

Dlouhodobý terapeutický plán: Zvážit, zda by nestálo za to, zkusit užívat Aripcept 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 – 2 body, 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 nespůlpracoval. 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 zaškolení 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 pomoc při nácvičce 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, pohledání. 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 pomocí přesuny na lůžko, 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 sebeobsahu. Pacienta při vyšetření povzbudíme 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 plochy trupu, šíje 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 tkáňích 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 postizovaných 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 plosky 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 úkonů 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 setkáváme 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 věkem podmíněného kognitivního úbytku. Bylo zjištěno, že kombinace tréninku paměti

162 Gamon D., Bragdon A.: *Mozek a jak ho cvičit*. Praha: Portál, 2002.

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., Jiráček R., Závazalová 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. Tež 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.

OBRÁZKY

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 rozdává 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 pytli 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 chvilku 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 podržení ruky 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 pexeso běžné velikosti, protože obrázky mohou být pro starší lidi obtížně rozeznatelné. Lepší je vyrobit si pexeso vlastní, nejlépe ze 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 nepřilíš 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 použijeme 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 nakresleni 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 vystřiženy 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 vymyšlením 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 vyřčené 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 zapoměli. 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 vyluštěny 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 jmény zařazena i křestní jména všech pacientů. Terapeut pak kartičky buď rozloží na stůl nebo na zem tak, aby byly dobře vidět všemi účastníky, nebo rozdá 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 tajeňky.

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 rozhovět 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.

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 vyrobit 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.

166 Holmerová I., Suchá J.: Reminiscenční terapie. *Praktický lékař* 83, č. 5, 2003, s. 295–297.

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 nejdéle. 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 zvládnutí 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 nabízeli 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 střeoevropských 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, pohlazením. 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 vlnivé 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 zručnosti 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 hrozivé 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 zabrání 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 zvládání 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, kontraproduktivní. 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 zvládáním 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 sykehjemspasienter – 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 „nápovědy“ (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, navrhujeme 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 vyrobít 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 stanou společností. 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 ošetřujících. Příjemné a vlnivé (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 postizením jednotlivých funkcí u každého pacienta individuálně. I v relativně pokročilých stádiích demence s výrazným postizením 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 vlnivé 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, abychom 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 terapeuti:

- 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 pohlceeni problémem, který nevládají 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 citění, 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 jednou 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, percepce 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 déletrvající 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 první 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 pacienty 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, *Medicina 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.: *Geriatra*. 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 diplomaticky a za správné provedení ihned cvičícího pochválit. Opravovat bychom měli ale vždy v případech, 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 zkusit 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 tyto kardiaci orientovaní do té míry, že sami poznají, kdy jsou již unaveni, 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

182 Štílec M.: *Pohybové relaxační programy pro starší občany*. Praha: Karolinum, 2003.

problémy, jeho případná nervozita nebo napětí by se mohlo snadno přenést na pacienty a záporně ovlivnit průběh kinezioterapeutického cvičení. Samozřejmostí 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. neklouzává 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 opřena 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 opřena 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 vrátíme 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 zatáté 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 nejvíce 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 opřena 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 přitaženou 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 záště.

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 stehů

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 povolít.

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, představitivost.

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, pokrčit 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 nevypádl 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, zmáčknot, povolit, totéž opakovat levou rukou.

Dát míček do jedné ruky, zmáčknot 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 tito lidé dříve prováděli, je provedení cviků přesnější. Zároveň se trénují kognitivní funkce, zejména dlouhodobá paměť, protože cvičící mohou sami vyjmenovat 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 obdržení 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 přirozený 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 sniženy.

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 pečovateli, 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. hra-

bání listí, plení záhonu, stříhání větví atd. Je však třeba zajistit bezpečnost takto pracujících osob s demencí (bezpečné nářadí, dohled, aby nedošlo k úrazu nebo otravě, pokud by např. tyto 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.

185 Hátlová B., Suchá J.: *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, 2005.

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 psychoterapeutické 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, triangl 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 soustředují 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 odvalu 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 možnostmi a schopnostmi 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: Vindušková 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 pacienty 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.

- rozvíčka – 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. „*Pohláďte 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 položenými 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 TERAPEUTEM – 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 Márii 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 toto barva?*“ (červená) odpověděla: „*No přece 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, specifickým 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 činností 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 větviček 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 ubruskovou 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 dárků pro příbuzné.

KONKRÉTNÍ ČINNOSTI, KTERÉ JE MOŽNO O VÁNOCÍCH PROVÁDĚT

- pečení perníčků a jiného cukroví, jejich zdobení
- aranžování vánoční výzdoby – např. věnců a svícňů (vpichování větviček, zlatených květin, 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 vystřížený z balícího 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, štětce, 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 nejsvrchnější vrstvu. Na květináč se nanese trochu speciálního lepidla, motiv vystřížený 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 PAPIR VODOVÝMI BARVAMI

Potřeby: vodové barvy, štětce, nádoby 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 vystříhá. 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, efektní 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 rámu, může pracovat vždy jen jeden pacient.

Nejprve terapeut spolu s pacientem upevní hedvábí (šátek, šálu, popř. kravatu) do rámu pomocí připínáček. 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 rozpíje. 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 PAPIR 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 žadaným 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 různých 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 vyškrabují 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 vystříhne 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 černě 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 využit molitan a právě při vycpávání polštáře se mohou pacienti nejlépe 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 nejsvětější 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 mikrotentového 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 vymáčkáme v octové vodě.

Frotáž na textil

Potřeby: látka, molitanová houbička, tekuté barvy na textil, předměty s výrazným reliéfem (větší mušle, kukuřičný 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 květín. 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 květín

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 květín

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 květín 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 květín

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 květín 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 Geletiová

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, pohládíme 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, roničky, chřestidla, triangl, 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 chvílku 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 nejdělejších 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 zapívají 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 pohlazení, 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 vydechovat slabiku „óm“. Dbát na pravidelné dýchání je třeba i při kondičním cvičení a zpěvu.

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 nevhodnější se jeví pes, který svého majitele přiměje několikrát za den alespoň ke krátké procházce. A protože o domácí zvířata 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 nevládní). 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.

časání 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 králik, 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 dobrým 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 roztržštění. 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 budít v důsledku bolestí nebo jiných nepříjemných příznaků (dušnosti, neklidných nohou), mohou se budít nad ránem 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 aktivity, časy 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 (sundowning).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.

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

200 Fetveit A., Bjorvatn B.: Lysbehandling mot soevnvansker i sykehjem – et ikke farmakologisk alternativ. *Tidsskr Nor Laegeforen* 125. 2005. str. 1679–81.

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 nemusejí 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, „obýváku“ jsou pohodlné sedací soupravy, kde si pacienti mohou sednout například po obědě a mohou si tu i chvilku 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 nespál. 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 sykehjemspasienter – 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 útek nebo některé „vynalézavosti“ a nežádoucí aktivity. Došlo k určitému zklidnění 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 převezmou 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 nevléčitelně 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, pohlazení. 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. Sbírnka 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 dvojí, obojí velmi vysoká: pro pacienta významný dyskomfort způsobený zavedením sondy, permanentní

cévky, fixací na lůžko (aby mohl být takto „lěčen“), znehybněním při infuzní „léčbě“ a podobně, o ekonomických nákladech tohoto postupu není třeba hovořit.

Paní B. byla počátkem 90. let jednou z prvních patientek Gerontologického centra. Postupně se u ní rozvíjela demence Alzheimerova typu, několik let se o ní 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 stádiích demence.

Většina rodin, které pacienti 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, právní,

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 nepřímou 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 neznepokojovaly. 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 biomedicině. Oviedo 4. 4. 1997. Sbírnka 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 nejvíce 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 vie*²¹⁰.) 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 stadiích demence nejsou zpravidla přijímáni do hospiců. To není ani nutné, ani účelné. V žádném případě by ale pacientům v terminálních stadiích 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 zařídit ještě to, co je zařídit 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 problematičtější, 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 libé a nelibé. 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 ošetřujících 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 Zdravotničtí 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 pracovníce 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 stádiích 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 ošetrovajícího 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 ošetrovajícího 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 objevené 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., Froehlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege*. Seelze-Velber Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung 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 vlastní 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 Verlagsbuchandlung 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 nejlídnější, 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 propriocepce, se vyvíjí během prenatalního vývoje. Zde se uplatňují smyslová čidla v kloubech, šlachách, svalech a elipsovitém a kulovitém váčku 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 různě 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 ošetřujících. 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.

Ošetřující 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 náček 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., Froehlich 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 pohybujeme, 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 zkrácené 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, nepříjemná 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 bilejch 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 Bienstein Ch., Froehlich A.: *Basale Stimulation in der Pflege*. Seelze-Velber Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung GmbH. 2003.

236 Mastiliáková 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 češe, 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 ošetřovatelská 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., Slaměnik I., eds.: *Aplikovaná sociální psychologie I*, Praha: Portál, 1998.

242 Čáp J., Mareš J.: *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001.

243 Výrost J., Slaměnik 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 ošetřovatelského týmu.

„Seděla u mě každé 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 neřikal, 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 ošetřovatelskou péči ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou. Je hlavní koordinátorkou péče pro ostatní pracovníky ošetřovatelského 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 poskytované péče.^{247, 248}

Aby se rodina mohla zapojit a stát se členem ošetřovatelského týmu, musí mít jednak zajištěný přístup na oddělení a jednak musí být pečujícími uvedena do ošetřovatelské 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 ošetřovatelských úkonů provádět samostatně.²⁴⁹ Z psychického hlediska jsou některé intimní výkony prováděné členy rodiny méně zatěžující, než provádí-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 stýkat 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 ošetřovatelství 1: *Koncepce českého ošetřovatelství – 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 Schwerstrkrankter* 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 uzdravování 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 svého, 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 Schwerstrkrankter*, 4 Auflage. Urban & Fischer Verlag. München Jena. 2003

252 Tamtéž.

253 Tamtéž.

254 Tamtéž.

Myslím, že je to alarmující zjištění. Vybízí k zamýšlení 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 biomedicíně 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 Verlagsbuchhandlung 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 autonomie 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 nejméně let, ale ten, kdo svůj život nejméně prožil.“
(J. J. Rousseau)

ZÁVĚREM TĚTO KAPITOLY

Paliativní péči rozumíme péči zaměřenou na zachování kvality života pacientů v terminálních stádiích nevy léčitelných 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 skutečně zlepšují 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 rozhodování 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, zdešení. 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 lidé s demencí. Co vzkazují pečujícím*. 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 někam 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:

- Náhlý 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)

Prevzato 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 záúpení Normální negativní nebo odmítavá řeč	Opakované utrápené volání Hlasité sténání nebo úpení 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 pazvuky při dýchání, nádechu nebo výdechu. Pazvuky mohou být hlasité, klokotavé, sípavé. Zdájí se být obtížné a únavné.
5. **Dlouhá období hyperventilace** je charakterizováno přílišnou rychlostí a hloubkou dýchání trvajících 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 bédováním. Úpění je charakterizováno bezděčnými 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 stěžování, je sarkastické nebo jízlivé.
4. **Opakované utrápené volání** je charakterizováno opakováním frází nebo slov způsobem, který naznačuje úzkost, neklid nebo utrpení.
5. **Hlasité sténání** je charakterizováno truchlivými nebo mumlavými zvuky, sténáním nebo hořekováním daleko hlasitějším než normální hlas. Hlasité úpění je charakterizováno bezděčnými neartikulovanými zvuky, které často náhle začnou a přestanou a jsou hlasitější než obvykle.
6. **Pláč** je charakterizován výrazy citů spojenými se slzami. Pláč může být se vzlykáním nebo jenom tiché plakání.

Výraz obličeje

1. **Úsměv nebo neutrální.** Úsměv 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, osamělým, 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 vzestřením. Osoba vypadá bezstarostně.
2. **Napjatost** je charakterizována napjatým, úzkostlivým nebo ustaraným vzestřením. Čelist může být sevřená (nezpůsobené kontrakturou).
3. **Utrápená chůze** je charakterizována 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 neohebné. Trup se může zdát přímý a nepohyblivý (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 poloha (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 škálu, 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 pocíťovaného 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

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 číslíc
- 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 nevzpomene 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 mívá 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 agresivita
- 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/ji“

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. Podezřavost / paranoidní chování**0 bodů** – nepřítomno**1 bod** – podezřavost (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 jasné 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** – jasné 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** – jasné 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** – jasné 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** – jasné 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 jasné 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 zabarvené

3 body – jsou přítomné, výrazně emočně zabarvené, 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, škrábání

0 bodů – nepřítomny

1 bod – přítomny

2 body – přítomny, výrazně afektivní komponenta

3 body – přítomny a doprovázeny dalšími afektivními či fyzickými projevy (mačkáání 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:²⁷⁰

Aktivizační techniky

1. Jazykolamy
2. Zvířata a rostliny v říkadlech
3. Přísluví, 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 nejmlomenicovatější.
- Jelen letěl jetelem. Letěl jelen jetelem? Jetelem letěl jelen.
- Petr Fletr pletl svetr. Pletl Petr Fletr svetr? Svetr pletl Petr Fletr.
- Když zas zašustíš sukní, nás nejvíc šírá 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 koničky, čí to?
Pošlapaly nám žito,
pošlapaly nám jary,
nebylo ještě zralý.

Čí to koničky, čí 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 syslů ... více hlav, více smyslů.
 Každý svého štěstí ... strůjcem.
 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 ... hod' 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 ... netratí.
 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.
 Choď 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 ... umořilo 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 světi ... 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 – středoevropský 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, stolec, žížala, židle
Materiály – sklo, kov, dřevo, fíkus, umělá hmota, papír
Kosmetika – krém, zubní pasta, střevíce, šampon, jelení lůž
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, arašídý, pistácie, kešu oříšky, lískové oříšky

Planety – Neptun, Pluto, Venuše, Mars, Saturn

Znamení zvěrokruhu – Střelec, Vodnář, Blíženci, Lev, orangutan, Beran

Barvy – žlutá, okř, 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 – nezdořilý

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, Miskolc, Eger, Szeged, Ostrihom, 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 beránčím.
 Má zaječí úmysly.
 Není ani takový, ani takový, ani ryba, ani rak.

Rostliny

Čáp slupl žábu jako malinu.
 Seděla mezi dvěma muži jako řůže 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**

Hronov, Zbraslav, Písek, Ostrava, Lipnice – **rodiště spisovatelů (Jirásek, Vančura, Šrámek, Bezruč, Hašek) [VĚCNĚ JE TATO OTÁZKA ŠPATNÁ – VANČURA A BEZRUC NAROZENI V HÁJI U OPAVY, ŠRÁMEK V SOBOTCE, HAŠEK V PRAZE!!!!!!]**

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**

Havlíkův 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 černoušků
 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 ostříhaných vlasech
- zuby na pile
- „zub“ času

můstek

- lávka
- skokanský můstek
- můstek u zubů
- Můstek na Václaváku

rys

- zvíře
- rysy ve tváři (např. ztrhané rysy)
- projekt (narýsovaný)

líška

- strom
- bedna na ovoce

obloha

- nebe
- např. zeleninová obloha

lopatka

- kost
- náradí

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 otrávil

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