé situaci. Tato setkání se mohou zabývat různými tématy: zpravidla se jedná o diskusi o zařízení, o počasí, o aktivitách a také o pacientech a per-

sonálu. Opět je důležité, aby pečující dbali na neutrální či pozitivní náplň diskusí, aby se pacienti zbytečně nerozrušili nebo nevznikly hádky. Dobrou pomůckou pro tato setkání jsou noviny a časopisy, nad kterými je možné diskutovat některé události, program televize a podobně. Zde by opět měl mít terapeut na paměti, že nesprávné odpovědi nebude odmítat, ale může je do značné míry korigovat (validačně: přijmout a poopravit).

Pokud je orientace realitou aplikována citlivě, může mít u některých pacientů dobrý efekt. Terapeut by však měl vždy, když se pro ni rozhodne, mít na vědomí, že cílem každého přístupu je zlepšení kvality života, aby se pacientům dařilo dobře (nikoli aby byli nešťastní či zklamáni něčím, co se jim nedaří).

Za součást orientace realitou také považujeme vytvoření prostředí, které pacientům orientaci usnadní. Jedná se například o barevné označení společných prostor a pokojů. Dobré zkušenosti jsou s tím, že jsou jednotlivé prostory sladěny do různých barev, také společné prostory jsou sladěny do určité barvy, jinak barevné jsou toalety a podobně. Vhodné je označit směry k pokojům jednotlivých barev barevnými šipkami. Důležité je označit dveře místností, které se často používají – toalety nápisem, obrázkem, kuchyň nápisem a například obrázkem příboru a podobně. Je důležité, aby tyto orientační prvky byly stabilní, aby byly místnosti stejně barevné a označené po celou dobu pacientova pobytu. Pacienti si tak postupně spojí jednotlivé symboly, barvy, označení a budou se lépe orientovat i ve stadiu pokročilé demence.

Samotné nápisy, barvy, symboly a další označení ještě zdaleka nepostačí k tomu, aby se pacienti s demencí v prostoru zařízení orientovali. Je třeba je trpělivě a pečlivě učit orientaci v zařízení, je třeba je učit tomu, jaká barva je barvou jejich pokoje (samozřejmě, že barvu nemusejí umět pojmenovat), jaké jsou společné prostory. Tato na první pohled pro ošetřující únavná činnost může být právě také náplní diskuse ve skupinách, může se z toho učinit zábava, takové malé orientační cvičení, při kterém může být i legrace, v žádném případě se však nikdy nesmíme pacientům vysmívat.

Pacienti s demencí jsou někdy schopni sami nalézt určité orientační body, které nám nemusí být na první pohled nápadné. Proto by měli být ošetřující pozorní a měli by sledovat, co upoutává pozornost pacientů s demencí a podle čeho se začínají orientovat. Pokud tyto prvky změní, pochopitelně se pacient bude orientovat hůře.

Náš přístup k pacientům by měl být co nejklidnější, také všechny změny bychom měli provádět klidně. Například pokud vedeme pacienta rychleji, než je zvyk-

lý, z jedné místnosti do druhé, může být více dezorientovaný, neklidný a třeba i agresivní.

Také naše pokyny by měly být klidné, jednoduché a jednoznačné, snadno pochopitelné. Měli bychom se snažit o nejsrozumitelnější sdělení prostřednictvím verbálních i nonverbálních prostředků. Pacienta bychom nikdy neměli opravovat, nekritizovat ho za chyby. Naopak pokud pacient porozumí našemu pokynu, udělá něco správně, vždy bychom ho měli pochválit.

Senioři s demencí potřebují žít v prostředí, které jim usnadňuje orientaci. Každá pomůcka, která jim pomůže překonat nástrahy každodenního života, je užitečná. Není pravda, že různé nápisy, označení, šipky a další pomůcky vytváření nevhodné prostředí, takové kritiky nevycházejí ze znalosti faktu, že to bylo právě „normální“ prostředí pacientovy domácnosti, ve kterém se již nedovedl orientovat. Samozřejmě by však veškeré pomůcky a označení měly respektovat zásady přiměřenosti a vkusu. V žádném případě by prostředí pro pacienty s demencí nemělo působit dětinským dojmem. Není ale důvod, proč by barvy a označení neměly být jasné a veselé. Naopak. Vytvořením vhodného prostředí pacientům usnadníme orientaci a vytvoříme tím pocit jistoty a bezpečí, které velmi potřebují. Toto prostředí nemusí být esteticky dokonalé, mělo by však být vlídné a přehledné, takové, aby se pacient co nejsnáze orientoval. Často lpění na určitých estetických požadavcích způsobuje, že je prostředí na pohled vkusné a moderní, ale pro pacienty je chladné a nepřehledné, nelaskavé, neposkytuje jim takovou oporu, jakou potřebují, a to není dobré. Je těžké podat univerzální návod na to, jak prostředí co nejlépe adaptovat pro potřeby pacientů s demencí. Existují určitá doporučení, ale nikoli univerzální návod. Mnohé pracovní týmy dokáží vytvořit laskavé, přehledné a podporující prostředí pro pacienty s demencí i ve zdánlivě nepříznivých architektonických podmínkách, s využitím velmi jednoduchých prostředků. Naopak někde na první pohled estetické a luxusní interiéry nejsou pro pacienty s demencí vhodné. Záleží vždy na schopnostech, znalostech a citlivosti profesionálů, kteří se na modifikaci prostředí podílejí. Chce to vždy trochu profesionální zaujatosti a nadšení.

Důležité je věnovat pozornost prostředí pacientů v noci. Ve tmě se všichni obtížně orientujeme a pro pacienty s demencí to platí o to více. Různé předměty, obrysy, stíny a světla mohou mít hrozné tvary, které si pacient nedovede vysvětlit. Často zareaguje dříve, než se podaří vše vysvětlit, a uklidňovat jej poté je zpravidla složitější než takové situaci zabránit. Existuje mnoho relativně jednoduchých řešení. Nejvhodnější je mírné osvětlení i v nočních hodinách, které umožní pacientům dostatečnou orientaci a zabráni často zbytečným pádům. Také je vhodné odstranit ty světelné podněty, které mohou pacienty rušit (například světlo pouličního osvět-

lení, reflektorů kolemjedoucích automobilů a podobně). Tomu můžeme zabránit dostatečně silnými závěsy či žaluziemi. Noční osvětlení pacientova pokoje by mělo být stabilní, také to přispívá orientaci a klidu ,pokud se v noci probudí.^{169, 170}

Behaviorální metody jsou při zvládnání agresivního chování velmi účinné. Nicméně je třeba podotknout, že jejich použití je již náročnější, a to v několika ohledech. Jednak vyžadují porozumění ze strany pacienta samotného, jestliže je demence mírná, je možné je používat. Pokud však demence pokročila do takového stadia, že pacient tomuto přístupu nerozumí, mohou být tyto přístupy škodlivé, kontra-aktivní. Dále je potřeba pacienta dobře znát, protože behaviorální metody musí být individualizované. S tím souvisí také skutečnost, že personál by měl být s těmito metodami dobře obeznámen a měl by vědět, kdy je možné je používat, kdy nikoli, kterou metodu je možné u kterých pacientů použít a podobně. Při používání behaviorálních metod musí být celý tým sehrán, jeho reakce musí být konzistentní. Proto je důležité, aby byly individualizované přístupy k jednotlivým pacientům dobře dokumentovány a staly se součástí dokumentace. Důležité je také přenášení těchto zásad z jednoho prostředí do druhého, to se týká zejména krátkodobých změn prostředí. Někteří rodinní příslušníci mají velké zkušenosti se zvládnáním agresivního chování svých příbuzných, přesně znají faktory, jež je provokují. Tyto zkušenosti je třeba respektovat. Pracovníci zařízení, které přebírá pacienta se sklonem k agresivitě do své péče, si mohou ušetřit mnohé nesnáze tím, že budou naslouchat rodinnému příslušníkovi a pečlivě zjistí okolnosti, které k agresivitě mohou vést. Pokud rodinní příslušníci nedokáží chování svého blízkého zvládnout, je namístě, aby se o to pokusili odborní pracovníci zařízení, kteří mají s touto problematikou zkušenost. Kromě možností farmakologického managementu jsou důležité právě behaviorální přístupy, které je třeba přenést zpět do rodiny, rodinné příslušníky nejen pečlivě informovat, ale také prakticky zaškolit.

Poznámky pro praxi

Orientace v realitě se uskutečňuje jednak jako individuální či spíše skupinová intervence, nejčastěji pro skupinu 3 až 6 lidí, zhruba 5x týdně, jedno sezení trvá půl hodiny až hodinu. Začíná se zmapováním, zjištěním stupně orientovanosti pacientů, diskusí a upřesněním, dále následují různé hry zaměstnávající kognitiv-

169 Fetveit A., Bjorvatn B.: Soevnforstyrrelser hos sykehjempasienter – praktiske behandlingsraad. *Tidsskr Nor Laegeforen* 125. 2005. str. 1676–8.

170 Fetveit A., Bjorvatn B.: Lysbehandling mot soevnvansker i sykehjem – et ikke farmakologisk alternativ. *Tidsskr Nor Laegeforen* 125. 2005. str. 1679–81.

ní funkce, klade se důraz na zapojení všech smyslů, využívají se různé předměty, obrázky, v diskusi se upřesňuje jejich tvar, barva, možnost použití a podobně. Důležité je přiměřené a příjemné prostředí. Orientace v realitě je však také součástí komplexního přístupu k pacientům s demencí a patří sem různá názorná a barevná označení prostor a místností, různé „náповědy“ (dnešní datum na viditelném místě, velký hodinový ciferník, informace o ročním období a podobně).

V našem denním centru pro pacienty s demencí, kam docházejí pacienti se středně těžkými až těžkými formami demence (momentálně hodnoty testu kognitivních funkcí Mini mental state examination – MMSE jsou například v rozmezí 3 až 13), zařazujeme určité přístupy orientace realitou do denního režimu a programu pacientů mezi pomůcky, které používáme (nástěnka o ročním období, kolikátého je dnes, kdo má svátek, na které svátky se připravujeme, kde jsme, jaký máme program atd.). O orientaci pacientů v realitě se snažíme jen do té míry, abychom je při chybování příliš neopravovali, ale jen sdělujeme správnější řešení, navrhneme je jako součást diskuse.

Na základě našich zkušeností uvádíme některé námi vyzkoušené formy orientace v realitě:

- skupinová – vždy na počátku dopoledního programu je řečeno, jaké je aktuální datum, jaký je den v týdnu, kdo má ten den svátek (je přečten krátký text o původu tohoto jména), příp. jsou připomenuta výročí narození nebo úmrtí některých známých osobností (kalendárium lze najít např. na internetových stránkách www.libri.cz)
- velké nástěnné hodiny na dobře viditelném místě v každé denní místnosti
- výzdoba místností odpovídající aktuálnímu ročnímu období
- velká nástěnka s barevnými fotografiemi odpovídajícími ročnímu období
- velký kalendář s velkými vyměnitelnými číslicemi, který ukazuje jen jedno konkrétní datum s křestním jménem, jež ten den slaví svátek (je možno vyrobit v rámci arteterapie s pacienty), umístěný na dveřích nebo jiném dobře viditelném místě
- venkovní, popř. i vnitřní teploměr s dostatečně velkými číslicemi (někteří pacienti denně sledují, kolik je venku stupňů a zda je možno jít na procházku)

Reminiscenční terapie

Jedná se o aktivizační a validační metodu. Ta využívá vzpomínek a jejich vybavování si prostřednictvím různých podnětů. Je vhodná samozřejmě také pro zdravé seniory, kde má preventivní a aktivizační význam, ale důležitá je zejména pro pacienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale často si velmi dobře (někdy až překvapivě) vybavují události dávno minulé. Její součástí je vyhledávání nejlepšího způsobu komunikace s pacientem, vhodného prostředí a nezbytná je také dobrá komunikace s rodinným pečovatelem.¹⁷¹

Reminiscenční terapie může být individuální nebo skupinová. Jejím cílem je nejen zlepšení stavu pacienta, ale zejména posílení jeho lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a ve svých důsledcích pomoc a podpora rodinnému pečovateli. Z výše uvedeného vyplývá, že tuto metodu bychom měli nejen doporučit a vzít na vědomí, ale zároveň už ji považovat za součást dobré praxe každého oddělení, které poskytuje péči pacientům s demencí (jak ve zdravotnictví, tak v resortu sociálních věcí), a to z několika následujících důvodů:

- jedná se o metodu účinnou, levnou a snadno aplikovatelnou
- vhodnou pro pacienty s lehkou či středně těžkou demencí
- vhodnou pro pacienty, pro něž mnoho jiných terapeutických alternativ již nemáme

V tomto kontextu považujeme za důležité zdůraznit, že se jedná o metodu, která využívá vybavování starších vzpomínek jako prostředku k aktivizaci a dalším cílům. Nejedná se v žádném případě o „cvičení paměti“, které bývá u těchto pacientů naopak velmi problematické.

JAK POSTUPOVAT V REMINISCENČNÍ TERAPII

Tento návod nebude samozřejmě vyčerpávající a vlastně ani není návodem v původním slova smyslu. Jedná se o určité informace, které by měly posloužit zejména lékařům, aby se obeznámili s touto formou terapie a mohli ji využívat v péči o své pacienty postižené demencí. Druhým cílem je pak přinést nové náměty a některé postřehy těm, kteří se reminiscenční terapií hodlají sami zabývat a mají s ní již své zkušenosti.

171 Holmerová I., Suchá J.: Reminiscenční terapie. *Praktický lékař* 83, č. 5. 2003. s. 295–297.

Vstupní rozhovor by měl být individuální. Pokud nemocný přichází s rodinným příslušníkem, je vhodné, aby byli u pohovoru přítomni oba.

Jeho cílem je orientačně zjistit skutečnosti, které budou pro další terapii důležité a potřebné:

- zda je pacient rád v kolektivu, či spíše vyhledává samotu
- zda má rodinný příslušník zájem podílet se na terapii
- do jaké míry pacient rozumí mluvené řeči
- zda se pacient umí slovně vyjádřit, nebo zda preferuje jiné způsoby, a pokud ano, tak jaké (kresba, pohyb, zpěv atd.)
- zjistit od rodinného příslušníka nebo od jiného pečujícího další důležité skutečnosti, které by mohly průběh terapie nějakým způsobem ovlivnit (zejména poruchy chování či psychologické příznaky demence – BPSD), a to nejen, zda se u daného pacienta vyskytují, ale také jaké jsou faktory, které je vyvolávají (pokud takové jsou či pokud je pečovatel pozoroval), traumatizující zážitky, o kterých by nebylo vhodné se před pacientem zmiňovat, atd.
- zjistit sociální anamnézu, je-li pečujícímu známa, a to nejen rodinné vztahy, dřívější zaměstnání apod., ale zejména pacientovy zájmy a preference, současné i bývalé
- zdravotní stav a diagnóza včetně ošetrovatelské (i to terapeutovi usnadní práci)

Po této velmi důležité vstupní fázi probíhá vlastní terapie, která může mít individuální i skupinovou formu.

Individuální reminiscenční terapie je určena zejména těm pacientům, kteří se sami straní společnosti. Vzhledem k tomu, že se jedná o značně časově náročnou metodu, je vhodné, aby byl vždy přítomen rodinný příslušník, který může v terapii dále pokračovat.

Skupinová reminiscenční terapie je optimální řešení jak pro pacienty, tak pro rodinné příslušníky a zároveň i pro terapeuta, a to z několika následujících důvodů:

- je účelnější – lépe se využije prostor i čas terapeuta
- zlepšuje komunikaci celé skupiny – terapeuta, pacienta i rodinných příslušníků
- více stimuluje (vzpomínky jedněch vyvolávají vzpomínky druhých)
- umožňuje také rodinným příslušníkům, aby si vyměnili své zkušenosti a navázali terapeutické vztahy či chvíli relaxovali

INTEGROVANÁ REMINISCENČNÍ TERAPIE

Jednotlivé postupy, nápady a aktivity by měly být a mnohdy také již jsou součástí dobré praxe kvalitních oddělení, a to jak ve vybavení jednotlivými pomůckami, tak (a to zejména) v postojích a přístupu ošetrujících. Příjemné a vlídné (nikoli přepychové) prostředí, vybavení nábytkem či drobnými předměty z doby mládí pacientů tento přístup usnadní.

Zejména my, jako profesionálové, bychom si měli uvědomit, že demence probíhá sice svým zákonitým způsobem, ale postupně progreduje postižením jednotlivých funkcí u každého pacienta individuálně. I v relativně pokročilých stadiích demence s výrazným postižením kognitivních funkcí a deformací chování mohou být a bývají některé funkce včetně estetického vnímání zachovány. Není zdaleka pravdou, že pacienti s demencí nepotřebují k životu důstojné a vlídné prostředí. Toto mínění ještě stále dosti často slyšíme a jeho praktické dopady a důsledky v péči jsou závažným prohrěškem proti dobré praxi.

Jako příklad ilustrující snad nejlépe předchozí tvrzení můžeme uvést události z kazuistiky významného českého varhaníka a pedagoga Akademie múzických umění, který již v pokročilém stadiu Alzheimerovy choroby docházel „učit“ své bývalé žáky. V té době se již velmi obtížně vyjadřoval, ale když se mu hudba líbila (a to nebylo zdaleka vždy), tak si spokojeně podupával, posluchači tomu rozuměli a vytvářeli svému bývalému učiteli nevšedně vstřícné prostředí až do pokročilého stadia jeho choroby. Jak ovšem choroba progredovala, přestal poznávat svůj byt a často se divil, že „tady mají stejné obrazy, jako měli u nich doma“.

Jaké jsou základní předpoklady pro úspěšnou reminiscenční terapii:

- pozorně naslouchat
- zaznamenat (či zapamatovat) si jednotlivé události pacientova života, aby-chom se k nim mohli vracet
- být empatický
- chovat se citlivě k pacientům i k rodinným příslušníkům
- umět přiměřeně a citlivě zvládnout negativní emoce ze strany pacienta i pečujících
- zřetelně projevat zájem o pacientovo sdělení

Jaké jsou důvody pro reminiscenční terapii:

- soustřeďuje se na staré vzpomínky u pacientů, jejichž krátkodobá paměť a vzpomínky na nedávné události jsou významně narušeny
- umožňuje pacientům, aby se ve vzpomínkách vrátili do doby, kdy byli aktivní a zdraví, šťastní, a aby si tyto zážitky evokovali namísto chybějících vzpomínek na nedávné události

- vrací pacientům sebedůvěru tím, že se jim znovu podaří evokovat si svou osobnost v dřívějších souvislostech
- taktéž pečujícímu (rodinnému či profesionálnímu pečovateli) umožní navodit vzpomínky na dřívější život, události a postoje pacienta, a obeznámit se tak s jeho premorbidní osobností daleko lépe, než to umožňuje jakákoli jiná metoda; to je unikátní cesta k pochopení nynějšího chování pacienta
- seznámí pečujícího s pacientovými dávnými zájmy a preferencemi tak, aby bylo možné lépe plánovat denní režim a jednotlivé aktivity i v situaci zhoršující se soběstačnosti
- terapie a lidé, kteří se na ní podílejí, jsou krom jiného důležitým sociálním zázemím pro pacienta i rodinného pečujícího; to je zvláště důležité, protože každý typ a každá fáze onemocnění způsobujícího demenci sebou přináší různou, ale vždy závažnou sociální izolaci
- základní poznámky o důležitých událostech pacientova života umožní terapeutovi, aby se k nim vracel a evokoval určité souvislosti i v situaci, kdy si již pacient není sám schopen na tyto události vzpomenout
- také v případech, že pacient bude hospitalizován či vstoupí do zařízení dlouhodobé ústavní péče, mohou správně vedené záznamy a závěry reminiscenčního terapeuta usnadnit novým pečujícím komunikaci s pacientem

KOMUNIKACE S PACIENTEM

Je nejen prostředkem, ale také jedním z cílů reminiscenční terapie.

Jaké jsou zásady dobré komunikace:

- pacient musí rozumět tomu, co mu chceme sdělit, musí mu být srozumitelné všechny otázky a pokyny – to je základním úkolem reminiscenčního terapeuta, který musí svá sdělení přizpůsobit pacientovu chápání a užít takovou verbální či nonverbální formu komunikace, která je pacientovi nejpřístupnější
- pro veškerá verbální sdělení je třeba používat jednoduchý jazyk a krátké věty
- doprovázet svá sdělení výraznými gesty, mimikou atd.
- po jednotlivých sděleních dát pacientovi dostatek času na odpověď a ujistit se, zda správně porozuměl – každý se vyjadřuje jinak, někdo verbálně, někdo nonverbálně

Lidé trpící demencí jsou handicapováni v komunikaci, protože často nemohou najít správná slova, aby se vyjádřili. Tito lidé se však chtějí vyjádřit. Proto je tak důležité jim vpravdě aktivně naslouchat a vnímat je, být pozorný vůči jejich pocitům, které mohou vyjadřovat různými způsoby, a snažit se porozumět tomu, co nám chtějí sdělit. Naslouchání a snaha porozumět těmto pacientům vyžadují pozornost a ochotu, empatii s pacientem. Aktivně naslouchat, to znamená vyjádřit

zájem o pocity a osud pacienta, uznat důležitost jeho citů a mínění, pokoru a úctu vůči němu (Brita Leventhal in Woods).

Abychom si rozsah poruchy komunikace uvědomili, je důležité si připomenout zkušenosti samotných pacientů tak, jak je zaznamenávají ze své praxe právě reminiscenční terapii:

- pacient se pořádně nedostane ke slovu, mluví za něj raději jiní, to aby se „vše nepopletlo“ a „aby to netrvalo tak dlouho“
- pečující se chovají paternalisticky, skáčou pacientům do řeči, napovídají jim
- pečující před nimi mluví o nich samých a nedbají příliš na to, zda s tím ti, o nichž je řeč, souhlasí, nebo zda by snad chtěli něco dodat
- pečující se na pacienty zlobí a jsou netrpěliví proto, že nemocní něčemu nerozumí nebo něco špatně pochopili
- věci, které pacienti považují za důležité, jejich blízcí bagatelizují

Důsledky špatného porozumění běžným situacím jsou následující:

- pacienti se cítí zaskočení a pohlce problémem, který nezvládají a nerozumí mu
- jsou raději blízko (pro dotyčného mnohdy až nepříjemně blízko) rodinnému pečovateli, který jim tyto jednotlivé „složitosti“ pomůže vyřešit
- často se obávají situací, které jsou pro ně nějakým způsobem důležité (pro ostatní ale nepředstavují zvláštní problém)
- potřebují se stále ujišťovat, často opakovaně, o závažnosti a těžkosti situací, svých postojů a jednání
- vracejí se do minulosti, která pro ně často bývá jedinou jistotou; mnohdy dokola a dokola vyprávějí ty samé historky
- ztrácejí sebevědomí i v zdánlivě jednoduchých situacích, což se projevuje v chování, gestech i řeči; často se před odpovědí obrátí pro nápovědu ke na svého blízkého

Změny jejich schopností porozumět běžným událostem dále způsobují, že:

- považují mnohé běžné situace za nové a neznámé, často se proto cítí nejistí a ohrožení
- nejsou schopni plně zpracovávat přijímané informace
- vracejí se ke starým vzpomínkám a hledají tu vysvětlení nových událostí
- mnohdy nedokáží spolehlivě odlišit skutečnost od vlastní fantazie
- nedokáží rozpoznat to podstatné od nepodstatného, uniká jim tak celý smysl a podstata věci
- spoléhají se na nepodstatné, ale zjevné a jednoznačné rysy – jsou naivní (toho, kdo je přátelsky pozdraví, považují za přátelsky nakloněného atd.)

Proces komunikace se zhoršuje, což znamená, že pacienti:

- mají potřebu se vyjádřit, ale vědí, že se jim nepodaří najít vhodná slova
- najednou ztratí nit hovoru, nevědí, co chtěli původně říct a jak mají pokračovat
- nejenže hůře hledají slova, ale mají navíc potíže je správně sestavit do věty
- vlivem zhoršené pozornosti se jim nedaří soustředit se a vytrácí se jim i smysl jednoduché konverzace

Ale stejně tak jako všem ostatním zůstává i těmto pacientům emotivita, estetické cítění, schopnost prožívat uspokojení, radost, smutek, rozpaky, rozhořčení, stud a další stavy. Z toho plyne, že:

- reagují velmi intenzivně
- reagují velmi citlivě na náladu a pohodu či nepohodu druhých, na jejich non-verbální vyjadřování
- často jsou bezprostřední až dezinhibovaní ve vyjádření svých citů a potřeb
- mění se jejich postoje, mohou nezvykle (ve srovnání s dosavadní zkušeností) citlivě reagovat na taktilní podněty, hudbu, pohyb atd.

V důsledku demence jsou lidé méně soběstační a hůře mohou zvládat životní situace, proto:

- dělají omyly a různě se s nimi vyrovnávají
- se tyto své omyly snaží maskovat
- ztrácejí motivaci a často potřebují pomoc a podporu druhých

Vlastní reminiscenční terapie je záležitostí terapeuta, lékař může být přítomen, ale jeho přítomnost nesmí nikoho ze zúčastněných rušit.

Připomeňme ještě jednu některé zásady důležité pro průběh terapie:

- příjemné prostředí
- pohodlné oblečení
- přiměřená vzdálenost mezi jednotlivými účastníky
- stejná výšková úroveň pro všechny účastníky (sedící na židlích apod.)
- nespěchat, příliš neorganizovat, trpělivě pacientům umožnit i kratší pauzy, nechat doznít to, co bylo řečeno
- důraz na nonverbální prostředky
- vstřícný postoj vůči všem sdělením
- respektovat všechny účastníky

POMŮCKY PRO REMINISCENČNÍ TERAPII

Záleží na přístupu a kreativitě každého terapeuta, jaké prostředky zvolí. Někteří si vystačí se starými fotografiemi a knihami, kabinety jiných se podobají malým sta-

rožitnictvím. Důležitá je také určitá znalost nedávné historie (maximálně do mládí našich pacientů) a zvyklostí jednotlivých skupin pacientů (jsou-li z města, či venkova, zda se jedná o úředníky, nebo naopak zemědělce, podstatné je také religiózní zaměření zúčastněných – katolíci, reformované církve, židovská komunita atd.).

Jaké pomůcky jsou užitečné a které tématické okruhy jimi můžeme evokovat:

- fotografie – rodina, škola, sousedé, životní události (svatba, maturita, narození dětí atd.)
- starší knihy, kalendáře a podobné tiskoviny, které nějakým způsobem evokují dobu minulou, včetně starých pohádkových knížek
- starší předměty domácí potřeby, zejména ty, které nejsou již běžně používány (ale nesmí se jednat o příliš staré „muzeální“ exponáty, na které si ani ti nejstarší nemohou pamatovat). Zde je několik příkladů:
 - ▶ mlýnek na kávu
 - ▶ mincíř
 - ▶ rám na vyšívání,
 - ▶ staré váhy
 - ▶ loutkové divadlo
 - ▶ valcha
 - ▶ špulka
 - ▶ tzv. káča
 - ▶ kuličky hliněné i skleněné
 - ▶ hříbek na zašívání
 - ▶ staré pero
 - ▶ staré hračky
 - ▶ šmolka
- čich – čaje, sušené byliny, melta, cikorka, jádrové mýdlo
- hmat – různé druhy látek (samet, satén, tyl)
- sluch – hudba, zvonek, rolničky, píšťalka
- chuť – společně vytvořené či donesené pečivo, nejlépe podle starých receptů atd.

Kreativní zpracování vzpomínek

Při reminiscenční terapii zvláště důležité, velmi jednoduchý námět lze zpracovat mnoha a mnoha způsoby:

- vyprávění – je zdánlivě nejsnazší, ale pro pacienty bývá často dost těžké vyjádřit se
- drobné domácí či řemeslné činnosti – vaření podle starých receptů atd.
- zpívání
- tanec či jiná pohybová aktivita („Pamatujete si, jaký byl váš první tanec na plese?“, „Co jste cvičili na sokolském sletu?“ atd.)

- „malování“ či „kreslení“ vzpomínek je pro mnoho pacientů snazší než verbální vyjádření
- recitování, „dramatické“ vystoupení („Pamatujete si nějaké básničky ze školy?“, „Hrál jste někdo ochotnické divadlo?“ atd.)
- vytváření zátiší (ve sklenicích, krabici, starém akváriu), koláží atd.
- různé oslavy a slavnosti koncipované tak, jak dříve opravdu probíhaly

Osvědčená témata reminiscenční terapie

Jednotlivá témata je třeba volit individuálně s ohledem na biografii pacienta či podle složení skupin. Vhodné je vybírat takové události, které jsou spojeny s pozitivními emocemi, jako např.:

- moji kamarádi z dětství, různé příhody z dětství
- první lásky
- svatba
- taneční hodiny a plesy
- moje děti, když byly malé
- jak jsme si hráli, když jsme byli dětmi
- příběhy ze školy, jak jsme zlobili
- vojna
- písničky
- školní divadlo
- oslavy a svátky
- rodinné a společenské události
- cestování, dovolená, výlety
- domácí zvířata
- sportování
- zaměstnání
- dřívější móda
- zahrádky, chalupy, chaty
- vaření, recepty

Reminiscenční terapie je účinnou aktivizační metodou, která by měla být součástí dobré praxe v péči o pacienty postižené demencí. To lze považovat za prokázané. Jedná se o přístup, jehož jednotlivé konkrétní postupy budou potřebovat ještě další rozvoj a zkoumání.

Kinezioterapie

Jitka Suchá

Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou, která působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie. K dosažení léčebných výsledků využívá aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy. Je oborem interdisciplinárním. Pomáhá člověku dosáhnout pocitu somatopsychické normality. Během terapeutického procesu terapeut napomáhá pacientovi k úplnějšímu sebepoznání a poznání vlastních možností tak, aby je mohl využít k rozvíjení své osobnosti, nárůstu seberegulace a tím ke kvalitnějšímu způsobu života.¹⁷²

Kinezioterapie je somatoterapeutická aktivita, která využívá modelované cíleně zaměřené pohybové programy. Při jejich provádění vyžaduje aktivní přístup pacienta, pracuje nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy.¹⁷³ Pohybem v nejširším slova smyslu se snaží získat přístup k pacientovi a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „Já“ a jeho možností.¹⁷⁴ Podněcuje aktivitu jedince, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace.¹⁷⁵

Kinezioterapie podněcuje aktivitu jedince, zvyšuje sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, percepci stresu a reaktivitu na stres, zvyšuje odolnost vůči zátěžím, má euforizační účinky, zlepšuje mentální funkce, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace. Má aktuální i déletrvajících účinek na psychický stav. Má široké využití i v oblasti prevence.¹⁷⁶

Pohyb je jedním ze spojovacích článků vnitřního a vnějšího světa. Podílí se na něm tělo i duše ve vzájemné harmonii. O důležitosti pohybu v průběhu stárnutí a stáří nelze pochybovat.

172 Hátlová B., Suchá J.: *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, 2005.

173 Dessaintová M.-P.: *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál, 1999.

174 Spirduso W.: *Physical dimensions of aging*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1995.

175 Hátlová B., Suchá J.: *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, 2005.

176 Tamtéž.

Dostatečná pohybová aktivita ve vyšším věku je předpokladem udržení nezávislosti na cizí pomoci. Můžeme považovat za prokázané, že pravidelné tělesné cvičení zpomaluje proces stárnutí. Zlepšuje adaptační schopnost organismu na zátěž a předchází svalovým atrofiím, předchází vzniku chorob ve stáří.¹⁷⁷ Obecně se ví o příznivém vlivu tělesného cvičení na předcházení a léčení hypertenze a ischemické choroby srdeční. Tělesnou činností ovšem nejvíce prospíváme především prevencí onemocnění pohybového ústrojí. Snížení pohybové činnosti totiž patří mezi bezprostřední příčiny odvápnění kostí a vzniku osteoporózy, která je jednou z nejčastějších chorob ve stáří. Kostní buňky jsou při cvičení podněcovány k větší tvorbě kostní hmoty. Kostní trámečky se současně přestavují ve směru největšího zatížení a zpevňují se. Přispívá k uchování pocitu dobré pohody a duševní svěžesti. Sedavý způsob života vede nejen k úbytku svalové síly a k řadě tělesných neduhů, ale také k jednotvárnosti života a duševní únavě.¹⁷⁸ Radost z pohybu zlepšuje psychickou kondici. Soustavné cvičení podporuje pocit sebejistoty a napomáhá k vědomí, že pro své zdraví a pro svou budoucí soběstačnost děláme vše, co je v našich silách.¹⁷⁹

Kinezioterapie u pacientů s demencí má oproti kinezioterapii u pacientů s jinými diagnózami některé zvláštnosti. V prvé řadě je třeba vzít v úvahu dezintegrovatost cvičících a jejich omezenou schopnost vnímat signály z těla (tzn. i pocit vyčerpání a bolesti svalů a kloubů).¹⁸⁰ Důsledkem toho není příliš možné docílit, aby cvičící pohyb prožívali, lokalizovali dýchání, uvědomili si rozdíl mezi kontrahovaným a relaxovaným svalem, prováděli izometrické kontrakce atd. Je nutno volit spíše dynamická cvičení, která jsou na pohled dobře dešifrovatelná, neboť pacienti cvičí spíše nápodobou. Terapeut sice doprovází cvičení jednoduchými slovními pokyny, ale podle našeho zjištění se většina cvičících orientuje podle toho, co vidí u terapeuta nebo dalších cvičících.

Také je nutné vzít v potaz apraxii, která je častá v určitém stupni demence, a z toho plynoucí zhoršení hrubé i jemné motoriky, rigiditu a problémy s prostorovým vnímáním.¹⁸¹

Kinezioterapeut by neměl být příliš puntičkářský co se týče opravování chyb. Pokud bychom pacienti často opravovali v provedení cviků, mohli by ztratit chuť do

177 Holmerová I., Jurašková B., Rokosová M., Vaňková H., Veleta P.: Aktivní stárnutí, *Česká geriatrická revue* 4(3), 2006. str. 163–168.

178 Holmerová I., Rokosová M., Vaňková H.: Pohled na pacienta vyššího věku, *Medicína pro praxi* 4. 2006. s. 180–183. Štílec M.: Pohybové relaxační programy pro starší občany. Praha: Karolinum, 2003.

179 Hátlová B., Suchá J.: *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, 2005.

180 Helbostad J. L.: Fysisk trening av sykehjemsbeboere – har det noen hensikt?, *Tidsskri Nor Laegevoren*, 125. 2005. str. 1195–7.

181 Krajčík Š.: *Geriatría*. Trnavská univerzita, fakulta zdravotníctva a sociálnej práce. Trnava: Slovak Academic Press. 2000.

dalšího cvičení. Naším cílem je oprostít dementního člověka od negativních zážitků, pocitů neúspěchu a selhání. Také by se opravováním mohla narušit plynulost cvičební jednotky, protože jakmile se terapeut chvilku věnuje někomu individuálně, ostatní zpravidla ztratí koncentraci na cvičení. Mimoto většina cvičících opakuje stále ty stejné chyby při každém cvičení, přestože jsou korigováni, takže je patrné, že se tato snaha stejně mívá účinkem. Terapeut by měl odhadnout, u koho korekce správného cvičení má smysl, udělat to velice diplomatically a za správné provedení ihned cvičícího pochválit. Opravovat bychom měli ale vždy v případě, že cvičící provádí takový pohyb, který by mu mohl ublížit (např. záklon hlavy).

Dále je nutno brát v úvahu, že většina osob s demencí má porušenou pravolevou orientaci, takže se označení „pravá“ a „levá“ spíše vyhýbáme a končetiny označujeme slovy „jedna“ a „druhá“. Pokud to lze, je užitečné využívat k popsání provedení cviků různých symbolických představ.

U cvičících dohlížíme na to, aby končetiny opravdu střídali a necvičili několikanásobné opakování pouze na jednu stranu. Dále by se měl kinezioterapeut vyhnout cvikům, které vyžadují současnou koordinaci více tělních segmentů, zejména horních a dolních končetin. To je pro osoby s demencí a vůbec pro staré lidi příliš náročné. Zejména první část, celkové rozcvičení, by měla mít stabilní formu, postupovat od hlavy přes trup, horní končetiny až k dolním končetinám. U procvičování končetin je dobré začít se současným bilaterálním pohybem, který je na pochopení jednodušší, pak teprve zkoušet unilaterální nebo bilaterální střídavý pohyb.¹⁸²

U starých lidí obecně je kontraindikován záklon hlavy z důvodu možného omezení krevního oběhu v a. vertebralis. Pokud se ve skupině vyskytují kardiaci, je nutno vyvarovat se izometrických cvičení (zejména déletrvajících výdrže proti silnému odporu) a výdrží ve vzpažení obou horních končetin a pozorně sledovat, jak vystačí s dechem. Pokud jsou tito kardiaci orientovaní do té míry, že sami poznají, kdy jsou již unavení, měl by se terapeut s nimi domluvit, ať cvičí jen to, co zvládnou. Také je užitečné posadit si kardiaky vedle sebe a sledovat případné vegetativní projevy přetížení. Terapeut by měl také brát ohled na pacienty, kteří mají např. TEP kyčle (u starých lidí časté), kde jsou kontraindikovány některé pohyby (zevní rotace, addukce přes střední čáru, velká opatrnost u flexe větší než 90° v kyčelním kloubu).

Kinezioterapeut by měl být někdo, koho pacienti již znají, ke komu mají důvěru. Měl by být vždy optimisticky naladěný bez ohledu na to, zda má nějaké osobní

problémy, jeho případná nervozita nebo napětí by se mohlo snadno přenést na pacienty a záporně ovlivnit průběh kinezioterapeutického cvičení. Samozřejmě musí je, že by měl být seznámen se zdravotní dokumentací každého cvičence.

Hlavní zásady provádění kinezioterapie u postižených demencí podle Hátlové¹⁸³ jsou:

- je respektována osobnost nemocného. Podporována je sebeúcta, vědomí spoluúčasti a sounáležitosti, musí být brány v úvahu všechny složky osobnosti nemocného.
- cvičební program musí být adekvátně obtížný, snadno pochopitelný a musí být přizpůsoben možnosti úspěšného splnění, jednotlivá cvičení musí mít stabilní formy, které mohou být po předchozím oznámení postupně obměňovány.¹⁸⁴ Změny je důležité provádět postupně a v malém rozsahu.
- činnost musí mít variabilní formy, aby byla pro každého pacienta přístupná a zaujala ho.
- činnost musí být prováděna na nejvyšší možné úrovni, které je nemocný schopen, primární je navázání vztahu důvěry mezi nemocným a terapeutem. Nemocný nesmí vnímat terapeutovu blízkost jako možnost ohrožení, kinezioterapie musí probíhat v prostředí, které pacienta neohrožuje, pohybová činnost musí být prováděna pravidelně v rámci denního a týdenního režimu.

Průběh kinezioterapeutické jednotky

Cvičení by mělo probíhat pokud možno vždy ve stejném čase, nejlépe denně. Mělo by se cvičit nejméně 1 hodinu po jídle v pohodlném oděvu a ve vyvětrané místnosti. Cvičení by nemělo být ničím narušováno, aby se co nejdéle udržela koncentrace cvičících.

I u somaticky zdravého seniora musíme počítat s některými zdravotními změnami specifickými pro tento věk a jim přizpůsobit náplň a vedení cvičení. Musíme počítat s omezením hybnosti v některých kloubech (nejčastěji v ramenním), s chronickou bolestí některých kloubů a páteře, s ortostatickou hypotenzí (staří lidé nezvládají rychlé změny poloh). Také švihové pohyby nejsou vhodné. Musíme počítat s poklesem funkčních rezerv jednotlivých orgánů (srdce, plíce...) a tím se snížením tělesné výkonnosti. Také musíme brát v úvahu snížení funkce smyslových orgánů (zrak, sluch).

183 Hátlová B., Suchá J.: *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, 2005.

184 Štílec M.: *Pohybové relaxační programy pro starší občany*. Praha: Karolinum, 2003.

Měla by být zajištěna bezpečnost cvičení (např. neklouzavá podlaha, vhodná obuv...). Cvičící by měli mít po celou dobu cvičení možnost se napít. Terapeut by měl cvičit zároveň se skupinou, mluvit dostatečně nahlas a používat takové pokyny, aby jim cvičící rozuměli.

Jednotlivé cviky opakujeme 4krát až 6krát.

Kinezioterapeutické cvičení u starých lidí by mělo probíhat převážně vsedě na židlích. Je vhodnější, když jsou židle rozestaveny do kruhu v přibližně stejných vzdálenostech, než když by židle byly v řadách za sebou a vedle sebe otočeny všechny jedním směrem čelem k terapeutovi. V kruhu spolu mohou účastníci lépe komunikovat, verbálně i neverbálně, což je jedním z cílů tohoto cvičení, a lépe vidí na předcvičujícího terapeuta i na sebe navzájem, takže mohou případně své cvičení korigovat podle ostatních.

Každá kinezioterapeutická jednotka má 3 základní části.

ÚVODNÍ ČÁST

Začíná uvedením cvičících do „reality“. Společně se snaží přijít na to, jaké je datum a co je za den v týdnu, pak terapeut připomene, kdo má ten den podle kalendáře svátek. V případě, že nějaký člen skupiny svátek či narozeniny ten den slaví, má možnost vybrat si písničku, kterou mu pak ostatní zazpívají. Pak terapeut vysvětlí cvičícím, co bude ten den náplní kinezioterapeutického cvičení. Pak se již všichni postaví do správné výchozí polohy a provádějí prohloubené dýchání. Výchozí poloha je velmi důležitá a měla by být udržována po celou dobu cvičení.

HLAVNÍ ČÁST

Má předem určený záměr daný mírou onemocnění, aktuálním psychosomatickým stavem a záměrem léčby. Míra fyzické zátěže je mírná až střední. Začínáme s mírně zvýšenou fyzickou zátěží při tepové frekvenci 80–90, která má uvolňující účinky. Aerobní zátěž může být později zvýšena, ale pouze v případě, jsou-li pro zvýšení zátěže cvičící pozitivně motivováni. Jakékoli násilné vedení by mohlo vést ke ztrátě zájmu a trvalé demotivaci (Hátlová, 2002).

V našem případě se hlavní část skládá z:

- celkového procvičení těla bez náčiní
- cvičení s náčiním (raději vždy jen jeden druh během jedné kinezioterapeutické jednotky)
- pohybové hry upravené pro seniory s demencí (raději vždy jen jedna hra během jedné terapeutické jednotky)

ZÁVĚREČNÁ ČÁST

Zahrnuje závěrečné protažení, klidové dýchání. Samozřejmostí je pochvala za pěkné cvičení, případně dialog o prožitcích při cvičení. Cvičící většinou kvitují s povděkem, je-li zařazeno do cvičení něco nového. Na úplný závěr si cvičící mohou společně zazpívat píseň podle vlastního výběru.

Z fyzioterapeutického hlediska jsou do kinezioterapeutických jednotek zařazeny tyto druhy cviků:

- cviky pro zlepšení cévní cirkulace
- cviky posilovací pro zvýšení svalové síly oslabených svalů
- cviky protahovací pro uvolnění svalů, které jsou ve zkrácení nebo v hypertonu
- cviky pro udržení a zvětšení rozsahu kloubní pohyblivosti
- cviky rovnovážné
- cviky manipulační pro rozvoj jemné motoriky
- cviky navozující správné držení těla

Z hlediska vlivu na psychiku by mělo plnit cvičení tyto cíle:

- ☞ aktivizace jednotlivých cvičících
- ☞ zvýšení sebedůvěry, sebeúcty
- ☞ snížení úzkosti
- ☞ snížení deprese, euforizující účinky
- ☞ zlepšení koncentrace a jiných kognitivních funkcí
- ☞ zlepšení verbální i neverbální komunikace
- ☞ snížení neklidu a poruch spánku

Příklady některých cviků

CVIKY VSEDE

Výchozí poloha

Vzpřímený sed na židli, záda jsou opřená o opěradlo, hlava ve středním postavení. Horní končetiny volně spuštěny podél těla nebo v klíně. Dolní končetiny mírně od sebe, kolena i chodidla stejně daleko od sebe, chodidla rovnoběžně, kolena v pravém úhlu, kotníky přímo pod koleny.

U každého cviku je vždy uveden název cviku, pak popis cviku v odborném názvosloví. Kurzivou jsou uvedeny pokyny, které dává terapeut cvičícím a nakonec je opět normálním písmem popsán cíl tohoto cviku, příp. nejčastější chyby v provádění. Cviky by se měly 4krát až 6krát opakovat.

Obloukovitá flexe šíje

Pomalou obloukovitě provést flexi krční páteře, snažit se přiblížit bradu ke sternu, záda jsou stále opřená o opěradlo. Na konci pohybu výdrž a pomalu zpět s tím, že je důležité upozornit účastníky, že po předklonu nemá následovat záklon.

Pomalou dáváme hlavu do předklonu, bradu přitiskneme na hrudník a pomalu zpátky hlavu narovnat.

Cíl: protažení extenzorů šíje, zvětšení rozsahu flexe šíje.

Nejčastější chyby: Cvičící flektují celou horní část trupu.

Flexe v ramenním pletenci

Pomalým pohybem flektovat pravou paži, pokud je to možné, až do 180° (současně s nádechem), s výdechem pomalu povolit. Totéž vlevo.

Zhluboka se nadechneme a zároveň zvedáme jednu paži co nejvíc do vzpažení, s výdechem pomalu vracíme dolů. Totéž na druhou stranu.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti ramenního pletence do flexe, zároveň dynamické dechové cvičení.

Poznámka: U starých lidí bývá občas omezený rozsah pohyblivosti do flexe z důvodu degenerativních změn v kloubu.

Flexe v loketních kloubech

Paže jsou extendované v loktech, v supinaci, ruce držet zaťaté v pěst. Lokty flektovat co nejvíce je to možné, potom pomalu zpět do extenze.

Přetočíme paže dlaněmi vzhůru, lokty jsou natažené, ruce v pěst – toto je základní poloha. Teď oba lokty co nejvíc ohneme a zpátky natáhneme.

Cíl: posílení m. biceps a m. triceps, zvětšení rozsahu pohyblivosti v loketních kloubech do flexe a extenze.

Nejčastější chyby: Někteří cvičící mají tendenci zároveň provádět i flexi v ramenním kloubu.

Pronace – supinace

Paže jsou extendované v loktech, v pronaci, flektované na 90 ° v ramenních kloubech. Přetočit obě předloktí do supinace, zpět.

Přetočíme dlaně nahoru a dolů.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti předloktí do pronace a supinace.

Poznámka: U schopnějších účastníků je možno tyto pohyby procvičovat střídavě, tj. jako u vyšetření diadochokinézy.

Dorzální flexe v kotníku

Paže spočívají volně na kolenou, chodidla jsou opřená celou plochou o zem. Zvednout obě špičky (provést dorzální flexi) a zase položit. Později je možno klást odpor pomocí paží položených na kolenou.

Zvedáme obě špičky a následně je povolujeme.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti v kotníku do dorzální flexe, zlepšení cévní cirkulace, posílení m. tibialis anterior.

Chůze na místě

Střídavě zvedat dolní končetiny ohnuté v kolenních kloubech do pravého úhlu (chůze na místě) a přidat vždy dupnutí. Postupně zrychlovat tempo. Pak je důležité důkladné vydýchání.

Zvedáme kolena, pochodujeme na místě, přidáme vždy dupnutí a čím dál více zrychlujeme.

Cíl: posílení flexorů kyčelního kloubu, trénink koordinace.

Poznámka: Když cvičící dobře zvládají tento cvik, je možno přidat i souhyby pažemi (jediný cvik, kdy se cvičí horními i dolními končetinami zároveň).

Izolovaná extenze v kolenním kloubu

Pravou dolní končetinu extendovat v koleni s přitáženou špičkou nohy, krátká výdrž a zpět. Totéž na druhou stranu.

Propneme jednu nohu v koleni, uděláme „fajfku“ a pomalu pokládáme.

Cíl: posílení m. quadriceps femoris, protažení hamstringů.

Nejčastější chyby: Některým cvičícím tento cvik činí obtíž kvůli apraxii.

Vzpor na rukou

Opřít ruce o sedadlo po stranách, vzepřít se na rukou a nadzvednout hýždě a stehna nad sedadlo, povolit.

Opřeme ruce o sedadlo ze stran, opřeme se o ruce a nadzvedneme zadeček, jako bychom chtěli vstát a pak si to najednou rozmysleli. Povolit.

Cíl: posílení celého ramenního pletence, nácvik vstávání ze židle.

Poznámka: Tento cvik vynecháme u účastníků, kteří mají bolesti v oblasti zá-pěstí.

CVIKY VESTOJE U OPORY

Podřepy

Stoj mírně rozkročný čelem k opoře, podřep, zpět.

Stojíme čelem k opoře, nohy jen mírně od sebe a pomalu jdeme dolů do podřepu a zpátky, kolena jsou propnutá.

Cíl: celkové posílení svalů dolních končetin.

Nejčastější chyby: Vysazování „zadečku“ při pohybu dolů a tím vzniklé zvětšení bederní lordózy.

Stoj na špičkách a patách

Stoj čelem k opoře, dolní končetiny v addukci, stoj na špičkách, stoj na patách.

Stojíme čelem k opoře, nohy u sebe, postavíme se na špičky, potom na paty a znovu opakujeme.

Cíl: posílení m. triceps surae a m. tibialis anterior.

Poznámka: Pozor na souhyb s pánví a trupem.

Oblouky pažemi

Stoj čelem k opoře, pravou paží obloukovitě provedeme „vzpažení zevnitř“, zároveň provedeme rotaci trupu vpravo, na konci pohybu výdrž a zpět. Totéž levou paží.

Stojíme čelem k opoře, jednu ruku pomalu obloukem vzpažíme, tělem se otočíme za rukou, chvíli vydržíme a vrátíme pomalu zpátky.

Cíl: protažení m. pectoralis, erektorů páteře, zvětšení rozsahu pohyblivosti ramenního pletence do flexe a addukce páteře do rotace, nácvik stability.

CVIKY S THERA-BANDY

Pružení diagonálně

Oba konce thera-bandy jsou obtočeny kolem zápěstí, pravá horní končetina se přidržuje okraje židle, tento konec thera-bandu je tedy fixován, levá horní končetina provádí pohyb šikmo vzhůru („vzpažení zevnitř“) a zpět, totéž na druhou stranu. Nejdříve se pohyb vícekrát provede jednou horní končetinou, teprve pak ruce vystřídat.

Jednou rukou se pořádně přichytíme sedadla, tato ruka teď nebude cvičit, bude odpočívat. Druhou rukou půjdeme pomalu šikmo nahoru a pomalu zpátky.

Cíl: komplexní posílení svalů horní končetiny.

Nejčastější chyby: Špatná fixace jednoho konce thera-bandu.

Protahování zadní strany stehen

Pravou nohu zaklesnout do prostřední části thera-bandu, oba volné konce držet v rukou, táhnout dolní končetiny do mírné flexe v kyčli s extendovaným kolenem a zpět, totéž na druhou nohu.

Držíme oba volné konce, do prostřední části umístíme jedno chodidlo. Zvedáme celou nataženou nohu nahoru a pomalu zase zpátky (několikrát opakujeme). Umístíme do prostřední části druhé chodidlo. Zvedáme nahoru a dolů (opět několikrát opakujeme.)

Cíl: protažení flexorů kolenního kloubu, trénink koordinace ruka – noha – oko.

Velký kruh – flexe

Pacienti v kruhu sváží vždy 2 thera-bandy k sobě, takže je z nich vytvořen kruh, který zhruba odpovídá velikosti kruhu cvičících, pacienti se drží oběma rukama thera-bandového kruhu (předloktí v pronaci), horní končetina do vzpažení a zase zpět.

Cíl: nácvik jemné motoriky, vzájemná komunikace ve skupině, zvětšení rozsahu pohyblivosti ramenního pletence do flexe.

CVIKY S TYČÍ

Flexe v ramenním pletenci

Držet tyč oběma rukama na koncích, tyč je vodorovně, předloktí v pronaci, zvednout tyč do vzpažení (flexe v ramenním pletenci pokud možno 180 °), zpět.

Držíme tyč na koncích, zvedáme pomalu ruce s tyčí do vzpažení, pomalu povolit.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti ramenního pletence do flexe, protažení m. pectoralis major.

Pádlování

Uchopit tyč jako pádlo, tj. jednou rukou v horní části, druhou v dolní, a provádět pohyby jako při pádlování. Totéž na druhou stranu.

Chytíme tyč jako pádlo, jednou rukou nahoře, druhou dole a pádlujeme jako na lodi.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti ramenního pletence, představitost.

Automasáž plosek

Tyč položit na zem tak, aby ležela ve frontální rovině, vyzout boty, chodidly se postavit na tyč a posunovat jimi tyč dopředu a dozadu, tj. provádět automasáž plosek nohou od špiček až po paty.

Cíl: stimulace proprioceptorů v oblasti chodidla.

Poznámka: U některých účastníků je nutná pomoc při zouvání a obouvání.

CVIKY S ČINKAMI VÁHY 0,5 KG

Flexe v lokti I.

Horní končetiny jsou volně položeny na kolenou, předloktí v supinaci, ruce drží činky, provést oboustranně flexi v loktech a zpět.

Ruce jsou volně na kolenou, přetočíme je dlaněmi vzhůru, pokrčít lokty a znovu natáhnout.

Cíl: posílení m. biceps brachii.

Pronace – supinace

Obě horní končetiny ve flexi 90 °, lokty v extenzi, předloktí v pronaci, otočit do supinace a zpět.

Dáme ruce před sebe, přetáčíme dlaně nahoru a dolů, nezapomínáme dýchat.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti předloktí do pronace a supinace, posílení m. pronator teres, pronator quadratus, supinator a brachioradialis.

Nejčastější chyby: Někteří cvičící neudrží 90 ° flexi v ramenním pletenci.

Kývání v addukci

Obě horní končetiny nechat volně viset vedle židle. Uvolněnými pažemi kývat směrem dopředu a dozadu.

Necháme ruce volně viset vedle židle, kýváme s nimi dopředu a dozadu.

Cíl: uvolnění ramenního pletence.

CVIKY S OVERBALLY

Diagonála

Míč držet oběma rukama, ruce jsou volně vedle levého stehna, zvedat ruce šikmo vpravo vzhůru (do flexe a abdukce v ramenním pletenci, pohyb se vzdáleně podobá diagonálám dle Kabata) a zpět, totéž na druhou stranu.

Držíme míč oběma rukama vedle jednoho stehna šikmo, pomalu jdeme rukama šikmo nahoru a stejně pomalu zase zpátky.

Cíl: komplexní posílení svalů horní končetiny.

Poznámka: Tento cvik je vhodný jen pro pokročilé cvičence.

Flexe v ramenním pletenci podle barev

Míč držet oběma rukama, zvedat ruce s míčem do vzpažení a zpět vždy podle jednotlivých barev (např. zvedají jen ti, co mají žluté míčky apod.).

Držíme míč oběma rukama, ti co mají žlutou barvu míče, zvedají míč nahoru do vzpažení, pak pomalu povolují a v ten moment již nahoru zvedají míč naopak ti, kteří ho mají třeba růžový.

Cíl: posílení flexorů ramenního pletence, trénink kognitivních funkcí, vzájemná komunikace ve skupině.

Addukce v kyčli a extenze jednoho kolene

Dát míč mezi kolena, extendovat pravou dolní končetinu v koleni a přitom tlačit kolena stále do addukce, povolit, totéž s levým kolenem, povolit.

Dát míč mezi kolena, jednu nohu natáhnout v koleni (pozor, aby nám míč nevypadl na zem) a pak zase zpátky.

Cíl: posílení adduktorů kyčelního kloubu, posílení m. quadriceps femoris.

CVIKY S MALÝMI MOLITANOVÝMI MÍČKY

Flexe prstů

Dát míček do pravé ruky, zmáčknout, povolit, totéž opakovat levou rukou.

Dát míček do jedné ruky, zmáčknout a povolit.

Cíl: posílení flexe prstů.

Přemísťování míčku okolo těla

Dát míček do pravé ruky, za zády si ho přendat do levé, obě ruce opět před tělem, míček přendat z levé ruky do pravé, totéž i opačným směrem.

Přendáváme míček z jedné ruky nejprve před tělem, pak za tělem.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti ramenního kloubu zejména do extenze, trénink koordinace ruka – ruka.

CVIČENÍ – NAPODOBOVÁNÍ ČINNOSTÍ (UPRAVENO PODLE RHEINWALDOVÉ)

Je zábavnější než běžné cvičení. Navíc ve spojení s konkrétními činnostmi, které tyto lidé dříve prováděli, je provedení cviků přesnější. Zároveň se trénují kognitivní funkce, zejména dlouhodobá paměť, protože cvičící mohou sami vyjmenovávat jednotlivé činnosti, které pak napodobují. Níže uvedené cviky jsou nejosvědčenější. Při cvičení se zapojují celé velké komplexy svalů, zejména horních končetin v různém sledu.

Napodobování různých sportů

- plavat prsa
- plavat kraula
- plavat motýlka
- pádlovat na obě strany
- veslovat
- vzpírat
- boxovat

Napodobování různých domácích činností

- míchat těsto
- prát prádlo na valše
- ždímat prádlo
- řezat pilou
- štípat dříví
- šít
- mýt okna
- sekat srpem

Napodobování hry na hudební nástroje

- klavír
- housle
- flétna
- příčná flétna
- kytara
- tahací harmonika
- harfa
- buben

PŘÍKLADY NĚKTERÝCH SKUPINOVÝCH POHYBOVÝCH HER PRO SENIORY

Házená

Cvičící jsou rozsazeni na židlích v kruhu v přibližně stejných vzdálenostech. Navzájem si hází míč. Aby měli dostatek času na chycení míč, míč se hází vždy nejprve o zem tak, aby se odrazil k nějakému cvičícímu. Staří lidé nemají tak rychlé reakce, aby se mohlo míčem házet přímo, jeden druhému. Terapeut motivuje cvičící, aby se snažili, např. tím, že překonávají rekord, kolikrát bez přerušení dokáží míč přihrát.

Typ používaného míče: overball o průměru cca 25 cm

Cíl: koordinace ruka – oko, rychlost reakce, komunikace.

Hokej

Cvičící jsou rozsazeni na židlích v kruhu v přibližně stejných vzdálenostech. Každý cvičící drží v ruce tyč (příp. svoji vycházkovou hůl), která má představovat hokejku. Cvičící si „hokejkou“ navzájem přihrávají molitanový míček o průměru cca 10 cm. Zejména se snaží, aby jim míček neprošel mezi nohama židle, což by byl obdržený gól, ale vzhledem k rozdílné úrovni hráčů se nesoutěží (případný neúspěch by mohl pacientům vzít chuť do dalšího cvičení). Když cvičící vše dobře zvládají, je možno hrát i se 2 míčky.

Typ používaného míče: molitanový o průměru cca 10 cm

Cíl: koordinace ruka – oko, rychlost reakce, komunikace.

Hra s plachtou (upraveno podle C. Hellen)

Cvičící jsou rozsazeni na židlích v kruhu v přibližně stejných vzdálenostech. Uvnitř kruhu je umístěna látková plachta ve tvaru kruhu nebo čtverce, případně obdélníku (např. sešitá ze starších prostěradel), která je barevně rozlišena na 2 stejně velké poloviny (na barvení se mohou podílet cvičenci v rámci ergoterapie). Uprostřed je otvor, který má takový průměr, aby jím prošel míč – overball o průměru 25 cm. Ten je umístěn na látce. Po okrajích látky jsou přišita velká poutka, kterých se drží jednotliví cvičící. Ti jsou rozděleni na 2 družstva podle toho, u které barevné části sedí. Zvedáním horních končetin dochází i ke zvedání plachty a z toho plynoucího pohybu míče. Obě družstva se snaží tímto způsobem dosáhnout toho, aby míč prošel otvorem v látce tak, že do něj spadne právě z té jejich strany. Počítají se body obou družstev, hraje se např. do té doby, než jedno družstvo dosáhne 10 bodů. Cvičící si nesmějí při hře stoupat, ani nesmějí umístit míč do otvoru přímo rukou.

Cíl: koordinace ruka – oko, rychlost reakce, komunikace, zvýšení svalové síly horních končetin.

Další možnosti kinezioterapie pro seniory s demencí

Mezi další vhodné kinezioterapeutické aktivity patří zejména procházky. Shodují se na tom i zahraniční autorky, zabývající se aktivizací seniorů s demencí, F. G. Davidson a C. Hellen.¹⁸⁵ Obě tyto autorky doporučují chodit s demenčními pacienty na procházky co nejčastěji až do doby, kdy se tento pacient stane ze zdravotních důvodů imobilním. I ty pacienty, kteří mají určité potíže s mobilitou a koordinací, je dobré brát na kratší vycházky s možností odpočinku na lavičkách.

Procházky mají podobný účinek na fyzický stav jako cvičení, jedná se o komplexní pohyb. Dostatečně dlouhá procházka navodí u demenčních osob zdravou únavu a pobyt na čerstvém vzduchu zlepší kvalitu spánku. Důležité jsou během procházky i různé zevní podněty, kterých někdy staří lidé mohou mít nedostatek. Procházky jsou také důležité pro získání určitého „vnitřního klidu“. Jedná se o při-

185 Hátlová B., Suchá J.: *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, 2005.

rozený pohyb v přirozeném prostředí. Na procházky by se mělo chodit vždy, zimu nevyjímaje (není-li náledí a dovolí to počasí). Před procházkou je nutno věnovat pozornost vhodnému obutí účastníků. Měli by mít pohodlné boty s dostatečně prostornou špičkou a pevnou patou bez vysokých podpatků. Lidé s demencí mívají narušenou termoregulaci, bývají spíše zimomřiví, takže nutností je dostatečné oblečení – více vrstev, z nichž některou si mohou v případě potřeby během procházky odložit.

Někteří autoři doporučují i tai-či a jógu, protože se zde jedná o pomalý a vedený pohyb. Jóga však bývá spojena spíše s nízkými polohami, kterých je u starých lidí lepší se vyvarovat, a s prožíváním pohybu a vnímání signálů z těla. Tyto schopnosti ale u lidí s demencí, jak již bylo řečeno, bývají snižené.

Davidson také uvádí,¹⁸⁶ že v USA se mohou senioři s demencí (zřejmě v počátečním stadiu) připojit k jakémukoliv cvičení pro seniory v „seniorských centrech“, když je doprovází jejich pečovatel, doporučuje pro seniory s demencí šlapání na rotopedech.

Závěrem ještě uvedeme práci na zahradě jakožto určitou variantu kinezioterapeutického programu. Zejména jednoduché stereotypní činnosti jako např. hrábání listí, plení záhonu, strhávání větví atd. Je však třeba zajistit bezpečnost takto pracujících osob s demencí (bezpečné nářadí, dohled, aby nedošlo k úrazu nebo otravě, pokud by např. tito lidé požili něco jedovatého atd.). U práce na zahradě se také jedná o komplexní pohyb, navíc na čerstvém vzduchu, při kterém lidé získají vědomí vlastní užitečnosti. Někdy je to však ale spíše jednostranná zátěž, jejíž následky je třeba odstranit jednoduchým kompenzačním cvičením.

186 Davidson, F. G.: *The Alzheimer's sourcebook for caregivers*. Lowell House. Los Angeles. 1994.

Taneční a pohybový program pro pacienty postižené demencí

Petr Veleta

Podle názoru Americké asociace pro taneční/pohybovou terapii „...se jedná o psychotherapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka“. Taneční terapie je nyní uznávanou metodou rozšířenou po celém světě.¹⁸⁷

V taneční terapii se tanec chápe jako terapeutický pohyb. Estetická stránka zde ustupuje do pozadí, a naopak se zdůrazňují faktory:

- psychologické (schopnost nonverbálně komunikovat, zlepšení emotivity a podobně)
- fyzické (zlepšení koordinace pohybu, zlepšení celkové síly, rovnováha atd.)
- sociální (vytvoření skupiny lidí, kteří si mají co sdělit)

Není náročná na organizaci, prostor ani pomůcky. Pro 10 až 15 pacientů potřebujeme připraveného a empatického terapeuta, prostor, kde by vznikl židlemi ohraničený „parket“, řekněme 4 x 3 metry, CD přehrávač a hudební nahrávky. Pro zpestření terapie můžeme použít i nějaké Orffovy nástroje (zvonečky, bubínky, ozvučná dřívka, paličky, triangel apod.).

Pro pacienty postižené demencí je nejvhodnější formou taneční terapeutická hodina, která probíhá v kruhu. Mají tak možnost se vzájemně pozorovat i sledovat a napodobovat terapeuta, který je součástí jejich kruhu. Kruh je zároveň nejbezpečnější formou této aktivity a ti, kteří se obtížně soustřeďují na jiné činnosti, vydrží v této formaci cvičit relativně dlouho.

Sociologická šetření potvrzují, že sociální bariéry sehrávají i v současné době negativní roli, protože vytvářejí u mnohých seniorů ostych cvičit, tančit i sportovat ve věku, který je veřejností kvalifikován jako období důstojnosti.¹⁸⁸

187 Veleta P., Holmerová I.: *Úvod do taneční terapie pro seniory*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003.

188 Spirduso W. W.: *Physical dimensions of aging in Champaign*, IL: Human Kinetics, 1995.

Stejně je tomu i u pacientů postižených demencí. Jejich bariéry se mohou násobit vlivem nemoci. Bývají zmatení, dezorientovaní v prostoru i čase, neklidní a často depresivní.

Aktivity, které probíhají v kruhu, napomáhají při překonávání bariér, dodávají všem pocit jistoty, jednoty a také odvahy k předvádění mnohdy nezvyklých pohybů. Pomáhají také k vyjádření a vzájemnému předávání emocí.

Terapeutická hodina musí mít předem naplánovaný průběh – scénář. Scénář by měl být vědomě cílený na odstraňování negativních vlivů choroby, naopak aktivující a motivující k pozitivním fyzickým i psychickým reakcím.

Práce terapeuta

Taneční terapeut musí být seznámen s problematikou demencí, s průběhem choroby, s možností a schopností vnímání pacientů. Musí se umět nebo se pokusit vcítit do mnohdy „uzavřeného“ světa alzheimerovských pacientů a stát se verbálním, nonverbálním a zejména vlídným průvodcem terapeutické hodiny.

Předem připravený průběh terapie – scénář – by měl naplnit, rozvinout a uvést v život.

Vytvořit tak emocionální pozitivně a humorně laděné „vystoupení“, do kterého by měl zapojit jako účinkující všechny účastníky terapie. Takto mohou vzniknout silné emocionální zážitky, které u alzheimerovských pacientů působí rozhodně pozitivně.

Domníváme se, že by výbornými tanečními terapeuty mohli být starší profesionální tanečníci po ukončení taneční kariéry. Mají zkušenosti, jak spojovat pohyb s hudbou, vědí, jak hudba emočně působí a jakým pohybem je možné náladu hudby vyjádřit. Uměli by také velmi dobře pohyb a tanec předvést a s radostí a úsměvem ho přenést na své klienty.

Jestliže terapeut přichází s úsměvem, baví a zajímá ho jeho práce, má radost třeba i z malého úspěchu nebo úsměvu účastníků terapie, je na svém místě. Taneční terapie je vždy úspěšná, když s hudbou a pohybem dokážeme předat také humor a radost.¹⁸⁹

189 Holmerová I., Rokosová M., Suchá J., Veleta P.: Pohybový program v managementu pacientů s demencí in: Vinduškova J., Chrudimský J.: *Pohybové aktivity jako prostředek ovlivňování člověka*, Praha 20. 11. 2003, Fakulta tělesné výchovy a sportu, CD ROM.

HUDEBNÍ DOPROVOD

Tančit je možné na nejrůznější hudební či rytmický doprovod. Nejvhodnější je středně rychlé tempo se zpěvem, píseň, kterou starší pacienti znají. Příliš pomalá hudba použitá delší dobu nemotivuje k pohybu a může účastníky terapie spíše uspat. Příliš rychlá hudba způsobuje někdy neklid. Hudba k tanci seniorů postižených demencí však musí mít zřetelný rytmus, který je motivuje a napomůže jim opakovat drobné pohybové variace.

Klidná a melodická hudba je emotivní, evokuje k připomenutí a vyvolání pozitivních a příjemných zážitků z mládí, zklidňuje a může mírnit agresivitu.

Rytmická, rychlá a veselá hudba je naopak impulsivní. Umožní vytržení z apatie či melancholie. Má za následek zrychlení srdečního tepu a tím lepší prokrvení celého těla i mozku. Celkově pacienti aktivizuje a dává jim pocit radosti a veselí.¹⁹⁰

Vždy je potřeba najít míru a správné proporcionální rozdělení hudebního doprovodu.

POPIS TANEČNÍHO A POHYBOVÉHO PROGRAMU – TANEČNÍ TERAPIE

Terapii je vhodné zahájit vsedě na židlích v kruhu. Dbáme přitom na pokud možno dostatek prostoru pro každého pacienta, aby nedošlo ke střetům při upažení.

Sezení je nejčastější polohou, ve které starší člověk tráví nejvíce času. Proto je nezbytné naučit se správně sedět, udržet fyziologické zakřivení páteře a následně si uvědomovat, kontrolovat vhodnou pozici sezení... Páteř by při sedu měla zachovat pokud možno svislou polohu. Není proto doporučováno sedět v měkkých křeslech, ale spíše na tvrdším podkladu s možností opírat se o opěradlo, zejména v bederní oblasti páteře.¹⁹¹

Terapeut sedí v kruhu tak, aby na něj všichni účastníci dobře viděli a mohli ho napodobovat.

Již první pohyby, zejména hraje-li hudba, způsobují napřímení cvičících. Je zřejmé dávno uloženou zkušeností, že člověk musí mít při tanci dobré držení těla.

190 Štílec M.: *Pohybové relaxační programy pro starší občany*. Praha: Karolinum. 2003.

191 Tamtéž.

Při tanci samém není třeba se nutit do složitých prvků ani kroků. Naopak jednoduché pohyby, které senioři snadno zopakují, tleskání a zpívání jednoduchých říkanek či jenom slabik do rytmu jim přinese naprosto stejnou radost.

Pro počáteční narovnání páteře, pomalé rozcvičení horních i dolních končetin je vhodná pomalá a příjemná relaxační hudba.

Jednotlivé pohyby opakujeme dvakrát až čtyřikrát a přejdeme na pohyby jiných částí těla. Při delším opakování jednoho pohybu by účastník terapie přestal mít o cvičení zájem.

- rozcvička – rozcvičení jednotlivých částí těla

Narovnáme páteř opřením o opěradlo židle, ruce uvolníme svisle podél těla. Začneme dechovým cvičením – zhluboka se několikrát nadechneme a vydechneme.

Správné dýchání je předpokladem vyvážené činnosti organismu, je úzce spojeno s psychikou. Dech je zdrojem života, kladně ovlivňuje všechny funkce organismu, od mozkové činnosti a krevního oběhu až po trávení a svalovou činnost. Protože psychika a všechny funkce organismu jsou spojeny s dechem, můžeme jeho prostřednictvím na tyto funkce působit.

- s nádechem pomalu zvedáme jednu ruku a s výdechem ruku vrátíme dolu podél těla

Stejně cvičení opakujeme druhou rukou a dále oběma rukama současně.

Při pohybu oběma rukama nahoru můžeme drobně zahýbat prsty, aby se nám prokrvily.

Při tomto cvičení také dbáme na to, abychom vše dělali správně do hudby, protože již tento pohyb můžeme považovat za tanec.

„Dámy, toto je příprava na Labutí jezero. Tančíte nádherně.“

- uvolníme krční páteř – nejprve úklony hlavy do obou stran a dále předklony

Hlavu můžeme také otáčet ze strany na stranu. Tímto cvičením začínáme se vzájemnou komunikací. *„Prosím, podívejte se na souseda nebo na sousedku, pozdravte se a můžeme si říci, že jsme rádi, že jsme se tu sešli.“*

- procvičíme ramena – zvedáme a spouštíme ramena a dále posuneme ramena vpřed „*vyhrbíme se*“ a posuneme ramena vzad „*krásně se narovnáme*“.
- ukloníme trup do obou stran. Při úklonu můžeme zvednout vždy jednu ruku, až se ruce sousedů mohou dotknout. „*No prosím, to je úžasná taneční partnerská práce!*“ S trupem provádíme rotace do obou stran. „*Natočte se znovu na souseda celým tělem a zeptejte se – Jak se máte? Ano, mám se báječně... – a hned na druhého souseda... výborně.*“
- přidáme kroužky – nejprve kroužíme dlaněmi do obou stran.

Pokračujeme v kroužení rukou od předloktí „*a hned zpět, aby se nám ruce nezamotaly...*“ dále kroužíme rameny – vpřed a vzad.

Na závěr uděláme velký kruh oběma rukama před tělem „*Prosím, uděláme velkou taneční poklonu – ruce nahoru a opatrně kruhem dolů, abychom nebouchli souseda ...ano – skvěle!*“

- procvičíme dolní končetiny – nejprve děláme kroužky jedním chodidlem, pak druhým.

Dále propínáme a pokrčujeme jednu a druhou nohu „*Dámy, toto je příprava na kankán, až ho budeme tančit.*“

Můžeme propnout obě nohy a nízko nad zemí propínáme a ohýbáme chodidla. Při tomto cviku se můžeme přidržet sedátka židle. Zde také zapojujeme břišní a sedací svaly. „*Toto cvičení je, dámy, pro štíhlý pas.*“ Po několika propnutích musí následovat uvolnění – můžeme zadupat.

Všechna cvičení provádíme klidně a pomalu. Dýcháme pravidelně a vydatně.

Po rozcvičení jednotlivých částí těla můžeme provést krátkou **automasáž**.

Promneme si dlaně a jednou rukou promasírujeme tu druhou od zápěstí až po rameno. „*Pohladte si jednu ruku a pak druhou... a řekněte jim: ručičko, já tě mám ráda a ty mě nebol a pomáhej mi...*“

Promasírujeme si oběma rukama krční páteř.

Dále přejdeme na nohy – stehna, kolena a lýtka a kdo dosáhne, i kotníky. „*Nohy nás často bolí a tak si je také musíme pěstovat a pohladit...*“

Při této masáži jsme již v předklonu a mnozí se překvapivě dotknou i země. Vsedě na židli je takovýto předklon snazší.

V závěru rozcvičení jednotlivých částí těla můžeme ještě několikrát tělo vzpřímit, dát ruce nahoru a opět se vrátit do předklonu. Předklon vsedě je dobré dělat vždy s rukama položenýma na nohách. Zabráníme tak případnému přepadnutí vpřed.

Rozcvička by neměla trvat déle než 15 minut. Klidná a relaxační hudba, která ji doprovází, by nám mohla pacienty uspat.

NAVÁZÁNÍ KONTAKTU MEZI PACIENTY A TĚRAPEUTEM – PŘÍJEMNÁ ATMOSFÉRA, RADOST A DŮVĚRA

V průběhu rozcvičky by měl terapeut navodit velmi příjemnou, klidnou a veselou atmosféru. Měl by se také snažit neustále udržovat pozornost pacientů. Všechny pohyby a cviky dokonale předvádět a také je s humorem a úsměvem komentovat. Je důležité s pacienty udržovat stálý oční kontakt a povídat si s nimi.¹⁹² Za vše, co udělají, je stále chválit a tím je motivovat k dalším a větším výkonům.

- První část rozcvičky je vhodné dělat společně se všemi vsedě v kruhu.
- Rozhýbávání ramen již může terapeut předvádět na středu kruhu a s každým dalším cvikem se může obracet přímo na jednotlivé pacienty.
- Na cvičení dolních končetin si opět sedne na židli.
- Takto vedená a členěná rozcvička je zábavná a pomůže k vytvoření přátelské atmosféry a potřebné důvěry mezi všemi účastníky terapie.

Rozcvičku tedy nepoužíváme pouze k rozhýbání jednotlivých částí těla, ale také k vzájemnému seznámení a navázání kontaktu mezi pacienty a terapeutem. Dishman¹⁹³ uvádí, že k věrnosti setrvání (adherenci) k pravidelnému cvičení nestačí pouhé vědomí zdraví a dlouhého života čili racionální motivace. Lidé chtějí, a právem, i emocionální prožitky z pohybu, radost z atmosféry a družnosti, která k pohybu patří.

Rozhodně stejné pocity a potřeby mají i Alzheimerovští pacienti. Jestliže pro ně od začátku terapie připravíme atmosféru důvěry, klidu, radosti, vlídného a důstojného humoru, velmi rádi opustí svůj „uzavřený svět“, začínají se usmívat a spontánně vyjadřovat své emoce.

192 Toulotte C., Fabre C., Dangremont B. et al: Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. *Age & Ageing* 32. 2003. str. 67–73.

193 Dishman R.: *Advances in Exercise Adherence in Champaign*, IL: Human Kinetics, 1994.

Kazuistiky

Pan František (82 let), střední forma demence – navštěvoval denní stacionář. Při tanečních hodinách se ochotně zapojoval a bylo zřejmé, že mu pohyb působí radost. Při jedné hodině řekl: „*Byl jsem taneční mistr v Českých Budějovicích.*“ Pro všechny účastníky to bylo milé zjištění, protože pan František se pohyboval elegantně a ke všem se choval uctivě. Odpoledne pro něj přišel jeho syn, kterého jsme se na tatínka zeptali. „*Ne, ne tatínek je inženýr stavař, nikdy tančit nechodil a v Budějovicích jsme nebydleli,*“ zněla odpověď.

Paní Mária (84 let), střední forma demence – navštěvovala denní stacionář tři týdny. Byla velmi klidná, seděla se zkříženýma rukama a nepromluvila ani slovo. Do žádných aktivit se nezapojovala a s nikým nekomunikovala. Jednou se účastnila taneční terapie – seděla na svém místě a zdánlivě se ke společnému cvičení nepřidala. Po rozcvičce jsem paní Máriu vyzval k tanci. Nejprve naznačila, že nechce, ale když jsem ji vzal za ruce a pomohl jí vstát, začala se pohupovat. Při valčíku jsme začali postupovat – tančit po celém parketu a paní Mária se začala usmívat. Pochválil jsem ji, že krásně tančí, a ptal se jí, odkud je. „*Som z Košíc, ale v Prahe som už veľmi dlho...*“ Během valčíku se spokojeně usmívala a odpovídala na mé otázky.

Paní Kamila (68), střední forma demence – navštěvovala denní stacionář. U Alzheimerových pacientů je častá ztráta momentální paměti – nepamatují si, co dělali před hodinou apod. Paní Kamila na otázku „*Jaká je tato barva ?*“ (červená) odpověděla: „*No přeče ta klasická.*“ Nevěděla, jaký je den, ani roční období. Do všech aktivit se zapojovala velmi ochotně. V průběhu terapie s velkou radostí tančila, ale nedalo se předpokládat, že si může zapamatovat průběh terapie. Opak byl pravdou – o několik dnů později jsem přišel do stacionáře, pozdravil a hrála hudba. Paní Kamila se zaradovala, přišla ke mně a vyzvala mne k tanci. Samozřejmě jsme si zatančili, poděkoval jí a odešel. Velmi mne to překvapilo.

Paní Marie (82 let), pokročilejší forma demence. Žila v domově důchodců a byla zařazena do randomizované studie na prokázání účinnosti taneční terapie u seniorů. Při vstupních testech byl u paní Marie zjištěn poměrně vysoký stupeň deprese – GDS 12. V průběhu tří měsíců se pravidelně jednou týdně účastnila hodin taneční terapie. Při hodinách byla vždy velmi klidná, usměvavá a ráda se zapojovala do všech tanců. Při závěrečných výstupních testech byl stupeň její deprese mnohem nižší – GDS 6.

Paní Jiřina (84 let), žije delší dobu v domově důchodců. Diagnóza – Alzheimerova choroba. Ve svém prostředí, které zná, působí klidně a spokojeně. Je však zřejmé, že je uzavřena do „svého světa“. Nepoznává známé, a když se dostane do neznámého prostředí, je velmi nejistá a zmatená. Je úžasné sledovat, jak na ni působí hudba a pohyb. Při jejím poslechu se usmívá a celým tělem prožívá její rytmus i náladu. V mladším věku byla pravděpodobně veselá a ráda se bavila. Když začne tančit, projeví se její smysl pro humor a s velkou radostí pohybem i výrazem pobaví sebe i své okolí. V průběhu hodin taneční terapie se stává „jiným člověkem“. Je veselá, aktivní, radostná, šťastná a ráda si s každým povídá. Po ukončení terapie ještě nějakou dobu působí jako naprosto zdravý člověk. Za několik hodin se opět uzavře do „svého světa“.

Působením tance a pohybu na pacienty postižené demencí se zabýváme již několik let. Hledáme odpovědi na všechny otázky, které se stále nabízejí. Snažíme se vytvořit postupy a pohybový program, který by pacientům vyhovoval, působil pozitivně a terapeuticky na jejich psychiku i fyzickou stránku a hlavně zmírnil negativní vlivy průběhu nemoci pro ně i jejich okolí.

Necháme se inspirovat pacienty – velmi často nám sami nabídnou pohyby i emoce, které můžeme zařadit do programu. Inspirací jsou nám zkušenosti získané při každé terapeutické hodině i doporučené od jiných i zahraničních kolegů.

Odpovědi získáváme prostřednictvím randomizované kontrolované studie, jejímž cílem je ověřit účinnost taneční terapie na zdravotní stav, depresivitu a kvalitu života seniorů žijících v institucích.

Snažíme se získávat nové spolupracovníky pro práci s alzheimerovskými pacienty v kurzech „Taneční terapie pro seniory“, které pořádá Česká alzheimerovská společnost.

Arteterapie

Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním včetně hudby, poezie, prózy, tance a výtvarného umění, v užším smyslu slova pak léčbu výtvarným uměním. Představuje soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života. Umělecký artefakt či vytvoření uměleckého produktu v arteterapii nejsou důležité, rozhodující je proces tvorby, který je integrujícím činitelem v prevenci i terapii.¹⁹⁴

Pokud se jedná o arteterapii pro seniory, tak ta jim pomáhá v přizpůsobení se nové situaci, poklesu fyzických sil, ztrátě zdraví, specifikům důchodového věku a s ním spojeným změnám v sociální i ekonomické oblasti, posílení smyslu pro důstojnost. Arteterapie pro seniory se snaží aktivizovat zbytky jejich vitality, flexibility, stimulovat jejich kreativitu.

M. Veselovská¹⁹⁵ uvádí následující rysy charakteristické pro jejich výtvarné projevy:

- výrazně prodloužené tvary objektů
- chaotické uspořádání objektů
- přechod od realistického zobrazování konkrétních objektů k jejich lineárnímu ztvárnění fragmentárním stylem
- ornamentalizace
- větší úspěchy v kolážových technikách

Níže uvádíme některé námi osvědčené arteterapeutické postupy vhodné pro seniory s demencí vzhledem k možným omezením uvedeným v předchozích částech.

MOŽNOST VYUŽITÍ ARTETERAPIE V OBDOBÍ VELIKONOC

Velikonoce jsou spolu s Vánocemi ideálním obdobím pro arteterapii. K činnostem vztahujícím se k oslavám těchto svátků není nutné pacienty složitým způsobem motivovat, motivací je pro ně výzdoba místností v zařízení nebo výroba dárků pro blízké.

194 Šicková-Fabrice J.: *Základy arteterapie* Praha: Portál, 2002

195 Veselovská M.: *Využití arteterapie u klientů s Alzheimerovou chorobou*, diplomová práce. Pdf UK Bratislava. 2002.

KONKRÉTNÍ ČINNOSTI, KTERÉ JE MOŽNO O VELIKONOCÍCH PROVÁDĚT

- pečení beránka, mazanců, velikonočních perníčků a jejich zdobení
- aranžování kvetoucích rostlin, zelených větvíček a velikonočních ozdob do vázy nebo jiných nádob
- výroba oboustranných papírových „maxikraslic“ na zavěšení
- výroba papírových zajíců přichycených na špejli (výzdoba do květináčů)
- výroba stojánků na vajíčka z papíru
- pletení pomlázky (náročnější)
- čtení o velikonočních zvycích v jednotlivé dny, možnost využití tohoto tématu v reminiscenční terapii
- výroba velikonočních přání
- výroba velikonočních kraslic různými technikami
- malování temperovými barvami
- malování temperovými barvami a „stříkaná“ technika (rozstříkávání menšího množství barvy pomocí štětce)
- zdobení ubrouskovou technikou (viz výše)
- zdobení namočeným krepovým papírem (vyfouknuté vejce se namočí, obalí malými kousky krepového papíru a zabalí do kousku plátna namočeného v octové vodě, zaváže a nechá uschnout, popř. ještě přelakuje)
- obalování v ovesných vločkách či různých druzích koření (na určená místa nebo rovnou na celé vajíčko se předtím nanese lepidlo Herkules)
- polepené kousky papíru atd.

MOŽNOST VYUŽITÍ ARTETERAPIE V OBDOBÍ VÁNOC

Také toto období se ideálně hodí k nejrůznějším arteterapeutickým činnostem, se kterými je možno začít již na konci listopadu a provádět je až do Vánoc. Klienty můžeme lehko motivovat, a to k výzdobě prostor nebo k výrobě dáreků pro příbuzné.

KONKRÉTNÍ ČINNOSTI, KTERÉ JE MOŽNO O VÁNOCÍCH PROVÁDĚT

- pečení perníčků a jiného cukroví, jejich zdobení
- aranžování vánoční výzdoby – např. věnců a svícnu (vpichování větvíček, zlatených květů, svíček a jiných ozdob do aranžovací hmoty)
- zdobení stromečku, větví ve váze
- mramorování svíček
- výroba vánočních přání

- vykrajování z moduritu nebo podobné hmoty (např. pomocí vykrajovátek s vánočními motivy; vtačením malého magnetu může vzniknout ozdobný magnet na lednici, který ještě lze obarvit nebo přelakovat bezbarvým lakem
- čtení o vánočních zvycích, adventu, možnost využít tohoto tématu k reminiscenční terapii
- zpívání koled
- pohádky¹⁹⁶

Výtvarné techniky

MALOVÁNÍ VELKÝCH PLOCH

Vzhledem k omezením, která byla uvedena ve 3. kapitole této brožury a která musíme u pacientů s demencí vzít v potaz, doporučujeme spíše malování na větší plochy než malování nějakých drobných detailů. Například v zimním období může zdobit prostory oddělení velký nástěnný sněhulák v „životní“ velikosti, jenž je namalovaný a vystřižený z balicího papíru.

MALOVÁNÍ NA PORCELÁN

Potřeby: barvy na porcelán, štětec, buničina na otírání štětce, bílý porcelán

Senioři raději vyrábějí věci, který mají zjevný užitek. V našem zařízení každý nový pacient dostane bílý hrneček a má možnost si ho libovolně pomalovat. Nemusí jít o žádné složité obrázky, ale třeba jen proužky, šmouhy, puntíky... Někteří senioři mají sice do malování chuť, ale nemají již fantazii a největší starost jim dělá, že nevědí, co vlastně mají na hrneček namalovat. Vcelku je ale tato aktivita pozitivně přijímána, a to i u mužů.

Nabarvené hrnečky se potom nechají uschnout, a pokud je podle návodu třeba, vypálí v elektrické troubě. Takto dekorovaný porcelán by se neměl umývat v myčce nádobí.

MALOVÁNÍ NA KVĚTINÁČE

Potřeby: květináče, štětec, barvy

Opět se jedná o jednoduchou činnost, malování velkých ploch. Jako nejosvědče-

nější se jeví pokrývání celého květináče jednou barvou (zvládne i pacient s pokročilejší demencí) a teprve po zaschnutí se dozdobí jinou, kontrastní barvou, která ladí s podkladovou (provede pacient, který má dosud zachované potřebné schopnosti). Takto lze zrenovovat i různé starší a nevhledné květináče.

UBROUSKOVÁ TECHNIKA NA KVĚTINÁČE (ALE I JINÉ POVRCHY)

Potřeby: květináče pomalované jednobarevně akrylovými barvami, ubrousek s motivem, štětce, bezbarvý lak ve spreji nebo v lahvičce, nůžky, speciální lepidlo na ubrouskovou techniku

Nejdříve je nutno z ubrousku vystříhnout daný motiv a oddělit pouze jeho nejvyšší vrstvu. Na květináč se nanese trochu speciálního lepidla, motiv vystřižený z ubrousku se na toto místo přitlačí a pomocí štětce se ještě přetře lepidlem a vyhladí případné záhyby. Po zaschnutí se květináč přemaluje nebo přestříká bezbarvým lakem.

MALOVÁNÍ NA PAPÍR VODOVÝMI BARVAMI

Potřeby: vodové barvy, štětce, nádobky na vodu, fixy, nůžky

Pacienti za pomoci terapeuta nejprve nakreslí fixou základní tvar (ryby, motýli nebo draci), pak se tento tvar překreslí na další papíry a vystřihá. Pacienti vybarvují obrázky vodovými barvami, fantazii se ve výběru barev meze nekladou. Terapeut potom sestaví vždy dva obrázky zrcadlově k sobě a sešije sešíváčkou (ryby se navíc ještě mohou vycpat zmačkaným novinovým papírem) a připevní provázek. Tyto závěsné dekorace mohou být zavěšeny v prostorách oddělení jako sezonní dekorace.

MALOVÁNÍ NA HEDVÁBÍ – ŠÁTKY, ŠÁLY

Potřeby: dřevěný napínací rám, připínáčky, láhev s rozprašovačem, efektová sůl, kontury na hedvábí, fén, hedvábí, barvy na hedvábí

Jedná se o poměrně složitou techniku, která klade velké nároky na čas a prostor i terapeuta, ale výsledek je natolik efektní, že určitě stojí za to se o tuto techniku pokusit. Nevýhodou je, že pokud nemáme více ráků, může pracovat vždy jen jeden pacient.

Nejprve terapeut spolu s pacientem upevní hedvábí (šátek, šálu, popř. kravatu) do rámu pomocí připínáčků. Dále existuje spousta různých technik malování na

hedvábí, z nichž uvádíme pouze ty, které nejsou pro pacienty s demencí příliš náročné.

Akvarelová technika

Nejprve se namaluje jednotné barevné pozadí, které se na předem navlhčeném hedvábí měkce rozpije. Pak se hedvábí nechá uschnout (schnutí můžeme urychlit fénem) a po uschnutí se jinou barvou malují buď konkrétní motivy, nebo různé barevné skvrny. Nakonec je možno použít kontury ke zdůraznění obrysů nebo k namalování různých nepravidelných čar, ale není to nutné.

Crash technika

Nejdříve se hedvábí navlhčí v tekutém ředidle, pak se rozprostře na fólii a různě se nařasí. Dále se na něj silným štětcem nanáší několik různých barev, aniž by se přitom měnila struktura zřasení. Díky ředidlu vzniknou přechody bez zaschlých okrajů a barva se dostane do všech prohlubní.

Efekty se solí

Hedvábí se nejdříve navlhčí pomocí rozprašovače, pak se pomaluje různými barvami. Bezprostředně po malování se na požadovaná místa nasype efektová sůl (je možno použít i hrubší kuchyňskou sůl). Sůl se musí sypat na ještě vlhký podklad – pokud nám už barva na hedvábí zaschla, navlhčíme ji opět pomocí rozprašovače. Sůl odstraníme až tehdy, když je hedvábí zcela suché, nejlépe kartáčkem.

Malování pomocí kontur

Jedná se o trochu složitější techniku, někteří pacienti ji však mohou zvládnout. Nejprve se dekorovaná látka pomocí kontury v tubě rozčlení na jednotlivá políčka (je nutný rovnoměrný tlak na tubu po celou dobu kreslení kontur), příp. se konturou nakreslí obrysy nějakého konkrétního obrázku. Po zaschnutí barvy se pak jednotlivá políčka vymalují požadovanými barvami.

Poznámka: Po použití jakékoli z těchto technik je nutno barvu na hedvábném podkladu zafixovat, nejčastěji napařovací žehličkou z rubové strany.

MALOVÁNÍ NA TEXTIL NEBO PAPÍR POMOCÍ OTISKOVÁNÍ

Bramborová razítka

Potřeby: vodovky nebo tekuté barvy na textil, štětce, brambory, vykrajovátko, nůž, látka nebo papír

Je lepší, když razítka vyrobí terapeut. Brambora se rozřízne na polovinu, zakrojí se do ní vykrajovátko a okolo něj se brambora ostrým nožem okrojí. Část bram-

bory se žádaným tvarem je pak vystouplejší jako na normálním razítku. Pacienti mohou pracovat ve dvojici, kdy jeden natírá plochu razítka barvou, druhý posunuje látku, aby pak společně razítko na látku obtiskli. Takto je možné vyrobit ubrus s vánočními motivy. Tisknutím razítek natřených vodovkami na bílé papírové sáčky je zase možné vyrobit efektní obaly na dárky.

Otiskování listů

Potřeby: vodovky nebo barvy na textil, štětec, list, látka nebo papír

Pacienti natírají listy barvami po rubové straně (tam, kde je žilnatina listu výraznější), listy pak přitisknou na papír nebo látku a přitlačí po celé ploše.

Otiskování dlaní

Pacienti (praváci) si pomocí pravé ruky natrou barvami svou levou dlaň, kterou pak přitlačí na látku nebo na papír. Také je možno utvořit z pacientů dvojice, kdy jeden natírá dlaň druhému.

ZAPOUŠTĚNÍ BAREV DO KLOVATINY

Potřeby: čtvrtka, klovatina, štětce, vodovky, nádobka s vodou

Nejprve se celá plocha papíru pokryje tenčí vrstvou klovatiny, a než stihne zaschnout, namočí se štětec do barvy a dotýkáním se štětce povrchu papíru se docílí různých barevných skvrn, které do sebe navzájem prolínají.

VYŠKRABOVANÉ OBRÁZKY

Potřeby: čtvrtky, voskovky, černá tuš, štětec, menší nožičky

Postup této činnosti je „vícefázový“, takže se provádí při více sezeních po sobě. Nejprve pacienti pomocí různě barevných voskovek pokryjí celý povrch čtvrtky, přičemž nezáleží příliš na výsledku, takže mohou tuto činnost provádět i pacienti s pokročilou demencí. V další fázi se celý takovýto obrázek pomocí štětce pokryje vrstvou černé tuše a nechá zaschnout (je vhodné předem vyzkoušet, zda se na voskovky tuš chytne, jelikož ulpívá jen na některých druzích voskovek). Pak pacienti pod dohledem terapeutů pomocí špičky nožičky z nenaostřené strany vyškrábují do tuše libovolný obrázek. Vyškrábnuté plochy budou barevné tak, jak byl nabarven podklad, nevyškrábané pozadí zůstane černé.

Kaňky

Potřeby: čtvrtky přeložené napůl, temperové barvy, provázek, nádobky s vodou

Pacienti nejprve na polovinu přehnutého papíru udělají dvěma nebo třemi temperovými barvami kaňky. Pak se za pomoci terapeuta do kaňky volně položí libovolně stočený kousek provázku, jehož jeden konec se nechá volný přes okraj čtvrtky. Nabarvená část čtvrtky se překryje druhou částí, jednou rukou se přitiskne a pevně drží, druhou rukou se za volný konec vytáhne provázek. Provázek vytvoří uprostřed skvrn zajímavý barevný efekt.

Tulipány z kartonu na vajíčka

Potřeby: kartony od vajíček, špejle, lepidlo, zelený krepový papír, temperové barvy, barevné papíry

Nejprve terapeut vystřihne z kartonu na vajíčka otvory pro vajíčka, které upraví do tvaru tulipánů. Středem se protáhne špejle, která se přilepí. Pacienti pak tulipány zvenku i zevnitř nabarví temperami. Po zaschnutí se ještě přilepí střed tulipánu (stočený malý kousek barevného papíru) a ke spodní části kousek zeleného krepového papíru (list). Nakonec se celá špejle nabarví zelenou temperou. Větší množství tulipánů je pak možno naaranžovat do vázy.

Mramorování (hedvábí, svíčky, ploché kameny)

Potřeby: mramorovací barvy, špejle, dostatečně velká nádobka s vodou, předměty na mramorování, benzín, příp. gumové rukavice, kleště

Nejprve je nutno připravit si předmět, který chceme mramorovat, např. hedvábné pouzdro na brýle navlečené na dvou špejlích, bílá svíčka s provázkem navázaným na knot. Kameny je výhodné mramorovat pomocí nějakých kleští, třeba na grilování. Je zapotřebí pracovat rychle, protože barva se na povrchu vody rychle sráží a tuhne. Proto je užitečné připravit si vše tak, aby to bylo hned při ruce.

Do nádobky dáme teplou vodu, protřepeme lahvičky s vybranými barvami, pak nakapeme pár kapek od každé barvy do vody a lehce promícháme pomocí špejle, aby se vytvořilo ozdobné žíhání. Určený předmět ponoříme do roztoku a ihned vytáhneme. Ponoření by mělo být pomalé, vytažení z vody naopak rychlé.

Mramorujeme-li pouzdra na brýle, je lepší nejprve ozdobit jednu stranu pouzdra, pak přidat pár kapek barvy a proces opakovat i na druhé straně – pouzdro stačí pouze lehce položit na hladinu a celé neponořovat. Pokud si pacienti při této práci potřísní oděv nebo ruce, lze je očistit benzínem.

Malování na okna pomocí „slupovacích barev“

Potřeby: průhledná fólie, „slupovací“ barvy na sklo, šablony

Jedná se o složitější techniku, kde část práce zřejmě převezme terapeut. Nejprve je nutno zhotovit šablonu (nebo se použije šablona již dodávaná výrobcem barev), na ní se položí průhledná fólie a černou barvou se nakreslí kontury obrázku. Fólie se nechá asi 30 minut uschnout, nejlépe na topení. Pacienti pak jednotlivými barvami vyplňují černé ohraničené plochy. Hotové obrázky se opět nechají uschnout, a až potom lze celý obrázek sloupnout z fólie a přenést na skleněnou plochu, třeba na okno.

Textilní techniky

Výroba polštářů

Jedná se o činnost, ke které lze pacienty snadno motivovat, činnost, která má zřejmý užitek. Pacienti mohou vyrábět polštáře i pro pacienty na lůžkovém oddělení. Lze tedy vyrábět nejen různé velikosti válcových polštářů (ty jsou dobře využitelné pro polohování pacientů upoutaných na lůžko), ale i polštáře ve tvaru podkovy, jež zase mohou využít při odpočinku na křeslech. Nejprve musí terapeut ušít látkový potah – pacienti mohou pomáhat při obkreslování stříhu na látku nebo vystřihování, vlastní šití je však spíše záležitostí terapeuta. Jako výplň polštáře je využít molitan a právě při vycpávání polštáře se mohou pacienti nejvíce uplatnit, neboť mohou stříhat různé odstřížky a zbytky molitanu na co možná nejmenší kousky.

Jedná se o spíše stereotypní činnost, kterou staří lidé přijímají pozitivně. Výhodou je i to, že takto může být „zaměstnáno“ více pacientů najednou a terapeut celou činnost pouze koordinuje. Pacienti také při práci mohou zároveň hovořit, nebo třeba poslouchat oblíbenou hudbu.

Textilní koláž

Jde buď o vystřihování motivů, které jsou natištěny na různých látkách a poté lepeny na papír v určité kompozici, nebo vystřihování vlastních konkrétních motivů z látek různých barev (nejlépe jednobarevných), a pak také lepení na papír do určité zamýšlené kompozice. Jedná se o poměrně jednoduchou činnost, pouze někteří pacienti potřebují asistenci při závěrečné fázi – lepení.

BATIKOVÁNÍ TEXTILU

Vyvazovaná batika

Potřeby: látka na obarvení, barvy v prášku, provázek

Princip vyvazované batiky spočívá v tom, že žádaný motiv se vyváže pomocí provázku, který zabráňuje probarvení látky v místě pod nimi. Kruhový vzor vytvoříme uchopením látky v pomyslném středu vytažením a vyvázáním. Látku můžeme také po celé délce poskládat jako harmoniku, stejně tak po šířce, a pevně převázat. Nebo můžeme látku libovolně zmuchlat a opět pevně převázat. Poté látku obarvíme podle návodu na obalu.

Vosková batika

Potřeby: vosk, štětec, látka na obarvení, barvy, žehlička, filtrační papír nebo noviny

Jde o náročnější techniku. V hrnečku rozpustíme ve vodní lázni menší množství vosku, ten pak nanášíme štětcem tam, kde chceme, aby obrázek zůstal v původní barvě. Pak namočíme do barvy, která by neměla mít více než 37 °C, minimálně na 30 minut. Pokud chceme vícebarevnou batiku, tento postup opakujeme, postupujeme od nejsvětlejší k nejtmaší barvě. Také musíme předem vzít v úvahu míchání jednotlivých odstínů barev. Po uschnutí provádíme odstranění vosku pomocí žehličky přes filtrační nebo novinový papír.

Sypaná batika

Potřeby: igelitová fólie, látka, barva, sůl, igelitový sáček, gumička, ocet, popř. alobal

Nejprve se na stůl položí igelitová fólie. Látku předem namočíme do slané vody a dobře vyždímáme. Barvou nebo více barvami pak vysypáváme žádané barevné obrazce. Látku poskládáme nebo nepravidelně stočíme, vložíme do mikrotenového sáčku a ten upravíme tak, abychom vytlačili vzduch a stáhneme gumičkou, aby dovnitř nevnikla voda. Sáček vložíme do vařící vody a povaříme cca 20 minut. Jiná možnost je zabalit obarvenou látku do alobalu, položit na pečicí plech a ponechat 20 minut ve vyhřáté troubě. Po vyjmutí látky buď z alobalu, nebo z igelitového sáčku ji vymácháme v octové vodě.

Frotáž na textil

Potřeby: látka, molitanová houbička, tekuté barvy na textil, předměty s výrazným reliéfem (větší mušle, kukuříčný klas atd.)

Předmět, který má nějaký výrazný reliéf, překryjeme látkou, kterou chceme dekorovat. Na molitanovou houbičku nanese menší množství barvy (nejlépe položením houbičky na lahvičku a krátkým překlopením) a lehce jí natíráme povrch látky. Barva se na látce zachytí jen na těch místech, která jsou vyvýšená, naopak tam, kde jsou v reliéfu prohlubně, zůstane barva původní. Můžeme pracovat i s více barvami.

Práce s papírem

Vystřihování z papíru

Tuto techniku lze tak uzpůsobit, že ji bez obtíží zvládne i pacient s těžší formou demence. Je vhodné pro tuto činnost vytvořit menší skupinky pacientů. Nejprve se skládá papír (terapeut skládá pro usnadnění práce u stolu spolu s pacienty), např. velikosti A4 na polovinu, na čtvrtinu, na osminu. Pak pacienti dostanou nůžky a vystřihují po obvodu různé tvary. Některým pacientům je třeba tužkou předkreslit, co mají vystřihovat. Podobným způsobem je možno např. vyrobit „sněhové vločky“ (z kruhu vystřiženého z barevného papíru).

Papírové koláže

Jedná se o kolektivní dílo, kde se každý pacient může nějakým způsobem uplatnit. Nejprve někteří pacienti vytrhávají z časopisů stránky, kde se vyskytují fotografie s většími barevnými plochami. Další pacienti mohou z těchto fotografií vytrhávat ty části, které jsou pouze v jedné určité barvě. Jiní tyto barevné části trhají na ještě menší kousky a třídí je na hromádky. Další pacienti nakonec pod dohledem terapeuta sestavují z barevných kousků nějaký konkrétní obrázek a nalepují ho na podkladový papír.

Ruční papír

Potřeby: novinový nebo bílý papír, mixér, jeden dřevěný rámeček s umělohmotnou sítkou (např. tou, která se používá do oken proti komárům), jeden dřevěný rámeček bez výplně, lisované květiny, koření, sypaný čaj apod., krepový papír, molitanová houbička

Jedná se o náročnější aktivitu vyžadující poměrně dost času i vybavení. Přesto stojí za pokus, výsledky bývají skvělé.

Jeden den je třeba věnovat přípravným pracím. Zejména je zapotřebí natrhat na malé kousky větší množství papíru, a to buď novinového, nebo bílého kancelář-

ského (pokud použijeme novinový papír, výsledná barva bude trochu našedlá). Další den se natrhané kousky papíru namočí do vody a nechají odležet. Do mixéru se dá hrst nebo dvě namočených novin, dolije se z poloviny vodou, přidá se namočený barevný krepový papír a vše se důkladně rozmixuje. Směs se nalije na rám se sítkou (na němž je ještě položen druhý rám bez sítě) a dobře ji rozprostře po celé ploše síta. V této fázi je možno ještě dozdobit papír nasypáním různého koření nebo vložením lisovaných květin. Odstraní se horní rám (ten bez sítě) a na papírovou směs se položí větší papír, např. novinový, celé to pořádně stiskneme a překllopíme (ještě je nutno pomocí molitanové houbičky odsát přebytečnou vodu z papíru, který je nyní pod sítkou rámu). Potom se může rám se sítkou již odstranit a vyrobený papír prozatím „přilepený“ na podkladovém papíře dát uschnout. Po uschnutí se ještě sloupne podkladový papír, případně se vyrobený ruční papír dá ještě vylisovat.

Výroba papírových misek

Potřeby: novinový nebo bílý papír, mixér, igelitová fólie, umělohmotná miska, tapetovací lepidlo, nůžky, temperové barvy, bezbarvý lak ve spreji

Jedná se o modifikaci předchozí techniky. Postup je zpočátku shodný, při mixování papíru však přidáváme méně vody a mixujeme větší množství papíru. Ze vzniklé směsi se ještě pokusíme vytlačit přebytečnou vodu a to, co nám zbude, smícháme s tapetovacím lepidlem. Umělohmotnou misku vyložíme igelitovou fólií, papírovou hmotu do ní upravíme tak, aby tvar vyráběné misky kopíroval tvar umělohmotné misky. Tento polotovár necháme dobře vyschnout, nejlépe na slunci (po několik dnů). Po vyjmutí z původní nádoby je ještě možné výsledný tvar dopravit nůžkami a celý výrobek nazdobit pomocí temperových barev a bezbarvého laku.

Práce s přírodními materiály

Aranžování živých květin

Potřeby: nádoba na aranžování, zelená aranžovací hmota oasis, nůžky, popř. vázací drát, květiny

Nejprve je nutné aranžovací hmotu nechat nasáknout vodou, popř. upravit do žádaného tvaru a umístit do nádoby, do které budeme květiny aranžovat. Dále si připravíme květiny, které chceme v této nádobce mít tak, aby spolu navzájem ladily. Nůžkami můžeme zkrátit jejich délku na minimum, některé stonky naopak

ponecháme delší. Snažíme se, aby rozmístění rostlin bylo po celé ploše rovnoměrné a rostliny byly tak hustě rozmístěny, že aranžovací hmota nebude vůbec vidět. Podle našich zkušeností se někdy pacienti bojí rostlinám přistříhnout stonky a raději je nechávají všem rostlinám dlouhé. Těmto pacientům může terapeut již předem květiny zkrátit a oni je pak pouze zapichují. I když tato technika vypadá na první pohled složitě a ne moc lákavě, máme s ní velké úspěchy dokonce i u mužů.

Aranžování suchých květin

Potřeby: nádoba na aranžování nebo nějaká plochá (nejlépe slaměná dekorace na zavěšení), lepicí pistole, šedá aranžovací hmota oasis, nůžky, suché květiny, příp. vázací drát

Nejprve je nutno aranžovací hmotu pomocí lepicí pistole připevnit k podkladu. Pak pacienti do aranžovací hmoty vpichují různé sušené květiny tak, aby spolu vzájemně ladily. Opět je možné některým pacientům činnost usnadnit tím, že se stonky některých květin zastříhnou na minimální délku. Stejně jako u předchozí techniky by mělo rozmístění rostlin být rovnoměrné a tak husté, aby aranžovací hmota byla úplně překryta.

Koláže z listů a lisovaných květin

Tyto činnosti jsou u seniorů velmi oblíbené. Už během letních procházek trhají různé květiny a pak je vylisují. Totéž se dá provést na podzim se spadajícími barevnými listy. Pak mohou pacienti spolu s terapeutem zhotovit například velký „nástěnný strom“, ke kterému se vylisované listy přilepují průhlednou lepicí páskou.

Z lisovaných květin je zase možno vytvářet různé nástěnné obrázky, sestavovat je do různých kompozic a na podklad připevňovat lepidlem. Obrázky navíc lze vkládat do rámečků. Podobným způsobem je možno vyrobit přáníčka, záložky do knih, olepit jimi krabičky na dárky atd.

Terapeutické vaření (pečení)

Terapeutické vaření nebo pečení je jednou z velice vděčných činností, které se dají s pacienty s demencí provádět. Není třeba je k této činnosti nějak složitě motivovat, jedná se o běžnou činnost, při níž mohou využít dávno naučených dovedností a zažít kromě radosti z podařeného díla i vůni a chuť připraveného pokrmu, nejčastěji pečiva (podle našich zkušeností mají staří lidé rádi sladké). K tomuto cíli bohatě postačí obyčejná kuchyňská linka, většina přípravných prací se může odehrávat na běžných stolech užívaných i pro jiné účely (např. v jídelně). Na této činnosti se může podílet více pacientů současně (nebo se mohou v činnosti střídát), jde o kolektivní dílo. Většinou se jedná o jednoduché stereotypní činnosti, které dobře zvládají i pacienti v pokročilém stadiu demence, zejména ženy, ale ani muži se zpravidla těmto pracím nevyhýbají. Výhodné je především to, že se jedná o běžné, přirozené činnosti vykonávané v každé domácnosti, a proto tyto aktivity pomáhají pacientům k dosažení pocitu normality. Zatímco u některých arteterapeutických činností se setkáváme u části pacientů s úzkostí z toho, že nějaký úkol nezvládnou, v tomto případě obavy zcela mizí.

Podle našich zkušeností pacienti bez obtíží zvládají loupání, krájení a strouhání jablek (popř. brambor), vypeckování různého ovoce, louskání ořechů, míchání a hnětení těsta, výrobu drobenky, vyvalování těsta pomocí válečku, vykrajování pomocí formiček atd. Terapeut by měl veškerou činnost koordinovat, každému pacientovi přidělit takový druh práce, který ještě dokáže zvládnout, aby tak přispěl ke společnému výsledku.

Důležitá je zde i určitá sensorická stimulace, známá a příjemná vůně, která může vyvolávat příjemné vzpomínky a přispívat k dobré náladě, a v neposlední řadě příjemná chuť.

Muzikoterapie

Iva Jindrová

Hudba léčí, toto všeobecné rčení platí pro člověka zdravého stejně jako pro člověka postiženého Alzheimerovou chorobou. Užití některých prvků muzikoterapie napomáhá k psychické pohodě klienta, umožňuje posílit jeho sebevědomí, neboť právě texty písní či známá říkadla a melodie zůstávají jako součást dlouhodobé paměti v jeho povědomí nejdéle.

Techniky muzikoterapie mohou být součástí celodenního programu (zpěv či poslech lidových písní, předvádění hry na různé nástroje, rytmické a taneční prvky během kondičního cvičení, hudební kvíz nebo vybavování si hudebních nástrojů při cvičení paměti), ale můžeme je také zařadit do jednoho bloku, který by však neměl přesáhnout únosnou dobu 45 až 60 minut (zpěv nebo poslech za doprovodu Orffových nástrojů, poslech klasické hudby s čtením o autorovi poslouchané skladby, s možností tance spojené sledování dechovky v televizi nebo zcela samostatný blok taneční terapie, o které píšeme na jiném místě této publikace).

K využití jednotlivých prvků muzikoterapie v rámci celodenní péče nám poslouží jejich rozdělení na techniky aktivizační (klient je aktivně zapojen) a techniky napomáhající k uvolnění, relaxaci, vyvolání vzpomínek a emocí, tedy spíše pasivní (klient je zapojen více jako posluchač, a tak může nastat problém se soustředěním a udržením jeho pozornosti).

AKTIVIZAČNÍ TECHNIKY

Při výběru aktivit je dobré si uvědomit, že člověk postižený Alzheimerovou chorobou je limitován především úbytkem paměťových schopností a nemusí dané činnosti porozumět. Zároveň je třeba brát v potaz věk pacienta a přirozenou úctu k člověku. Vybíráme proto jednodušší prvky, ne však až naivně dětské, ale spíše smysluplné, vycházející z prožitých zkušeností klientů.

Rytmické cviky

Rytmické cviky lze zařadit také do programu kondičního cvičení. Snažíme se udržet stejný rytmus a neměníme dané prvky, aby došlo k jejich lepšímu zafixování

(např. neměníme dvě tlesknutí na tři apod.), neopravujeme klienty, necháme je volně zapojit dle vlastních možností. Stereotypy pomáhají ke zklidnění klienta.

Hudební nástroje nahradíme pomocí tleskání, dupání a pleskání (ruce na stehna) a zároveň zapojíme pohybovou paměť tím, že např. 2x pleskneme a 2x tleskneme a dotkneme se levého ramena, a to samé opakujeme s obměnou jednotlivých částí těla (hlava, koleno nebo současně zvedneme ruku a nohu, pohladíme tvář atd.).

Použijeme dětskou říkanku „Hlava, ramena, kolena, palce“ na známou melodii „Jaká by to hanba byla“ a zároveň se dotýkáme částí těla, které jmenujeme:

Hlava – ramena – kolena – palce,

kolena – palce,

kolena – palce (*palce u rukou*),

hlava – ramena – kolena – palce,

oči – uši – ústa – nos!

To celé opakujeme 3x a postupně zrychlujeme.

Za použití rytmických nástrojů (Orffovy nástroje – bubínek, dřívka, činely, rolničky, chřestidla, triangel, drhlo nebo nějaký nástroj vlastní výroby – např. rýže v plechovce, která tak chřestí) udržujeme jednoduchý rytmus a k němu připojíme jednoduchá říkadla, pranostiky nebo jazykolamy: „Každý chvilku tahá pilku“, „Nehas, co tě nepálí“, „Medardova kápě...“, „Všude dobře...“, „Drbu vrbu...“, „Piksla sklapla...“, „Kmotře Petře, nepřepeři toho vepře“ a další.

ČINNOSTI SE ZPĚVEM

Zpívání je jednou z nejděčnějších činností, neboť je pro klienty snadno zvládnutelné. Texty známých písní (lidové, prvorepublikové, filmové hity atd.) se snadno vybavují i těm, kteří se vzhledem k poruchám řeči hůře vyjadřují. Klienti se spontánně zapojují při poslechu hudby na kazetách nebo v televizi, stejně tak si ale zazpívají pro radost bez doprovodu.

Součástí programu na procvičení paměti může být i hledání písní, které obsahují určité slovo, např. voda, šáteček, most, brána, myslivec, panenka, nebo písní, kde se vyskytují ptáci, květiny, stromy, domácí zvířata atd. Hledat lze i písně o lás-

ce, vojně, slunci, práci. Můžeme si také zazpívat oblíbenou či zamilovanou píseň (nebo oblíbenou píseň rodičů, prezidenta Masaryka atd.).

Při pohybovém cvičení, jako je dupání, přidáme pochodovou píseň, např. „Okolo Hradce“, „Chodíme, chodíme“, „Šly panenky“. Stejně tak můžeme naopak do zpěvu přidávat pantomimické prvky a slovesa v textech písní předvedeme: „Když jsem já (krok na místě) tou Putimskou branou, (dívání) dvě panenky za mnou...“ Jednotlivé hudební nástroje pak můžeme předvést samostatně nebo v písni „Já jsem muzikant“.

Hudební nástroje využijeme buď při poslechu určité hudby (dechovka, španělské rytmy), kterou zároveň doprovázíme (rytmus), ale také při zpívání, kdy vytvoříme „kapelu“ doprovodných rytmických nástrojů. Je dobré písně rozdělit podle taktů (na dvě doby – „Nemelem, nemelem“, „Kdyby byl Bavorov...“, na tři doby „Andulko šafářova“, „Tálinskej rybník“) a dopředu udat rytmus (jeden takt). Při zpěvu nebo poslechu nám dřívka poslouží i jako dirigentská hůlka, ale dirigovat můžeme, i pokud nepoužíváme nástroje.

V rámci aktivizačních programů zaměřených na paměť můžeme zařadit i **hudební kvíz**, který lze různě obměňovat podle složení skupiny. Snažíme se vybrat „notoricky“ známé autory a díla, a abychom posílili sebevědomí klientů, pracujeme ve skupině (kdo ví, odpoví).

Nejprve přečteme dílo a ostatní tipují autora, např. Malá noční hudba – W. A. Mozart, Louskáček – P. I. Čajkovskij, Vltava – B. Smetana, Carmen – G. Bizet, Nabucco – G. Verdi, Óda na radost – L. W. Beethoven, Slovanské tance – A. Dvořák, Čtvero ročních období – A. Vivaldi, Prodaná nevěsta – B. Smetana, Rusalka – A. Dvořák, Turecký pochod – W. A. Mozart atd.

UVOLNĚNÍ, RELAXACE, POSLECH

Tyto vesměs pasivní činnosti mohou působit někdy i rušivě, neklidný klient se obtížně soustředí a „nečinnost“, které nerozumí, ho stresuje. Určitá hudba může vyvolat emoce, s kterými si neumí poradit. V takové chvíli pomůže pohlázení, podržení ruky, přítomnost někoho blízkého.

Relaxace a dechová cvičení

Po cvičení můžeme ještě připojit jednoduchou relaxaci při hudbě. Pokyny by neměly být složité, proto také nevolíme delší relaxace založené na uvolňování jed-

notlivých částí těla. Postačí rozdělení na horní a dolní polovinu těla. Pro uvolnění klidně stačí jen poslech relaxační hudby či sledování relaxační videokazety. Při těchto technikách je dobré zvolit tiché pokud možno nerušené prostředí. Tato relaxace by také neměla přesáhnout únosnou dobu (podle složení skupiny 10 až 20 minut). Pro některé pacienty v pokročilejším stadiu demence však může být relaxace příliš náročná, a jelikož nerozumí pokynům, tak se snaží pouze napodobovat ostatní. K tomu potřebují zrakovou kontrolu, a proto nevydrží se zavřenýma očima, takže vlastně nerelaxují.

Jednoduchá by měla být i dechová cvičení. Dýcháme volně, nadechujeme nosem a vydechujeme ústy. Můžeme se pokusit zařadit nácvik břišního (bráničního), horního hrudního (podklíčkového) a dolního hrudního dýchání, vždy s položením dlaně na danou oblast, čímž dojde k facilitaci (usnadnění) tohoto typu dýchání. Při výdechu můžeme nechat spontánně zaznít hlas nebo vydechnout slabiku „óm“. Dbát na pravidelné dýchání je třeba i při kondičním cvičení a zpevu.

Poslech hudby

Poslech klasické hudby je stejně jako relaxace náročný na soustředění. Musíme také počítat s možným uvolněním emocí (smutek, pláč, nebo naopak radost a euforie). Je proto dobré zařadit i reflexi, debatu o tom, co v nás hudba vyvolává, jaké vzpomínky jsou s ní spojeny, a podle toho uzpůsobit i výběr hudby. Poslech je také dobré zkombinovat s povídáním (o autorovi a jeho životě, kde jeho hudba zazněla, jaký k ní máme vztah, co v nás vyvolává) a vytvořit tak hudební program, který by trval maximálně jednu hodinu.

Můžeme třeba zvolit hudbu J. S. Bacha a nejprve si přečíst stručný životopis, poté skladby rozdělit do tří tematických bloků (hudba pro dvorní slavnosti, duchovní skladby, klavírní či cembalový koncert), které i časově vymezíme (ideální doba na udržení pozornosti je asi 15 minut). Po každém bloku si můžeme říci, o jakou hudbu se právě jednalo, a v závěru si povídat o tom, co v nás taková hudba vyvolává.

Zvolíme-li poslech barokních skladeb pro určitý nástroj od více autorů, můžeme opět mezi jednotlivé skladby zařadit krátká životopisná čtení a v závěru zařadit vzpomínky posluchačů a reflexi.

Příjemné je i uspořádání koncertu při určité příležitosti (Vánoce, Velikonoce atd.), když pozveme žáky hudební školy nebo děti ze školky (stejně tak profesionální hudebníky) a do programu zařadíme i písně, které si společně zazpíváme. I zde je dobré program časově omezit (60 minut).

Pet-terapie

Pet-terapie je léčba pomocí zvířecích miláčků. Mezi zvířaty chovanými doma a člověkem totiž existuje již od nepaměti vzájemný vztah. A mezi zvířaty a starými lidmi, resp. lidmi s demencí, je toto pouto ještě silnější.

Co se týče seniorů, kteří demencí netrpí, jako nejvhodnější se jeví pes, který svého majitele přiměje několikrát za den alespoň ke krátké procházce. A protože o domácím zvířatě je nutno řádně pečovat, starý člověk tak znovu přebírá zodpovědnost za jinou živou bytost.

Nedávno publikovaná australská studie při průzkumu, kterého se účastnilo více než 5000 lidí kupříkladu zjistila, že majitelé psů a koček mají snížené hladiny krevních tuků (ve srovnání s lidmi, kteří zvířata nevlastní). Proč tomu tak je, se zatím ještě neví.¹⁹⁷

Co se týče zvířat u osob s demencí tam je situace složitější, neboť takto postižený člověk se obvykle již nedovede o zvíře správně postarat. Velký význam však má přítomnost zvířete v instituci (příp. i v rodině pečujícího). Zvířata mají pozitivní účinky jak na fyzický, tak zejména na psychický stav pacientů. Je prokázáno, že při hlazení zvířete dochází k poklesu krevního tlaku, srdeční činnost se zklidňuje a navozuje se stav celkového uvolnění.¹⁹⁸

Ve výčtu pozitiv však pořád převažují kladné vlivy na psychický stav jedince. Pokud je v instituci chováno zvíře, působí toto prostředí více domáckým dojmem a novým pacientům usnadňuje příchod do zařízení. Zvíře je především vynikající prostředek ke komunikaci, a to jednak mezi člověkem s demencí a právě oním zvířetem (nonverbální, později třeba i verbální), ale i mezi pacienty navzájem. Zvíře je výborné téma k zahájení rozhovoru. Ke všem lidem se navíc chová stejně, ať už trpí demencí, nebo ne. Zvířata mohou mít také velký význam u pacientů v terminální fázi demence, kdy jsou již upoutáni na lůžko.

Zvíře může být i důležitým prvkem pro sebevědomí starého člověka, pokud se může podílet na péči o něj, samozřejmě pod dohledem personálu (např. krmení,

197 *Zvířata v domovech nejen pro seniory* (překlad monografie Tiere in Altersheim. IEMT, 1993, Wien). Praha: Hestia 1999.

198 Tamtéž.

česání atd.). Zvířata mohou také snižovat úzkost, depresi a poruchy spánku i u více postižených osob, které už třeba ani nepoznají, o jaké zvíře se jedná.

Krom toho je zvíře výborným námětem pro arteterapii, neboť je to dobrý model pro různé výtvarné techniky. Pacienti se navíc se zvířaty velmi rádi fotografují.

Jak ukázaly studie z Německa, Austrálie, USA a rovněž potvrzují naše zkušenosti, umístění zvířat v zařízeních působí na ošetřující personál léčebně a preventivně proti tzv. syndromu burn-out. Takto totiž může být zmírněno jejich celkové psychické a fyzické vyčerpání, které je způsobeno trvalou konfrontací s lidskými nemocemi, psychickým a tělesným úpadkem i smrtí.

Léčebné programy se zvířaty je možno provádět dvěma způsoby. Jednak chováním zvířat přímo v zařízeních, jednak pravidelným docházením dobrovolníků – chovatelů zvířat. To je vhodné zejména tam, kde z různých důvodů není možné chovat zvíře přímo v instituci. U nás takovéto návštěvy provádí např. Česká canisterapeutická společnost.

Chování zvířat přímo v zařízení se však jeví jako lepší varianta, jelikož zvířata mohou být používána k terapii častěji a je možno využít více druhů zvířat. Nám se nejvíce osvědčila kočka. Jde o zvíře nenáročné na péči, u starých lidí je kočka navíc velmi oblíbená, má příjemnou měkkou srst, a je tedy velmi vhodná k mazlení. Není třeba se také obávat alergií, neboť alergie na srst domácích zvířat se u starých lidí vyskytují skutečně velice sporadicky. Je však lepší přinést do zařízení již dospělé zvíře, u kterého víme, jakou má povahu, než malé kotě, které může být velmi živé až divoké, což starým lidem příliš nevyhovuje. Proto je lepší dospělá, klidná a trpělivá kočka, která se ráda mazlí. Zvíře by při příchodu do zařízení mělo mít určité hygienické návyky, samozřejmě by mělo být vyšetřeno veterinářem a řádně očkováno, zbaveno parazitů, eventuálně vykastrováno. Dalším vhodným zvířetem může být králík, morče, křeček, želva, opeřenci andulka nebo kanárek nebo také akvarijní rybky.

Aplikace světla

Léčba světlem je vhodná zejména pro řešení poruch denního rytmu, tedy může být velmi dobrý pomocníkem také při léčení poruch spánku u pacientů s demencí (či u pacientů bez kognitivní poruchy).¹⁹⁹

Denní rytmus pacientů s demencí bývá narušen různě, může jít o pouhý posun stejně jako jeho převážné nebo úplné narušení a roztržité. Pacienti tak buď spí ve dne a v noci jsou bdělí, nebo spánek přichází v častějších intervalech, pacienti se budí a zase usínají bez ohledu na to, zda je den, či noc.

Denní rytmus ovlivňuje světlo a tma. Lidé vyššího věku a zejména pacienti trpí tím, že jejich spánek je v noci nedostatečně intenzivní, a naopak ve dne jsou příliš unavení, ospalí, mají tendenci pospávat. Různé studie uvádějí, že až 40 procent lidí starších 65 let není spokojeno s kvalitou svého spánku a 12 až 25 procent dokonce uvádí chronickou nespavost. Tyto situace často souvisejí s nevhodnou životosprávou, medikací, zdravotní situací, nemocí, demencí. Závažné poruchy denního rytmu (a tedy i nočního spánku) pozorujeme zejména u pacientů s demencí, kteří žijí dlouhodobě v institucích.

Poruchám denního rytmu je nutné věnovat dostatečnou pozornost, pacienty je třeba řádně vyšetřit a zjistit, o jakou poruchu se jedná. Mohou mít poruchy usínání, mohou se v noci budit v důsledku bolestí nebo jiných nepříjemných příznaků (dušnosti, neklidných nohou), mohou se budit nad ráno v důsledku deprese. Přístupy k poruchám denního rytmu a spánku jsou různé, krajní možností jsou hypnotika, která mají mnoho nežádoucích účinků a zejména u pacientů s demencí mohou vést ke zmatenosti, způsobují i psychotické příznaky, ospalost ve dne a také pády. Proto je jednoznačně třeba dát přednost nefarmakologickým úpravám denního rytmu a poruch spánku. Patří sem zejména dostatečně náročný režim ve dne a také ve večerních hodinách, aby byl pacient ukládán do postele s předpokladem, že již bude spát. Dobrou metodou je také přechodná restrikce spánku s postupnou normalizací spánkového režimu. Důležité je odstranění nepříjemných stimulů při spánku, a to jak vnějších (světlo, hluk), tak vnitřních (bolest, dušnost).

199 Fetveit A., Bjorvatn B.: Soevnforstyrrelser hos sykehjempasienter– praktiske behandlingsraad. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 125. 2005. str. 1676–8.

Pro zachování správného denního rytmu je důležitý dostatek světla pro bdění a dostatečná tma pro spánek. „Spánkové hodiny“, které na všechny výše uvedené faktory reagují a regulují tak bdění a spánek, jsou uloženy v nucleu suprachiasmaticu v hypothalamu. Pro jejich nastavení jsou důležité fyzická i duševní aktivita, čas jídel a zejména intenzita světla.

Aplikace světla má určitá pravidla, která je třeba zachovat. Je třeba ji vždy individualizovat a vycházet z denního rytmu konkrétního pacienta. Intenzivní světlo brzy po ránu uspíší probuzení, zvýší bdělost a vede k dřívějšímu usínání večer (a následně se ráno dříve budí). Intenzivní světlo v pozdním odpoledni nebo večer naopak vede k oddálení večerního spánku (a také následného ranního probuzení). Z toho vyplývá možnost ovlivnění poruchy spánkového rytmu, a to jak příliš včasného, nebo příliš pozdního usínání. Zejména u pacientů s demencí má aplikace světla velmi výrazný efekt. Ještě výraznější je tento efekt u lidí, kteří žijí dlouhodobě v institucích. Dostatečné osvětlení je totiž jedním z faktorů, kterým je věnováno relativně málo pozornosti, zařízení pro seniory jsou často temná, nedostatečně osvětlená. To vede ke snížení bdělosti v průběhu dne a ke zhoršení spánku v noci. Aplikace světla může napomoci určitým žádoucím posunům v denním rytmu pacientů a posílit ho. U pacientů s demencí má aplikace světla ještě další velmi příznivý efekt, jedná se o zmírnění příznaku syndromu pozdního odpoledne, zapadajícího slunce (sundnawing).²⁰⁰

Důležité je celkové osvětlení i cílená aplikace světla. Celkovým osvětlením máme na mysli zejména zlepšení denního osvětlení, a to jak dostatečným přístupem přirozeného denního světla (například odstraněním zbytečně hustých záclon, žaluzií, stromů či křovin, které brání přístupu dostatku světla zvenčí), tak i umělým osvětlením, a to zejména v zimě nebo pokud je zamračeno. Svůj význam mají lokální zdroje světla při určitých činnostech. Stejně jako dostatečné osvětlení v průběhu dne je důležitá dostatečná tma v noci pro spánek. To by také mělo být samozřejmostí. Pokoje pacientů by měly být vybaveny šetrným lokálním osvětlením, které umožní ošetření a pacienty příliš nebudí. Alternativním řešením může být vybavení pracovníků nočních služeb bodovými zdroji světla, nejlépe čelními reflektory, které uvolní ruce pro potřebnou činnost.

Cílenou aplikací světla rozumíme osvětlení ve vyhrazeném prostoru a po určité době. Pro tuto aplikaci jsou vhodné zejména světelné boxy, které umožní aplikaci 5 až 10 tisíc luxů při 30–50 cm odstupu.

200 Fetveit A., Bjorvatn B.: Lysbehandling mot soevnvansker i sykehjem – et ikke farmakologisk alternativ. *Tidsskr Nor Laegeforen* 125. 2005. str. 1679–81.

Dostatečnému osvětlení, nebo dokonce cílené aplikaci světla v našich podmínkách nevěnujeme dostatečnou pozornost. Je tomu tak proto, že noci u nás jsou dostatečně temné a zejména v letních měsících jsou naše dny dostatečně světlé. Světelnému režimu věnují větší pozornost zejména severské země, kde je v zimě málo světla, a také země s vysokými horami, kde je nedostatek světla v údolích (Švýcarsko). Neměli bychom zapomínat na to, že zejména pacienti v institucích mohou trpět nedostatkem světla.

Péče o dostatečné osvětlení a eventuálně dobře vedená cílená aplikace světla se tak mohou stát užitečnými pomocníky v péči o pacienty s demencí:

- denní rytmus je do značné míry závislý na rytmu světla a tmy
- denní rytmus pacientů s demencí může být posunutý (příliš časté nebo pozdní usínání nebo buzení) nebo zcela rozbitý (časté usínání a buzení v průběhu dne i noci)
- dostatečným osvětlením ve dne a tmou v noci můžeme u pacientů s demencí normalizovat, případně upravit denní rytmus
- zlepšení či změnu denního rytmu můžeme dosáhnout cílenou aplikací světla
- oddálení večerního usínání (a ranního buzení) dosáhneme aplikací světla pozdě odpoledne a večer
- uspíšení večerního usínání (a ranního buzení) dosáhneme aplikací světla brzy ráno
- odstraněním hluku a světla (tudíž vnitřních nepříjemných příznaků) dosáhneme zlepšení kvality nočního spánku
- na pokojích pacientů v noci nebudme hluční a nerozsvěcejme
- aplikace světla může zlepšit či odstranit příznaky syndromu pozdního odpoledne
- hypnotika mohou mít závažné nežádoucí účinky a neměla by být u pacientů s demencí používána

Režimová úprava spánku

Jak je již na mnoha místech této publikace uvedeno, lidé s demencí často trpí poruchami spánku nebo si na poruchy spánku stěžují. Pokud se pacienta s demencí zeptáme, jak se vyspal, často nám sdělí, že nespál vůbec. Tato situace je analogická například situaci, kdy se zeptáme pacienta s demencí (krátce po obědě), co měl k obědu, a dostaneme odpověď, že dnes ještě oběd nedostal. Pacienty s demencí respektujeme v jejich přáních, názorech a pocitech, vždy bychom měli ale mít na mysli, že jejich výpovědi nemusí být zcela relevantní.

Prvním krokem k řešení problematiky špatného či „špatného“ spánku pacientů s demencí je zavedení spánkového deníku, kam si ošetřující poznamenávají dobu, po kterou pacient skutečně spal.

Dalším krokem je režim spánku. Noční spánek nebude zcela jistě kvalitní, pokud pacient spal dlouho v průběhu dne. Proto bychom u lidí, kteří v noci dobře nespí, měli denní spánek vyloučit nebo minimalizovat. Maximální doba odpoledního spánku by u všech pacientů měla být maximálně jedna hodina. Těžko ale zabráníme, aby pacienti nespali v průběhu dne, pokud budou mít k dispozici rozestlanou postel. Můžeme najít ale jednoduchá opatření, jak tomu zabránit. Nám se na oddělení pro pacienty s demencí osvědčilo denní ustlání a překrytí barevnou pokrývkou. Postele ve dne vypadají jako pohovky, nejsou tu polštáře ani peřiny, které by pacienty lákaly... V denním centru pro pacienty s demencí jsme postele zcela vyloučili. Máme je k dispozici jen v postranní místnosti, kde se žádné aktivity neodehrávají a kam pacienti nejsou zvyklí chodit. V denní místnosti, „obývací“ jsou pohodlné sedací soupravy, kde si pacienti mohou sednout například po obědě a mohou si tu i chvíli zdřímnout. Tento odpolední spánek jim ale nikterak neusnadňujeme, mluvíme normálně hlasitě, okolo nich probíhá běžný denní režim denního centra. Tím docílujeme, že se „odpolední zdřímnutí“ omezuje na dobu skutečně potřebnou a pacienti v noci zpravidla dobře spí a nebudí rodinu, která se o ně stará po zbytek dne, kdy nejsou v denním centru.

Důležitou zásadou je pravidelnost ukládání se ke spánku a hodina vstávání.

Další zásadou spánkové hygieny, která neplatí pouze pro pacienty s demencí, ale platí samozřejmě také pro ně, je využívání postele pouze pro spánek (a v době nemoci také pro stonání). Proto je důležité, aby pracovníci večerních směn vykoná-

vali s pacienty různé aktivity, pokud se jim ještě nechce spát. Je také důležité, aby večerní jídla nebyla podávána příliš brzy ve snaze usnadnit večerní práci, toaletu, ukládání ke spánku a podobně. Na tuto zásadu je třeba dbát jak v rezidenčních zařízeních, kde pacienti setrvávají po dlouhou dobu, tak v zařízeních zdravotnických, kde při jejím zanedbání mohou způsobit, že se denní rytmus pacienta s demencí na dlouhou dobu naruší a jeho náprava bude zbytečně náročná a složitá. Proto jsou v nemocnicích potřebná akutní geriatrická oddělení, jejichž týmy jsou také s touto problematikou obeznámeny.

SPÁNKOVÁ RESTRIKCE

Jak jsme již výše uvedli, postel by měla být využívána pouze ke spánku nebo ke stonání. Mnoho pacientů ale tráví zbytečně mnoho času v posteli. Může to být jak z jejich vlastní vůle, kdy se domnívají, že usnou nebo si alespoň odpočinou, nebo z nedostatku motivace k činnostem. Dalším důvodem může být snaha personálu udržet pacienty co nejvíce v posteli, protože tak jsou méně nároční. Tato zbytečná inaktivita vede k poruchám spánku. Pro jejich řešení se často doporučuje navození mírné spánkové restrikce, tedy že umožníme pacientovi setrvat v posteli jen po dobu, po kterou skutečně obvykle spí. Například pokud spí obvykle 5 hodin a uloží se ke spánku o půlnoci, bude vzbuzen v pět hodin ráno. V průběhu dne by se měl podílet na různých aktivitách tak, aby nespal. Tento režim by měl trvat několik dnů a doba spánku by se měla postupně vždy po několika po 15 minutách během několika dnů prodlužovat.²⁰¹

Všechna tato opatření je samozřejmě možné u pacientů s demencí aplikovat velmi šetrně (zejména omezení spánku), a to pouze pokud s tím pacienti souhlasí a pokud snaha o režimové ovlivnění spánku nevede spíše k nežádoucímu efektu, třeba k poruchám chování.

201 Fetveit A., Bjorvatn B.: Soevnforstyrrelser hos sykehjempasienter– praktiske behandlingsraad. *Tidsskr Nor Laegeforen* 125. 2005. str. 1676–8.

Péče o pacienty v terminálních stádiích demence

HOSPICOVÁ PÉČE

Demence není považována za diagnózu indikující pobyt v hospicu. Nicméně potřebu paliativní péče o pacienty v terminálních stádiích demence nelze zpochybnit.²⁰² Domníváme se, že principy paliativní péče aplikujeme v péči o pacienty s demencí naprosto nedostatečně. Na jedné straně těmto pacientům nezajišťujeme dostatečný komfort, na druhé straně připouštíme invazivní postupy (zejména mám na mysli výživu do perkutánní endoskopické gastrostomie-PEG), které pouze prodlužují život, aniž by zlepšily jeho kvalitu. Věříme, že současná diskuse o této problematice obecně (včetně takových případů, jako byl nedávný soudní proces o Teri Schiavové²⁰³) by mohla přispět k zajištění důstojné péče o pacienty v terminálních stádiích demence. V praxi se často setkáváme s tím, že ti pacienti, jejichž kvalita života je ještě dobrá či uspokojivá, nejsou dostatečně diagnostikováni či léčeni, a to proto, že trpí syndromem demence. Tito lidé by přitom mohli ze správného léčení profitovat, proto by měli být správně a dostatečně léčeni. V terminálních fázích demence vídáme opak: lékaři léčí zbytečně agresivně v situaci, kdy jejich léčba nevede ke zlepšení kvality života pacientů, pouze prodlužuje utrpení a umírání.²⁰⁴

Paliativní péče o pacienty s demencí

Demence je onemocnění terminální, to je závažný fakt, který je třeba mít na paměti jak v přístupu k pacientům postiženým demencí, tak i k jejich rodinným příslušníkům. Demence sama o sobě nebývá příčinou smrti, tu způsobuje další závažné přidružené onemocnění, často bronchopneumonie, septický stav, srdeční selhání nebo cévní mozková příhoda.

202 Volicer L., Hurley A.: *Hospice Care for Patients with Advanced Progressive Dementia*. Springer Series on Ethics, Law and Aging. New York. 1998.

203 zprávy z tisku, červenec–srpen 2005.

204 Tulskey J.A., Snader L.: *Deciding how much care is too much*. ACP Observer. March 1997. Accessed from <http://www.acponline.org/journals/news/mar97/howmuch.htm>

Demence způsobuje postupné zhoršování stavu, progreduje do terminálního stadia, které je charakteristické nesoběstačností, minimální schopností komunikace, křehkostí a náchylností ke komplikacím. Člověk se stává závislým na pomoci druhých, je upoután na lůžko. Komunikace s pacientem v terminálních fázích demence je velmi obtížná, minimální, téměř se může zdát vymizelá.

Tuto skutečnost snášejí rodinní pečující pravděpodobně nejhůře. Je tu sice přítomna lidská bytost, které je jejich blízkým, drahým rodinným příslušníkem. Na druhé straně je to již někdo jiný, s kým se již rodina nedokáže domluvit. Rodina se tak vlastně se svým blízkým loučí, i když on je ještě naživu (long farewell). Péče o pacienty v pokročilých a terminálních fázích demence je náročná obdobně jako péče o pacienty s rozvinutou, středně těžkou demencí, klade však na pečující jiné nároky. Není třeba již tolik náročného dohledu, nehrozí již útěk nebo některé „vynalézavosti“ a nežádoucí aktivity. Došlo k určitému zkliďnění stavu. Komunikace s pacientem se zhoršila natolik, že pečující postrádají jakoukoli odezvu ať již pozitivní, nebo alespoň negativní, na své snažení a namáhavou péči, kterou snaha o uspokojení potřeb pacienta v terminální fázi demence představuje.

Významná role profesionálních pečujících nespočívá jen v tom, že rodině prakticky pomohou a poradí, popřípadě zcela převzou péči o jejich blízkého. Jsou také těmi, kteří by měli rodině poskytnout radu a oporu, protože v této fázi se již jedná o truchlící rodinu, která svého blízkého ztrácí. Kromě této jedné stránky má jejich profesionální úloha ještě druhou dimenzi. Také oni jsou konfrontováni s péčí o nevyлечitelně nemocné, umírající, také jejich péče je poznamenána minimální možností komunikace s pacientem a minimální odezvou z jeho strany. Také oni jsou konfrontováni s koncem života člověka, o kterého určitou, někdy velmi dlouhou dobu pečovali.

Lidé v terminální fázi demence jsou nesmírně křehcí, mohou mít bolest a různé další obtíže, které nedokáží vyjádřit. Proto je důležité, a to zejména pro profesionální pečující, aby projevům bolesti a dalších trýznivých příznaků porozuměli, soustředili se na náznaky komunikace, která ještě existuje. Je důležité naučit se metodám, jak je možné hodnotit a pozorovat bolest, a stejně tak lze pozorovat jiné příznaky a skutečnost, zda se pacientovi nedaří dobře, či naopak kdy je v relativním pohodlí a pohodě.

Nikdy bychom neměli připustit, že demence je ztrátou duše, ztrátou lidství nebo ztrátou lidské důstojnosti. Není tomu tak. I lidé v terminálních fázích demence mají své prožitky, jen nám je nedokáží sdělit. Asi mají také svá přání, chtění a obavy, ale nedokáží je vyjádřit. Jejich lidství se nám může zdát zakryté, zamasované výrazem Alzheimerovy choroby nebo jiného onemocnění způsobujícího

demenci. Je však zcela a nepochybně zřejmé, že oni jsou, pokud žijí, stále neopakovatelnými lidskými bytostmi, které nepotřebují méně než ostatní, ale naopak více, kromě profesionálního přístupu potřebují také poctivou snahu číst náznaky a snažit se rozumět tomu, co se zdá být nesrozumitelným, být s nimi vždy, když potřebují mít někoho poblíž, ulevit od bolesti, strachu, žízně, když potřebují potočit, pohnout se, anebo jen cítit, že tu je někdo nablízku. Nedokáží se vyjádřit slovy a velmi často nerozumí větám, které jim říkáme. Často však rozumí slovu, jednomu nebo několika slovům, rozumí úsměvu, zabroukané melodii, pohlázení. Někdy je jim příjemná hudba, kterou měli dříve rádi, nebo sousto dobrého jídla.

Nedokáží již říci, co si přejí. Přesto by se pečující měli vždy snažit, aby jednali v souladu s tím, co si člověk postižený demencí přeje, o co se snaží a co naopak nechce. Pečující by nikdy neměli jednat proti vůli, kterou lidé s demencí dokáží někdy až překvapivě projevit. Rozhodneme-li se aplikovat lék, infuzi, nebo snad dokonce i sondu, měli bychom mít vždy na mysli, že tak nekonáme proti pacientovu přání. Jak to můžeme zjistit? Nesprávnější cestou je umožnit lidem trpícím Alzheimerovou chorobou nebo jiným onemocněním způsobujícím demenci, aby se ještě v době, kdy jsou schopni rozhodovat o závažných věcech, vyjádřili také k tomu, jaké má být jejich léčení a ošetřování²⁰⁵ ve fázi, kdy demence pokročí tak daleko, že již nebudou schopni o sobě rozhodovat. Předpokladem tohoto rozhodnutí, předem vysloveného přání je, aby lidem trpícím onemocněním způsobujícím demenci, byla včas a pravdivě sdělena diagnóza.²⁰⁶ Proces sdělení této závažné diagnózy by měl zahrnovat nejen informace, ale také oporu pro jejich přijetí a rada a přesvědčení, aby se člověk na své onemocnění snažil připravit, aby si stačil uspořádat vše potřebné, pokud je toho schopen a aby se vyjádřil také k tomu, jakou péči si bude přát, zda si bude přát setrvat co nejdéle doma, eventuálně v jakém zařízení by chtěl být. Dále by měl mít možnost také sdělit, co si nebude přát (například hospitalizaci a intenzivní léčení při komplikacích). Měl by mít možnost ustanovit také svého zástupce, opatrovníka, kterým by měl být člověk, jemuž pacient nejvíce důvěřuje.

Na tomto místě je však třeba znovu podotknout, že v praxi dochází často k situacím, kdy se pacient diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiného onemocnění způsobujícího demenci dozvídá pozdě nebo v horším případě se ji nedozví vůbec.

Péče o pacienty s demencí je v mnoha ohledech natolik specifická, že je zapotřebí

205 *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině.* Oviedo 4. 4. 1997. Sbíрка mezinárodních smluv č. 96/2001, částka 44, str. 1897–1929. 20. leden 2007.

206 *Advance directives, A position paper 6/2005,* Alzheimer Europe, accessed from www.alzheimer-europe.org 15 Sep 2006, česká verze: Ustanovení vůle in: Madridský plán a jiné strategické dokumenty. Gerontologické centrum. Praha. 2007.

uvažovat o pracovištích respektive týmech obeznámených s problematikou paliativní péče o pacienty s demencí. Zatím tomu tak většinou není. Odborníci, kteří mají zkušenost s péčí o pacienty s demencí, nejsou vždy obeznámeni s principy paliativní péče a naopak. V praxi pak dochází například k tomu, že u pacientů s demencí nejsou správně vyhodnoceny známky bolesti a bolest není dostatečným způsobem léčena. To potvrzují dobře známé práce, které uvádějí, že spotřeba analgetik je u pacientů s demencí významně nižší, i když nejsou racionální důvody domnívat se, že pacienti s demencí méně cítí bolest.

Jednou z významných otázek, kterou si pokládá jak rodina člověka s demencí, tak odborný tým, je postup při akutních zhoršeních zdravotního stavu u pacientů s těžkou a terminální demencí, otázka, zda má být pacient přeložen k léčení do nemocnice, nebo zda má zůstat v původním prostředí, tedy v domácnosti nebo v zařízení ošetrovatelského typu. Odpověď na tuto otázku není ani jednoduchá, ani jednoznačná. Je zapotřebí zvážit výhody i nevýhody obou řešení.

Pokud pacient zůstane v původním prostředí a bude ošetřován těmi, kteří jej znají a naučili se mu rozumět, nebudou sice pravděpodobně dostupné „život zachraňující“ výkony a technologie, avšak člověku s demencí bude moci být poskytnuta péče, která mu bude co nejvíce vyhovovat a odpovídat jeho potřebám, bude v maximální možné míře v pohodlí.

Pokud bude pacient v terminálním stadiu demence odeslán do nemocnice, potom již samotný transport, přijetí do cizího prostředí, kterému pacient nerozumí, ošetřování neznámým personálem, který jej nezná a nedokáže adekvátně reagovat na jeho potřeby, a mnoho dalších faktorů způsobí pacientovi již samo o sobě značný dyskomfort. Dalším zdrojem trápení a dyskomfortu jsou různé léčebné postupy akutní medicíny, které v této fázi onemocnění nemohou přinést pacientovi již významný užitek, protože nedokáží zvrátit přirozený průběh základního onemocnění, naopak však mohou způsobit značné trápení, bolest a nepohodlí. Pokud stav pacienta postupně progredoval až do stadia těžké demence, pacient je upoután na lůžko a kontakt s ním je velmi redukován, pokud dlouhodobě trpí poruchami polykání nebo odmítá jídlo a pití a trpí dalšími závažnými příznaky, které svědčí pro to, že se jedná skutečně o velmi těžkou demenci, pokroky moderní medicíny nedokáží tento stav zvrátit. Pokud přesto přistoupíme k intenzivnímu léčení, forsírované hydrataci, zavedení sondy a umělé výživě, v žádném případě se nám nepodaří zvrátit vývoj základního onemocnění i při naprostém „úspěchu“ tohoto velmi sporného postupu. Maximálně dosáhneme jen prodloužení velmi neuspokojivého stavu, zadrženi smrti na určitou dobu, zpravidla na několik dnů, při velmi intenzivním postupu možná i na několik týdnů. Jaká je však cena za tuto léčbu? Je to cena dvojitá, obojí velmi vysoká: pro pacienta významný dyskomfort způsobený zavedením sondy, permanentní

cévky, fixací na lůžko (aby mohl být takto „léčen“), znehybněním při infuzní „léčbě“ a podobně, o ekonomických nákladech tohoto postupu není třeba hovořit.

Paní B. byla počátkem 90. let jednou z prvních pacientek Gerontologického centra. Postupně se u ní rozvíjela demence Alzheimerova typu, několik let se o ni velmi obětavě starala její dcera za pomoci naší domácí péče. Paní B. jsme hospitalizovali vždy na 2 až 3 týdny zhruba dvakrát nebo třikrát ročně, abychom se ji pokusili trochu zrehabilitovat, zlepšit její soběstačnost, ale zejména proto, abychom umožnili také její dceři chvíli odpočinku. Poslední roku už paní B. jen ležela, mírným úsměvem ale reagovala na své jméno, na sestřičky domácí péče se ještě usmívala, ale postupně přestávala přijímat jídlo, ještě polykat chvílemi mohla, ale odstrkovala lžiči. Stav se postupně zhoršoval, a proto jsme ji přijali znovu na lůžkové oddělení. Měli jsme tehdy pocit, že hlavní příčinou tohoto stavu je malnutrice, pacientka zhubla a pro podvýživu svědčily také laboratorní výsledky. Zavedli jsme tedy sondu a podávali umělou výživu sondou. Paní B. zemřela až za 5 týdnů. Její stav se ale nezlepšil, možná jen některé laboratorní hodnoty. Byla tak apatická, že se ani nepokusila sondu vytáhnout. Sami jsme se ale tehdy přestat s „výživou“ neodvážili. Paní B. sice žila, ale už se ani neusmála, nereagovala, byla jen živena, ale určitě se jí nedařilo moc dobře. Dodnes se jí v duchu omlouvám, i když vím, že se jí u nás určitě nedařilo hůře než v jakémkoli jiném zdravotnickém zařízení. Dodnes si na ni vždy vzpomenu, když zvažujeme, jak můžeme prospět pacientům v terminálních stadiích demence.

Většina rodin, které pacienty doprovázejí celým průběhem onemocnění, má zcela pochopitelný zájem, abychom všichni společně učinili pro pacienta „co nejvíce“ nebo „to nejlepší“. To znamená, abychom něco učinili ve prospěch pacienta. Pokud s rodinou zevrubně a pravdivě prodiskutujeme všechny možnosti léčby, možnost upustit od marné léčby, která by jen přinesla pacientovi trápení, rozebereme s nimi podrobně možné přínosy a negativa jednotlivých postupů, pečující rodiny se v naprosté většině případů přiklání k tomu, aby byla jejich blízkému v terminálním stadiu demence poskytnuta péče zajišťující co největší komfort, nikoli ta, která pod záminkou moderní heroické medicíny povede ke zhoršení a prodloužení utrpení.

Jean Leonetti hovoří o dvou typech strachu v době moderní medicíny, která přinesla značný a nepopiratelný pokrok v léčení mnoha dříve fatálních onemocnění a také významné prodloužení lidského života. Lidé se stále bojí smrti a umírání, zejména však strastiplného umírání, utrpení, špatné kvality života. Tento pocit vyjadřují: „*Raději bych umřel než abych žil takovýto život.*“ To by mohlo vést k nebezpečnému názoru, že ne každý život je hodný žití. Druhá obava se týká spíše profesionálů, kteří vědí, že současné možnosti moderní medicíny jsou takové, že lidský život lze dále a dále prodloužovat. Toto poznání ale přináší pocit nejistoty, nebezpečí, práv-

ní, dokonce snad trestní zodpovědnosti. Technicky vzato: přerušení života nastane tehdy, když život přestaneme uměle udržovat, kde je však hranice, kdy můžeme život přerušit? Došlo tedy k jakémusi porušení kontraktu mezi vítěznou medicínou a lidstvem, které sice přijalo její výhody, ale není smířeno s přijetím následků. Dá se říci, že se nacházíme v době jakéhosi popírání smrti, přesvědčení, že smrt je neúspěchem moderní medicíny a nikoli přirozeným zakončením lidského života. Na zachraňování nezachranitelného můžeme vydat libovolné množství prostředků jedinců i společnosti, tak drahá je moderní medicína. Jaké by to však přineslo výsledky? Naše uvažování a rozhodování se tak může pohybovat mezi dvěma čistě hypotetickými (?) extrémními situacemi. Situace první: pacient se rozhoduje odejít z nemocnice, protože se domnívá, že lékař předal sestře pokyn, že má být provedena eutanázie. Situace druhá: pacient ve vegetativním stavu je udržován při životě, i když je závislý na přístrojích, nevnímá své okolí a není tu šance na zlepšení stavu.²⁰⁷

Jakou péči bychom měli poskytnout lidem s demencí, kdo má činit zásadní a nejdůležitější rozhodnutí? Veškerá rozhodnutí by měla probíhat v rámci týmu, neměla by být ponechána na jednotlivci. Vždy by měla být zohledněna přání pacienta, která byla vyjádřena předem, jsou tlumočena pacientovým rodinným pečujícím, zákonným zástupcem nebo opatrovníkem. V terminálních stádiích demence by měla být poskytnuta paliativní péče. Ošetřující tým by měl zhodnotit, která opatření mohou přinést pacientovi prospěch a která nikoli. Pokud by si to pacient nepřál nebo pokud by to nepřineslo žádný prospěch, je možné ustoupit od postupů, které by v jiných situacích byly obvyklé (hospitalizace, umělá výživa, léčení terminální komplikace).

JAKÝ JE VÝZNAM INSTITUTU PŘEDEM VYSLOVENÉHO PŘÁNÍ (ADVANCE DIRECTIVES)

V mnoha evropských zemích existují právní předpisy, které tento institut přímo či nepřímo zakotvují.²⁰⁸ Zpravidla se jedná o písemný dokument, který musí být vlastnoručně datován a podepsán, další formální náležitosti zpravidla nebývají předepisovány, aby tento úkon zbytečně nezesnadňovaly. V Anglii a Walesu je právo předem písemně odmítnout umělou výživu a hydrataci dáno zákonem. Obdobně ve je tomu ve Francii, kdy se lidé zpravidla vyjadřují k umělé výživě, ventilaci. Německo právně definuje relativně podrobný návod k vyjádření přání o léčbě a péči. Institut předem vysloveného přání je právně závazný ve Velké Británii, Belgii, Španělsku. Ve Francii se jedná o doporučení, které je v každém případě třeba vzít v úvahu.

207 *Supporting and Caring for People with Dementia throughout End of Life*. Fondation Médéric Alzheimer. Paris 2006

208 *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně*. Oviedo 4. 4. 1997. Sběrka mezinárodních smluv č. 96/2001, částka 44, str. 1897–1929, accessed 20 Jan 2007.

Předem vyslovená přání, opatrovník a zástupce lidí s demencí: Doporučení Alzheimer Europe²⁰⁹

Alzheimer Europe podporuje respektování předem vyslovených přání lidí trpících Alzheimerovou chorobou nebo jiným onemocněním vedoucím k demenci, a to nejen v souvislosti s otázkami týkajícími se léčení, zdravotní péče a ošetřování, ale i v širším kontextu.

Vlády jednotlivých evropských zemí by měly vytvořit dostatečným právní a legislativní rámec pro to, aby byl institut předem vysloveného přání respektován a aby nemohl být zneužit (to předpokládá například systém registrace).

Pokud není možné předem vyslovená přání přesně interpretovat a nemohou být tedy právně závazná, je přesto třeba, aby byla zvážena a co nejméně zohledněna při rozhodování o léčbě a péči.

Lidé s demencí žijí různě dlouho. Onemocnění trvá zpravidla 5 až 20 let, v průběhu kterých se jejich myšlení postupně zhoršuje. Proto Alzheimer Europe doporučuje, aby platnost institutu předem vysloveného přání ohledně léčby a péče byla zachována po tuto dlouhou dobu a aby se možnost vyjádřit předem přání ohledně léčby a péče neomezovala pouze na rozhodnutí týkající se konce života.

Lidé trpící onemocněním vedoucím k demenci by měli mít možnost, pokud jsou takového rozhodnutí schopni, aby si zvolili osobu (opatrovníka, zákonného zástupce), které důvěřují, která by dále rozhodovala o poskytované péči. Tato osoba by také měla být nápomocna výkladu předem vysloveného přání v případě, že jeho znění není zcela jednoznačné. Opatrovník by měl být také tím, kdo dává informovaný souhlas s léčebnými postupy. K tomu je však třeba vytvořit takové právní prostředí, aby tento systém nemohl být zneužíván.

Pokud jsou lidé v terminálním fázi demence, je zapotřebí, aby byli ošetřováni specializovaným a znalým zdravotnickým týmem, který zajistí, aby byla v co největší míře respektována důstojnost a zachována kvalita života.

Vlády jednotlivých evropských zemí by měly zajistit, aby rodinní příslušníci mohli strávit více času s lidmi umírajícími v důsledku demence (nárok na úlevy v práci apod.).

Rodinným příslušníkům a dalším blízkým osobám lidí umírajících v důsledku demence by měl zdravotnický ošetřující tým poskytnout dostatečnou oporu a pomoc.

209 *Advance directives*, A position paper 6/2005, Alzheimer Europe, accessed from www.alzheimer-europe.org 15 Sep 2006, česká verze: Ustanovení vůle in: Madridský plán a jiné strategické dokumenty. Gerontologické centrum. Praha. 2007. v tisku

Pod pojmem paliativní péče jsme v minulých desetiletích rozuměli zejména péči o pacienty v terminálních stádiích onkologických onemocnění. V současné době je třeba ji chápat širěji, a to jako úlevovou a komfortní péči také pro lidi s terminálním orgánovým selháním, neurodegenerativními onemocněními, zejména onemocněními způsobujícími demenci a závažnou a terapeuticky neřešitelnou multimorbiditou. Velká část výše uvedených onemocnění přichází s vyšším věkem a v současné době staré a stárnoucí populace nabývá na významu. Zejména u těchto onemocnění platí základní pravidlo, které významní představitelé paliativní péče velmi zdůrazňují. Paliativní péče by měla provázet léčbu a postupně začít převažovat tehdy, kdy možnosti léčby začínají mít menší význam a efekt. Není tedy možné a správné poskytovat jen léčebnou péči a s paliativní péčí začít až tehdy, kdy s léčbou končíme. To by bylo zásadně chybné.

V současné době neexistuje pro většinu onemocnění, která způsobují demenci, kauzální léčba. I ty nejmodernější léky mohou pouze zpomalit průběh těchto onemocnění a zmírnit některé patologické příznaky. Nejedná se tedy o léčbu kauzální, ale pouze symptomatickou. Pacienta a jeho blízké tedy můžeme pouze provést dlouhým obdobím, po které se bude onemocnění zhoršovat a můžeme napomoci přechodně stabilizovat stav a odstranit nepříjemné příznaky. Mezi tyto příznaky patří úzkost, strach a deprese v počínajících fázích onemocnění, pestrá paleta poruch chování a psychiatrické symptomatologie ve fázi rozvinuté demence a somatické příznaky, omezení hybnosti, celkové zhoršení stavu a výrazné zhoršení komunikace ve stádiích pokročilé demence.

Utrpení pečující rodiny je srovnatelné s utrpením pacienta samotného. Jedná se o dlouhé loučení, postupné sledování úbytku schopností a chřadnutí svého blízkého. Mnozí odborníci se shodují v tom, že podpora pečujících je stejně důležitá jako péče o nemocné.

Vzhledem k tomu, že péče o pacienty s demencí je zpravidla dlouhodobá, představuje také výraznou zátěž pro profesionální pečující. Ani profesionální pečující nesmějí zůstat osamoceni. Je důležité, aby pracovali ve funkčním týmu, který společně rozhoduje, kde se jednotliví členové týmu vzájemně radí, sdělují si své nápady, návrhy i obavy. Pokud by pečující pracovali izolovaně, mohli by pocítovat vinu za některá svá rozhodnutí. Profesionální tým doprovází pacienta a jeho blízké onemocněním, životem až ke smrti. (Jusqu à la mort accompagner la vie²¹⁰.) Snaží se, aby se v životě, který prožívá, dařilo pacientovi co nejlépe, aby byl v pohodlí a pohodě, kterou je schopen vnímat, a aby nebyl sužován nepříjemnými příznaky, bolestí, škytavkou, žízní, ale také nepříjemnými výkony, vyšetřeními

210 Supporting and Caring for People with Dementia throughout End of Life. Fondation Médéric Alzheimer. Paris.2006, str. 63

a ošetřeními, která nemohou přirozený průběh onemocnění zvrátit a přinášejí jen zbytečné utrpení.

Pacienti v terminálních stádiích demence nejsou zpravidla přijímáni do hospiců. To není ani nutné, ani účelné. V žádném případě by ale pacientům v terminálních stádiích demence neměla být upírána možnost paliativní péče. Není samozřejmě správné, abychom za každou cenu usilovali o prodloužení života pacienta v terminální fázi demence. Nemůžeme jej ale zcela ponechat bez kvalifikované zdravotnické pomoci týmu zaškoleného nejen v problematice demencí, ale také v problematice paliativní péče.

Paliativní péčí se u onkologických onemocnění rozumí péče v terminální fázi, která bude trvat pravděpodobně několik dnů, týdnů, zpravidla ne více než 3 měsíce. Cílem této paliativní péče je zvládnutí nepříjemných příznaků, zejména bolesti, podpora pacienta, zlepšení kvality jeho života, a to za zachování dobrého stavu vědomí a myšlení, schopnosti rozhodovat a možnosti zařídít ještě to, co je zařídít třeba, rozloučit se s blízkými.

Paliativní péče a hospicové hnutí tedy prosazují jakousi resocializaci a novou ritualizaci smrti, která by měla nastat v domácím anebo alespoň co nejvíce domácím prostředí, v obklopení blízkými, ale za využití prostředků moderní medicíny, díky nimž se zvládne bolest a další trýznivé příznaky.

Z výše uvedené charakteristiky vyplývá, jak odlišná je paliativní péče o pacienty s demencí. Terminální fáze demence trvá daleko déle než u onkologických onemocnění nebo orgánového selhání. Lidi s demencí často pobývají již dlouho před smrtí v institucích.

JAK PROBÍHÁ TĚŽKÁ A TERMINÁLNÍ DEMENCE

Ve fázi těžké demence se zpravidla snažíme o některé aktivizační přístupy a o podporu alespoň určité míry soběstačnosti například tím, že pacient samostatně (rukou) jí. Vždy bychom ale měli být pozorní, do jaké míry snaha o aktivizaci a podporu soběstačnosti pacientům vyhovuje a kdy již začíná být problematická, provokuje nežádoucí chování, neklid, agresivitu a podobně. Vzhledem k tomu, že v této fázi demence je verbální komunikace již velmi redukována, je třeba, aby ošetřující velmi pečlivě sledovali pacientovu nonverbální komunikaci.

S postupnou progresí onemocnění prakticky vymizí schopnost domluvit se řečí, pacient nepoznává své blízké, není schopen se najít již ani rukou, neoblékne si již ani jednoduchou součást oděvu, může mít potíže s polykáním, zhoršuje se jeho

mobilita, stává se úplně inkontinentním. Stručně můžeme tuto fázi charakterizovat jako fázi naprosté nesoběstačnosti, upoutání na lůžko, redukované komunikace. V této fázi je zpravidla jasné, že aktivizační a stimulační metody nemají již pro pacienta žádný význam a je třeba se soustředit na zajištění komfortu a pohodlí. Tato fáze může trvat několik měsíců. Největší význam má ošetrovatelská péče, kterou bychom v této fázi mohli nazvat „chronickou paliativní péčí“; je provázena mnoha dilematickými otázkami. Kontakt s pacientem je sice minimální, ale přesto existuje. Pacient dokáže úsměvem nebo grimasou vyjádřit to, co je mu líbé a nelíbé. Může říci slovo nebo několik slov. Chutná mu jídlo, může se mu líbit hudba, příjemná vůně, pocit čistoty, hladkého prádla, plyšové hračky. V této fázi onemocnění je mnoho aspektů, kterým je třeba věnovat pozornost.

Bolest: je třeba aktivně pátrat po bolesti. Existují různé škály,²¹¹ pomocí kterých lze posuzovat, zda pacient trpí, či netrpí bolestí. Zdá se však, že důležitější je schopnost ošetrujících komunikovat s pacientem a citlivě pozorovat bolestivé příznaky a chování.

V této fázi onemocnění se zpravidla také začínají projevovat poruchy v přijímání jídla. Někteří pacienti jídlo odmítají. Jiní mají problémy s polykáním.²¹² Zdravotníci pracovníci často považují dostatečnou výživu za nezbytnou součást kvalitní péče. Na druhé straně je třeba respektovat, že odmítnutí jídla je jednou z mála možností, jak může člověk s pokročilou demencí vyjádřit svou vůli. Umělá výživa navíc způsobuje značný dyskomfort, nesnižuje riziko aspirace a nemá žádnou jinou výhodu pro pacienta než tu, že může jeho umírání prodloužit o několik dnů či týdnů.

Na druhé straně je třeba odlišit případy pacientů s demencí, nikoli však v pokročilé či terminální fázi, jejichž zdravotní stav se zhoršil v důsledku interkurentního onemocnění. Ti mohou naopak velmi profitovat z adekvátní léčby a péče zahrnující i adekvátní nutriční podporu. Jejich stav se může zlepšit a navrátit do původní relativně uspokojivé fáze a kvality života.

Jak je možné tyto dvě situace odlišit? Jedině na základě dlouhodobé znalosti pacienta a vývoje onemocnění. Na základě konzultací s rodinou a respektováním přání pacienta.

211 Holmerová I., Jurašková B., Zikmundová K. et al: *Vybrané kapitoly z gerontologie*, Praha: Gerontologické centrum. 2007.

212 Tamtéž.

Namaste

Jedná se o metodu, která je používána v ošetrovatelských domech pro pacienty s demencí ve Spojených státech. Vznik této metody iniciovala Joyce Simard, diplomovaná sociální pracovnice a konzultantka pro problematiku demence s dlouholetou zkušeností z péče o pacienty s demencí v ošetrovatelských zařízeních a odděleních specializovaných na péči o pacienty s demencí. Tato oddělení, jejichž personál byl zaškolen v problematice demencí, vznikala v USA od 80. let dvacátého století a již jejich vznik přinesl určité zlepšení v péči. Spočívalo zejména v tom, že se pro pacienty připravovaly různé aktivizační programy, více se respektovala jejich přání, upravila se proskripce léků tak, aby je příliš neomezovala, výrazně se snížilo užívání omezovacích prostředků. Nicméně tato oddělení byla vhodná zejména pro pacienty se středně pokročilou formou demence, tedy pro ty, kteří mohli ještě profitovat z různých aktivizačních programů, prostředí a denního režimu. Proto bylo třeba nalézt metody, jak přizpůsobit péči také potřebám pacientů s velmi pokročilou demencí a v terminálních stadiích onemocnění způsobujících demenci. Bylo zřejmé, že je třeba zajistit adekvátní paliativní péči, nicméně hospice v USA zpravidla počítají s krátkodobou prognózou svých pacientů (do 6 měsíců života), a nemohou tak dobře posloužit potřebám pacientů s demencí. Na druhé straně je žádoucí, aby o pacienty pečovaly spíše týmy zařízení, kde již pacienti dlouhodobě žili. Jednou z těchto metod je právě Namaste. Filozofií této metody je úcta k člověku, k jeho zachovanému člověčenství a spiritualitě, a to i přes pokročilost základního onemocnění. Metodu Namaste lze aplikovat jako denní program pro klienty různých oddělení ošetrovatelského zařízení, spíše se však osvědčuje, když jsou pacienti v terminálních fázích onemocnění soustředěni na oddělení, které tuto metodiku aplikuje. Základem této metody je kvalifikace a kultivace ošetrujícího personálu a jeho podpora, vytvoření zázemí i pro ně. Dále se při aplikaci Namaste stále komunikuje a diskutuje problematika péče o pacienta, a to jak v rámci ošetrujícího týmu, tak i s rodinnými pečujícími, kteří jsou také rovnocennými členy tohoto týmu, ale zároveň od něj potřebují i podporu. Cílem těchto diskusí je snaha o co největší pohodu a komfort pacienta v terminálním stadiu onemocnění demencí. Diskutují se i takové zdánlivé drobnosti jako potřeba měření teploty, tlaku atd., které nemusejí přinést žádné objektivní informace, ale jejich provedení může rušit pohodu pacienta. Dále je třeba zajistit fyzické pohodlí pacienta, přiměřeným volným, ale důstojným oblečením, přiměřenou hygienou, která má být prováděna tak, jak to pacientovi nejvíce vyhovuje, zajištěním takové polohy, která je pro pacienta nejvíce pohodlná, a to jak v posteli, tak v polohovacím křesle. Pacient potřebuje také kontakt s rodinou, měl by mít možnost setkávat se s rodinou v soukromí. Denní režim záleží co nejvíce na přání pacienta

a jeho rodinného příslušníka, přesto je vhodné, aby měl určitý řád. Součástí vytvoření příjemného prostředí je také hudba, barevný prostor, různé drobnosti, které jsou pacientovi milé. Také jídlu by měl být ponechán prostor a věnována mu dostatečná pozornost, protože pocit chuti, vůně, milého prostředí, vřidnosti vytváří celkovou pohodu pacienta. Také rodinní pečující, kteří za pacientem docházejí, by měli mít možnost se vzájemně setkávat a podle potřeby komunikovat spolu navzájem, ale i s personálem. Poslední okamžiky pacienta by měly probíhat v soukromí s těmi, se kterými si přeje setrvat.

Zásady Namaste:

- komunikace s rodinou
- příjemné prostředí
- multisenzorická stimulace
- laskavý přístup
- podpora rodiny
- komfortní péče
- pohoda

Metoda vychází ze znalosti pacienta jako lidské bytosti a respektuje jeho hodnoty, ctí lidskou důstojnost. Zároveň respektuje zásady správné péče o pacienty s demencí, týmového přístupu, prostředí pro péči atd. To vše je zařazeno do přirozeného rámce běhu dne a lidského života.

Bazální stimulace

Eva Rohanová

Koncept bazální stimulace vyvinul v 70. letech německý speciální pedagog profesor Andreas Fröhlich. Umožnil dětem s těžkým psychosomatickým postižením rozvoj osobnosti a výrazné zlepšení komunikace s okolím. Poznatky profesora Fröhliche ukázaly, že principy konceptu bazální stimulace mají velký význam pro lidi všech věkových kategorií, zdravé a hlavně nemocné.²¹³ Koncept přenesla do ošetrovatelské péče o dlouhodobě nemocné a do péče intenzivní v 80. letech německá zdravotní sestra Christel Biensteinová. V německy mluvících zemích je za-

213 Bienstein Ch., Fröhlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege*. Seelze-Velber Kallmeyersche Verlagsbuchandlung GmbH. 2003

řazen do základní ošetrovatelské péče od roku 1989. Samostatně se vyučuje v ročním postgraduálním vzdělávání. Využívají ho nejen ošetrující, ale i fyzioterapeuti, ergoterapeuti, speciální pedagogové, muzikoterapeuti a herní terapeuti.²¹⁴

I když se u nás některé dílčí prvky smyslové stimulace v ošetrovatelství aplikovaly, první zmínka o konceptu bazální stimulace se objevila až v roce 2000, kdy česká sestra Karolina Friedlová, která několik let pracovala v Rakousku a později i v Německu, uveřejnila první článek o bazální stimulaci v odborném časopisu *Sestra*.

Tuto metodu v 70. letech 20. století popsal německý speciální pedagog a lékař Andreas Froehlich. Týkala se původně péče o těžce nemocné děti a komunikace s nimi. Jednalo se o vytvoření systému, který používá rozličných smyslových podnětů a pracuje s nimi. Společně s zdravotní sestrou Christel Biensteinovou došlo k rozšíření této metody i na jiné skupiny postižených a nemocných (včetně péče o chronicky nemocné) a o její zařazení do systému kvalifikovaného ošetrovatelství. Tento koncept je od roku 1989 v německy mluvících zemích zařazen do základní ošetrovatelské péče. Samostatně se vyučuje v ročním postgraduálním vzdělávání. Využívají ho nejen ošetrující, ale i fyzioterapeuti, ergoterapeuti, speciální pedagogové, muzikoterapeuti a herní terapeuti.

Jedná se o metodu, která je vhodná pro pacienty v závažném stavu, v různých život omezujících a ohrožujících situacích, po závažných poraněních, onemocněních a poraněních mozku, při dlouhodobé poruše vědomí. Snaží se kompenzovat nedostatek vlastních motorických zkušeností a vjemů. Bazální stimulace umožňuje lidem s postiženým vnímáním, myšlením a poruchami hybnosti zlepšovat svůj stav, a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Základní myšlenkou této metody je holistický přístup k těžce nemocným pomocí podnětů somatických, vibračních, vestibulárních, smyslových, komunikačních a sociálně emocionálních. Snaží se zlepšit komunikaci těžce postižených s okolím. Mezi tyto situace logicky patří i onemocnění vedoucí k demenci, kdy bazální stimulace je přístupem, který je možné využít ve stadiu rozvinuté demence, zejména však ve stadiu pokročilé demence a ve fázi terminální.

Ošetrovatelská péče dle tohoto konceptu je rehabilitativní a zahrnuje úzkou spolupráci ošetrovatelského personálu a rodiny, která se podílí na péči o svého blízkého. Na pacienta je pohlíženo jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastními historií, s určitými schopnostmi a individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje. Cílem bazální stimulace je podpora a umožnění vnímání tak, aby

214 Bienstein Ch., Froehlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege*. Seelze-Velber Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung GmbH. 2003

u pacienta docházelo k podpoře vlastní identity, k navázání komunikace s okolím, ke zvládnutí orientace v prostoru a čase a k celkovému zlepšení všech funkcí organismu.

Bazální stimulace je založena na empatickém vztahu s pacientem i jeho rodinnými příslušníky, na snaze poznat život pacienta, jeho rodinu, to, co má a nemá rád. Bazální stimulace se zabývá také prostředím pacienta, které by mělo být co nejvlídnější, měly by tam být prvky, které budou evokovat určité milé vzpomínky a události. Dále je kladen důraz na příjemnou stimulaci všech smyslů, a to nejen prostřednictvím přiměřené zrakové a sluchové stimulace, ale také taktilitou, vůní, chutí.

UVĚDOMĚNÍ SI VLASTNÍHO TĚLA

Vnímání celým povrchem těla je vývojově nejstarší způsob přijímání informací, který se objevuje již v prvním trimestru prenatalního vývoje.²¹⁵

Vnímání podnětů z povrchu těla, stejně jako informace o napětí svalů, postavení kloubů, pohybu a poloze celého těla, jsou zprostředkovány aktivací celé řady receptorů. Mechanoreceptory jsou umístěny v kůži a ve sliznicích. Jsou citlivé na dotek a chlad. Receptory citlivé na bolest jsou přítomny nejen v kůži a ve sliznicích, ale téměř ve všech tkáních těla. Odborně se nazývají nociceptory. Reakce na bolestivý podnět je vždy provázena vegetativní reakcí a má silný emoční doprovod.²¹⁶

Také vnímání polohy a pohybu vlastního těla, nazývané propriorecepce, se vyvíjí během prenatalního vývoje. Zde se uplatňují smyslová čidla v kloubech, šlachách, svalech a elipsovitém a kulovitém vřívku středního ucha. Polohu a pohyb hlavy mohou kromě uvedených receptorů registrovat i mechanoreceptory vestibulárního ústrojí, které se nacházejí ve třech polokruhovitých kanálcích ležících v na sebe kolmých rovinách a uložených ve spánkové kosti. Hovoříme o tzv. statoakustickém ústrojí.²¹⁷

Naše tělo přijímá během pohybu pomocí receptorů celou řadu informací. V situaci, kdy se nemůžeme hýbat, dochází k výrazné redukci stimulů a tím ke snížení vnímání tělesného obrazu a okolního prostředí, které se stává nejasné. Tento proces označuje Fröhlich jako degenerativní habituaci.²¹⁸

215 Langmeier J., Langmeier M., Krejčířová D.: *Vývojová psychologie*. Praha: Nakladatelství H&H 1998.

216 Pokorný J.: *Přehled fyziologie člověka*. Praha: Karolinum, 1994.

217 Tamtéž.

218 Nydahl P., Bartoszek G.: *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*, 4 Auflage. Urban & Fischer Verlag. München Jena. 2003.

Bienstein a Fröhlich uvádějí:

„Péče o lidi se provádí zpravidla prostřednictvím péče o tělo a na těle. Toto tělo ale není samostatné, nýbrž je to existenční forma člověka na tomto světě.“²¹⁹

Z těchto důvodů je v konceptu bazální stimulace kladen velký důraz na uvědomování si vlastního těla pomocí somatické stimulace. Nejzákladnější formou somatické stimulace je dotek.²²⁰

Dotýkat se je základní lidská schopnost. Pomocí dotyků se k nám dostává již od raného dětství mnoho impulsů ze zevního prostředí, ale taky každý člověk pomocí doteků přenáší informace do svého okolí. Doteky mají v životě člověka různé role a to jim přikládá velký význam.

O významu doteků v ošetrovatelské péči se u nás nepíše, a tudíž ani neučí vůbec nic. Dozvíme se o nich v souvislosti s neverbální komunikací, kde se užívá odborný termín haptika.²²¹ Přitom je ošetrovatelství profesí, kde ruce jsou každodenním pracovním nástrojem ošetrujících. Bez velkého významu, citu a ohleduplnosti se zdravotnický personál dotýká pacientů nejen v oblasti míst „veřejných“, tedy těch, kde nám doteky cizích osob nevadí, ale také míst osobních, ba dokonce intimních,²²² aniž by někdy někdo bral ohled na pocity pacienta. Ten je v tomto směru bezbranný a útrpně snáší, jak je s jeho tělem nakládáno.

Ošetrující se ve škole učí, jak mají své ruce používat k vykonání jednotlivých ošetrovatelských úkonů, ale ne jak jimi poskytovat informace pacientovi o jeho těle. Uvědomění si vlastního těla je velmi důležité hlavně u těch pacientů, kteří nejsou schopni aktivně měnit polohu vůbec nebo jen ve velmi malém rozsahu a u pacientů se sníženou hranicí vnímání. Zde se stávají hranice těla nejasné a tím se snižuje množství podnětů, které v běžném životě na každého z nás působí. My si tyto podněty většinou uvědomujeme bezděčně a automaticky na ně reagujeme. U pacientů upoutaných na lůžko chybí stimuly, a tudíž chybí i informace o vlastním těle.²²³

Také se málokdo zamýšlí nad tím, zda vzájemné dotýkání přináší pocity libé, či nelibé. Zdravotníci provádějí doteky s profesionální rutinou. Ve většině případů jsou tyto dotyky dlouholetou praxí zautomatizovány natolik, že se stávají sice

219 Bienstein Ch., Froehlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege*. Seelze-Velber Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung GmbH. 2003.

220 Tamtéž.

221 Křivohlavý J.: *Rozhovor a jednání člověka s člověkem – sociální komunikace ve zdravotnictví. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví*. Brno. 1981.

222 Tamtéž.

223 Bienstein Ch., Froehlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege*. Seelze-Velber Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung GmbH. 2003.

přesnými, ale zároveň i chladnými. Většina lidí z vlastní zkušenosti ví, že mnoho dotyků zdravotnického personálu je spojeno s nepříjemnými a bolestivými úkony. Tyto výkony sice směřují k obnově nebo udržení zdraví, ale v člověku vyvolávají strach a úzkost. Také nečekané a necílené doteky vyvolávají u pacientů se sníženým vnímáním pocit nejistoty a strachu.

„Poznal jsem, kdy na mě šahá manželka a kdy nákej zdravotník. To bylo poznat, to bylo jiné. Když na mě šáh' někdo z personálu, tak to bylo takový všechno jako rychlý nebo studený, nebo...a často to bylo nepříjemný a často to bolelo.“ [Milan, leden 2004]

Koncept bazální stimulace klade velký zřetel na každý druh doteků, které ve své práci poskytuje zdravotnický tým. Koncept využívá možnosti pomocí doteků terapeuticky na pacienta působit. Na kvalitě poskytovaných doteků záleží, zda si je pacient uvědomí a bude schopen je zpracovat jako vjem, zda mu umožní navodit příjemné pocity, a tím i zlepšit jeho zdravotní stav.²²⁴

Každý dotek nám něco poskytuje a tímto se stává významnou formou komunikace mezi lidmi. Při dotýkání hraje velký význam lokalizace a intenzita. Pomocí doteků mohou ošetřující působit například při výkonech, jako je polohování, koupel, masážní techniky, pomoc při pohybu, při úpravě polohy. Podrobně, v souladu s konceptem bazální stimulace, jsou všechny tyto výkony popsány autory konceptu Ch. Biensteinem a A. Fröhlichem v jejich knize *Basale Stimulation in der Pflege*.²²⁵

Zásadní význam v haptické komunikaci má rituál iniciálního doteku.²²⁶ To znamená dotek zahajující každou komunikaci s nemocným, zvláště pak tam, kde má člověk změněné vnímání svého okolí. V běžném životě se využívá k zahájení komunikace podání ruky, u pacienta v bezvědomí je nutné najít místo, kterým dáme najevo, že právě teď s ním budeme komunikovat a právě teď bude středem našeho zájmu. Čím více je zastřené vnímání, tím spíše by měl iniciální dotek směřovat k centru těla. Využít můžeme ruku, paži, rameno. Tento dotek pak musí být respektovaný všemi členy týmu při každé manipulaci. Přičemž rodinní příslušníci mohou mít iniciální dotek jiný, mnohem intimnější a příjemnější pro pacienta. Může jím být pohlazení nebo polibek. I oni musí pak iniciální rituál dodržovat. Iniciální dotek musí být podpořen verbálně a musí vždy také zakončovat každou činnost nebo návštěvu blízkých.²²⁷

224 Bienstein Ch., Fröhlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege*. Seelze-Velber Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung GmbH. 2003.

225 Tamtéž.

226 Nydahl P., Bartoszek G.: *Basale Stimulation. Neue Weg in der Pflege Schwerstkranker*, 4. Auflage. Urban & Fischer Verlag. München Jena. 2003

227 Tamtéž.

BAZÁLNÍ STIMULACE JAKO ALTERNATIVNÍ METODA KOMUNIKACE

Komunikace je slovo latinského původu a znamená spojení, přenos. Jde-li o přenos mezi lidmi, hovoříme o sociální komunikaci nebo o sociální interakci.²²⁸ Každý člověk komunikuje od momentu svého narození až do okamžiku smrti.²²⁹ Člověk ve vztahu s druhým člověkem není schopen nekomunikovat, a tak, i když nic neříká, přesto komunikuje.²³⁰ Základní dělení komunikace je na verbální (slovní), neverbální (mimoslovní) a komunikace činy,²³¹ přičemž neverbální komunikace tvoří 90 procent komunikace celkové. Do neverbální komunikace patří to, jak se oblékáme, jaká gesta používáme, jak se pohybuje, jak blízko či daleko při komunikaci vzájemně stojíme, jak se navzájem dotýkáme, jaká je naše mimika a směr pohledu, v jakém prostředí se komunikace odvíjí atp.²³² Takto jsou popisovány složky neverbální komunikace v knihách, které se touto problematikou zabývají. Každý člověk však ještě přijímá informace (kromě zraku a sluchu) i dalšími smysly, jakými jsou čich, chuť, statoakustické ústrojí a celá plocha těla. A toto vše využívá koncept bazální stimulace ve prospěch pacienta.²³³

Málokdo má ten dar, že umí dobře komunikovat. Obecně máme s komunikací velké problémy a mnohdy si nerozumíme nebo nechceme rozumět, ačkoli mluvíme stejným jazykem. Mnohem větší problémy však nastanou ve chvíli, kdy je přirozená komunikační schopnost zhoršená, omezená nebo naprosto minimalizovaná buď používáním jiného jazyka, nebo věkem, nemocí či úrazem.

Paternalistické zdravotnictví komunistického období bylo zaměřeno striktně na biologické potřeby člověka a podle toho se také odvíjela komunikace zdravotníků s pacientem. V podstatě by se dalo říci, že zdravotník udílel pokyny a pacientovi příslušelo tyto pokyny plnit. V případě, že měl pacient změněnou schopnost komunikace s okolím, bylo s ním nakládáno jako s tělem bez duše. V dnešní době je prokázáno, že i pacient v bezvědomí vnímá, co se kolem něj děje.²³⁴ Nejdéle ze všech smyslů je funkční sluch, takže pacient slyší zvuky i rozhovory zdravotníků,

228 Křivohlavý J.: *Rozhovor a jednání člověka s člověkem – sociální komunikace ve zdravotnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1981.

229 Křivohlavý J.: *Povídej – naslouchám*. Praha: Návrat, 1993.

230 Křivohlavý J.: *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1995.

231 Křivohlavý J.: *Povídej – naslouchám*. Praha: Návrat, 1993.

232 Křivohlavý J.: *Rozhovor a jednání člověka s člověkem – sociální komunikace ve zdravotnictví*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno. 1981

233 Bienstein Ch., Froehlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege*. Seelze-Velber Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung GmbH. 2003.

234 Kozierová B., Erbová G., Olivierová R.: *Ošetrovatelstvo*, z anglického originálu, *Fundamental of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 4th ed., Addison-Wesley Publishing Company, In., Reading, Massachusetts 01867, USA, 1991, přeložil T. Baška a kol. Martin: Osveta, 1995.

ale nemůže na ně reagovat rovnocenným způsobem. Prožitky, které lidé popisují po probuzení z bezvědomí, jsou hrůzostrašně zkreslené skutečné události. Odráží se v nich pocity strachu, úzkosti, bezmoci a beznaděje. Hlavně proto, že jim nikdo nedává informace způsobem odpovídajícím jejich fyzickému a psychickému stavu. Většina stimulů, které k pacientovi přicházejí, je neznámá, nepřijemná a velice často bolestivá. Hlasy, které slyší, jsou neosobní, nerozumí slovům, která se používají, neumí k hlasům přiřadit tváře, nemá k nim vztah a bojí se jich. O zdravotnickém personálu se pak pacienti vyjadřují jako o svých trýznitelích či mučitelích.

„Já jsem plul po Labi, ... já miluju tu řeku, taky tady u ní spoustu let bydlím, tak sem jel takovou jako loď, byl sem někde dole, kolem stály v bílejš pláštích, a tak sem si říkal: to sou doktoři, co tu chtěj, na lodi. Pak zavolaly sestry a já sem věděl, že mě přišly zase mučit. Já se ale bránil, to si pamatuju.“ [Jan, leden 2004]

V konceptu bazální stimulace je zahrnuta vzájemná komunikace pacienta a pečujícího i v případě, že komunikační schopnost pacienta je změněna nebo omezena. Koncept nepočítá s tím, že by pacient vůbec nekomunikoval, protože i pacient v bezvědomí svými reakcemi ať vegetativními, jako je frekvence pulsu, dechu nebo hodnota krevního tlaku, nebo mimickými dává najevo své pocity. Je jenom na ošetřujícím, jak je vnímavý k neverbálním projevům pacienta.²³⁵

„To už sem jako vnímal, že sem v nemocnici, teda nevěděl sem proč, jako ale nemocnici, to sem věděl. A teď sem potřeboval na záchod, ale nemoh' sem mluvit, to sem nevěděl, že mám rouru v krku. Prostě sem nemoh' zavolat na tu sestru, co chodila kolem. Tak sem skřípal zubama, to mě napadlo. Všimla si toho, to jo, ale co myslíte, že mi řekla? Nic pěknýho to nebylo, ale že potřebuju to, no ..., tak to ji nenapadlo, a tak sem se...“ [Jan, leden 2003]

Ale tohle přece není holistický a empatický přístup moderního ošetrovatelství, tak jak je deklarován v soudobých učebnicích a v koncepci ošetrovatelství! Holistické neboli celostní pojetí člověka znamená chápání každé lidské bytosti ve vzájemných psychosomatických vztazích²³⁶ a empatie znamená vcítění se do prožitků druhého.

Koncept bazální stimulace pokládá za jeden z nejnáročnějších úkolů ošetrovatelského personálu pochopení potřeb pacienta a porozumění stylu jeho komunikace.²³⁷

235 Bienenstein Ch., Froehlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege*. Seelze-Velber Kallmeyersche Verlagsbuchandlung GmbH. 2003.

236 Mastilíáková D.: *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno. 1999.

237 Nydahl P., Bartoszek G.: *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*, 4 Auflage. München, Jena: Urban & Fischer Verlag. 2003.

RODINA JAKO SOUČÁST OŠETŘOVATELSKÉHO TÝMU ANEBO SESTRA JAKO SOUČÁST RODINY

V konceptu bazální stimulace je pacient vždy na prvním místě. Pečující se snaží maximálně zajistit jeho potřeby, zvyklosti a různé rituály, které si normálně, v plném zdraví, zajišťuje sám.²³⁸ Velice důležité je zachování denního rytmu stejně jako v běžném životě. Základem pro poskytování takto individualizované péče je podrobná biografická anamnéza každého pacienta, což znamená získání co nejvíce osobních informací o pacientovi a jeho denních aktivitách. V anamnéze zjišťujeme například, zda je pravák, či levák, jaké má návyky ve spojitosti s vykonáváním běžné hygieny, jaké užívá toaletní přípravky, u ženy zda se líčí, jak se česne, jak vidí a slyší, zda nepoužívá nějaké kompenzační pomůcky, jak usíná, zda má nějaké rituály před spaním, kdy ráno vstává, jaká jsou oblíbená jídla a co zásadně nejí, co sleduje v televizi nebo poslouchá v rádiu, co dělá, když má bolesti, co dělá, aby mu bylo dobře...²³⁹ Čím více podrobnějších informací, tím může být ošetrovatelská péče individualizovanější a citlivější, s mnohem větší mírou empatie.

Někdy nám pacient tyto údaje nemůže nebo nechce sdělit, a proto je nezbytná úzká spolupráce s rodinou. Rodina má nezastupitelné místo v životě člověka.

*Rodinu lze považovat za nejdůležitější sociální skupinu, v níž jedinec žije. Poskytuje mu potřebné zázemí, uspokojuje jeho potřeby a zprostředkovává zkušenost, kterou nelze získat jinak.*²⁴⁰

Každý zastává v rámci širší či užší rodiny své sociální role, které jsou důležitou součástí jeho života.²⁴¹ Rodina nejenže má nezastupitelné místo, ale plní i nezastupitelné funkce. Jde o funkci biologickou, výchovnou, ekonomickou a emocionální.^{242, 243} A právě funkce emocionální má v případě onemocnění zásadní význam. Je to podpora a pomoc v náročné životní situaci. Pro nemocného přítomnost rodiny přináší pocit sounáležitosti a bezpečí.²⁴⁴

Křivohlavý ve své knize *Psychologie nemoci* popisuje, ve kterých oblastech a jakým způsobem se mění psychika pacienta při přechodu do nemocnice. Emocio-

238 Bienstein Ch., Froehlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege*. Seelze-Velber Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung GmbH. 2003.

239 Nydahl P., Bartoszek G.: *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*, 4 Auflage. Mnichov, Jena. Urban & Fischer Verlag. 2003.

240 Vágnerová M.: *Psychoterapie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 2002.

241 Výrost J., Slaměník I., eds.: *Aplikovaná sociální psychologie I*, Praha: Portál, 1998.

242 Čáp J., Mareš J.: *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001.

243 Výrost J., Slaměník I., eds.: *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha: Portál, 1998

244 Křivohlavý J.: *Psychologie nemoci*. Praha. Grada, 2002.

nální stav pacienta charakterizuje celý soubor negativních citů, jako jsou strach a obavy, nejistota a bolest.²⁴⁵ Emocionální pohoda je však také nesmírně důležitá pro navrácení zdraví.²⁴⁶ Proto musí být rodina nezbytnou součástí ošetrovatelského týmu.

„Seděla u mě každý den – teda jako moje žena u mě pořád seděla, snad ani nechodila spát, nebo nevim, vždycky, když sem vtevřel voči, byla tam. Všechno mi říkala, vlastně asi pořád mluvila, co sem chtěl, to udělala a ani sem nic neříkal, já nemoh mluvit.“ [Radek, prosinec 2003]

Tam, kde je zaveden a dobře funguje systém primární sestry, stává se mnohdy sestra členem rodiny. Tento systém znamená, že každý pacient na daném oddělení má osobní sestru, která o něm má nejvíce informací, plánuje a řídí ošetrovatelskou péči ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou. Je hlavní koordinátorkou péče pro ostatní pracovníky ošetrovatelského týmu. Rodina zná dobře tuto sestru, obrací se na ni se svými dotazy a přáními. Dochází zde k navázání velmi úzkého vztahu, který je ku prospěchu pacienta, vede ke spokojenosti rodiny a k vysoké kvalitě poskytnuté péče.^{247, 248}

Aby se rodina mohla zapojit a stát se členem ošetrovatelského týmu, musí mít jednak zajištěný přístup na oddělení a jednak musí být pečujícími uvedena do ošetrovatelské problematiky. U nás zatím není zvykem podrobně informovat blízké, jakým způsobem pečujeme o člena jejich rodiny, a vyzvat je k podílení se na této péči. Zpočátku je tento u nás zatím nestandardní postup náročný na čas a trpělivost ošetřujícího, ale v pozdější době přináší úlevu, protože rodina je schopna většinu ošetrovatelských úkonů provádět samostatně.²⁴⁹ Z psychického hlediska jsou některé intimní výkony prováděné členy rodiny méně zatěžující, než provádějí-li je profesionál, tedy cizí osoba.

Bohužel se také ještě i v dnešní době setkáváme s tím, že návštěvy ve zdravotnických zařízeních na jednotkách intenzivní péče i na standardních odděleních jsou omezeny pouze na několik málo hodin denně, což odporuje etickému kodexu Práva pacientů, kde se v bodě 2 praví: *„Pacient ... má možnost denně se stykat se*

245 Křivohlavý J.: *Psychologie nemoci*. Praha. Grada, 2002.

246 Nydahl P., Bartoszek G.: *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*, 4 Auflage. Mnichov, Jena. Urban & Fischer Verlag, 2003.

247 České ošetrovatelství I: *Koncepce českého ošetrovatelství – Základní terminologie*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno. 1998

248 Lemon L: *Soubor učebních textů pro sestry, porodní asistentky a další zdravotnické pracovníky*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno. 1996

249 Nydahl P., Bartoszek G.: *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*, 4 Auflage. Urban & Fischer Verlag. München Jena. 2003

členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.“²⁵⁰

Restrikce návštěv hlavně na jednotkách intenzivní péče není výsadou střední a východní Evropy, ale zrovna tak se objevuje v zemích anglosaských i německých.²⁵¹

„Tam nikdo nesměl, na tu jipku, nikoho tam nepustili, i telefon mi sebrali, prej kuli přístrojům, tak sem tam ležela a brečela.“ [Lída, únor 2004]

Nydahl a Bartoszek ve své knize *Basale Stimulation Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker* popisují studii, kdy formou dvanácti rozhovorů s pacienty, kteří pobývali na jednotce intenzivní péče, získávali informace a odpovědi na otázku: *„Jaké zkušenosti mají pacientky a pacienti pobývající na jednotce intenzivní péče s možností návštěv a jaký pro ně mají návštěvy význam.“²⁵²* (vlastní překlad) Ve všech rozhovorech se objevil názor, že je mnohem horší, když pacient zůstává se svým onemocněním sám. Někteří omezené návštěvy hodnotili jako omezování přirozených sociálních rolí.²⁵³ V jednom případě byl zaznamenán i tento názor:

„Když jste tady jen pět dní, nemusíte mít žádnou návštěvu. Stačí, když je tady manželka a děti.“²⁵⁴

V této ukázce je jasně zdokumentována samozřejmost přítomnosti nejbližších, kteří vůbec nejsou vnímáni jako návštěva, ale jako přirozená součást běžného dne.

V rozhovoru s panem Pavlem, jenž se v důsledku zranění již celý jeden rok pohybuje mezi různými zdravotnickými zařízeními, opakovaně zaznělo, jaký zásadní význam a podíl na jeho smíření se s trvalými následky úrazu a na vůli k uzdravení měla stálá přítomnost jednoho z rodičů. Bohužel se nesetkal s pochopením ze strany zdravotníků až na jedinou výjimku.

„Přišlo jim nepochopitelný prostě, že jako jsou tam se mnou rodiče. To jste takovej maminčin mazánek? Nebo ... Já říkám, ale tak NEJSEM, ale tak je to pro mě samozřejmě daleko lepší, snesitelnější. Mám tady někoho prostě svojeho, s kým si můžu povídat.“ [Pavel, březen 2003]

250 Haškovcová H: *Lékařská etika*, třetí rozšířené vydání. Galén. Praha, 2002.

251 Nydahl P., Bartoszek G.: *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*, 4 Auflage. Urban & Fischer Verlag. München Jena. 2003

252 Tamtéž.

253 Tamtéž.

254 Tamtéž.

Myslím, že je to alarmující zjištění. Vybízí k zamyšlení nad tím, proč je mezi ošetřujícími tak málo empatie a pochopení. A zároveň vyzývá k hledání řešení, jak změnit chladný postoj některých zdravotníků. Možnost vidím v zavedení konceptu bazální stimulace do každodenní praxe ošetřujících, přijetí její filozofie a s tím i akceptace každého člověka jako jedinečné autonomní bytosti.

BAZÁLNÍ STIMULACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Moderní ošetřovatelství je založeno na aktivním a vstřícném vyhledávání bio- a psychosociálních potřeb nemocných, na respektování každého člověka jako jedinečné lidské bytosti a na dodržování nezadatelných lidských práv každého.²⁵⁵ Mezi hodnoty vyhlášené Světovou zdravotnickou organizací, na nichž je současné humánní ošetřovatelství založeno, patří:

- uznání a respektování každé lidské bytosti
- chápání člověka v jeho komplexnosti (holismu)
 - ▶ uznání faktorů, které ovlivňují prožívání zdraví a nemoci
 - ▶ uznání potřeby podporovat a udržovat zdraví po celý život
 - ▶ přesvědčení, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči^{256, 257}

Toto jsou hodnoty, které vycházejí z důležitých právních a etických dokumentů, jako jsou Listina základních práv a svobod, Konvence o biomedicině a kodex Práv pacientů.²⁵⁸

Stejně hodnoty uznává a naplňuje koncept bazální stimulace, který si klade těchto devět cílů:

1. Zachovat život a zajistit vývoj
2. Umožnit klientovi pocítit vlastní život
3. Poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry
4. Rozvíjet vlastní rytmus klienta
5. Umožnit klientovi poznat okolní svět
6. Pomoci klientovi navázat vztah
7. Umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností
8. Pomoci klientovi uspořádat svůj život
9. Poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život²⁵⁹

255 Lemon L.: *Soubor učebních textů pro sestry, porodní asistentky a další zdravotnické pracovníky*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno. 1996.

256 Tamtéž.

257 *České ošetřovatelství 1: Koncepte českého ošetřovatelství – Základní terminologie*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno. 1998.

258 Haškovcová H.: *Lékařská etika*, třetí rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002.

259 Bienstein Ch., Froehlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege*. Seelze-Velber Kallmeyersche Verlagsbuchandlung GmbH. 2003.

Jednotlivé prvky bazální stimulace lze integrovat do běžné ošetrovatelské péče tak, že nejsou zapotřebí žádné speciální a drahé pomůcky. Časová náročnost ošetrovatelských výkonů prováděných podle konceptu bazální stimulace je téměř stejná jako u výkonů prováděných dosavadním způsobem.²⁶⁰ Podstatný a velice důležitý je klid, který provází poskytovanou péči. Bienstein dokonce uvádí, že takto poskytovaná péče je jak pro pacienta, tak pro ošetrujícího zážitkem.²⁶¹

V čem tedy spočívá změna? Je to změna postojů a chování ošetrujících. Do centra pozornosti se opravdu dostává člověk jako jedinečná autonomní bytost, která je celým zdravotnickým týmem zcela a bez výhrad respektována. Pečující poskytují stejnou péči jako doposud, ale tato péče skutečně vychází z potřeb a přání nemocného, respektuje jeho zvyklosti a rituály a je poskytována tak, aby nebyla pro pacienta nepřijemným traumatizujícím zážitkem.

Tak jako byla tato kapitola zahájena citátem, tak i konec patří slovům, která již byla řečena:

„*Nejděle nežil člověk, který má nejvíc let, ale ten, kdo svůj život nejvíce procítil.*“
(J. J. Rousseau)

ZÁVĚREM TÉTO KAPITOLY

Paliativní péčí rozumíme péči zaměřenou na zachování kvality života pacientů v terminálních stádiích nevléčitelných onemocnění, na zmírnění bolesti a jiných nepříjemných příznaků a uspokojení tělesných, psychologických, sociálních i spirituálních potřeb. Paliativní péče původně vznikla jako reakce na potřeby pacientů v terminálních stádiích onkologických onemocnění. V současnosti je však zřejmé, že ji potřebují také lidé, kteří žijí se závažnými chronickými onemocněními, a to tím spíše, že její účelnost a účinnost byla dostatečně prokázána. Paliativní péči potřebují také pacienti v terminálních stádiích Alzheimerovy choroby a jiných demencí.²⁶² Je založena na přístupu celého týmu a reaguje citlivě na potřeby pacientů a jejich rodin.²⁶³ Mezi mýty, které někdy slyšíme, patří také to, že lidé v pokročilých fázích demence nepotřebují kvalifikovanou péči. To není pravda. To, co nepotřebují, je marná péče, která nevede ke zlepšení kvality života a jen zbytečně prodlužuje utrpení. Více bychom se tedy měli zamýšlet nad tím, zda některé bolestivé či nepříjemné výkony pacientovi skutečně prospějí a zda skutečnělepší kvalitu jeho

260 Nydahl P., Bartoszek G.: *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker, 4 Auflage.* Urban & Fischer Verlag. München Jena. 2003.

261 Bienstein Ch., Froehlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege.* Seelze-Velber Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung GmbH. 2003.

262 Volicer L.: *Goals of care in advanced dementia: Comfort, dignity, and psychological well-being,* American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, vol 12, No 5, 1997, 196–197.

263 Volicer L., Hurley A.: *Hospice Care for Patients with Advanced Progressive Dementia.* Springer Series on Ethics, Law and Aging. New York. 1998.

života. Naopak kvalifikovaná péče odborníků obeznámených s problematikou péče o pacienty s demencí²⁶⁴ je naprosto nezbytná, stejně jako podíl zdravotníků, lékařů, sester, fyzioterapeutů atd. na rozhodováních v postupu péče. Tato rozhodování nejsou nikdy jednoduchá a není v silách jednoho člověka, aby je učinil. Proto je v závěrečné fázi péče o pacienta s demencí třeba týmového přístupu, a to ještě naléhavěji než v jiných obdobích péče.²⁶⁵ Rozhodování v týmu zohledňuje samozřejmě přání pacienta²⁶⁶ a názor jeho blízkých²⁶⁷, zvažuje všechna pro a proti s ohledem na kvalitu života pacienta a jeho důstojnost.²⁶⁸ Jenom tímto zevrubným, pečlivým procesem je možné dospět k řešení, které se nejlépe bude blížit řešení dobrému.

JAKÉ JSOU NÁZORY A POSELSTVÍ LIDÍ, U NICHŽ BYLO DIAGNOSTIKOVÁNO ONEMOCNĚNÍ VEDOUcí K DEMENCI²⁶⁹

„Lidi, kteří se dozvědí, že trpí nemocí vedoucí k demenci, potřebují pomoc, aby se mohli dostat z prvního otřesu, smutku, zděšení. Potřebují pomoc, aby mohli jasně říci, co si přejí, aby s nimi bylo dál. Komu dají důvěru, aby za ně rozhodoval, když už toho sami nebudou schopni. To je strašně důležité rozhodnutí. Předem vyslovená přání by se měla co nejlépe respektovat.“

„Myslím si, že život a člověk to není jen myšlení a paměť. Doufám, že i v době, kdy mi myšlení už sloužit nebude, budu stále tím, kým jsem.“

„Pokud ještě budu moci chodit a budu někde bloudit, tak bych chtěla bloudit někde, kde bude hezky, kde bude vlídný a bezpečný prostor, hodně světla, tráva a pěšinky – a taky lavičky, aby si člověk mohl sednout, když se unaví a budou ho bolet nohy. Aby člověk nebyl někde zavřený mezi čtyřmi stěnami – aby mohl mít ještě trochu radosti.“

„Chovejte se k nám jako k lidem, ne jako „k něčemu“. Dívejte se nám do očí, nebojte se nás dotknout. Chovejte se k nám uctivě jako k lidem – vždyť přece jsme lidé. Jedinečné lidské bytosti. Můžeme si vyprávět očima, naslouchat, dotýkat se. To, co cítíme, není menší, jenom to nedokážeme vyjádřit, jenom vám to nedokážeme říci.“

264 Hughes J. C., Robinson J., Volicer L.: Specialist palliative care in dementia, *BMJ* 2005, 330, 57–58.

265 Etzioni S., Rosenfeld K., Bérubé M.: *Case study: Deciding for the Patient*, The Hastings Center Report, accessed www.medscape.com

266 *Advance directives, A position paper 6/2005*, Alzheimer Europe, accessed from www.alzheimer-europe.org 15 Sep 2006.

267 Aggarwal N., Vass A. A., Minardi H. A., Ward R., Garfield C., Cybyk B.: *People with dementia and their relatives: personal experiences of Alzheimer's and of the provision of care, Dementia*, vol 4, No 4, 553–570, 2005.

268 *Council of Europe's recommendation no R (99)4 of the Committee of Ministers to Member States on principles concerning the legal protection of incapacitated adults*, accessed 15 Sep 2006 www.coe.fr

269 *Dementia Advocacy and Support Network. Jaká mají přání lidi s demencí. Co vzkazují pečujícími*. In: Supporting and Caring for People with Dementia throughout End of Life. Fondation Médéric Alzheimer. Paris. 2006.

Závěr

V této publikaci jsme se snažili shrnout základní informace o syndromu demence a onemocnění, která jej způsobují. Dále jsme se zabývali jednotlivými metodami a přístupy k pacientům s demencí. Je zřejmé, že nám rozsah této publikace neumožnil předložit sdělení, které by bylo vyčerpávající. Chtěli bychom však čtenářům slíbit, že v započaté práci budeme pokračovat. Další publikací edice Vážka budou doporučení pro jednotlivé typy péče o pacienty s demencí, které bychom mohli nazvat, jak je nyní moderní, standardy péče o pacienty s demencí. Vzhledem k tomu, že České alzheimerovské společnosti jde o zlepšení kvality péče o pacienty s demencí a nikoli o další administrativní zatížení již tak administrativně zatíženého systému, budeme se snažit, aby naše doporučení byla co nejjednodušší. K tomu je třeba, aby ti, kteří se standardy péče o pacienty s demencí budou pracovat, měli alespoň základní znalosti o demencích a o jednotlivých terapeutických přístupech.

PŘÍLOHY



Jedná se o Alzheimerovu chorobu?

Deset příznaků, které by vás měly varovat

1. *Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly*

Zapomínat občas pracovní úkoly, jména kolegů nebo telefonní čísla spolupracovníků a vzpomenout si na ně později je normální. Lidé trpící duševní chorobou, jako je například Alzheimerova nemoc, však zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později.

2. *Problémy s vykonáním běžných činností*

Hodně vytížení lidé jsou občas roztržití, takže někdy nechají dušenou mrkev stát v kastrolu na sporáku a vzpomenou si na ni, až když už je po jídle. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou například připraví jídlo a nejenže ho zapomenout dát na stůl, ale zapomenou i na to, že ho vůbec udělali.

3. *Problémy s řečí*

Každý má někdy problém najít správné slovo, ale člověk s Alzheimerovou chorobou zapomíná i jednoduchá slova nebo je nahrazuje nesprávnými, a jeho věty pak nedávají smysl.

4. *Časová a místní dezorientace*

Každý někdy zapomene, jaký je den a kam vlastně jede, je to normální. Ale lidé s Alzheimerovou nemocí se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů.

5. *Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek*

Lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomenou na dítě, které mají na starosti. Lidé s Alzheimerovou nemocí úplně zapomenou, že nějaké dítě existuje. Mohou se i nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou.

6. *Problémy s abstraktním myšlením*

Bilancování šekové knížky může někoho vyvést z míry, když je trochu komplikovanější než jindy. Člověk s Alzheimerovou nemocí může úplně zapomenout, co ta čísla znamenají a co s nimi má dělat.

7. Zakládání věcí na nesprávné místo

Každý někdy někde založí peněženku nebo klíče. Člověk s Alzheimerovou nemocí dává věci na zcela nesmyslná místa: žehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.

8. Změny v náladě nebo chování

Každý má někdy špatnou náladu. Člověk s Alzheimerovou nemocí podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč nebo podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod.

9. Změny osobnosti

Lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem. Ale člověk s Alzheimerovou nemocí se může změnit zásadním způsobem. Stává se někdy velmi zmateným, podezíravým nebo ustrašeným.

10. Ztráta iniciativy

Když je člověk někdy znechucen domácími pracemi, zaměstnáním nebo společenskými povinnostmi, je to normální. Většinou se chuť do práce opět brzy dostaví. Člověk s Alzheimerovou nemocí může propadnout naprosté pasivitě a potřeby neustále podněty, aby se do něčeho zapojil.

Ischemické skóre Hachinského

Tento test byl vytvořen jako pomůcka k odlišení demence primárně degenerativního původu (např. Alzheimerovy choroby) a demencí vaskulárních. Pokud je příznak či soubor příznaků přítomen, hodnotíme počtem bodů uvedených v závorce. Pokud není přítomen, hodnotíme nulou:

- Náhly začátek (2 body)
- Kolísavý průběh (2 body)
- Cévní mozková příhoda v anamnéze (2 body)
- Ložiskové neurologické příznaky (2 body)
- Ložiskový neurologický nález (2 body)
- Náhlá či stupňovitá zhoršení stavu (1 bod)
- Noční stavy zmatenosti (1 bod)
- Relativní zachování původní osobnosti (1 bod)
- Depresivita (1 bod)
- Somatické stesky (1 bod)
- Emoční výkyvy (1 bod)
- Hypertenze (1 bod)
- Aterosklerotické postižení cév (1 bod)

Hodnocení nálezu:

4 a méně: jedná se spíše o primární degenerativní demenci

5–6: pravděpodobně smíšená demence

7 a více: pravděpodobně vaskulární demence

Škála pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)

Převzato s laskavým svolením Prof. L. Volicera.

	0	1	2	Počet bodů
Dýchání (nezávislé na vokalizaci)	Normální	Občasné namáhavé dýchání Krátká období hyperventilace	Hlučné ztížené dýchání Dlouhá období hyperventilace Cheyne-Stokes dýchání	
Bolestivá vokalizace	Žádná	Občasný sten nebo záupnění Normální negativní nebo odmítavá řeč	Opakované utrápené volání Hlasité sténání nebo úpění Pláč	
Výraz obličeje	Úsměv nebo neutrální	Smutný Vyděšený Zamračený	Bolestivé grimasy	
Řeč těla	Relaxovanost	Napjatost Utrápená chůze Neklidnost	Strnulost Sevřené pěsti Kolena přitažená k tělu. Tahání nebo odtlačování Udeření	
Utěšování	Není nutné	Rozptýlený nebo uklidněný hlasem nebo dotekem	Není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
Součet				

Definice bodů

Dýchání

1. **Normální dýchání** je charakterizováno snadným, tichým a rytmickým dýcháním.
2. **Občasné namáhavé dýchání** je charakterizováno epizodickými intervaly drsného, obtížného nebo vyčerpávajícího dýchání.
3. **Krátká období hyperventilace** jsou charakterizována intervaly rychlých, hlubokých dechů trvajících krátkou dobu.
4. **Hlučné ztížené dýchání** je charakterizováno pазzvuky při dýchání, nádechu nebo výdechu. Pазzvuky mohou být hlasité, klokotavé, sípavé. Zdájí se být obtížné a únavné.
5. **Dlouhá období hyperventilace** je charakterizováno přílišnou rychlostí a hloubkou dýchání trvajícím podstatnou dobu.
6. **Cheyne-Stokesovo dýchání** je charakterizováno rytmickou změnou dýchání od hlubokého do velmi povrchního s obdobími apnoe (zástavy dýchání).

Negativní vokalizace

1. **Žádná** je charakterizována řečí nebo vokalizací, která zní neutrálně nebo mile.
2. **Občasný sten** je charakterizován truchlivými zvuky nebo mumláním, kvílením nebo bĕdováním. Úpĕní je charakterizováno bezdĕčnými neartikulovanými zvuky, které často náhle začnou a přestanou.
3. **Normální negativní nebo odmítavá řeč** je charakterizována málo hlasitým mručením, mumláním, skučením nebo klením, které zní jako stĕžování, je sarkastické nebo jízlivé.
4. **Opakované utrápené volání** je charakterizováno opakováním frází nebo slov způsobem, který naznačuje úzkost, neklid nebo utrpení.
5. **Hlasité stĕnání** je charakterizováno truchlivými nebo mumlavými zvuky, stĕnáním nebo hořekováním daleko hlasitĕjším než normální hlas. Hlasité úpĕní je charakterizováno bezdĕčnými neartikulovanými zvuky, které často náhle začnou a přestanou a jsou hlasitĕjší než obvykle.
6. **Pláč** je charakterizován výrazy citů spojenými se slzami. Pláč může být se zlykáním nebo jenom tiché plakání.

Výraz obličeje

1. **Úsmĕv nebo neutrální.** Úsmĕv je charakterizován zvýšením koutků úst, rozjasněním očí a výrazem požitku nebo spokojenosti. Neutrální výraz odpovídá volnému, relaxovanému nebo bezvýraznému obličeji.
2. **Smutný výraz** je charakterizován nešťastným, osamĕlým, truchlivým nebo deprimovaným obličejem.

3. **Vyděšený výraz** je charakterizován výrazem strachu, poplachu nebo zvýšené úzkosti. Oči jsou doširoka otevřené.
4. **Zamračený výraz** je charakterizován snížením koutků úst. Také může být spojený se zvýšenou vráscitostí čela a kolem úst.
5. **Bolestivé grimasy** jsou charakterizovány deformovaným a sklíčeným výrazem. Čelo a oblast okolo úst jsou více vráscité. Oči mohou být pevně zavřené.

Řeč těla

1. **Relaxovanost** je charakterizována klidným, odpočívajícím, uvolněným vzezřením. Osoba vypadá bezstarostně.
2. **Napjatost** je charakterizována napjatým, úzkostlivým nebo ustaraným vzezřením. Čelist může být sevřená (nezpůsobené kontrakturou).
3. **Utrápená chůze** je charakterizovaná aktivitou, která se zdá nevyrovnaná. Může mít také ustrašené, ustarané nebo rozrušené prvky. Tempo může být pomalé nebo rychlé.
4. **Neklidnost** je charakterizována neposedným chováním. Může zahrnovat kroucení nebo vrtění na židli. Osoba může posouvat židli přes pokoj. Možno pozorovat opakované dotyky, tahání nebo tření částí těla.
5. **Strnulost** je charakterizována ztuhnutím těla. Paže nebo nohy jsou tuhé a neohébné. Trup se může zdát přímý a nepohnutelný (nezávisle na kontrakturách).
6. **Sevřené pěsti** jsou charakterizované pevně sevřenými rukama. Mohou být opakovaně otevřeny a zavřeny nebo jen drženy zavřené.
7. **Kolena přitážená k tělu** jsou charakterizována ohnutím nohou a přitážením kolen ke hrudníku. Celkově utrápená pozice (nezávisle na kontrakturách).
8. **Tahání nebo odtlačování** je charakterizováno bráněním při dotyku nebo provádění péče. Osoba se snaží uniknout vytrhnutím nebo vykroucením nebo odstrkuje pečovatele.
9. **Udeření** je charakterizováno uhozením, kopnutím, uchopením, kousnutím nebo jinými formami osobního útoku.

Utěšování

1. **Není nutné** je charakterizováno pocitem pohody. Osoba vypadá spokojená.
2. **Rozptýlený nebo uklidněný hlasem nebo dotekem** je charakterizováno změnou chování, když je osoba oslovena nebo se jí někdo dotkne. Chování přestane během interakce a nic neukazuje, že by byla rozrušena.
3. **Není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit** je charakterizováno neschopností utěšit osobu nebo zastavit její chování slovy nebo skutkem. Žádné množství utěšování, slovního nebo fyzického, neumírní chování.

Reisbergova škála GDS (Global Deterioration Scale)

Jedná se o často používanou škálu²⁷⁰, která umožňuje posoudit, zda a do jaké míry je pacient postižen kognitivní poruchou. Pro přiřazení k jednotlivému stupni škály je zapotřebí zjistit informace od pacienta i jeho rodinných příslušníků a upřesnit si je dle charakteristiky jednotlivých stupňů škály.

STUPEŇ 1 – bez kognitivního zhoršení

Pacient je bez subjektivních stížností na úbytek paměti. Žádný úbytek paměti není zřejmý ani při rozhovoru.

STUPEŇ 2 – velmi mírné kognitivní zhoršení

Pacient si stěžuje na úbytek paměti nejčastěji v těchto oblastech:

- zapomíná, kam dal předměty, které často užívá
- zapomíná jména, která v minulosti dobře znal

Při rozhovoru však není patrný žádný úbytek paměti. Pacientovi nečiní úbytek paměti problémy v zaměstnání či společenských situacích. Může mít však obavy, které jsou důsledkem subjektivně pocívaného úbytku paměti.

STUPEŇ 3 – mírné kognitivní zhoršení

Nejranější příznaky zřejmého úbytku, které se projevují ve více než jedné z následujících oblastí:

- pacient se při cestě na neznámé místo mohl ztratit
- spolupracovníci si všimli pacientova zhoršeného výkonu
- blízké osoby si všimly, že pacient zapomíná slova a jména
- pacient něco přečte a poměrně málo si z toho pamatuje
- pacient projevuje sníženou schopnost pamatovat si jména lidí, kterým byl nedávno představen
- pacient ztratil nebo někam založil cenný předmět
- úbytek soustředění je zřejmý také při vyšetření

270 Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull.* 1988, 24, 653–659.

Objektivní důkaz úbytku paměti se získá jen po podrobném rozhovoru. Je přítomen snížený výkon v náročném zaměstnání a společenských situacích. U pacienta se projevuje popírání problému. Příznaky doprovází mírná až středně silná úzkost.

STUPEŇ 4 – středně silné kognitivní zhoršení

Úbytek je zřejmý při pečlivém rozhovoru a projevuje se v těchto oblastech

- snížená znalost současných a nedávných událostí
- může se projevit určitý úbytek paměti i na události z vlastního života
- úbytek soustředění se projeví při postupném odčítání číslic
- snížená schopnost cestování, vedení financí apod.

Zpravidla se nevyskytují poruchy v následujících oblastech:

- orientace časem a osobou
- rozpoznávání známých osob a tváří
- schopnost cestovat na známá místa

V této fázi není již pacient zpravidla schopen provádět složité úkoly. Dochází k emočnímu oploštění, vyhýbání se řešení náročných situací. Pacient existenci problému s pamětí často popírá.

STUPEŇ 5 – středně těžké kognitivní zhoršení

Pacient se již neobejde bez určité pomoci. Také během rozhovoru si nevezpomene na důležité aspekty svého současného života (například na adresu či telefonní číslo, které často používal, na jména blízkých příbuzných, například vnoučat, na název školy, na kterou pacient chodil).

Bývá přítomna částečná dezorientace časem (datum, den v týdnu, roční období a podobně) nebo i místem. Pacient má obtíže s odčítáním po 4 od 40 nebo 2 od 20.

Pacient v tomto stadiu si pamatuje řadu důležitých skutečností o sobě i druhých, správně si pamatuje své jméno a většinou i jména manželky a dětí. Nepotřebuje pomoc při toaletě a jídle, ale někdy má obtíže s volbou vhodného oděvu.

STUPEŇ 6 – těžké kognitivní postižení

Pacient občas zapomene jméno manželky/manžela, na kterém zcela závisí. Většinou nemá ponětí o nedávných událostech a vlastních zkušenostech. Do určité míry si pamatuje minulé události ze svého života, ale vzpomínky jsou útržkovité.

Většinou nevnímá okolí, rok, roční období a podobně. Může mít obtíže při počítání od 10, někdy i do 10. Potřebuje určitou pomoc při sebeobslužných činnostech, může být zhoršena kontinence, potřebuje doprovod při cestách, ale někdy může být schopen najít cestu na známá místa. Denní rytmus je často narušen. Téměř vždy si pamatuje své jméno. Často je i nadále schopen rozlišit ve svém okolí známé osoby od neznámých.

Dochází ke změně osobnosti a emocí, mohou přicházet některé z dalších následujících příznaků:

- bludy a halucinace, například pacient může manželku obvinít, že jej podvádí, může hovořit s neexistujícími osobami nebo se svým vlastním obrazem v zrcadle
- obsedantní příznaky, například pacient neustále opakuje jednoduché činnosti
- objevují se příznaky úzkosti, neklidu a agresivity
- kognitivní abulie, pacient není schopen podržet myšlenku dostatečně dlouho na to, aby se mohl účelně rozhodnout

STUPEŇ 7 – velmi těžké kognitivní postižení

Zaniká schopnost verbální komunikace. Pacient přestává mluvit. Inkontinence moči. Pacient potřebuje pomoc při toaletě a jídle. Ztrácí základní psychomotorické schopnosti, včetně schopnosti chodit. V této fázi se zdá, že mozek již není schopen přikázat tělu, co má dělat.

Bývá přítomna další neurologická symptomatologie.

Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby (a jiných demencí)

Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD)

DETEKCE BLUDŮ A PARANOIDNÍHO CHOVÁNÍ

1. „Lidé mi kradou věci“

0 bodů – nikdy se neobjevuje

1 bod – domnívá se, že mu/jí lidé naschvál ukrývají věci

2 body – domnívá se, že někdo přichází k němu domů a skrývá věci

3 body – s těmi, co přicházejí, hovoří a/nebo je slyší

2. „Tady nejsem doma“

0 bodů – nevyskytuje se

1 bod – je přesvědčen/a, že není doma, a chová se podle toho (chystá se k odjezdu, balí si věci, žádá „vezměte mne domů“...)

2 body – pokusy o odchod „domů“

3 body – neklid nebo agresivita při pokusech mu/jí v těchto pokusech zabránit

3. „Manžel/ka je cizí, neznám jej/jí“

0 bodů – nevyskytuje se

1 bod – pacient/je přesvědčen, že je to cizí člověk

2 body – zlost na něj/ni, protože je cizí a obtěžuje

3 body – agresivita ze stejného důvodu, vyhánění

4. „Chystají se mne opustit, někde umístit, zavřít“

0 bodů – nevyskytuje se

1 bod – přesvědčení, že se jej snaží v tomto podvést

2 body – zlost na blízké

3 body – agresivita z tohoto důvodu

5. Podezíravost / paranoidní chování

0 bodů – nepřítomno

1 bod – podezíravost (schovávání věcí, „stejně ti nevěřím“...)

2 body – výrazně paranoidní chování, zlost, vztek

3 body – agresivita z důvodů podezírání okolí

Popište:

6. Ostatní bludy (neparanoidní)

0 bodů – nepřítomné

1 bod – přítomné bludné myšlení

2 body – zlost a vztek jako důsledek bludů

3 body – násilné a agresivní chování z důvodů bludů

Popište:

HALUCINACE

I. Vizuální halucinace

0 bodů – nepřítomny

1 bod – nevýrazné, přesně nedefinovatelné

2 body – zcela jasně a zřetelné halucinace věcí nebo osob

3 body – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

II. Sluchové halucinace

0 bodů – nepřítomné

1 bod – nevýrazné, přesně nedefinované

2 body – jasně definované halucinace slov, vět, určitých zvuků

3 body – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

III. Čichové halucinace

0 bodů – nepřítomné

1 bod – nejasné, nepřesně definované

2 body – jasně definované („pach kouře“, „něco hoří“)

3 body – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

IV. Taktilní halucinace

0 bodů – nepřítomné

1 bod – nejasné, nepřesně definované

2 body – jasně definované („někdo na mne sahá“)

3 body – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

V. Ostatní halucinace

0 bodů – nepřítomné

1 bod – nejasné, nepřesně definované

2 body – jasně definované („někdo na mne sahá“)

3 body – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

PORUCHY CHOVÁNÍ

I. Odcházení z domova

0 bodů – ne

1 bod – někdy, ale nejsou nutná zvláštní opatření

2 body – dosti časté, takže jsou nutná zvláštní opatření (zamykání, dohled...)

3 body – nespokojenost, agresivita jiné poruchy chování v souvislosti s pokusem odejít, ničení překážek

II. Bezcílné činnosti

0 bodů – nevyskytují se

1 bod – opakované neúčelné aktivity (opakované dotazování, přesouvání věcí, zapínání a rozepínání...)

2 body – toto chování je výrazné a překážející, vyžaduje určitá opatření

3 body – toto chování pacienta ohrožuje a/ nebo způsobuje drobná poranění

III. Nepřiměřené chování a aktivity

0 bodů – nevyskytují se

1 bod – jsou přítomny (dávání věcí na chybná místa, nepřiměřená sexuální odbrzděnost..)

2 body – jsou přítomny v takové míře, že vyžadují určitá opatření či omezení

3 body – toto chování je navíc doprovázeno neklidem či agresivitou

Popište:

AGRESIVITA

I. Verbální výlevy

0 bodů – nepřítomny

1 bod – přítomny a obsahují nezvykle primitivní či vulgární jazyk

2 body – přítomny a doprovázeny zlostí či vztekem

3 body – přítomny, doprovázeny zlostí či vztekem a jsou zcela jasně zaměřené vůči konkrétním osobám

II. Výhrůžky, hrozba fyzickým násilím

0 bodů – nepřítomny

1 bod – pacient/ka vyhrožuje

2 body – fyzická agrese

3 body – značně intenzivní fyzická agrese

III. Neklid, agitace (*ještě jiného typu, než bylo uvedeno v předešlém textu*)

0 bodů – nepřítomny

1 bod – přítomny

2 body – přítomny a jsou výrazně emočně zbarvené

3 body – jsou přítomné, výrazně emočně zbarvené, doprovázené neklidným chováním, pohybovým doprovodem

PORUCHY DIURNÁLNÍHO RYTMU

0 bodů – nepřítomné

1 bod – opakované buzení v noci, které není vynucené potřebou jít na záchod

2 body – jen 50 až 75 % z původního spánku spí pacient v noci

3 body – jen méně než 50 % původního spánku spí pacient v noci (spánková inverze)

AFEKTIVNÍ PORUCHY

I. Trhání, škubání

0 bodů – nepřítomny

1 bod – přítomny

2 body – přítomny, výrazně afektivní komponenta

3 body – přítomny a doprovázeny dalšími afektivními či fyzickými projevy (mačkání rukou, jiná gesta)

II. Depresivní nálada

0 bodů – nepřítomna

1 bod – přítomna (například občasné výroky „kdybych tu raději nebyl“, „raději bych s tím skoncoval“...)

2 body – přítomna, doprovázena výraznými projevy – časté myšlenky na smrt a podobně

3 body – přítomna a doprovázena snahou či náznaky suicidálního jednání

Nelze specifikovat?

Popište:

ÚZKOST A FOBIE

I. Úzkost a obavy z nastávajících událostí (Godotův syndrom)

0 bodů – nepřítomny

1 bod – občas přítomny (opakované dotazy např. „kam to jdeme?“)

2 body – často přítomny a představují již pro pečovatele obtíž

3 body – často přítomny a jsou pro pečující již velmi obtížně tolerovatelné

II. Ostatní obavy

(například ohledně peněz, budoucnosti, nepřítomnosti doma, paměti atd. nebo generalizované, například „všechno stejně dopadne špatně“...)

0 bodů – nepřítomny

1 bod – přítomny

2 body – přítomny a jsou pro pečovatele již obtížné

3 body – přítomny a pro pečovatele jsou již nesnesitelné

III. Strach z opuštění

0 bodů – není přítomen

1 bod – pacient hovoří o obavě, že bude sám

2 body – pacient hovoří o obavě, že zůstane sám, a vyžaduje pozornost a odpověď pečovatele

3 body – totéž, ale velmi naléhavé, takže to představuje již neúnosnou zátěž pro pečujícího

IV. Ostatní obavy

(například strach z mnoha lidí, cestování, cizích lidí, koupání atd.)

0 bodů – nejsou přítomny

1 bod – jsou přítomny

2 body – jsou přítomny a pečující je nucen se jimi zabývat

3 body – přítomny a představují výrazné omezení pro pacienta a/nebo neúnosnou zátěž pro pečujícího

TOTAL SEVERITY SCORE

Celkové vyhodnocení – zatrhněte jednu z možností

Výše popsané příznaky a poruchy chování jsou celkově následující:

0 bodů – V žádném případě neohrožují pacienta a nepředstavují zátěž pro pečujícího

1 bod – Jsou již poněkud obtížné pro pečujícího a/nebo omezují či ohrožují pacienta

2 body – Jsou již dosti obtížné pro pečujícího a/nebo dosti omezují či ohrožují pacienta

3 body – Jsou velmi závažné: výrazně stresují pečujícího a/nebo omezují či ohrožují pacienta

Jaké jsou příznaky, které považuje pečující za nejobtížnější a/nebo nejzávažnější:

Popište:²⁷¹

Aktivizační techniky

1. Jazykolamy
2. Zvířata a rostliny v říkadlech
3. Přířsloví, pranostiky, rčení, citáty
4. Zkratky
5. Dvojice
6. Složená slova
7. Slova, která se nehodí do seznamu
8. Antonyma
9. Hlavní města
10. Další města
11. Doplňte název zvířete, rostliny
12. Co mají společného města?
13. Spisovatelé a knihy
14. Otázky ANO/NE
15. Homonyma

1 – JAZYKOLAMY

- Popokatepetl.
- Je Olivier olivrejovaný nebo není Olivier olivrejovaný? Jestli je Olivier neolivrejovaný, musíme Oliviera olivrejovat.
- Šla Prokopka pro Prokopa, pojd, Prokope, pro proroka.
- Tak pokopete-li mi to pole, nebo nepokopete-li mi to pole?
- A to mám pracovat na tom nejneobhospodařovatelnějším pozemku?
- Já rád játra, ty rád játra, on rád játra, trárará.
- Naše posvíceníčko je ze všech posvíceníček to nejposvíceníčkovatější posvíceníčko.
- Náš táta má neolemovanou čepici. Oblemujeme-li mu ji, nebo neblemujeme-li mu ji?
- Naše lomenice je ze všech lomenic nejlomenicovatější.
- Jelen letěl jetelem. Letěl jelen jetelem? Jetelem letěl jelen.
- Petr Fletr pletl svetr. Pletl Petr Fletr svetr? Svetr pletl Petr Fletr.
- Když zas zašustíš sukni, nás nejvíc sžírá žárlivost.
- Sčeš si vlasy z čela a osuš si šosy.
- Strč prst skrz krk.
- Nenaolejuje-li tě Julie, naolejují Julii já.

- Rozprostovlasatila-li se dcera krále Nabuchodonosora, nebo nerozprostovlasatila-li se dcera krále Nabuchodonosora?
- Kmotře Petře, nepřepepřete mi toho vepře.
- V hlavní roli lorda Rolfa hrál Vladimír Leraus, na klavír hrála Klára Králová.
- Náš pan kaplan v kapli plakal.
- Tři sta třicet tři stříbrných stříkaček stříkalo přes tři sta třicet tři stříbrných střech.
- Nesnese se se sestrou.
- Řek mi jeden Řek, abych mu řek, kolik je v Řecku řeckých řek. A já mu řek, že nejsem Řek, abych mu řek, kolik je v Řecku řeckých řek.

2 – ZVÍŘATA A ROSTLINY V ŘÍKADLECH

Pásla panenka páva
 Mezi horama sama,
 Jeli tam tudy páni:
 „Pojed', panenko, s námi.“

O žních

Pšenice se zlatí,
žito zešedlo,
 kéž by se nám všechno
 dobře vyvedlo.

Svezeme své snopy
 rychle do stodol,
 bude práce, bude
 všudy kol a kol.

Bude chleba všude
 pro náš dobrý lid,
 přijde štěstí, přijde
 do těch českých niv.

Setkání

Brouk se setkal s paní majkou,
 pohrozil jí starou fajfkou,
 že mu masti nedala,
 stonati ho nechala.

Čí to koníčky, cí to?
Pošlapaly nám žito,
pošlapaly nám jary,
nebylo ještě zralý.

Čí to koníčky, cí to?
Pošlapaly nám žito,
pošlapaly nám ječmen
z konce do konce všecken.

Koupala se má panenka
v vodě studený,
přijel je k ní mládeneček
na vraném koni.

A co děláš má panenko
v vodě studený?
„Viju vínky z konvalinky
z růže červený.“

Kraky, kraky, kraky,
z lesa letí straky.
Letí s nimi vrána
jako gardedáma.
Kraky, kraky, kraky,
smějí se jí straky.

Pan Jan Podolán,
ten má lesů velký lán,
také kousek louky,
velký pytel mouky,

má i koně, kravičky,
chová včely, slepičky.
Pan Jan Podolán,
to je velký, velký pán!

3 – PŘÍSLOVÍ, RČENÍ, PRANOSTIKY, CITÁTY

Nekupuj zajíce ...v pytli.

Darovanému koni ...na zuby nekoukej.

Není šprochu ... aby nebylo pravdy trochu.

Sejde z očí ... sejde z myslí.

Host do domu ... Bůh do domu.

Více děr, více systů ... více hlav, více smyslů.

Každý svého štěstí ... strůjem.

Kůň je jednou hříbětem ... člověk dvakrát dítětem.

První vyhrání ... z kapsy vyhání.

Pozdě plakat ... nad rozlitým mlékem.

Komu není shůry dáno ... v apatyce nekoupí.

Co není v hlavě ... musí být v nohách.

S chutí do toho ... půl je hotovo.

Odříkaného chleba ... největší krajíc.

Co se škádlívá ... rádo se mívá.

Oko ... do duše okno.

Všechny cesty vedou ... do Říma.

Práce kvapná ... málo platná.

Mladí ležáci ... staří žebráci.

Opakování je ... matka moudrosti.

Vlk se nažral ... a koza zůstala celá.

Co máš sám nerad ... nečiň jinému.

Vidět Neapol a ... zemřít.

Kdo jsi bez viny ... hoď kamenem.

Veselá mysl ... půl zdraví.

Láska hory ... přenáší.

Pořádek dělá ... přátele.

Rozděl a ... panuj.

Ráno moudřejší ... večera.

Dočkej času ... jako husa klasu.

V malé vodě ... malé ryby.

Orel much ... nelapá.

Rozumí tomu ... jako koza petrželi.

Od včely pochází med ... od hada jed.

Dvanáctero řemesel ... třináctá bída.

Kdo maže ... ten jede.

Pospíchej ... pomalu.

Bližší košile ... než kabát.

Milý na milém ... všechno snese.

Ve dvou rada ... ve třech zrada.

Komu není rady ... tomu není pomoci.
Ženy mají místo meče ... jazyk.
Když máš škodu ... o posměch se nestarej.
Nenarodil se člověk ten ... kterýž by se líbil lidem všem.
Chudoba cti ... netrať.
Mistr Nouze naučil ... Dalibora housti.
Mezi slepými ... je jednooký králem.
Co se má státi ... stane se.
Žádné štěstí netrvá ... věčně.
Sliby ... chyby.
Mezi slepými ... je jednooký králem.
Jiný kraj ... jiný mrav.
Koho chleba jíš ... toho píseň zpívej.
Co se doma uvaří ... to se doma sní.
Proti gustu ... žádný dišputát.
Důvěřuj ... ale prověřuj.
Malé ryby ... taky ryby.
Doma není nikdo ... prorokem.
Studené ruce ... upřímné srdce.
Kdo se dá na vojnu ... musí bojovat.
Pozdě, ale ... přece.
Zítřka je ... taky den.
Chod' spát se slepicemi ... a vstávej s kohoutem.
Ševče ... drž se svého kopyta.
Dobrá hospodyňka ... má pro pírkou i přes plot skočit.
Co je doma ... to se počítá.
Sytý hladovému ... nevěří.
Poruč a ... udělej sám.
Šťastná je nevěsta ... která nemá tchyni.
Dlouhé vlasy ... krátký rozum.
Kdo seje vítr ... sklízí bouři.
Když pánbůh dopustí ... i motyka spustí.
Jednou jsi dole ... jednou nahoře.
Kdo čím zachází ... tím také schází.
Pod svícnem ... je největší tma.
Když kocour není doma ... myši mají pré.
Nejlepší obrana je ... útok.
Zima se tě zeptá ... co jsi dělal v létě.
Co máme, nevíme ... až když to ztratíme.
Koně, ženu a fajfku ... nikdy nepůjčuj.
O Velikonocích musíš mít nové šaty ... aby tě beránek nepokakal.

Lehce nabyl ... lehce pozbyl.
Řemeslo má ... zlaté dno.
Stokrát nic ... umožilo osla.
Nač stahovat kalhoty ... když brod je ještě daleko.
Risk je ... zisk
Ryba a host ... třetí den smrdí.
Tchyně a uzený ... jsou nejlepší studený.
Není bylina ... aby na něco nebyla.
Z cizího ... krev neteče.
Nic tak člověka nepotěší jako ... cizí neštěstí.
Co tě nezabije ... to tě posílí.
Dvakrát nevstoupíš ... do stejné řeky.
V nejlepším ... přestat.
Kdo si hraje ... nezlobí.
Není kouře ... bez ohýnku.
Škoda každé rány ... která padne vedle.
Kdo šetří ... má za tři.
Když dva dělají totéž ... není to totéž.
Za málo peněz ... málo muziky.
Potrefená husa ... nejvíc kejhá.
Nechte to koňovi ... má větší hlavu.
Jak k jídlu ... tak k dílu.
Co Čech ... to muzikant.
Co je v domě ... není pro mě.
Kdo se bojí ... nesmí do lesa.
Kdo nepracuje ... ať nejí.
Žádný strom ... neroste do nebe.
Jeden za osmnáct ... druhý bez dvou za dvacet.
Ženu ani květinou ... neuhodíš.
Zmýlená ... neplatí.
Lepší třikrát vyhořet, než ... se jednou stěhovat.
Všeho moc ... škodí.
Pro pravdu se ... každý zlobí.
Kdo nevěří ... ať tam běží.
Nula od nuly ... pojde.
Všechno jde ... když se chce.
Komu čest ... tomu čest.
Klín klínem ... nevytlučeš.
Kdo má moc ... chce mít ještě víc.
Kdo se moc ptá ... moc se doví.
Kde se pivo vaří ... tam se dobře daří.

Po dobrém obědě si lehnout ... po špatném se ani nehnout.
Ženská zástěra ... všechno schová.
Nenadávej na zrcadlo ... když máš křivou hubu.
Ranní smích ... večerní pláč.
Kdo nehraje ... neprohraje.
Přání otcem ... myšlenky.
Moudřejší ... ustoupí.
Před heřmánkem smekni, před bezinkou ... klekni.
Proč chodit ke kovářičkovi, když můžeš ... jít ke kováři.
Stokrát opakovaná lež ... se stává pravdou.
Mlčení znamená ... souhlas.
Snídani sněž sám ... o oběd se rozděl s přítelem a večeri dej nepříteli.
Těžko na cvičišti ... lehko na bojišti.
Zdání ... klame.
Méně někdy znamená ... více.
Podle sebe ... soudím tebe.
Polévka je grunt ... maso je špunt.
Dochvilnost je ... vlastností králů.
S poctivostí ... nejdál dojdeš.
Účel světí ... prostředky.
Zasad' strom, postav ... dům a zplod' syna.
Ruka ruku ... myje.
Jez do polosyta ... pij do polopita a vyjdou ti dlouhá léta.
Mladost ... radost.
Nevědomost hříchu ... nečiní.
Já na bráchu ... brácha na mě.
Kde nic není, ani smrt ... nebere.
Kdo rychle dává ... dvakrát dává.

4 – ZKRATKY

BOZP – bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČT – Česká televize
DP – Dopravní podnik
DPH – daň z přidané hodnoty
MV – Ministerstvo vnitra
MR – magnetická rezonance
FTVS UK – Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy
ČEZ – České energetické závody
PRE – Pražská energetická
Kč – korun českých

ČR – Česká republika
DAP – daňové přiznání
DD – domov důchodců
LDN – léčebna pro dlouhodobě nemocné
PF – Pour Felicitas
PS – post skriptum
HIM – hmotný investiční majetek
EKG – elektrokardiograf
SRPŠ – sdružení rodičů a přátel školy
HS – Horská služba
IČO – identifikační číslo organizace
IQ – inteligenční kvocient
MS – mistrovství světa
MHD – městská hromadná doprava
NG – Národní galerie
OH – olympijské hry
RČ – rodné číslo
SBD – stavební bytové družstvo
SEČ – střeoevropský čas
SK – sportovní klub
ČSÚ – Český statistický úřad
UTO – uzlový telefonní obvod
VŠE – Vysoká škola ekonomická
VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZUŠ – základní umělecká škola

5 – DVOJICE

Krok a Niva
Bořivoj a Ludmila
Ikaros a Daidalos
Zeus a Hera
Bivoj a Kazi
Chladil a Simonová
Lasica a Satinský
Jonáš a Melicharová
Svěrák a Smoljak
Ivánek a Nastěnka
Kaiser a Lábus
Sodoma a Gomora
Lotrando a Zubejda

Hanč a Vrbata
 Pat a Mat
 Šemík a Horymír
 Pejsek a kočička
 Ilias a Odyssea
 Don Quijote a Sancho Pansa
 Tom a Jerry
 Taťána a Oněgin
 Asterix a Obelix

6 – SLOŽENÁ SLOVA

Základní slova:

Auto, aktivní, amatér, běh, běžka, buňka, dělo, dřevo, foto, gram, graf, kazeta, kino, kolo, kontra, kopie, koule, malba, mat, maz, mechanik, měřič, metro, mobil, pole, portrét, revoluce, sál, servis, stav, střelec, rádio, telefon, toč, třesení, tříška, video, země, žluč

Složená slova:

Automat, autokino, automobil, autogram, automechanik, autoportrét, autoservis, autorádio, dělostřelec, dřevomalba, dřevotříška, fotograf, fotobuňka, fotokopie, kinosál, koloběh, koloběžka, kolomaz, kolotoč, kontrarevoluce, Metrostav, metropole, radioaktivní, radioamatér, videokazeta, videotelefon, zeměžluč, zeměměřič, zeměkoule, zemětřesení

7 – SLOVA, KTERÁ SE NEHODÍ DO SEZNAMU

Nábytek – skříň, polička, stolek, žížala, židle

Materiály – sklo, kov, dřevo, fíkus, umělá hmota, papír

Kosmetika – krém, zubní pasta, střevíce, šampon, jelení lůj

Domácí zvířata – kočka, levhart, křeček, rybičky, morče, pes

Kořenová zelenina – křen, rajče, mrkev, celer, petržel, ředkvička

Oblečení – dveře, halenka, tričko, kalhoty, ponožky, košile

Spojky začínající na písmenko A – aby, ale, ani, avšak, ač, ačkoli, alkohol

Africké státy – Somálsko, Etiopie, Indie, Egypt, Jihoafrická republika, Kamerun

Tance – samba, rumba, valčík, muchomůrka, waltz, foxtrot

Hlavní města – Paříž, Londýn, Praha, Berlín, Budapešť, Krakov

Mléčné výrobky – jogurt, jablko, tvaroh, mléko, sýr, máslo

Okrasné květiny – koukol, orchidej, tulipán, bodlák, růže, karafiát

Ptáci – drozd, špaček, medvěd, skřivan, slavík, sojka

Značky aut – Ford, Škoda, Seat, Opel, Nissan, tramvaj

Druhy ořechů – brambůrky, vlašské ořechy, arašidy, pistácie, kešu oříšky, lískové oříšky

Planety – Neptun, Pluto, Venuše, Mars, Saturn

Znamení zvěrokruhu – Střelec, Vodnář, Blíženci, Lev, orangutan, Beran

Barvy – žlutá, okr, šedá, mramor, červená, bílá

Anglicky mluvící země – Skotsko, Irsko, Austrálie, Polsko, Kanada

Živé jazyky – francouzština, latina, angličtina, ruština, švédština

Zákusky – rakvička, větrník, kremrole, humr, věneček, laskonka

Písmena – A, X, M, Z, P, Q

8 – ANTONYMA

zbabělý – statečný

radost – smutek

údolí – kopec

les – louka

slunce – měsíc

ráno – večer

dovnitř – ven

tuhý – kapalný

pro – proti

první – poslední

ano – ne

stát – jet

svršek – spodek

chutný – nechutný

jedlý – jedovatý

dát – dostat

házet – chytat

akce – reakce

oxidace – redukce

mluvit – mlčet

dříve – později

hanět – chválit

odměna – trest

junior – senior

bekhend – forhend

pečlivý – nedbalý

legrační – vážný

líný – pilný

průbojný – plachý

hovorný – tichý
společenský – nesmělý
zdvořilý – nezdvořilý
prolhaný – pravdomluvný
ohleduplný – bezohledný
důvěřivý – nedůvěřivý
podrážděný – klidný
pesimista – optimista
skromný – náročný
konvexní – konkávní
vertikální – horizontální
čirý – kalný
malicherný – velkorysý
pestrý – jednobarevný
kopcovitý – rovinatý

9 – HLAVNÍ MĚSTA

Austrálie – Canberra
Belgie – Brusel
Bulharsko – Sofie
Česká republika – Praha
Čína – Peking
Dánsko – Kodaň
Egypt – Káhira
Estonsko – Tallinn
Finsko – Helsinky
Francie – Paříž
Chorvatsko – Záhřeb
Indie – Dillí
Itálie – Řím
Japonsko – Tokio
Kanada – Ottawa
Kuba – Havana
Maďarsko – Budapešť
Mexiko – Mexico City
Německo – Berlín
Nizozemsko – Amsterdam
Norsko – Oslo
Polsko – Varšava
Portugalsko – Lisabon

Rakousko – Vídeň
Rumunsko – Bukurešť
Rusko – Moskva
Řecko – Atény
Senegal – Dakar
Slovensko – Bratislava
Spojené státy americké – Washington
Španělsko – Madrid
Švédsko – Stockholm
Švýcarsko – Bern
Turecko – Ankara
Velká Británie – Londýn

10 – DALŠÍ MĚSTA

Belgie – Antverpy, Gent, Bruggy
Bulharsko – Plovdiv, Varna, Burgas, Ruse
Finsko – Tampere, Turku
Francie – Marseille, Le Havre, Lyon, Toulouse, Nice
Chorvatsko – Split, Rijeka, Osijek
Itálie – Milán, Neapol, Turín, Palermo, Janov, Bologna, Florencie
Maďarsko – Debrecen, Miškolc, Eger, Szeged, Ostráhom, Šoproň
Německo – Hamburk, Mnichov, Kolín nad Rýnem, Frankfurt nad Mohanem, Essen, Drážďany, Dortmund, Stuttgart
Nizozemsko – Rotterdam, Haag, Utrecht, Eindhoven, Delft
Norsko – Bergen, Trondheim, Stavanger
Polsko – Lodž, Krakov, Wroclav, Poznaň, Gdaňsk
Rakousko – Graz, Linz, Innsbruck, Salzburg
Rumunsko – Constanta, Temešvár
Rusko – Petrohrad, Novosibirsk, Omsk
Slovensko – Košice, Prešov, Nitra, Žilina, Banská Bystrica, Trnava
Slovinsko – Maribor
Španělsko – Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza, Malaga
Švédsko – Götteborg, Malmö, Uppsala
Švýcarsko – Curych, Basilej, Ženeva, Lausanne, Luzern
Ukrajina – Dněpropetrovsk, Doněck, Oděsa
Velká Británie – Birmingham, Leeds, Glasgow, Sheffield, Liverpool, Manchester

11 – DOPLŇTE NÁZEV ZVÍŘETE, ROSTLINY

Zvířata

Rozumí tomu jako koza petrželi.

Ukázalo se, že měl ve všem pravdu, takže se cítil být na koni.

Všechno přehání, dělá z komára velblouda.

Má samé průšvihy, je černou ovcí celé rodiny.

Byla tak překvapená, že na mě koukala jako tele na nová vrata.

Chodí spát velmi brzy, se slepícemi.

Má mírnou povahu, ani kuřeti (mouše) by neublížil.

Tváří se, že se ho to netýká, dělá mrtvého brouka.

Je velmi snaživá, ale bohužel si počíná jako slon v porcelánu.

Stále prší, je to opravdu psí počasí.

Nic už nemělo význam, všechno to bylo pro kočku.

Udělal kozla zahradníkem.

Je to vzácný člověk, taková bílá vrána.

Tvrdí, že má čisté úmysly, ale je to vlk v rouše beráncím.

Má zaječí úmysly.

Není ani takový, ani takový, ani ryba, ani rak.

Rostliny

Čáp slupl žábu jako malinu.

Seděla mezi dvěma muži jako růže mezi trnám.

To ses snad zbláznil, asi jsi spadl z višně (z jahody naznak!)

To jste mě ale nachytali na švestkách.

Tam se mu nebude dařit, tam mu pšenka nepokvete.

Trochu v poslední době zlenivěli, zdá se, že usnuli na vavřínech.

Sbal si okamžitě svých pět švestek a vypadni!

12 – CO MAJÍ SPOLEČNÉHO MĚSTA?

Karlovy Vary, Plzeň, Přeštice, Domažlice, Aš, Kraslice – **západočeská města**

Suchdol nad Lužnicí, Veselí nad Lužnicí, Soběslav, Sezimovo Ústí, Planá nad Lužnicí, Tábor, Bechyně – **města, kterými protéká Lužnice**

Vlachovo Březí, Mladá Boleslav, Lázně Bělohrad, Havlíčkův Brod, Nová Paka – **města s dvouslovnými názvy**

Nové Město na Moravě, Nová Paka, Nová Hospoda, Nová Role, Nové Město nad Metují, Nové Hrady – **města, která mají v názvu slovo nový**

Jilemnice, Jistebnice, Jirkov, Jinočany, Jirny, Jevany, Jetřichovice – **města s počátečním písmenem J**

Litomyšl, Janovice, Zdiměřice, Pustověty, Mohelnice, Měchenice – **města se čtyřslabičnými názvy**

Hodonín, Břeclav, Mikulov, Kyjov, Hustopeče, Mutěnice – **jihomoravská vinařská města**

Praha, Olomouc – **města, která mají orloj**

Slavkov u Brna, Jindřichův Hradec, Třeboň, Mikulov, Hluboká, Žirovnice, Bechyň – **města, kde je i zámek**

Konstantinovy Lázně, Luhačovice, Třeboň, Janské Lázně, Karlovy Vary, Mariánské Lázně – **lázeňská města**

Havlíčkův Brod, Vyšší Brod, Železný Brod, Český Brod – **města, kde je v názvu slovo *Brod***

Lysá nad Labem, Rychnov nad Kněžnou, Náměšť nad Oslavou, Ústí nad Orlicí, Veselí nad Lužnicí, Bakov nad Jizerou – **města, kde je v názvu slovo *nad***

Česká Lípa, Plzeň, Příbram, Jihlava, Bílina, Krupka, Kutná Hora – **města s názvy ženského rodu**

Rozvadov, Cínovec, Železná Ruda, Dolní Dvořiště, Mikulov, Hřensko, Boží Dar – **hraniční přechody**

Praha, České Budějovice, Liberec, Karlovy Vary, Plzeň, Brno, Ostrava – **krajská města**

Bořanovice, Bohušovice nad Ohří, Bernartice, Běloves, Broumov, Brandýs nad Labem – **města, jejichž názvy začínají písmenem B**

13 – SPISOVATELÉ A KNIHY

Božena Němcová – Babička
Johann Wolfgang Goethe – Faust
Karel Jaromír Erben – Kytice
Daniel Defoe – Robinson Crusoe
Ernest Hemingway – Stařec a moře
Rudyard Kipling – Kniha džunglí
William Shakespeare – Romeo a Julie
Jonathan Swift – Gulliverovy cesty
Alois Jirásek – Temno
Václav Havel – Audience
Jan Neruda – Povídky malostranské
Jaroslav Hašek – Osudy dobrého vojáka Švejka
Agatha Christie – Deset malých černoušek
Emile Zola – Nana
Anton Pavlovič Čechov – Tři sestry
Lev Nikolajevič Tolstoj – Vojna a mír
Karel Václav Rais – Zapadlí vlastenci
Bohumil Hrabal – Postřižiny
Karolína Světlá – Kříž u potoka
Josef Škvorecký – Tankový prapor
František Nepil – Dobré a ještě lepší jitro
Erich Maria Remarque – Na západní frontě klid
Vladislav Vančura – Rozmarné léto
Gustave Flaubert – Paní Bovaryová
Karel Čapek – Válka s mloky
Nikolaj Vasiljevič Gogol – Revizor

14 – OTÁZKY ANO/NE

Pes je zvíře.
Tráva je modrá.
Jíme vidličkou a nožem.
Míč je kulatý.
Rok má 15 měsíců.
Kočka štěká.
Jablko je ovoce.
Žába je chlupatá.
Vánoce jsou v zimě.
Oči máme na ruce.

Týden má 7 dní.
Slepice snáší vejce.
Lepidlo umí létat.
Sníh má černou barvu.
Sukni nosíme na hlavě.
Telefon voní.
Umyvadlo jíme k obědu.
Kámen je měkký.
Ruce si myjeme v polévce.
Na nohou nosíme boty.
Ptáci spí v posteli.
Sůl je sladká.
Kotě je mládě kočky.
Člověk má dvě hlavy.
Papriky jsou modré.
Čaj je nápoj.
Okna jsou na podlaze.
V létě padá sníh.
Mléko roste na poli.
Letadlo je zvíře.
Nehty jsou na prstech.
Praha je město.
Snídani jíme večer.
Myš je největší zvíře.
Jamajka je jedlá.
Londýn je město.
Brambory se pohybují za potravou.
Vrtačka je vědec.
Teta patří mezi příbuzné.
Špagety jsou jídlo.
Kaprála seženete v obchodě.
Pivo je tekutina.
Rum se dostane u řezníka.
Hrášek je jedlý.
Antarktida pečuje o nemocné.
Bifteky jsou lidé.
Židle je kus nábytku.
Mouchy přenášejí nemoci.
Starosta je volený zástupce.
Paříž je živočich.
V Asii jsou velehory.

Včely se starají o duševně choré.
Nůž je průmyslový výrobek.
Pstruh má ploutve.
Veverka je ryba.
Lvi jsou čtyřnohá zvířata.
Žraloci mají kola.
Kalifornie je jeden z amerických států.
Had má nohy.
Mrkev je zelenina.
Delfín žije ve vodě.
Ryba umí létat.

15 – HOMONYMA

klika

- u dveří
- štěstí

noha

- část těla
- noha u židle
- rčení: vzít nohy na ramena, vzhůru nohama, dát si nohy křížem, dát si nohy na stůl, jít co noha nohu mine

strana

- bok
- politická
- v knize
- světová
- Malá Strana – čtvrť
- rčení: na jedné straně, jít na stranu (WC)

bedna

- krabice
- televize
- někdo, kdo je chytrý

bouda

- psí
- horská
- Cyril Bouda

- Divadlo Bouda v době národního obrození (V. Thám)
- léčka (ušít na někoho boudu)
- kůlna

duše

- tělo a duše
- duše u kola
- duše u kapra
- duše národa
- Dušičky
- rčení: na mou duši, chodí jako tělo bez duše, ani živá duše, oko - do duše okno

oříšek

- plod – vlašský, lískový, kešu, burský...
- problém (to je ale oříšek)
- pes voříšek

klíč

- klíč k zámku
- houslový, basový, violový, tenorový klíč
- postup, rozuzlení
- klíček – kost
- klíček u semínka

země

- půda
- území
- planeta

zub

- v ústech (řezáky, špičáky, třenové, stoličky)
- ozubené kolo
- zub na špatně ostríhaných vlasech
- zuby na pile
- „zub“ času

můstek

- lávka
- skokanský můstek
- můstek u zubů
- Můstek na Václaváku

rys

- ♦ zvíře
- ♦ rýsy ve tváři (např. ztrhané rýsy)
- ♦ projekt (narýsovaný)

líška

- ♦ strom
- ♦ bedna na ovoce

obloha

- ♦ nebe
- ♦ např. zeleninová obloha

lopatka

- ♦ kost
- ♦ nářadí

pokoj

- ♦ místnost
- ♦ klid
- ♦ rčení – dej mi pokoj, svatý pokoj atd.

pojistka

- ♦ doklad o pojištění
- ♦ pojistka u elektrického vedení

stopka

- ♦ u ovoce
- ♦ červené světlo na semaforu
- ♦ dopravní značka (Stop! Dej přednost v jízdě!)
- ♦ u sklenice

bábovka

- ♦ pečivo
- ♦ neprůbojný člověk

kolej

- ♦ pro vlak, tramvaj...
- ♦ vyjeté koleje (např. od auta)
- ♦ ubytovna pro studenty

raketa

- do vesmíru
- rachejtle
- raketa hromadného ničení
- tenisová raketa

volavka

- druh ptáka
- nastrčená osoba

travička

- rostlina
- žena, která někoho otrávila

motýlek

- součást mužského společenského oděvu
- malý motýl
- malý motel

roh

- kout
- výrůstek např. u zvířat
- lesní roh
- roh ve fotbale (rohový kop)

bota

- obuv
- chyba

bomba

- časovaná bomba
- překvapující zpráva
- plynová, propan-butanová bomba

houba

- lesní plodina
- houba z molitanu např. na mazání tabule, na mytí nádobí atd.
- cizopasná houba

jeřáb

- na stavbě
- pták
- strom

kořen

- podzemní část rostliny
- „starý kořen“
- mít zapuštěné kořeny – být zvyklý na nějakém místě

kotleta

- druh masa
- část vlasů v oblasti spánků

kukla

- třetí stadium motýla
- čepice pouze s otvorem pro oči

loket

- stará délková míra
- část paže
- zámek v západních Čechách
- rčení – mít ostré lokty, vědět, zač je toho loket

lžíce

- součást příboru
- nástroj na obouvání bot
- zednická lžíce

pokoj

- místnost
- klid
- rčení – dej mi pokoj, mít v bříšku jako v pokojíčku

police

- druh nábytku
- město ve východních Čechách (Police nad Metují)

polárka

- nejjasnější hvězda
- druh zmrzliny

pramen

- pramen řeky
- pramen vlasů
- literární zdroj
- bývalá prodejna potravin

špaček

- druh ptáka
- zbytek cigarety
- zbytek tužky

zlomek

- ulomená část
- zlomek v matematice

známka

- poštovní známka
- známka ve škole
- znamení

obrat

- změna
- okrást
- maso od kosti
- otrhat ovoce

zapírat

- čistit skvrnu
- zapřít, opřít např. dveře
- nepřiznat se

číslo

- číslice
- číslo např. časopisu, výtisk
- velikost oděvu
- pořadí, sedadlo v divadle...
- číslo domu – popisné, orientační
- telefonní číslo
- osoba – to je ale číslo

jazyk

- část těla
- jazyk u boty
- sněhový jazyk
- uzený jazyk
- jazyk k dorozumívání

látka

- textil
- chemická látka
- učební látka

prostředek

- čisticí
- chemický
- dopravní
- prostřední část

špička

- část nohy
- hrot
- houba
- dobrá nálada
- vrchol
- dopravní špička

rána

- úder
- jitra
- např. z děla
- zranění
- špatný vzhled (ten má ale ránu)

Péče o pacienty s kognitivní poruchou

Tato publikace vznikla v rámci projektu Centrum praktického vzdělání ve zdravotně sociálních službách. Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy.

Pro Gerontologické centrum
vydalo EV public relations, spol. s r. o., Praha v roce 2007

Iva Holmerová, Eva Jarolímová, Jitka Suchá a kol.

Recenze: Roman Jirák

Editor: Milan Macho

Grafický návrh: Vladimír Pelíšek a Martin Bušek

Prepress: EUROVERLAG spol. s r. o., Plzeň

Tisk: EKON, družstvo, Jihlava

© Gerontologické centrum