

Využívanie vybraných aktivizačných techník u seniorov s demenciou

PhDr. Iveta Ondriová, PhD., PhDr. Terézia Fertal'ová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

Syndróm demencie vzniká na základe difúzneho poškodenia mozgu, patrí medzi najčastejšie a najobávanejšie ochorenia vyššieho veku. Človek stráca schopnosť vykonávať zmysluplné činnosti, chápať okolité dianie, stráca sebestačnosť a stáva sa denne závislým od druhej osoby. Postupne sa rozvíjajú poruchy pamäti, orientácie, intelektu, myslenia, emócií, sociálnych funkcií. Dôležitou súčasťou manažmentu demencií sú nefarmakologické prístupy. Cieľom nefarmakologickej liečby je zachovanie, prípadne zlepšenie úrovne hrubej a jemnej motoriky, chôdze, sebestačnosti a kognitívnych funkcií, zmysluplné vyplnenie voľného času a aktivít denného života, zlepšenie verbálnej a neverbálnej komunikácie chorého s príbuzným, sestrou, sociálnym pracovníkom, opatrovateľom.

Kľúčové slová: demencia, senior, kognitívne funkcie, nefarmakologické postupy.

Use of selected activation techniques in seniors with dementia

Dementia syndrome is caused by diffuse damage to the brain and is one of the most common and feared diseases of older people. A person loses the ability to perform meaningful activities, understand the surrounding events, loses self-sufficiency and gradually becomes dependent on another person. Disorders of memory, orientation, intellect, thinking, emotions, and social functions gradually develop. Non-pharmacological approaches are an important part of dementia management. The goal of non-pharmacological treatment is to preserve or improve the level of gross and fine motor skills, walking, self-sufficiency and cognitive functions, meaningful fulfillment of free time and activities of daily life, improvement of the patient's verbal and non-verbal communication with relatives and nurses, social workers, caregivers.

Key words: dementia, seniors, cognitive functions, non-pharmacological procedures.

Úvod

Demencie predstavujú pre spoločnosť veľmi vážny problém z hľadiska sociálneho aj ekonomického. V súčasnosti je pri väčšine demencií včasným začatím terapie možné priebeh ochorenia spomaliť a oddialiť ťažké štádiá s odkázanosťou na starostlivosť okolia (1). Syndróm demencie sa rozvíja pozvoľna, podľa toho, ako je postihnutá mozgová hmotnosť. Pri náhlom poškodení mozgu je rozvoj syndrómu rýchly. U väčšej časti pacientov s demenciou je najskôr postihnutá pamäť, postupne súdnosť, logické uvažovanie, výko-

nové funkcie, orientácia, až nakoniec dochádza k stavu ťažkej intelektovej deteriorácie. V priebehu ochorenia však postupne dochádza aj k poškodeniu nekognitívnych funkcií, ako sú poruchy emotivity, napr. patické nálady, afektívna labilita, afektívna oploštenosť, v neskorších štádiách úbytok vyšších citov. Nekonštantne a väčšinou prechodne sa môžu vyskytnúť poruchy myslenia typu bludov a poruchy vnímania (2). Za príčiny vzniku demencií sa považujú neurodegeneratívne zmeny, poruchy cievneho zásobenia mozgu, metabolické a výživové faktory, napr. diabe-

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr: Med. Praxi. 2024;21(3):146-150

<https://doi.org/10.36290/med.2024.019>

Článek přijat redakcí: 20. 5. 2024

Článek přijat k tisku: 24. 5. 2024

PhDr. Iveta Ondriová, PhD

iveta.ondriova@unipo.sk

tes, poruchy příjmu bílkovin, nedostatek vitamínů, dalšími příčinami jsou endokrinní poruchy, jako hypotyreóza, Cushingov syndróm, taktiež jsou to intoxikace alkoholem, drogami, těžkými kovy, úrazy hlavy, expanzivní vnitřní orgány, jako nádory, cysty, krvácení, a v neposlední řadě i behaviorální poruchy. Nejrozšířenějším typem demence je demence při Alzheimerově chorobě, primární demence označovaná i jako „tichá epidemie“, která se dnes pokládá za významné onemocnění budoucnosti pro velký počet lidí, kterých postihne a kteří na ni zomírají (1, 2). V zemích mimo Evropy, ale i v většině literárních zdrojů a zejména v klinických studiích se používá klasifikace Americké psychiatrické asociace. Aktuálně platí 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5), v které se na označení organických a somatogenních poruch prvněkrát používá termín neurokognitivní poruchy. Ty zahrnují skupinu poruch s primárním klinickým deficitem kognitivních funkcí (tedy těch, kde porucha kognitivních funkcí je jádrem choroby), které jsou získané, ne vývojové, takže porucha kognice představuje úbytek z předcházející dosažené úrovně fungování. Demence se skrývá pod nově pomenovanou entitou velká neurokognitivní porucha. Jako kritéria pro velkou neurokognitivní poruchu uvádí DSM-5 tyto podmínky: evidentní významný kognitivní úpadek oproti předcházející úrovni výkonu v jedné nebo více kognitivních doménách (komplexná pozornost, exekutivní funkce, učení a paměť, řeč, perceptuálně-motorické schopnosti a sociální kognice) založený na subjektivních údajích pacienta, údajích spolehlivého informátora nebo klinickém nález významného úpadku kognitivních funkcí a podstatném narušení kognitivního výkonu přednostně dokumentovaném standardizovanými neuropsychologickými testy nebo, pokud nejsou k dispozici, jiným kvantifikovatelným klinickým hodnocením. Diagnóza syndromu demence je tedy v klasifikacích založená na přítomnosti „jadrových“ příznaků, za které se dosud považují výlučně poruchy kognitivních funkcí, a zároveň na poruše předchozí funkčnosti (3). Až v klasifikaci DSM-5 se přímo kódují i nekognitivní symptomy, ale jen

jako tzv. specifika demence, ne jsou uvedeny mezi základními diagnostickými kritérii. Alzheimerova choroba a jiné demence vyžadují holistický a multidisciplinární přístup více než jiné onemocnění. Behaviorální a psychotické symptomy demence, které se časem rozvinou u všech pacientů s demencí, jsou nejčastěji největší zátěží pro opatrovatelů. Nielen agitovanost, agresivita, blúdenie, ale aj apatia a nezáujem o dianie sú pre opatrovatelů stresujúce. Dôležitou súčasťou komplexnej starostlivosti o chorých s demenciou sú nefarmakologické liečebné postupy, ktoré predstavujú spektrum intervencií, ktoré poskytujú pacientom špecifické benefity tým, že pôsobia na ich kognitívne schopnosti, schopnosti zvládať každodenné aktivity, prežívanie, náladu a problémové správanie a majú dosah aj na fyzický stav a záťaž opatrovateľa. Nefarmakologických liečebných postupov je viacero druhov a terapeut si vyberá zo spektra možností, pričom berie do úvahy vek pacienta, štádium ochorenia, pohlavie. Je nevyhnutné zvoliť individuálny prístup. Postupy by mali byť komplexné, adekvátne ovplyvňovať psychickú a fyzickú stránku a psychosociálne kontakty. Aktivity majú vždy podporovať klientove silné stránky (4). Dôležitý je samotný proces aktivít. Je dôležité, aby vyvíjané aktivity prebiehali v známom prostredí, kde sa klient dobre orientuje, a podporovali tie funkcie, ktoré ešte zostali zachované. Nepodarený výsledok neznamená prehru. Takáto liečba by sa mala stať pravidelnou súčasťou denného režimu klienta s demenciou (3). V nefarmakologickej liečbe sa využívajú rôzne psychoterapeutické a socioterapeutické prístupy, ktoré rozdeľujeme podľa toho, na ktorý problémový okruh sú zamerané – ide o včasnú diagnostiku a dostatočnú informovanosť klienta, zachovanie alebo zlepšenie kognitívnych funkcií, zachovanie alebo zlepšenie sebestačnosti v aktivitách denného života, zmiernenie alebo odstránenie behaviorálnych a psychotických symptómov demencie, zlepšenie kvality života klientov s demenciou a zlepšenie komunikácie medzi klientom a ošetrovateľom, zlepšenie kvality života klientov v terminálnych fázach ochorenia, podpora opatrovateľov, adaptácia prostredia klientov s demenciou, organizačné opatrenia, systém starostlivosti a služieb (2).

Voľba vhodných či nevhodných nefarmakologických postupov závisí od individuálnych potrieb klienta, štádia ochorenia a terapeutov. Ako klient zareaguje, je ťažké predpovedať. Pozitívnu či negatívnu reakciu klienta vidíme až po prvých skúsenostiach, ktoré rozhodujú o tom, či v terapii pokračujeme, alebo ju ukončíme. Cieľom nefarmakologických prístupov nie je klienta vyliečiť, ale spomaliť progresiu ochorenia. Ak terapeut nevidí pozitívny výsledok, neznamená to, že jeho práca nemá zmysel. Niekedy sa len vzbudenie záujmu chorého považuje za úspech. Terapeutický tím sa skladá z viacerých odborníkov, ktorí sa na nefarmakologickej liečbe podieľajú. Môže to byť spolupráca sestier, sociálnych pracovníkov, inštruktorov sociálnej rehabilitácie, fyzioterapeutov, špeciálnych pedagógov, klinických psychológov, ergoterapeutov. Nefarmakologické prístupy si vyžadujú tímovú spoluprácu a okrem spomínaných odborníkov aj pomocný personál (ošetrovateľ, sanitár, zdravotnícky asistent, upratovačka...), pretože aj pri upratovaní, podávaní jedla dochádza ku komunikácii s klientom a zvyčajne sa nadväzuje na komunikačný štýl, ktorý začal terapeut. Spolupráca celého tímu v inštitucionalizovanej starostlivosti je nevyhnutnosťou. Školenia, vzdelávacie semináre, workshopy je preto potrebné pripravovať a implementovať pre celý tím. V domácej starostlivosti je využitie a pestosť aktivizačných prístupov limitovaná záujmom, vzdelaním a možnosťami neformálnych opatrovateľov. Využívanie aktivizačných technik je preferované hlavne pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti, pretože si to vyžaduje dôkladne poznať klienta, jeho denný režim, životnú históriu, zvyky, návyky a iné. Ak je postihnutý v inštitucionalizovanej starostlivosti, implementácia aktivizačných technik je v náplni práce sociálnych pracovníkov, inštruktorov sociálnej rehabilitácie, psychológov, špeciálnych pedagógov, fyzioterapeutov (3). Využívanie aktivizačných technik na nemocničných oddeleniach a v ambulanciách je limitované náplňou práce sestry, členmi tímu a dĺžkou hospitalizácie chorého. Úlohou pri akútnej starostlivosti je tiež erudované poskytnúť informácie o možnostiach nefarmakologických prístupov v starostlivosti o chorých s demenciou formálnym a neformálnym opatrovateľom, ktorí nadväzujú na

starostlivosť po ukončení hospitalizácie v nemocničných zariadeniach. Pravidelný denný režim je dôležitou súčasťou v starostlivosti o klientov s demenciou, pretože v pokročilých štádiách profitujú z určitej pravidelnosti denného režimu. Prírodným rytmom je čas podávania jedla, voľnočasových aktivít či hygienickej starostlivosti. Ak klientovi ponúkame viaceré možnosti a jednotlivé aktivity naprogramujeme do konkrétnych dní, zmysluplne mu vyplníme čas, čím predchádzame obdobiam nepokoja. Prehnaný záujem, prípadne príliš veľa aktivít môže mať opačný účinok, preto zdôrazňujeme individuálny prístup a akceptovanie klientových možností (2).

Orientácia v realite je jedným z najstarších prístupov ku klientom s demenciou. Uskutočňuje sa buď ako individuálna, alebo ako skupinová intervencia. Začína mapovaním a zisťovaním stupňa orientovanosti klienta. Orientácia v realite je súčasťou komplexného prístupu ku klientom s demenciou. Ide o jeden z najstarších nefarmakologických prístupov. V súčasnosti sa používajú len niektoré prvky orientácie realitou. Tento prístup, pokiaľ sa sústavne a dôsledne aplikoval, zlepšoval orientáciu klienta, ale za cenu celkového diskomfortu. Na viditeľnom mieste má klient kalendár, uvedený deň, mesiac, ročné obdobie, meno, adresu a ďalšie informácie, ktoré by ho vracali do reality pri krátkodobých výpadkoch pamäťových funkcií. Vhodné je farebné označenie priestorov, využitie piktogramov na zlepšenie priestorovej orientácie. Orientácia v realite má význam v ľahkom a stredne ťažkom štádiu ochorenia, keď sú u klienta výpadky pamäti a pomocami ho dokážeme zorientovať v reálnej situácii. O orientáciu klientov v realite sa snažíme do tej miery, aby sme ich pri chybách príliš neopravovali. Na podporu orientácie odporúčame čítanie dennej tlačky (1).

Muzikoterapia využíva hudbu na liečebné účely, v aktívnej forme – spievanie známych pesničiek, alebo formou pasívneho počúvania hudby. Predovšetkým prehrávanie obľúbenej hudby počas problémových aktivít má dobrý vplyv na redukciu agitovanosti klienta a zlepšenie príjmu potravy. Tento efekt možno dosiahnuť aj masážou rúk alebo jemným dotykom na predlaktí (2). Onieva-Zafra et al.

(2018) v štúdiu Hudobná intervencia s reminiscenčnou terapiou a orientáciou na realitu pre starších ľudí s Alzheimerovou chorobou žijúcich v opatrovateľskom dome mapovali efekt 8-týždňovej ošetrovateľskej intervencie pozostávajúcej z 2-týždňových sedení hudobnej a reminiscenčnej terapie spolu s aplikáciou techník orientácie v realite. Výsledky štúdie potvrdili cenný efekt muzikoterapie a reminiscenčnej terapie spolu s technikami orientácie v realite na depresiu u klientov s miernou Alzheimerovou chorobou, čo môže byť dôležitým východiskovým bodom pre ďalší výskum ošetrovateľských intervencií založených na poskytovaní hudobnej a/alebo reminiscenčnej terapie spolu s technikami orientácie v realite, ktoré sa denne realizujú v domovoch pre seniorov (5).

Milieu terapia, nazývaná aj **environmentálna manipulácia** sa využíva v ľahkom a strednom štádiu Alzheimerovej choroby. Ide o komplexný individuálny prístup ku klientovi a úpravu prostredia, v ktorom sa pohybuje, tak aby sa cítil príjemne a vedel sa lepšie orientovať pomocou dostatku senzorických stimulov. Niektoré zariadenia pre seniorov, ktoré sú špeciálne projektované pre klientov s demenciou, tento koncept vopred akceptujú. Predovšetkým je dôležité, aby sa klient v interiéri ľahko orientoval. Problémom môže byť napr. dizajnový neobvyklý splachovanie toalety, ktoré klient nemusí poznať, alebo vodovodné kohútiky. Niekedy je vhodné vchodové dvere kamuflať napr. nástennou tapetou, aby nelákali klienta k odchodom z oddelenia. Priestor by mal byť stabilný a čo najmenej by sa mal meniť (6).

Lifestyle approach – ide o „návod ku klientovi“, o vzájomné informácie medzi poskytovateľmi starostlivosti, aký je klientov denný režim, o koľkej ráno vstáva, ako sa oblieka, v čom potrebuje pomoc, ako prevádza toaletu, čo je schopný urobiť sám, v čom potrebuje pomoc. Klienti môžu mať rôzne individuálne návyky, ktoré je vhodné akceptovať aj v období demencie. Ak ošetrojúci personál rešpektuje dlhodobé zvyky a rituály, uľahčí si tým starostlivosť. Nerešpektovanie vyvoláva často agresivitu, nepokoj a ďalšie situácie, ktoré vedú k zhoršeniu stavu klienta. Niektoré zariadenia majú na tento účel vypracované dotazníky, vstupné rozhovory,

ktorých cieľom je čo najpodrobnejšie zistiť tieto dôležité údaje. Ak ošetrojúci personál neakceptuje zaužívané zvyky a rituály, zvyčajne to vyvoláva nepokoj až agresívne správanie klienta. Prax ukazuje, že skúsenosti rodinných opatrovateľov sú cennou pomôckou v starostlivosti o chorého (7, 8).

Zmiernenie alebo odstránenie problematického správania vyžaduje systematickú edukáciu a odborné vedenie profesionálnych opatrovateľov. Je potrebné dôsledne analyzovať nevhodné správanie a všetky súvislosti, ktoré ho vyvolávajú alebo zhoršujú. Na základe získaných poznatkov je potrebné snažiť sa prispôsobiť prístup tak, aby sa nevhodné správanie minimalizovalo. Na tento účel slúži aj metóda videotréningu interakcií, metóda Marthe Meo: „Ide o vyhotovenie videozáznamu z priebehu starostlivosti o klienta s demenciou, analýza týchto záznamov spoločne s opatrovateľmi, diskusia v skupine a snaha nájsť optimálne prístupy práce s jednotlivými klientmi a zlepšenie postupu v prípadoch, kde je to potrebné“. V súčasnosti, keď je v platnosti zákon o ochrane osobných údajov (tzv. GDPR), by využívanie metódy Marthe Meo mohlo byť sporné (7). Mimoriadny dôraz si vyžaduje zistenie klientových potrieb. Deficit uspokojovania niektorých potrieb (chronická zápcha, pocit hladu atď.) sa môže prejaviť nepokojom, pretože ich klient nemôže vyjadriť verbálne. Predvídavosť, pravidelnosť a štruktúrovanosť denného režimu predstavujú dôležitú súčasť starostlivosti o klienta s demenciou. Potrebné je vytvoriť taký denný režim, ktorý zodpovedá jeho možnostiam, záujmom a potrebám. Ide o vykonávanie vhodných zmysluplných činností, ktoré vyvolávajú pocit užitočnosti, zodpovedajú jeho schopnostiam, nie sú príliš náročné ani nudné. Agitovanosť a agresivitu redukuje simulácia blízkej osoby alebo prostredia opakovaným prehrávaním audiozáznamu alebo videozáznamu z rodinného prostredia, bytu klienta, blízkych rodinných príslušníkov (8). Všetky metódy na zlepšenie kvality života klientov s demenciou a zlepšenie komunikácie medzi klientom a ošetrojúcim kladú dôraz na verbálnu komunikáciu, primerané podnety na všetky zmysly, taktilitu, láskavosť. Zdôrazňujú individuálny prístup ku klientovi a skutočnosť,

že klient vníma ďaleko viac, ako sa môže terapeutovi zdať (9).

Programovanie aktivít. Predvídavosť, pravidelnosť a štruktúrovanosť denného režimu sú súčasťou starostlivosti o klienta s demenciou. Progresiou ochorenia dochádza k zhoršeniu celkového stavu, keď klienti potrebujú čo najviac individualizovaný režim. V prípade, že jednotlivé aktivity klienta zťažujú, prestávame sa usilovať o ich aktívnu účasť a prispôbojeme sa individuálnemu tempu, potrebám a možnostiam. Programovanie aktivít je dôležitou súčasťou starostlivosti v rozvinutej fáze ochorenia a dalo by sa povedať, že je do veľkej miery špecifickou potrebou práve v tejto fáze ochorenia (10).

Kognitívny tréning je cieleňá stimulácia mozgových funkcií so zameraním na viaceré kognitívne schopnosti. Využíva sa najmä u klienta v počiatočnom a v strednom štádiu Alzheimerovej choroby, ktorý chce sám trénovať svoje kognitívne schopnosti. Tréning spomaľuje rozvoj ochorenia a zlepšuje kvalitu života. Niekedy slúži aj ako denná činnosť alebo zábava, podľa toho, ako to klient prijme. Štúdie preukázali, že u niektorých klientov v miernom a v ťažšom štádiu choroby kognitívny tréning vyvoláva negatívne reakcie, ako depresie a frustrácie (11, 12). Dôvodom môžu byť nevládnuté úlohy alebo neschopnosť vybaviť si požadované informácie, čo môže byť pre chorého frustrujúce. Preto musí byť terapeut v tomto prípade predvídavý a zvoliť také cvičenie, ktoré by bolo príjemným a prospešným zároveň. Kognitívny tréning má predovšetkým preventívny význam, keďže spomaľuje proces úpadku v kognitívnej oblasti, posilňuje sebaúctu, sebavedomie, ďalej podporuje sebestačnosť v aktivitách denného života, pomáha udržať kvalitu života, podporuje sociálne kontakty a umožňuje prežívanie pohody a radosti z úspechu (13). Mozog máme preto, aby sme zostali nažive. Vďaka mozgovým funkciám môžeme prežiť vo všetkých situáciách. Pokiaľ mozgové bunky nepoužívame, dávame im tak najavo, že ich na svoje prežitie „nepotrebuje“ (4). Vtedy dochádza ich degradácii. Starostlivosť o všetky zóny praktickej inteligencie uľahčujú efektívne využívanie mozgu. Zóny praktickej inteligencie sú: exekutívna a sociálna zóna, zóna pamäti, zóna emócií, jazyková a matema-

tická zóna, priestorová zóna (5). Bahar-Fuchs, Clare, Woods (2013) v štúdií Kognitívny tréning a kognitívna rehabilitácia pre miernu až stredne závažnú Alzheimerovu chorobu a vaskulárnu demenciu konštatujú, že kognitívny tréning a kognitívna rehabilitácia sú špecifické intervenčné prístupy určené na riešenie problémov s pamäťou a inými aspektmi kognitívneho fungovania. Metódy tréningu pamäti účinne podporujú tvorbu nových, najmä neobvyklých nervových spojení a výraznú hustotu ich sietí. Kognitívny tréning zlepšuje poznávacíe funkcie, odďaľuje prejavy poškodenia poznávacích funkcií, spomalenia a zhoršovania poznávacích funkcií (14).

Kognitívny tréning je určený najmä pre: aktívnych seniorov, ktorí pociťujú len bežné problémy s pamäťou a chceli by si ju zlepšiť, ľudí v produktívnom veku, ktorí by chceli zvýšiť stimulovanie svojich poznávacích funkcií, seniorov s miernou poruchou poznávania, ktorí môžu svojou aktivitou zlepšiť svoj stav, seniorov s demenciou, ktorým kognitívny tréning pomôže udržať ich poznávacíe funkcie dlhšie na dobrej úrovni (5). Kognitívny tréning má význam predovšetkým preventívny, keď spomaľuje proces úpadku v kognitívnej oblasti, posilňuje sebaúctu, sebavedomie, ďalej podporuje sebestačnosť v aktivitách denného života, pomáha udržať kvalitu života, podporuje sociálne kontakty a umožňuje prežívanie pohody a radosti z úspechu (13). Dôležitým dôvodom tréningu pamäti je ten, že udržiava mozog zdravý a aktívny. Taktiež napomáha uvoľňovať určité chemické látky, ktoré sú veľmi dôležité pri správnom fungovaní imunitného systému, tým sa mozog chráni pred ochorením a poškodením. Potrebné je precvičovať mozog v každej životnej etape. Každý deň by sme si mali nájsť čas na aktivity, ktoré udržiavajú náš mozog v pohotovosti. Mohlo by to byť čítanie, lúštenie krížoviek, vzdelávanie sa v problematike, ktorá nás zaujíma, z hier napr. pexeso, komunikovanie – rozhovory s inými ľuďmi, sledovanie televíznych vedomostných súťaží, navštevovanie univerzity tretieho veku atď. Skupinový tréning môže byť príjemnou zábavou medzi rovesníkmi, metódou, ako si zdvihnúť sebavedomie, prospešnou prevenciou proti prirodzenému zhoršovaniu pamäti, ktoré prichádza vekom, a proti demencii. Veľký význam má kontakt s ro-

vesníkmi a mladšou generáciou, a to nie iba slovne, ale i písomne (písanie listov, krátkych textových správ, e-mailov). To všetko zlepšuje pamäť a náladu (15). V domácom prostredí môže tréning kognitívnych funkcií vyzeráť ako príjemne strávený čas s vnúchatami bez toho, aby si chorý uvedomoval, že trénuje pamäť. Jednoduchým príkladom je hranie pexesa alebo známej hry „meno, mesto, zviera, vec“ s deťmi. Okrem trénovania pamäti je spoločne strávený čas výnimočnou udalosťou, ktorú deti ocenia omnoho neskôr a pre seniora sú to radostne prežité okamihy. Tomaszewski et al. (2023) v štúdií Tréning na podporu pamäti a úpravy životného štýlu na podporu zdravého starnutia u osôb s rizikom Alzheimerovej choroby: intervencia podporovaná digitálnou aplikáciou konštatujú, že intervencie na ochranu pred kognitívnym poklesom u starších dospelých s rizikom Alzheimerovej choroby a súvisiacich demencií (ADRD) sú naliehavo potrebné. Rehabilitačné prístupy na podporu pamäti a zásahy do životného štýlu sa považujú za sľubné stratégie na zachovanie alebo zlepšenie kognitívneho zdravia, hoci len málo predchádzajúcich zásahov kombinovalo oba prístupy (11). Nowrangi et al. (2022) konštatujú, že vzhľadom na rastúcu prevalenciu demencie je nevyhnutné, aby sa identifikovali stratégie prevencie. Jedným z prístupov, ktorý možno uplatňovať, je tréning mozgu, možno ho definovať ako riadené cvičné mentálne cvičenia zamerané na kognitívne domény. Existujú dôkazy naznačujúce, že tréning mozgu vrátane dobre overeného ochranného účinku vzdelávania v ranom veku môže zabrániť demencii u kognitívne intaktných dospelých. Výsledky štúdie ACTIVE (Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly) ukázali nielen dlhodobý kognitívny prínos tréningu rýchlosti spracovania, ale aj možný pokles výskytu demencie a prenos kognitívnych výhod na výkon v každodennom fungovaní (merané výkonom na inštrumentálnych aktivitách každodenného života) (16).

Pamäťové techniky sú významnou pomôckou na zapamätanie si rôznych informácií. Vďaka nim si môžeme uchovať veľké množstvo údajov.

Technika loci sa používa na zapamätanie informácií s dôrazom na ich presnú postupnosť. *Príklad:* Skúste si touto metódou zapa-

mätať nasledujúce slová – prísady do koláča a v akom poradí majú byť pridávané – hladká múka, práškový cukor, orechy, citrón, vajce, soľ, maslo, džem, šľahačka.

Kategorizácia. Využívame ju, ak si potrebujeme zapamätať väčšie množstvo informácií, pri ktorých nezáleží na poradí. *Príklad:* Ku každej z uvedených kategórií rastlín vymyslite 5 položiek. Následne si položky prečítajte ešte raz, zakryte ich a skúste si z nich vybaviť čo najviac. Kategórie: okrasné rastliny, liečivé rastliny, izbové rastliny, stromy, zelenina.

Akronym. Ide o slová, ktoré slúžia ako pomôcka a musíme sa ich naučiť. Sú nezmyselné a skladajú sa zo začiatkových písmen slov, ktoré si máme zapamätať. *Príklad:* ŠOG – šimpanz, orangutan, gorila.

Akrostická mnemonika. Zakladá sa na počítaní písmen pojmov, na ktoré si máme spomenúť. Zároveň stojí na začiatku slov, z ktorých máme zložiť zapamätateľnú vetu. *Príklad:* Struny na gitare – Eva hodila granát do atómovej elektrárne. – (e, h, g, d, a, e).

Rozdelenie do menších celkov a vytvorenie asociácií. Nasledujúca technika je veľmi nápomocná pri zapamätaní si nejakého dlhého čísla (napr. telefónneho). *Príklad:* Skúste si zapamätať tento číselný rad – 213936322. Číselný rad si rozdeľte a vymyslite legendu napr. takýmto spôsobom: 21 – dátum narodenia, 3 – mesiac narodenia,

93 – rok narodenia, 63 – číslo domu, 22 – číslo babkinho domu.

Zapamätanie pomocou príbehu. Túto techniku používame, ak je na zapamätanie slov potrebné zachovať ich presné poradie. Slová si pospájame do súvislostí, aby nám vznikol príbeh. *Príklad:* Z týchto slov sa pokúste vytvoriť príbeh, aby ste si lepšie zapamätali slová v správnom poradí. Vybrané slová: stromček, hviezda, betlehem, sviečka, perníky, kapor, kapustnica. Na stromčeku sa nám ligotala hviezda. Pod stromček som uložil betlehem s betlehenskou sviečkou. Mamka upiekla perníky. Z kuchyne už rozvoniava kapor a chutná kapustnica.

Stratégia prvého písmena. Je to technika kategorizácie väčšieho „balíka“ slov, pri ktorých nezáleží na poradí. Slová si môžeme rozdeliť do menších skupiniek (podľa rovnakých začiatkových písmen). *Príklad:* Pomocou tejto techniky si skúste zapamätať uvedené krstné mena: Jana, Katarína, Oliver, Júlia, Klára, Ondrej, Juraj, Kristína, Otilia, Jaroslav, Krištof, Oľga, Jakub, Klaudia (17).

Pri tréningu kognitívnych funkcií sa môžeme zamerať na precvičovanie dlhodobej alebo krátkodobej pamäti. Dlhodobú pamäť môžeme precvičovať opakovaním všeobecných vedomostí, napr. spomínaním na autorov významných literárnych diel, maliarov, prípadne spomínaním na rôzne príslovia, známe

výroky z filmov, názvy miest, riek na území, spomínanie na významných vedcov, športovcov, vymenovať synonymá, antonymá, recepty jedál, pracovné postupy a mnohé iné... Ako vhodnú pomôcku si terapeut vopred môže pripraviť jednotlivé cvičenia, kvíz. Krátkodobú pamäť môžeme precvičovať rôznymi cvičeniami, ako napr. z prečítaného zoznamu si v časom úseku 4 minúty zapamätať 10 slov, ktoré potom vymenujeme. Pozorovať obrázky za časový úsek a potom vymenovať rozdiely. Zapamätať si telefónne číslo, zapamätať si televízny program. Súčasťou kognitívneho tréningu je cvičenie pozornosti, slovnej zásoby, logického myslenia a myslenia v súvislostiach (18).

Záver

Cieľom nefarmakologických prístupov v terapii demencie nie je pacienta vyliečiť, ale spomaliť progresiu ochorenia. Ak terapeut nevidí pozitívny výsledok, neznamená to, že jeho práca nemá zmysel. Niekedy sa len vzburdenie záujmu pacienta považuje za úspech. Nefarmakologické prístupy si vyžadujú tímovú spoluprácu. Včasná diagnóza a začatie účinnej terapie je základným predpokladom pozitívneho ovplyvnenia priebehu ochorenia. Rodina a pacient majú mať dostatočné informácie o priebehu ochorenia a o možnostiach zapojenia sa do liečby.

LITERATÚRA

1. Fertaľová T, Ondriová I. Demence – nefarmakologické aktivizačné postupy. Praha: Grada; 2020. 128 s.
2. Holmerová I, Janečková H, Vaňková H, et al. Nefarmakologické prístupy v terapii Alzheimerovy demencie a praktické aspekty péče o postiheného. Psychiatr. prax. 2005;6(4):175-178.
3. Janečková H, Vacková M. Reminiscence. Praha: Portál, s. r. o.; 2010. s. 581-583.
4. Nowrangi MA, Vannorsdall TD, Rosenberg PB. Crossword Puzzles for Brain Training in Mild Cognitive Impairment. NEJM Evid. 2022 Dec;1(12):EVIDe2200276. doi: 10.1056/EVIDe2200276. Epub 2022 Nov 22. PMID: 38319869.
5. Onieva-Zafra MD, Hernández-García L, Gonzalez-Del-Valle MT, et al. Music Intervention With Reminiscence Therapy and Reality Orientation for Elderly People With Alzheimer Disease Living in a Nursing Home: A Pilot Study. Holist Nurs Pract. 2018 Jan/Feb;32(1):43-50. doi: 10.1097/HNP.0000000000000247. PMID: 29210877.
6. Kráľová M. Demencie. Bratislava: Univerzita Komenského,

- Lekárska fakulta; 2017. 88 s.
7. Prince M, Bryce R, Albanese E, et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. Alzheimers Dement. 2013 Jan;9(1):63-75.e2. doi: 10.1016/j.jalz.2012. 11. 007. PMID: 23305823.
8. Procházková E. Práce s biografii a plány péče. Praha: Mladá fronta; 2014. 133 s.
9. Bártlová S, et al. Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvateľstva Jihočeského kraje. 1. vyd. Praha: Grada Publishing; 2018. 176 s.
10. Benjamin MB. Starnutie a staroba. Benjan; 2017; 44 s.
11. Pokorná A, Sukupová M. Validace podle Naomi Feil v geriatrické péči. Kontakt. 2014;16(2):88-96.
12. Blatný M. Psychologie celoživotního vývoje. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum; 2016. s. 45-48.
13. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database

- Syst Rev. 2013 Jun 5;2013(6):CD003260. doi: 10.1002/14651858.CD003260.pub2. PMID: 23740535; PMCID: PMC7144738.
14. Franková V. Demence u Alzheimerovy choroby. Psychiatr. prax. 2017;18(1):30-33.
15. Tomaszewski Farias S, Fox J, Dulaney H, et al. Memory support training and lifestyle modifications to promote healthy aging in persons at risk for Alzheimer's disease: a digital application supported intervention (Brain Boosters). BMC Geriatr. 2023 Dec 21;23(1):881. doi: 10.1186/s12877-023-04574-x. PMID: 38129775; PMCID: PMC10740219.
16. Tokovská M. Podporné skupiny pre príbuzných pacientov s Alzheimerovou chorobou. Via pract. 2016;13(4):160-162.
17. Turner F, Shepherd M. Doll therapy in dementia care: a review of current literature. Communicare, 2014;1(1):1-17.
18. Sheardová K. Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatelské do boje o kvalitu života. Neurológie pre praxi. 2010;11(3):171-174.