

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

AKTIVIZAČNÍ VYUŽITÍ PSŮ V RÁMCI PÉČE O SENIORY

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce

Mgr. Jaroslava Eisertová, Ph.D.

Autorka práce

Radka Hentschová

Abstrakt

Aktivizační využití psů v rámci péče o seniory

Cílem mé práce je zjištění, jaké jsou aktivizační možnosti využití psů v rámci péče o seniory s demencí.

Demence se v populaci vyskytuje převážně u osob vyššího věku. Teoretická část je zaměřena na problematiku stárnutí, demence a canisterapie. Je zde vymezena základní charakteristika syndromu demence, léčba a péče o demencí postižené klienty a možnosti jejich aktivizace. Dále je objasněn termín canisterapie a jsou zde uvedeny formy a metody canisterapie.

Praktická část se věnuje aplikaci canisterapie v Domově pro seniory Hluboká nad Vltavou. Ke sběru dat byla využita strategie kvalitativního výzkumu, s využitím metody případové studie, metoda dotazování, metoda analýzy dokumentů a doplňující metodou je fotodokumentace.

Cílem práce bylo zjistit možnosti využití psů v rámci péče o seniory s demencí se zaměřením na uplatnění canisterapie v ošetrovatelské péči u osob s demencí.

Výsledky výzkumu mohou sloužit v rámci praktické realizace canisterapie u daných klientů a jako informační materiál a vzdělávací materiál pro zájemce o problematiku canisterapie.

Abstract

Activation use of dogs in the care of the elderly

The objective of my thesis is to find out about the activating potential of the use of dogs in the care of elderly people with dementia.

Dementia in the population is mainly found in elderly people. The theoretical part focuses on aging, dementia and canistherapy. It defines the basic characteristics of the dementia syndrome, treatment and care of clients affected by dementia, and the possibility of their activation. It also explains the term “canistherapy”, and the forms and methods of canistherapy are presented here.

The practical part deals with the application of canistherapy in the Home for the Elderly at Hluboká nad Vltavou. To collect data, the strategy of qualitative research was used applying the methods of case studies, interviewing, document analysis, and a complementary technique of photographs.

The objective of the thesis is to find out about the activating potential of the use of dogs in the care of elderly people with dementia.

The research results can be used in the practical application of canistherapy in the given clients and as informative material and educational material for those interested in the issue of canistherapy.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Aktivizační využití psů v rámci péče o seniory“ vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů..

České Budějovice 16. 8. 2010

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Eisertové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce. Poděkování patří také MUDr. Zdence Klusáčkové, MUDr. Kateřině Sheardové, MUDr. Janu Laczóvi a Mgr. Ivaně Chloubové za odborné konzultace.

Za spolupráci děkuji i všeobecným sestřám z Domova pro seniory Hluboká nad Vltavou, dobrovolnici Ing. Veronice Hruškové z canisterapeutického týmu o. s. Hafík a pejskům Harrymu a Beníkovi.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 4 |
| 1 PROBLEMATIKA STÁRNUTÍ | 5 |
| 1.1 Patofyziologie stárnutí..... | 5 |
| 1.2 Symptomy nemocí ve stárnutí..... | 5 |
| | |
| 2 DEMENCE | 7 |
| 2.1 Vymezení pojmu..... | 7 |
| 2.2 Diagnostika..... | 7 |
| 2.2.1 Gerontopsychiatrické posuzovací škály..... | 8 |
| 2.3 Hloubka demence..... | 10 |
| 2.4 Druhy demencí..... | 10 |
| 2.4.1 Atroficko-degenerativní procesy..... | 10 |
| 2.4.2 Vaskulární demence..... | 13 |
| 2.4.3 Ostatní symptomatické demence..... | 13 |
| 2.5 Problémové chování u seniorů s demencí..... | 13 |
| 2.6 Léčba demencí..... | 14 |
| 2.6.1 Biologické přístupy..... | 14 |
| 2.6.2 Nefarmakologický management demence..... | 15 |
| | |
| 3 CANISTERAPIE | 20 |
| 3.1 Terminologie..... | 20 |
| 3.2 Historické poznámky..... | 21 |
| 3.3 Metody canisterapie..... | 23 |
| 3.3.1 Animal Assisted Activities (AAA)..... | 23 |
| 3.3.2 Animal Assisted Therapy (AAT)..... | 24 |
| 3.3.3 Animal Assisted Education (AAE)..... | 25 |
| 3.3.4 Animal Assisted Crisis Response (AACR)..... | 26 |
| 3.3.5 Polohování..... | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4 Formy canisterapie..... | 26 |
| 3.4.1 Individuální canisterapie..... | 26 |
| 3.4.2 Skupinová canisterapie | 26 |
| 3.4.3 Návštěvní program..... | 27 |
| 3.4.4 Rezidentní program..... | 27 |
| 3.4.5 Pobytový program..... | 28 |
| 3.4.6 Canisterapeutické a kynologické akce..... | 28 |
| 3.4.7 Kombinované aktivity..... | 28 |
| 3.5 Canisterapie a geriatricie | 29 |
| 4 CÍL PRÁCE..... | 30 |
| 5 METODIKA..... | 31 |
| 5.1 Charakteristika výzkumného souboru..... | 31 |
| 6 VÝSLEDKY..... | 32 |
| 6.1 Průběh canisterapie u osob s demencí v Domově pro seniory Hl. n. Vlt..... | 32 |
| 6.2 Případové studie..... | 33 |
| 6.2.1 Klientka č. 1..... | 33 |
| 6.2.2 Klientka č. 2..... | 39 |
| 6.2.3 Klientka č. 3..... | 44 |
| 6.2.4 Klient č. 4..... | 50 |
| 6.3 Doporučení pro praxi..... | 57 |
| 6.3.1 Aktivní využití canisterapie v rámci kognitivního tréninku | 57 |
| 6.3.2 Propojení canisterapie s reminiscencí | 58 |
| 6.3.3 Přispění canisterapie k zachování sociálních dovedností, k nimž patří sebepéče a komunikace | 60 |
| 6.3.4 Možnost snížení výskytu (pod)večerních stavů zmatenosti a noční potulky u osob s demencí | 63 |

| | |
|---|-----------|
| 6.3.5 Využití canisterapie jako aktivizačního a motivačního prostředku u osob s demencí sloužícího ke zlepšení jejich hybnosti a zvýšení výkonosti..... | 64 |
| 6.4 Přínos canisterapie pro ošetřovatelství z pohledu všeobecných sester..... | 67 |
| 7 DISKUSE..... | 70 |
| 8 ZÁVĚR..... | 75 |
| 9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... | 76 |
| 10 KLÍČOVÁ SLOVA..... | 80 |
| 11 PŘÍLOHY..... | 81 |

ÚVOD

„Není snad zvířete, které bychom znali lépe než psa, které bychom více milovali a kterému bychom více důvěřovali...Léčebné účinky života se psem nejsou objevem moderní psychologie, lidé je znají již tisíce let.“

Dr. Nicholas J. Saunders. (11)

Třináct let pracuji ve zdravotnictví v interním oboru. Na svém působišti jsem v každodenním kontaktu se starými lidmi, často s psychiatrickou diagnózou, nejčastěji demencí různého typu a stupně. Mnozí tito klienti pozbyli chuti do života. Trápí je osamělost a trpí také nedostatečností v důsledku narušení kognitivních funkcí a motoriky.

Teprve nedávno jsem se dozvěděla o existenci zooterapie, která představuje léčebné působení zvířete na člověka. Vede ke zlepšení paměti, hybnosti, komunikace a přispívá i ke zmírnění stresu. Zvířeti je při ní přisuzována role prostředníka, tzv. koterapeuta, jenž klientům usnadňuje komunikaci s okolním světem a navozuje u nich dobrou psychickou pohodu v situacích, kdy je něco tíží. Může pomoci také od fyzických bolestí nebo se uplatnit např. při uvolňování ztuhlého svalstva. Nelze samozřejmě opomenout, že základní funkce přitom vždy přísluší člověku – zooterapeutovi, který zvíře vede a má celý proces pod kontrolou. (41)

Tato rehabilitační metoda mě velmi oslovila a rozhodla jsem se hlouběji se jí zabývat ve své bakalářské práci. Z tohoto důvodu jsem začala spolupracovat s canisterapeutickým sdružením Hafík. Jak již z názvu sdružení vyplývá, jedná se zde o zooterapii využívající při práci s klienty psů. Hlavní činností Hafíka je praktikování odborné canisterapie v jižních Čechách u osob všech věkových kategorií formou dobrovolnické služby.

Ve své práci jsem se zaměřila na problematiku starších jedinců s demencí a pro své výzkumné šetření jsem zvolila Domov pro seniory v Hluboké nad Vltavou. Zajímalo mě, do jaké míry ovlivňuje praktikovaná canisterapie tamní klienty.

1 PROBLEMATIKA STÁRNUTÍ

1.1 Patofyziologie stárnutí

Stáří je fyziologický a nevyhnutelný stav ve vývoji člověka. Neznamená nemoc. Je to proces, začínající už od narození. u každého jedince stárnou všechny orgány, ovšem ne najednou. Stárnutí somatické a psychické tedy nepostupuje paralelně. Člověk, který je velmi mladý a odpovídá tomu i jeho vnější vzhled, může vykazovat některé známky stáří, například zapomnětlivost, obtížnější adaptabilitu na různé změny atd.. Naopak starý jedinec se může projevovat aktivně, zajímat se o dění kolem sebe, zdokonalovat se v různých činnostech, usilovat o další vzdělávání. Realitou se stalo pokračující demografické stárnutí lidstva a prodlužující střední délka života. V populaci stále více přibývá osob starších 65 let. (37, 14)

Podle WHO se klasifikuje věk na vyšší, starší věk (neboli rané stáří – presenium) od 60 do 74 let, vysoký, stařecký, pokročilý věk (senium) se počítá od 75 do 80 let a 90 a více se považuje za dlouhověkost. (37)

Stárnutí je zapříčiněno změnami v buněčné DNA, zejména na úrovni biochemických reakcí. Dalším průvodním jevem a zároveň příčinou stárnutí je ztráta buněk vedoucí k opotřebování organismu. Regenerační schopnost s věkem klesá a nedokáže dále pokrývat zvýšenou potřebu obnovy a udržet tak nezbytnou rovnováhu. Snížená schopnost proliferace buněk se zejména projevuje snížením aktivity imunitního systému, který se s věkem oslabuje a tím dává více prostoru k rozvoji infekčních nemocí, nádorových či autoimunitních procesů. (37)

Zpravidla lidé vyšší věkové kategorie vykazují snížení fyzických i psychických sil a vyskytují se u nich také změny smyslové a změny vyplývající z jejich sociálního postavení (odchod do důchodu, nižší finanční příjmy, snižující se počet přátel). (37)

1.2 Symptomy nemocí ve stáří

Ve stáří se počet nemocí zvyšuje. Častým jevem bývá tzv. polymorbidita, jev, kdy dochází ke spojení více nemocí u téhož jedince, přičemž chybí příčinná souvislost

nebo dochází ke kauzálnímu řetězení nemocí, kdy jedno onemocnění vyvolává jiné. Řada chorob má odlišný průběh, symptomy mohou být minimálně vyjádřené nebo atypické. Nemoci mívají častokrát chronický a protražovaný průběh, komplikace a může dojít k prudkému zhoršení stavu. (14, 20, 37)

Nelze opomíjet ani psychosociální rozměr nemoci, kdy například úmrtí manžela může vyvolat zhoršení zdravotního stavu jedince. (14, 42)

Organismus člověka prodělává ve stáří výrazné změny, což vede k poruchám metabolismu, elektrolytového a vodního hospodářství. (14, 37)

Změny postihují i gastrointestinální trakt. Deficit vzniká také v oblasti vyprazdňování moče a stolice. (14, 37, 42)

Mezi geriatrické syndromy patří též imobilita spojená s dlouhodobým upoutáním na lůžko. s ní souvisí i větší výskyt proleženin, následkem pádů z lůžka úrazy, horší pohyblivost a zmenšení obratnosti. (14, 20, 37)

U starých lidí se často setkáváme s projevy duševních změn – tři „D“. Jedná se o poruchy kognitivních funkcí : demenci, depresi a delirium. Ve své práci jsem se zaměřila právě na osoby, u nichž je diagnostikována demence jako nejčastější organická duševní porucha ve stáří. Demencí je postiženo zhruba 12 % populace 70letých, u staších 80 let je to již 20 % populace. (37, 40, 42)

2 DEMENCE

2.1 Vymezení pojmu

Pojem „dementia“ pochází z latiny. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl“. Jedince, jehož postihla demence, čeká postupem času úpadek. Choroba je velmi destruktivní. V poslední fázi se nemocní podobají jen málo lidem, kterými byli na jejím začátku. (2, 16, 25)

U osob s demencí jsou porušeny kognitivní funkce mezi něž patří paměť, orientace, myšlení, uvažování, chápání, početní schopnosti, schopnost učení, úsudek a řeč. Po jejich zhoršení se dostávají také změny v oblasti emocí nebo volných vlastností a chování. Celý život postiženého je postupně procesem demence narušen. Nejdříve dochází k neznatelnému, ale prohlubujícímu se úbytku dřívějších zálib a aktivit, který posléze vede ke ztrátě soběstačnosti, sociálních dovedností a hygienických návyků. Proces končí ztrátou schopnosti komunikace. Postižený přestane zvládat samostatný pohyb. Tyto změny jsou považovány u převážné většiny demencí za nevratné. Končí smrtí. (16,19)

2.2 Diagnostika

Diagnostikování demence je velmi složitý a zdlouhavý proces. Spolehlivá diagnóza může být s jistotou stanovena pouze patologem. (1)

Pro diagnostiku je vyžadován průkaz jasného vědomí, což znamená, že se požaduje, aby se při vyšetřování klient nenacházel v deliriu (akutním stavu zmatenosti). Z důvodu, aby se předešlo stanovení chybné diagnózy, je Mezinárodní klasifikací nemocí (ICD – 10) kladen požadavek trvání stavu minimálně 6 měsíců. Díky tomu je možné zamezit záměně demence za jiné stavy, které demenci imitují. (16)

Důležité je také zajištění anamnestických údajů od nejbližších příbuzných a známých.

Významné místo v diagnostice zaujímají různá přístrojová vyšetření, zejména počítačová tomografie - CT a magnetická rezonance, pomocí nichž lze odhalit atrofii

mozkové tkáně. Metoda zobrazující metabolismus mozku, především jednofotonová emisní tomografie SPECT, ukáže snížení glukózového metabolismu v mozkové kůře. Elektroencefalografie - EEG vypovídá o mozkové aktivitě. Nález EEG je ale nespecifický. Své využití mají i evokované potenciály. (1, 13)

Pomůckou k určení demencí jsou taktéž gerontopsychiatrické škály. (16)

2.2.1 Gerontopsychiatrické posuzovací škály

Existuje jen velmi málo skupin chorob obecně a snad žádná v oblasti duševních poruch, které by trpěly tak malou shodou v posuzování tíže či stupně postižení jako právě demence. Tato neshoda bohužel nekomplikuje diagnostiku pouze psychiatrů, ale také vzájemnou mezioborovou komunikaci specialistů různých odborností. Objektivizace je přitom klíčová nejen pro diagnózu a zachycení průběhu nemoci, ale také pro její terapii. Uvědomění si těchto faktů vede nesporně k závěru, že do budoucna je nevyhnutelné pro všechny pacienty s diagnózou demence podporovat průběžně evaluaci všeobecně uznávanou škálou, kterou by mohla být například Mini-Mental State Examination. (16, 19)

2.2.1.1 Mini-Mental State Examination – MMSE

Zatím za nejvíce používanou posuzovací škálu v gerontopsychiatrii se považuje Folsteinův MMSE, screeningové vyšetření duševního stavu. Jedná se o poměrně jednoduchý test dobře využitelný pro běžnou praxi. Vyšetřuje některé základní neuropsychologické funkce, které jsou poškozené syndromem demence. Škála se skládá ze dvou částí. V první části se testuje orientace, pozornost a paměť a požadují se jen ústní odpovědi a ve druhé se zkoumá schopnost správně pojmenovat a zvládat slovní a písemné instrukce, dokázat napsat spontánně větu a podle šablony umět nakreslit komplexní mnohoúhelník. (13, 16, 19, 25)

Dosáhnout lze nejvyššího možného skóre 30 bodů. Za hraniční hodnotu je považován počet bodů 25. Tento test spolehlivě určí střední a těžkou demenci Alzheimerova typu. Nelze jeho prostřednictvím s jistotou detekovat jiné podoby demence, taktéž neurčuje demenci počínající a lehkou. Tento stupeň demence lze detekovat pomocí podrobnějších neuropsychologických testů nebo pomocí testu prostorové orientace v zařízení zvaném Blue Velvet aréna umístěném ve Fakultní nemocnici v Motole. Pro diagnostiku cévní demence je vhodnější modifikované skóre Hachinského. (19, 25, 27)

2.2.1.2 Ischemické skóre dle Hachinského

K diferenciální diagnostice geriatrických pacientů s demencemi slouží Hachinského ischemické skóre. Rozlišuje mezi vaskulárními (multiinfarktovými) a primárně atrofickými demencemi. Hodnocení je prováděno na základě údajů vyzískaných z neurologického a psychiatrického vyšetření. (16)

2.2.1.3 Test hodin

Test kresby hodin, jehož podstatou je předtištěná kružnice se středem na bílém papíře, vytvořili Wolf – Klein et al.. Pacient je vyzván, aby nakreslil hodiny ukazující čas – například 12 hodin 5 minut. Odpověď se posuzuje zejména podle kresby ciferníku hodin. Základem je také správné umístění číslic 3, 6, 9 a 12 nebo alespoň jasným vyznačením jejich polohy. Hodnotí se též zakreslení dvou rozlišitelných hodinových ručiček a přesné označení času. Za nesprávnou odpověď jsou považovány rozpadlé kresby, hodiny s více než 12 číslicemi, nesprávné prostorové rozložení, všechny číslice lokalizované do jednoho kvadrantu kruhu apod. Podle tvůrců testu hodin se jedná o citlivou metodu k odhalení demence Alzheimerova typu i v počínající fázi. (12, 16)

2.3 Hloubka demence

K určení hloubky demence slouží řada stupnic. Mezi jednu z nich patří Reisbergova škála, která je založena na vyšetření paměti, orientace, úsudku, řešení problémů a zvládání společenských záležitostí. Tato stupnice je dostatečně podrobná, reprodukovatelná a přesná. (13, 25)

2.4 Druhy demencí

Podle příčiny lze demence ne zcela ostře a přesně rozdělit do dvou skupin, a to na demence mající za podklad atroficko-degenerativní proces mozku a demence sekundární (symptomatické). Jejich podkladem jsou celková onemocnění, infekce, úrazy, nádory, cévní poruchy, intoxikace, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Dále lze symptomatické demence ještě rozdělit do 2 podskupin, a to na demence vaskulární (jejich podkladem jsou poruchy mozkových cév, mozkového krevního zásobení) a na ostatní symptomatické demence. (19)

2.4.1 Atroficko–degenerativní procesy

Jedná se o procesy vedoucí k redukci počtu nervových buněk, snížení počtu jejich synapsí, k porušení funkce neuronů i neuroglií. Tvoří a ukládají se patologické bílkoviny, ve kterých probíhá mnoho dalších degenerativních dějů. Za nejznámějšího zástupce demencí atroficko–degenerativních je považována demence u Alzheimerovy choroby. Dále do této skupiny řadíme demenci s Lewyho tělísky, demenci u Parkinsonovy choroby a onemocnění typu „Parkinson plus“ atd. (19, 25)

V roce 1907 publikoval mnichovský neuropatolog Alois Alzheimer kasuistiku jednapadesátileté paní Auguste D. s presenilní demencí. Do té doby bylo řadu desetiletí „podivné onemocnění kůry mozkové“ diagnostikováno jen vzácně. Za nejčastější formu demence se považovala demence senilní. Záhy po zveřejnění tohoto objevu byla choroba po svém objeviteli i pojmenována. Až poměrně nedávno bylo zjištěno, že se

jedná o variantu senilní Alzheimerovy nemoci, následkem čehož mohla být sjednocena terminologie a v současnosti rozlišujeme demenci Alzheimerova typu (DAT) s časným začátkem (poměrně rychle progredující, vzniklou před 65 rokem života, u níž je časný nástup apraxie, afázie a agnozie) a DAT s pozdním začátkem (vzniklá po 65. roku života, pomaleji progredující). (19, 25)

Charakteristické pro DAT je postupná, plíživá deteriorace mnestických, instrumentálních, intelektových a motorických funkcí. Průběh nemoci je velmi uniformní i když jeho konkrétní příznaky mohou jevit v daném čase značnou interindividuální variabilitu. (16, 25)

DAT nejvíce vystihuje model tří stádií:

První stádium se u všech postižených vyznačuje poruchou paměti. Porušena je také prostorová orientace. Nejprve dělá pacientům potíže orientace místem. Časová orientace nemusí být postižena ve stejné míře. Lze sledovat klesající aktivitu a spontaneitu, taktéž úzkostnou a depresivní náladu. Dostavují se nesnáze při běžných denních činnostech. (16, 25)

Ve druhém stádiu demence progreduje. Pacient je dezorientovaný. Je postižena staropaměť, řeč, pohybové výkony i vnímání, proto je tato fáze nazvaná afazicko-aprakticko-agnostickou. (16)

Ve třetím stádiu se kompletně dezintegrují všechny psychické funkce, i ty, které byly zatím relativně zachovány. Ušetřena nezůstává emoční funkce ani osobnost. Jedinec pozbývá schopnosti komunikace, zpravidla ze sebe vydává pouze nesrozumitelné zvuky nebo přestává úplně mluvit. Objevují se neurologické pyramidové a extrapyramidové příznaky, inkontinence. Na sklonku života nemocný rapidně chátrá po fyzické stránce. Jeho úmrtí většinou zapříčiní nespecifická komplikace například bronchopneumonie. (16)

Proces demence Alzheimerova typu s sebou vždy nese různé změny osobnosti. Může se jednat o postupující pasivitu, nepřiměřenou tvrdohlavost, zvýšený egocentrismus, hostilitu a podezřívavost. Postižené jsou také funkce, které jsou vázány na čelní laloky mozku, což se projevuje ztrátou schopnosti plánovat i velmi jednoduché

činnosti. Typickým projevem u žen je vynechání či záměna pořadí běžných domácích prací (např. vaření). (16)

U až 50 % nemocných se v průběhu nemoci objeví bludy (obvykle paranoidní), asi u 25 % se přechodně mohou vyskytnout halucinace, zejména zrakové a u cca 40 % se projeví agresivita a deprese. Rovněž se mohou dostavit poruchy spánku. Poslední výzkumy ukazují, že deprese a úzkost se vyskytují především v časných stádiích. (6, 16)

Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní choroba, která postihuje zejména dopaminergní buňky mozkového kmene. u případů objevujících se až ve vyšším věku a v pozdějších stádiích tohoto onemocnění jsou často postiženy i další mozkové oblasti. Parkinsonova nemoc se může kombinovat s DAT a nebo s cévním mozkovým onemocněním. (16)

Začátek choroby bývá většinou kolem 60 let. Především způsobuje poruchu motoriky, tedy třes, ztuhlost svalů, snížení hybnosti až neschopnost se hýbat, porušenou rovnováhu a chůzi. Současně se můžou vyskytnout i drobné poruchy kognitivních funkcí – tedy plánování a provádění složitějších aktivit. Přítomnost demence je u zhruba 20-40 % nemocných. Ve věku do 50 let nebyla pozorována vůbec. Při delším průběhu nemoci a ve vyšším věku se objevovala velmi často. Mezi další klinické symptomy této choroby řadíme deprese, záchvaty paniky, anxiozitu, monotónní řeč, sehnuté, schoulené držení těla a končetin, porucha spánku, vertigo, zácpu, sexuální dysfunkci, zvýšenou únavnost, ztrátu čichu, mimiky, mastnou kůži a polykací potíže. (16)

Pokud je demence pouze lehkého až středního stupně, bývá zachován náhled. Kromě poruch paměti se zhoršuje pozornost a schopnost koncentrace značně kolísá. Zpomaluje se také myšlení a psychomotorické tempo. Vyskytuje se apatie. Narušení podléhají také exekutivní funkce. Nemocní postrádají schopnost formulovat a řešit problémy, řadit myšlenky do souvislostí, pracovat s myšlenkami, udržet je. Jejich vlastní aktivity jsou oslabené. Postižení nejsou schopni započít aktivitu sami od sebe. Začnou až po pobídnutí. Další typické neuropsychiatrické symptomy jsou změny osobnosti a poruchy nálady. Dále sem patří zrakové a sluchové halucinace a bludy. (16)

2.4.2 Vaskulární demence

Vaskulární demence, starším názvem arteriosklerotická demence, je způsobena poškozením mozkové tkáně poruchami cév a je druhou nejčastější demencí. Nejčastější příčinou jsou tzv. mozkové infarkty – nekróza spádové oblasti určité tepny způsobená jejím uzávěrem. Vznik demence zpravidla zapříčiňují drobné mozkové infarkty (někdy mikroinfarkty), méně často může demenci způsobit i jeden rozsáhlý mozkový infarkt v oblasti důležitých paměťových center. Od DAT se odlišuje počátkem, průběhem (u DAT se jedná o plynulou progresi, zatímco zde demence vzniká náhle nebo se zhoršuje v etapách) i klinickým obrazem. (16, 25)

Nejvhodnější pro rozlišení těchto dvou jednotek jsou kritéria sumarizovaná v Hachinského ischemickém skóre. Dalším důležitým odlišovacím kritériem jsou noční amentní stavy, víceméně zachovalá osobnost, emoční labilita, deprese, vysoký krevní tlak, fokální psychické příznaky atd.. Pacienti s vaskulární demencí jsou také údajně více kritičtí ke svému stavu než nemocní trpící DAT. (16)

2.4.3 Ostatní symptomatické demence

Tyto stavy jsou obrazem celkového onemocnění organismu postihujícího také mozek. Může se jednat o otravy, infekční onemocnění, traumata hlavy, tumory CNS a další. Patří sem například demence infekční, prionové, metabolické, traumatické atd.(16)

2.5 Problémové chování u seniorů s demencí

Osoby s demencí provází problematické chování. Porozumět potřebám demencí postižených jedinců je pro pečující obtížné a při nevhodném chování a nesprávných reakcích ze stran pečujících může snadno docházet ke konfliktům, v jejichž důsledku se neadekvátnost pacientů ještě více stupňuje. k charakteristickým vnějším projevům přitom mnohdy patří podrážděnost, negativismus, slovní či dokonce fyzická agrese atd.

Pokud pečující nedisponuje značnou mírou empatie, komunikativních dovedností, ale také odborných znalostí o problematice demence, místo stabilizace klientova psychického stavu pokračuje jeho další devastace. (2, 19, 42)

2.6 Léčba demencí

Některé demence jsou při současném stavu vědění léčitelné a dokonce plně reverzibilní, avšak většina demencí (například Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky a další) zatím vyléčitelné nejsou. Je však možné nastolením vhodné léčby dosáhnout zpomalení jejich průběhu, oddálení těžkých stádií demencí a zlepšení kvality života nemocných. Terapií se prodlužuje období soběstačnosti a funkčních schopností postiženého. (19, 28)

V současné době se v terapii Alzheimerovy choroby nejvíce používají kognitiva. Jedná se především o inhibitory acetylcholinesterázy (donepezil, rivastigmin a galantamin). Tyto léky zvyšují množství acetylcholinu v mozku, který je důležitý pro přenos informace mezi nervovými buňkami a používají se v lehkém a středním stádiu Alzheimerovy choroby. Ve středním a těžkém stádiu se používá lék zvaný memantin, který snižuje množství vápníku, který se dostává do nervových buněk a spolupodílí se na jejich odumírání. (38)

Léčba demencí je komplexní činnost, která zahrnuje jak biologickou léčbu, tak psychoterapii a socioterapii a dále léčbu všech interkurentních onemocnění, včetně rehabilitace. u pacientů jsou léčeny narušené kognitivní funkce, exekutivní schopnosti, emoční reaktivita, chování a jednání a korigují se patologické změny osobnosti nemocného. (25, 28)

2.6.1 Biologické přístupy

Z biologických léčebných postupů se nejčastěji používá farmakologická léčba, která se rozděluje na kognitivní farmakoterapii, jež ovlivňuje zejména porušené

poznávací funkce, a na nekognitivní (symptomatickou) farmakoterapii. Ta postihuje ostatní, druhotně porušené psychické funkce, jimiž jsou například přidružené poruchy nálad a afektů, chování a spánku. (19, 25)

2.6.2 Nefarmakologický management demence

Nefarmakologickou léčbu je vhodné používat především ve fázi rozvinuté demence a ve fázi demence pokročilé. Je důležité, aby se vždy respektovala pravidla správné komunikace s klientem. (19)

2.6.2.1 Programové aktivity

Obecně se uvádí, že rozvinutá demence je fází, která je například u Alzheimerovy nemoci obdobím velmi dlouhým. Trvá průměrně 2 až 9 let. Jedinci nacházející se v této fázi demence mají ještě zachovalou schopnost určitých sebeobslužných úkonů. Jsou také schopni vcelku uspokojivé komunikace. Mohou se též podílet na různých aktivitách. Terapie by měla být zaměřena hlavně na udržování a rozvíjení dosud zachovaných funkcí a na udržení schopnosti vykonávat nejběžnější činnosti denního života. (19, 25)

Aktivním zapojením do připravené činnosti a jejím dokončením se přispěje k budování sebeúcty a pocitu, že klient má svůj život ještě pod kontrolou. Programovou aktivitou se dá rovněž do určité míry zamezit nežádoucímu chování a hlavně narušení diurnálního rytmu. Klienti v této fázi profitují z určité pravidelnosti denního režimu. (2, 19, 25)

2.6.2.2 Individualizované aktivity

Zatímco programování činností je vhodné pro nemocné ve fázi rozvinuté demence, s progresí choroby dochází ke zhoršení celkového duševního i tělesného stavu. Klienti potřebují co nejvíce individualizovaný režim. (19)

Snahou pečujících by především mělo být nabízení různých pestrých, ale jednoduchých aktivit a pokud možno určení schopnosti sebeobsluhy osob s demencí co nejdéle (25).

Je nutné se vyvarovat donucovacích prostředků a akceptovat i to, že určité úkony není už pacient schopen provádět. V těžké fázi demence je proto potřeba asistence při většině úkonů (19, 25).

2.6.2.3 Kognitivní trénink

Názory na kognitivní terapii se velice různí. Snaha učit například pacienty s Alzheimerovou chorobou něčemu novému, obzvláště je-li pečující silně motivován, může mít spíše neblahé účinky ve formě vyvolání depresivní reakce a frustrace nemocného, v jehož silách toto není. Existují studie, které prokazují mírný efekt v podobě udržení kognitivních funkcí v porovnání s kontrolní skupinou bez kognitivní terapie, pokud je kognitivní trénink aplikován u pacientů s lehčími stádii demencí bez behaviorálních poruch. Jiné studie výrazný efekt neprokázaly ani u tohoto stádia demencí. Podle článku „Non-Drug Therapies for Dementia: An Overview of the Current Situation with Regard to Proof of Effectiveness“ z roku 2003, Emar Grasel et al. v *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* je doporučeno využívat kognitivní terapii jen v časných stádiích demence, u pacientů, kteří jsou sami motivováni trénovat kognitivní schopnosti. Všeobecnou pravdou je, že pacienti se středně těžkou nebo těžkou formou Alzheimerovy demence již nejsou schopni vstřípivosti, protože se jedná o neurodegenerativní onemocnění, které progreduje. Naučit se novým věcem je pro ně téměř nemožné. Něco jiného je však například demence vaskulární nebo demence při Parkinsonově chorobě, kde jistá forma vstřípivosti může být zachována.

(MUDr. Kateřina Sheardová, neuroložka, Kognitivní centrum FN u sv. Anny v Brně – osobní komunikace 12. 3. 2010).

U pacientů ve fázi rozvinuté demence je v rámci cvičení paměti uplatňován přístup, jenž využívá obdobných technik jako cvičení paměti u zdravých seniorů, je ale výrazně šetrnější. Nazývá se kognitivní rehabilitace. Používá se obzvláště cvičení

využívající paměť dlouhodobou, která se tak rychle neztrácí. Jedná se o různé, obvykle zjednodušené a nesoutěživé, slovní hry, doplňování říkadel, doplňování slov podle první slabiky, zjednodušené pexeso a podobně. (15, 19)

Náročnost kognitivní rehabilitace je třeba přizpůsobit jednotlivým účastníkům a snažíme se, aby pro ně nebyla stresující záležitostí. Dbáme proto na to, abychom navodili atmosféru důvěry a zvolili vhodné úkoly. Zejména bychom měli poskytnout pozitivní zpětnou vazbu, tedy pochválit nemocného za každý výkon či pohodu snahu vyhovět požadavkům. (19)

2.6.2.4 Orientace realitou

Orientace v realitě vznikla z původní reakce pečujících na stav, kdy je osoba s demencí dezorientovaná a z domněnky, že nejlepší cestou je nabízet nemocnému řešení, pomůcky a upomínky k tomu, aby se mu orientace usnadnila. Je uskutečňována buď jako individuální nebo skupinová intervence. Jednotlivé prvky orientace v realitě jsou součástí komplexního přístupu k nemocným. Jedná se o názorná a barevná označení místností a jiných prostor a různé „nápovědy“, jimiž jsou například velké hodiny s ručičkami na zdi, kalendář na viditelném místě, nástěnka připomínající, jaké je roční období, jasné nápisy apod. (15, 19)

Nežádoucí ovšem je, aby byl pacient s demencí orientován ve všem a za každou cenu, tedy i za cenu celkového dyskomfortu, zhoršení stavu až vyprovokování problémového chování. Lidé s demencí si v důsledku poruchy kognitivních funkcí totiž interpretují realitu jiným způsobem a často jsou například přesvědčeni, že dosud žijí jejich blízcí, kteří ve skutečnosti již dávno zemřeli. Hovoří o nich a očekávají jejich příchod. Pokud je soustavně a důsledně vyvádíme z jejich omylu a vysvětlujeme, jak tomu doopravdy je, často se rozteskní. Záhy sice zapomenou, co jsme jim vysvětlovali, pocit smutku v nich ale přetrvává. Proto je dobré uplatnit princip validace. Jejich myšlenky jim nevyvracet, ale pracovat s nimi. (19)

2.6.2.5 Princip validace

Validační léčba je jedním z prvních specifických přístupů k nemocným postiženým demencí. Jejím principem je úcta k člověku s demencí, přijetí a respektování jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. Terapeut citlivě pracuje s původním tématem nemocného a snaží se ho vést postupnými kroky žádoucím směrem. Pokud například nemocný pořád hovoří o svém blízkém, čeká na něho a nechce se zapojit do potřebné činnosti, pečující ho neopravuje. Jeho mylný názor nerozvíjí, ale akceptuje dané téma, mluví s nemocným o jeho blízkém, o společných aktivitách a příhodách a postupně docílí, že se pacient zklidní a nechá se získat pro spolupráci na činnosti, kterou předtím odmítal. (15, 19)

2.6.2.6 Reminiscence

K základním vlastnostem lidské psychiky patří aktivní vybavování vzpomínek. Při této činnosti vstupují staré paměťové stopy do vědomí člověka. Ten má tak možnost znovuprožívat události svého života, přehodnocovat je, znovu je začleňovat do svého životního průběhu a do obrazu sebe sama. (17)

Metoda, jež využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů, se nazývá reminiscence. Je vhodná obzvláště pro ty pacienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, avšak překvapivě dobře si vybavují události z doby dávno minulé. Staří lidé jsou často na různé události a skutečnosti ze svého života právem hrdí, ochotně se o nich při jejich připomenutí rozpovídají. Proto je přínosná spolupráce s rodinou, která může sdělit důležité informace ze života klienta a navíc poskytnout například staré fotografie nebo drobné předměty, evokující vzpomínky na staré časy. Zdrojem reminiscence může být také starý film, hudba, tanec a podobně. Cílem reminiscenční terapie je nejen zlepšení stavu pacienta, ale také posílení lidské důstojnosti a zlepšení komunikace. (15, 19)

2.6.2.7 Zooterapie

Velmi dobrý způsob nefarmakologické léčby osob s demencí, zejména s lehčími formami, je péče o živé zvíře (tzv. „pet therapy“) a zooterapie. Ve svém výzkumném šetření se zabývám canisterapií jako jednou z forem zooterapie a sledují vliv této metody na hybnost a výkonnost osob s demencí, problémové chování (potulku a noční stavy zmatenosti), zlepšení kognitivních funkcí, nácvik sebeobslužných úkonů a komunikaci. (25, 41)

3 CANISTERAPIE

3.1 Terminologie

Vznik termínu canisterapie se datuje do roku 1993. Jeho autorkou se stala Jiřina Lacinová, která se považuje spolu se sdružením Filia za průkopnici a osvětovou pracovníci v tomto oboru. Pojem canisterapie je složen ze dvou slov. Canis je latinské označení pro psa a terapie má svůj původ v řečtině a znamená léčbu. (41)

Termín canisterapie je ovšem užíván velmi široce. Canisterapií je nazývána i taková interakce mezi klienty a psy, která nesplňuje základní pravidla léčby, neboť jí chybí stanovení cílů, dokumentace, hodnocení a účast odborného pracovníka. Tyto nedostatky ztěžují uznání canisterapie jako léčebné metody. (41)

Podle Galajdové (1999) se přesto název canisterapie vžil jako pojmenování způsobu terapie využívající pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšlen přesně podle definice WHO jako stav psychické, fyzické a sociální pohody. Jedná se o speciální typ léčby, při níž je efektivně využívána etologie (chování) a fyziologie (vlastnosti, teplota, velikost, tvar, pohyb těla) psa. (32, 34, 41)

Z. Nerandžič považuje za základní princip léčebného využití psa probuzení samoléčitelckých schopností člověka. k nim patří psychologické účinky antistresové, antidepresivní a aktivizace pozitivního myšlení v životě. (31)

Tichá tvrdí, že je canisterapie uplatňována především jako pomocná psychoterapeutická metoda v situacích, kdy jiné metody selhávají anebo je nelze použít. Jedná se například o navazování kontaktu s klienty, kteří obtížně komunikují nebo při práci s tělesně, mentálně, emocionálně či jinak postiženými. (24, 32, 41)

Canisterapie působí pozitivně na psychosociální zdraví všech pacientů bez ohledu na věk. Je přitom zcela nezbytné, aby mezi psem a psovodem vznikl velmi úzký vztah a spolupráce. Základním předpokladem je poslušnost ze strany psa a jasné respektování autority psovoda. Ze strany psovoda je velmi důležitá znalost psa a důvěra k němu. Pes musí nejen projít běžným výcvikem a vhodnou výchovou, ale prodělat též speciální přípravu a úspěšně složit zkoušku pro zařazení do canisterapeutického týmu. (26)

Významnou složkou léčivého působení psa je empatie, nepodmíněný respekt a láska, kterou dokáží zvířata projevit. Dotek s živým tvorem a nevědomé uspokojení těchto podvědomých potřeb napomáhá uvedení pacientů do žádoucího duševního rozpoložení. Další důležitou složkou je možnost pozorování a soustředění se na zvířata, což přináší rozptýlení a pomáhá odvádět pozornost od vlastní nemoci. Podle odborníků i zhoršující se zdravotní stav může být přítomností zvířete pozitivně ovlivněn, neboť vede k odhalení skrytých rezerv klienta i v nejtěžších situacích. (26)

3.2 Historické poznámky

Motivace pravěkého člověka k ochočení vlčích mláďat není známa, avšak je nesporné, že se pes stal brzy nepostradatelným spojencem lidí, jejich věrným společníkem i blízkým přítelem. Existuje pro to jasný důkaz. Na území severní Izraele byly nalezeny kosterní pozůstatky člověka i psa, které svědčily o společném pohřbívání. Paže člověka spočívala na krku psa a jeho ruka byla položena na jeho rameni. i po smrti byla zřejmá vazba, jež oba za života spojovala. (11)

Domestikace psa sahá do doby před více než 14 tisíci lety. Proběhla dříve než zdomácnění jakéhokoli jiného živočišného druhu. Předpokládá se, že se jednalo o ochočeného vlka zdržujícího se v blízkosti lidských sídlišť. Tam nejspíše nacházel dostatek potravy. V průběhu staletí a tisíciletí se postupně vlk vyvíjel. Měnil se křížením a šlechtěním v psa. Některé prvky chování, které byly přítomny u vlků, se během domestikace vytratily (např. některé prvky agresivity), jiné pozbyly svůj původní kontext. Například štěkání je užíváno ve více situacích. (31, 41)

Ze společného soužití pramenily pro člověka i psa oboustranné výhody. Pes byl lidem nápomocen při lovu a rozdělování kořisti. Stal se hospodářským zvířetem, které tahá náklady, hlídá, ochraňuje a je pro ně i rovnocenným partnerem. Na oplátku mu člověk poskytoval potravu a chránil jej před silnějšími nepřáteli. (41)

Postupem času začala stoupat závislost psa na člověku a došlo k jeho začlenění do běžného života v lidské společnosti. (31)

Historické prameny dokládají, že už v 9. století bylo belgickém v Gheelu využíváno psů jako doplňkové terapie u zdravotně postižených. Psíci se přikládali na postižená místa nemocných. Věřilo se, že jim takto bude vyléčen revmatismus. Tato metoda se stala oblíbeným způsobem terapie zejména na hradech ve středověku. (8, 23)

V Napoleonově armádě už byl psům svěřen humánní úkol. Pomáhali vyhledávat raněné vojáky, aby jim mohla být poskytnuta zdravotnická pomoc. Jejich záslužné činy můžeme chápat jako předzvěst dnešního psa – záchranáře. (11)

V anglickém Yorku v 18. století byl pes nasazen k léčbě duševně nemocných. Mniši, kteří se starali o chorobomyslné, mu přikládali stejnou důležitost jako modlitbám. (31)

Jedním z psychiatrů, kteří se v 60. letech 20. století zabývali léčebným využitím psů byl Boris Levinson. Opíral se přitom o poznatky získané při rehabilitaci válečných veteránů a zdokumentované již roku 1942 a aplikoval je na práci s dětskými pacienty, trpícími zejména emocionálními poruchami. Na počátku jeho bádání byla ovšem náhoda. Chlapec, který obtížně navazoval sociální vztahy, se v ordinaci neplánovaně setkal s Levinsonovým psem a k údivu samotného psychiatra s ním začal komunikovat. Zábrany, kterými trpěl ve vztahu k lidem, se ve vztahu ke zvířeti neprojevíly. To bylo pro Levinsona podmětem k výzkumu, na jehož základě vytvořil a v roce 1982 publikoval zásady a metodiku tehdejší canisterapie. (11, 31, 33)

V současnosti se ve Spojených státech psí terapii běžně využívají v domovech důchodců, věznicích, školách, léčebnách apod. (31)

Historie canisterapie v Čechách je poměrně mladá. Na počátku devadesátých let 20. století se využívala pouze ojedinele například v brněnském Ústavu sociální péče Kocinánka nebo při léčbě duševně nemocných na přelomu 80. a 90. let v Psychiatrické léčebně v Praze Bohnicích.(31)

Vznik občanských zájmových sdružení v naší zemi byl postupný. Vyvrcholil vytvořením zastřešující České canisterapeutické asociace založené v roce 2003. V současné době stojí v jejím čele PhDr. Jiřina Lacinová. V roce 1997 se uskutečnil první pokus o vytvoření celostátní organizace nesoucí název Canisterapeutická

společnost. Bohužel tato snaha nebyla korunována úspěchem. Společnost záhy zanikla. (31)

3.3 Metody canisterapie

S postupnou profesionalizací canisterapie se v 80. letech 20. století začaly rozlišovat dvě metody, jimiž byly aktivity za asistence zvířat a terapie za pomoci zvířat. Později k nim přibýlo také vzdělávání za pomoci zvířat a krizová intervence za pomoci zvířat. (24)

3.3.1 *Animal Assisted Activities (AAA)*

Aktivity za asistence zvířat se zpravidla uskutečňují v zařízeních formou návštěv, které realizuje proškolený pracovník se speciálně vybraným zvířetem. Jejich náplní jsou výchovné, odpočinkové, motivační nebo terapeutické činnosti s cílem zlepšit kvalitu života klienta. Výsledky AAA nejsou měřitelné. Mohou být vyjádřeny pouze v pocitech radosti, štěstí, spokojenosti apod. (7, 11, 23)

Metody AAA se dělí na pasivní a interaktivní, přičemž kritériem tohoto dělení je způsob uplatnění zvířete. (24)

3.3.1.1 *Pasivní AAA*

V prvním případě, tedy při AAA pasivní, uplatňuje zvíře vliv na klienty pouze svojí přítomností v jejich prostředí. (24, 43)

Jedná se např. o umístění klece s ptáčky či terária s morčaty v místnosti, kde se klienti scházejí k nějaké činnosti, zábavě, stravování apod. Zvířata sice nevykazují ve vztahu ke klientům žádnou aktivitu, ale navozují pohodové klima a přispívají k zlepšení psychického stavu klientů. (11)

3.3.1.2 Interaktivní AAA

Ve druhém případě, při interaktivní AAA, se klienti dostávají do přímého kontaktu se zvířaty tím, že o ně pečují, komunikují s nimi, vnímají je mnohdy jako své přátele. Zvířata na ně zpětně reagují, tím se posiluje jejich vzájemná vazba a klienti pociťují potřebu pokračovat ve svých aktivitách. Jejich psychika je ve srovnání s AAA pasivní ještě více stimulována, což se pozitivně promítá do jejich celého života. (11)

Interaktivní AAA se dále dělí na rezidentní a návštěvní typ.

Při rezidentním typu je zvíře nastálo umístěno v instituci, což ovšem vyžaduje určité podmínky, jejichž splnění někdy bývá obtížnější. Znamená to např. zajistit pro zvíře vhodný prostor a veterinární péči, nepřipustit, aby byly porušovány hygienické předpisy atd. (11, 23)

Při návštěvním typu AAA dochází odborník se svým zvířetem do zařízení v dohodnutých termínech . Takovéto návštěvy jsou většinou vnímány jako příjemné zpestření života v daném zařízení a představují událost, na kterou se klienti těší. Tím se efekt působení této metody ještě umocňuje. Na rozdíl od rezidentního typu je při typu návštěvního často využíván pes, který by se naopak pro rezidentní typ nehodil vzhledem ke své potřebě pravidelného režimu a úzkého vztahu s jedním pánem. (11, 23, 24)

3.3.2 Animal Assisted Therapy (AAT)

Terapii pomocí zvířat provádí speciálně vyškolený profesionál. Jedná se o cílené zásahy, jimž se může buď posílit žádoucí nebo utlumit nežádoucí chování klienta. (11, 24)

Cílem AAT je zlepšení somatických, kognitivních, emocionálních a sociálních funkcí jedince. Tato metoda se dá uplatňovat například při nácviku dovedností jako je mluvení nebo chůze, přičemž výsledky AAT lze měřit a objektivně pozorovat. (11, 23)

Významnou osobností, která se věnovala terapii pomocí zvířat při dlouhodobé péči o seniory s psychobehaviorálními problémy, byla N. Fossier-Varneyová. Ta použila u pacientů s diagnózami Alzheimerova nemoc, intolerance v chování, permanentní psychomotorické rozrušení, automutilace, agresivita, trvalý křik a hemiplegie jako návštěvní zvíře zlatého retrívra. Se svými klienty pracovala jednou týdně po 45 minut a po 6 až 8 týdnech byly zaznamenány první náznaky jejich reakce. Postupně docházelo hlavně ke zlepšení komunikace s okolím, odstranění sebepoškozujících úmyslů, zvýšení pocitu bezpečí, zklidnění, snížení tendence ke stresovým stavům a důsledkem toho i k možnosti snížení medikace. (29)

Dále se N. Fossier-Varneyová zabývala zkušenostmi pečovatелů s návštěvním psem v ústavu pro geriatrické dementní pacienty. Pes vyvolával kladnou odezvu u pečovatелů, kteří se každodenně starali o nemocné v institucích tohoto typu a jejichž práce byla velmi vyčerpávající. Pes zvýšil zájem o nové možnosti přístupu ke klientům. Působil jako významný zklidňující faktor, vyvolal uvědomění si důležitosti a možnosti nonverbální komunikace s nemocnými. Respondenti udávali obecně větší pocit radosti a spokojení ze své práce, jež začali sami lépe hodnotit po předchozích příznacích syndromu vyhoření. (29)

3.3.3 Animal Assisted Education (AAE)

Mezi základní pojmy, které se užívají v zahraničí v oblasti canisterapie, bezesporu patří výuka s přispěním zvířat. Edukační činnost je zaměřena především na zvýšení mentální výkonnosti a sociálních dovedností klientů. Realizace této činnosti předpokládá spolupráci canisterapeutického týmu s týmem pedagogickým a společné vymezení cílů, jež jsou stanoveny buď pro skupinu studentů nebo individuálně pro jedince se speciálními vzdělávacími potřebami, danými např. specifickými poruchami učení. Hlavním cílem pro všechny zúčastněné je vzbuzení, event. zvýšení motivace k učení a k osobnostnímu rozvoji. (41, 43)

3.3.4 Animal Assisted Crisis Response (AACR)

Termínem animal assisted crisis response se označuje krizová intervence za asistenta zvířete, zejména psa. Využívá se přirozeného kontaktu zvířete a člověka, jenž se ocitl v krizovém prostředí. Zaměření AACR je na zlepšení duševního a fyzického stavu jedince. (5, 41, 43)

3.3.5 Polohování

Jednou z metod canisterapie je polohování. Spočívá v těsné interakci mezi psem a klientem. Vlivem tělesného tepla psa, které je o jeden stupeň Celsia vyšší než tělesná teplota člověka, postupně dochází k prohřátí a uvolnění svalů klientů, což navozuje i uvolnění psychické, spojené s příjemnými pocity klidu a pohody. Spolu s tím se příznivě ovlivňují některé fyziologické funkce. Bylo zjištěno např. zmírnění salivace, zvýšení citlivosti, prohloubení dýchání synchronizací se psem apod. (41)

3.4 Formy canisterapie

3.4.1 Individuální canisterapie

Individuální forma canisterapie je zaměřena zejména na přímou práci canisterapeutického týmu s jedním klientem a na jeho rozvoj. Její výhodou spočívá v přizpůsobení se programu a v cíleném působení podle individuálních potřeb klienta. Je umožněn intenzivnější kontakt se psem a dochází k minimalizování vnějších rušivých vlivů. (5, 41)

3.4.2 Skupinová canisterapie

U canisterapie skupinové je řízena vzájemná interakce klientů se psy zpravidla jednou osobou. Je důležité, aby byl zvolen vhodný poměr klientů a psů a při programu

bylo pamatováno na všechny klienty a jejich zapojení do aktivit a kontaktu se psem. (5, 41)

3.4.3 Návštěvní program

Návštěvní program se stal jednou z nejrozšířenějších forem canisterapie v České republice. Probíhá nejčastěji v ústavních nebo školních zařízeních v pravidelných intervalech a na předem dohodnutém místě. Návštěvy se zpravidla uskutečňují jednou za týden nebo 14 dnů, aby nedocházelo k přetěžování psa. Je dobré, pokud do instituce dochází více canisterapeutických týmů, které se mohou např. v případě onemocnění psa nebo psovoda zastoupit. Z toho vyplývá i další výhoda, a to možnost výběru psa podle klientovy preference nebo sympatií. Někomu vyhovuje spíše temperamentnější pes, jiný ocení více plemeno klidné povahy. Pes může být dále volen podle velikosti, vzhledu, barvy srsti nebo jiných kritérií. (4, 41)

3.4.4 Rezidentní program

Rezidentním programem se rozumí převzetí psa natrvalo klientem, ať už v zařízení nebo jednotlivcem, který si přeje provozovat canisterapeutickou činnost. Takové zvíře se může nebo nemusí stát majetkem tohoto klienta či instituce. (41)

Mezi zařízeními, která mají s rezidentním programem zkušenost, byť jen s minimálním efektem, je i Prácheňské sanatorium, provoz Loucký Mlýn (Alzheimercentrum). Pracovníci centra se ujali psa Emilky z útulku a poskytli svým klientům příležitost navázat s pejskem kontakt. Ukázalo se, že určitý zájem v tomto směru projevují klienti s lehčí formou demence, kteří občas Emilku alespoň pohladí, zatímco ostatní potřebu sblížit se s ní nemají, v podstatě ji ignorují.

Proti prvotnímu záměru, tedy obohatit prostřednictvím Emilky život klientů, se nakonec ukázalo, že obohacení Emilka přinesla ve větší míře samotnému personálu. Pro pracovníky centra se stala blízkým a milovaným tvorem, odlehčující jim jejich náročnou práci. V širším slova smyslu se dá i konstatovat, že na klienty má přítomnost

Emilkou příznivý vliv nepřímo, neboť dobrá pohoda personálu, Emilkou navozená, se na klienty bezpochyby přenáší (osobní komunikace s vrchní sestrou Prácheňského sanatoria Mgr. Hanou Mikulkovou, 23. 4. 2010).

3.4.5 Pobytový program

Jde o jednorázový nebo pravidelný pobyt klientů v prostředí, kde je provozována canisterapie nebo může být pobyt na canisterapii přímo zaměřený. Jedná se zejména o tábory, pobyty na ekofarmách nebo v jiných sídlech společností, které nabízejí canisterapeutické služby. (5)

3.4.6 Canisterapeutické a kynologické akce

Těmito akcemi se míní jednorázové aktivity, opakované návštěvy v dlouhých např. půlročních intervalech nebo cyklus několika setkání bez dlouhodobější návaznosti, určené pro širokou veřejnost nebo naopak pro uzavřený okruh klientů. Canisterapeutický tým se může podílet na veřejných seminářích nebo přednáškách o canisterapii se zapojením zájemců z řad diváků, Škála těchto aktivit je velmi široká a plní nejrůznější funkce, ale metody a podmínky pro jejich provozování se ve skutečnosti neliší od pravidelných canisterapeutických činností. (5, 41)

3.4.7 Kombinované aktivity

Tyto činnosti se využívají pro zpestření náplně nebo pro efektivnější účinek canisterapie a je možné je kombinovat s dalšími formami zooterapie (hiporehabilitací, felinoterapií atd.), ale také s aromaterapií, arterterapií nebo muzikoterapií. Canisterapeut spolupracuje s dalšími osobami s odpovídajícím odborným vzděláním a zkušenostmi s ostatními formami terapie. (5)

3.5 Canisterapie a geriatrie

Velmi důležitým oborem, kde se canisterapie využívá, je geriatrie. Zvířata totiž mohou starým a často opuštěným lidem nabídnout hodnoty, jichž se jim mnohdy v životě nedostává. Patří k nim především láska, přátelství, pocit vzájemné potřeby a vzájemného respektování. Zatímco dříve byly zdrojem těchto hodnot mezilidské vztahy, ve stáří jsou to právě vztahy se zvířaty, nahrazující blízké osoby. Zvířecí „přítel“ (často pes) je vždy připraven uspokojit pánovu potřebu pomazlit se, vypovídat se z různých starostí a trápení, podělit se o drobné radosti. Dodává mu pocit jistoty a bezpečí. Na druhé straně tím, že vyžaduje sám pravidelnou péči, udržuje svého pána v aktivitě a podněcuje jej nepřímo ke komunikaci s jeho okolím, například v souvislosti s obstaráváním krmiva, zajištěním veterinární péče apod. Člověk je tak motivován překonávat sám sebe, aby jeho svěřenec nestrádal. o výběru vhodného zvířete rozhodují specifika dané druhem a závažností onemocnění, věkem klienta, prostředím, ve kterém bude soužití psa a klienta probíhat apod. (3)

4 CÍL PRÁCE

Cílem práce je zjistit aktivizační využití psů v rámci péče o seniory s demencí se zaměřením na uplatnění canisterapie v ošetrovatelské péči u osob s demencí.

5 METODIKA

Při zpracování bakalářské práce jsem využila metodu kvalitativního výzkumu. Od září roku 2009 do června roku 2010 jsem prováděla výzkumné šetření v Domově pro seniory Hluboká nad Vltavou. V tomto zařízení byla canisterapie poskytována dobrovolníkem otestovaným canisterapeutickým týmem o. s. Hafík, a to pravidelně každý týden ve středu formou skupinovou a individuální. Jako stěžejní metodu jsem zvolila případovou studii, přičemž jsem data získávala metodou dotazování (technikou polostrukturovaného rozhovoru), a to s klienty a všeobecnými sestrami, dále metodou zúčastněného pozorování a metodou analýzy dokumentů (technikou obsahové analýzy dat), a to především ze zdravotnické dokumentace klientů. Doplňující metodou je fotodokumentace.

Výzkumné otázky:

1. Lze canisterapii aktivně využít v rámci kognitivní rehabilitace?
2. Lze u seniorů s demencí uplatnit na bázi canisterapie metodu reminiscence?
3. Může přispět canisterapie ke zdokonalení sociálních dovedností, k nimž patří sebek péče a komunikace?
4. Může se aktivizací osoby s demencí snížit výskyt (pod)večerních stavů zmatenosti a potulky?
5. Dá se u seniorů s demencí využít canisterapie jako aktivizační a motivační prostředek sloužící ke zlepšení jejich hybnosti a zvýšení výkonnosti?
6. Jaký je přínos canisterapie pro ošetrovatelskou péči o seniory s demencí z pohledu všeobecných sester?

5.1 Charakteristika výzkumného souboru

Základní soubor tvoří obyvatelé domova pro seniory, u nichž je diagnostikována demence a kteří souhlasili s návštěvami canisterapeutického týmu. Jedná se o tři ženy a jednoho muže.

6 VÝSLEDKY

Praktická část bakalářské práce se skládá ze dvou fází. Z fáze přípravné a z vlastního výzkumného šetření.

V rámci přípravy jsem oslovila odborníky z různých oblastí, abych získala co nejkomplexnější pohled na jedince s demencí a na možnosti práce s nimi. Absolvovala jsem brněnskou konferenci na téma zvláštnosti ošetrovatelské péče o seniory s poruchou paměti a demencí, navštívila jsem Alzheimercentrum Prácheňské sanatorium provoz Loucký Mlýn a požádala jsem o spolupráci neurologa, psychiatra, všeobecné sestry, klinické psychology a canisterapeuty z canisterapeutického sdružení Hafík a z psychiatrických léčeben v Havlíčkově Brodu, Kroměříži atd. Kromě cenných informací teoretického charakteru mi bylo předáno i mnoho vlastních zkušeností přímo z praxe. Zajímala jsem se především o možnosti aktivizace seniorů a o uplatnění nefarmakologické léčby, kterou jsem se snažila následně aplikovat při práci se svými klienty. Teprve po shromáždění dostatečného množství dat jsem mohla sestavit svůj plán vlastního výzkumu.

6.1 Průběh canisterapie u osob s demencí v Domově pro seniory Hluboká nad Vltavou

Canisterapeutická návštěva v Domově pro seniory Hluboká nad Vltavou probíhá pravidelně vždy každou středu od 9 do 10 hodin ráno. Záměrně byl pro aplikaci canisterapie pevně stanoven jeden den v týdnu vždy ve stejný čas, je obzvláště přínosné pro osoby v rozvinuté fázi demence. Tito jedinci mají prospěch z určité pravidelnosti denního režimu. (19)

Počet seniorů, kteří se účastní jedné canisterapeutické návštěvy, je nejčastěji dvanáct. Zprvu byl počet účastníků vyšší a senioři byli „promícháni“. Canisterapii byli přítomni jak obyvatelé domova s demencí, tak i senioři relativně zdraví. Poté, co byl domov posílen o jednu sociální pracovníci, se skupina mohla rozdělit na dvě menší. První skupinu tvořili senioři se závažnějším postižením kognitivních funkcí, druhou,

senioři, u nichž bylo postižení mírnější a jejichž funkce bylo možno hodnotit jako uspokojivé. Canisterapie probíhá v prostorách tělocvičny, která je pro účely canisterapie plně vyhovující. Výhodou je, že je v místnosti dostatek světla a místa. Před začátkem samotné canisterapie se tělocvična vždy vyvětrá, aby tam bylo klientům příjemně. Dále se umístí židle do kruhu. Každý klient má to „své“ místo, kam usedá.

Canisterapii bývá přítomna také ergoterapeutka. Po přivítání s pejsky je dobrovolnice Veronika z canisterapeutického týmu Hafík představí. Řekne, jak se jmenují, jejich stáří, rasu a krátce povypráví příhody s nimi, které se za uplynulý týden staly nebo co je teprve čeká (stříhání, soutěž apod.). Následuje diskuze o pejscích a jejich chovu, kognitivní trénink výhradně zaměřený na procvičení staropaměti, cvičení ovlivňující jemnou a hrubou motoriku (předcvičování a činnosti za asistence psa – hlazení, schovávání pamlsků do ruky, házení míčků...), nácvik sociálních dovedností, včetně sebeobsluhy (nalévání vody do misky, česání psa), zlepšování komunikace prostřednictvím canisterapie (např. dávání pudlíka na klín, což motivuje ke slovní reakci). Závěrem je rozloučení s pejsky.

6.2 Případové studie

6.2.1 Klientka č. 1

Paní Vlasta

Ročník: 1924

Osobní anamnéza:

Demence

Parkinsonský syndrom

Stav po operaci žlučníku

Hypotenze

ICHS – ischemická choroba srdeční

TIA - tranzitorní ischemická ataka

CMP – cévní mozková příhoda

Klientka byla dříve sledována na psychiatrii pro poruchy chování s bludy. V poslední době má sluchové a vizuální halucinace

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 78 letech a matka se dožila 92 let. Dcera klientky neví o žádné rodinné zátěži.

Sociální anamnéza:

Klientka je vdova, má jednoho bratra, jednu sestru a dvě dcery. Jedna dcera je léčena pro carcinom prsu. Pracovala jako dělnice v Chiravě Brno. Žila s manželem v bytě. Nyní je klientkou DD Hluboká nad Vltavou.

Rizikové faktory:

Je nekuřačka a abstinentka.

GERIATRICKÁ ORDINACE - PORADNA PRO PORUCHY PAMĚTI:

(Dr. Reban, geriatr)

Klientka má v anamnéze halucinatorní syndrom, pro který již léčena ve svém dřívějším bydlišti na Moravě. V současné době ubytována v dvoulůžkovém pokoji s další pacientkou. Má občasné pády. Bloudí až utíká z instituce. Rodina souhlasila s omezením pohybu a s uzamykáním dveří. Vyžaduje téměř celodenní dohled a pomoc při všech základních úkonech. MMSE s hodnotou 9 je na hranici těžké demence. Chybí jí náhled, rozpoznání základních vztahů a posouzení nebezpečí. Parkinsonův syndrom jí omezuje v pohybu. Hodnota Clintonova testu soběstačnosti je značně vysoké skóre 20.

MMSE: skóre 9 (těžký stupeň demence).

(orientace – 1b, paměť – 3b, pozornost – 1b, vyšší kognitivní funkce – 4b)

BARTHELUV TEST:

| Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre* | |
|----------------|---------------------------------|--------------------------|-----------|
| 1. | Příjem potravy a tekutin | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 2. | Oblékání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 3. | Koupání | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 4. | Osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 5. | Kontinence moči | plně inkontinentní | 10 |
| | | občas inkontinentní | 5 |
| | | trvale inkontinentní | 0 |
| 6. | Kontinence stolice | plně inkontinentní | 10 |
| | | občas inkontinentní | 5 |
| | | trvale inkontinentní | 0 |
| 7. | Použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 8. | Přesun lůžko – židle | samostatně bez pomoci | 15 |
| | | s malou pomocí | 10 |
| | | vydrží sedět | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 9. | Chůze po rovině | samostatně nad 50 m | 15 |

| | | | |
|---------------|--------------------------|-----------------------|-----------|
| | | s pomocí 50 m | 10 |
| | | na vozíku 50 m | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 10. | Chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| Celkem | | | 50 |

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 **45 – 60 bodů závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

Kognitivní trénink

Od ošetrovatelského personálu jsem získala následující informaci: Klientka si hodinu po obědě nepamatuje, co obědvala. Neví ani, že jedla. Nové zážitky zapomíná okamžitě, staré si vybaví jen občas. Na přímé otázky odpovídá v klidu a celkem věrohodně. Člověk, který ji nezná, by ani nepoznal, že si vymýšlí. Paní Vlasta není orientovaná ani časem, ani místem. Neví, jaký je právě rok. Občas si vzpomene, že bydlí v současné době na Hluboké a že má dceru. Ošetřující personál, který se o ní každodenně stará, jsou pro ni cizí lidé. Nepoznává nás.

Po konzultaci s ošetřujícím lékařem paní Vlasty MUDr. Janem Rebanem jsem u této klientky upustila od kognitivního tréninku, neboť by v tomto případě neměl smysl.

Reminiscence

Všeobecné sestry mě informovaly: „Klientka si na mnoho věcí ze své minulosti nevzpomíná. Občas si vzpomene, že má dceru, ale to je tak všechno“.

Ani aplikace metody reminiscence zde nebyla vhodná.

Sociální dovednosti (sebeobsluha, komunikace)

Všeobecné sestry mi sdělily: „Klientka se nají sama, jen se jí musí dát talíř přímo před ní a je zapotřebí ji upozornit, že tu má snídani, oběd nebo večeři. Sní obvykle celou porci, jen jí to déle trvá. Napije se také sama, tekutiny je jí nutné ale aktivně nabízet a čaj se jí musí nalít do hrnku. Sama se i oblékne, jen je třeba ji šaty připravit, musí se na ni dohlédnout a dát jí oblečení v tom pořadí, v jakém si ho má vzít na sebe (nejdřív košilka, pak tričko..). Co se týká komunikace, tak je obyvatelka velmi hovorná. Mluví krásným nářečím. Většinou se s ní dá domluvit bez potíží“.

U klientky byla snaha uchovat schopnosti sebeobslužných úkonů (i s asistencí) co nejdéle, proto jsem s ní trénovala nácvik těchto aktivit. Dávala jsem jí do ruky různé typy hřebenů a kartáčů s prosbou, aby učesala některého z pejsků ve vertikálním i horizontálním směru atd. Bylo velmi obtížné udržet její pozornost. Téměř nepřetržitě pronášela komentáře, slovně reagovala na jakoukoliv činnost ostatních klientů („...mně jede huba jako namaštěná a ty pořád spíš. s tebou už nikdo nic nespraví. Nedá se svítit...“ apod.). Pokyny stimulující požadované aktivity se jí musely soustavně opakovat, pak ale učinila, oč jsem ji požádala (např. 2 minuty česala pejska, pak přestala a když byla vyzvána, aby pokračovala, zpočátku odmítla: „Však to by už stačilo, už je to fešák.“, když jsem jí ale řekla, že by pejsek mohl být ještě hezčí, kdyby byl víc učesaný a že ona češe moc pěkně, v činnosti pokračovala. Za další 1-2 minuty od ní následovalo úplně stejné hodnocení : „To už by stačilo“ a opět po sdělení, že pejsek potřebuje být „ještě větší fešák“, se dala do dalšího česání. Působila dojmem, že je v ní spousta „nevybité energie“, která potřebuje být vhodným způsobem uvolňována.

Paní Vlasta také dokázala s pomocí otevřít dózu se šroubovacím víkem a vyjmout z ní piškoty, která pak nabízela Harrykovi a Beníkovi. Považovala za

zábavné, že se na ni pejskové upřeně dívají a očima „žadoní“ o laskominu. Zamlouvala se jí také pozornost, která jí byla věnována.

S asistencí taktéž dokázala tato klientka nalít vodu z plastové lahve do misky pro psy, tu pak umístit na zem, na požádání zavolala na jednoho z pejsků a pobídla ho k pití. Bylo jen nutné připomenout jí jméno pejska, kterého si zvolila. Napamatovala si ho. Záměrem nebylo, aby si zapamatovala jméno psa (což pro ni, vzhledem k postižení novopaměti, nebylo zřejmě možné), ale aby komunikovala a pocvičila se v sebeobslužné činnosti a měla z jejího provedení radost. Aby se pro ni stalo zábavné a nechápala ho jako donucování.

Výskyt (pod)večerních stavů zmatenosti a potulky

Všeobecné sestry uvedly: „Obyvatelka musí být pod stálou kontrolou ošetřovatelského personálu. Bývá zmatená, například si obleče 2-3 svetry nebo 2-3 kalhoty, dojde se vymočít na balkón apod. V noci mívá občas stavy zmatenosti. Bloumá po pokoji, vyndává věci z šuplíku nočního stolku a má tendence odcházet z domova“.

Klientku jsem se pokoušela v rámci canisterapie přes den aktivizovat v co největší míře, zajistit jí dostatečné množství vhodných stimulů a snížit tím výskyt (pod)večerních stavů zmatenosti a potulky. Paní Vlastě jsem nabízela široké spektrum nejrůznějších aktivit, které mohla provádět s pejsky. Pudla Beníka jsem s dobrovolnicí Veronikou pokládala na její klín, čímž byla tato seniorka motivována k pohybu. Pejska si hladila, drbala ho za ušima, mluvila na něj. Dále schovávala na svém těle piškoty (pod pantoflem, pod tepláky apod.) a nechala pejska, aby laskominu našel. Těšilo ji, když pejsek hledá a činí mu trochu potíže než piškot najde. Někdy i pejskovi „napovídala“. Když byla laskomina objevena, setkalo se to u klientky s kladným ohlasem. Paní Vlasy se smála a dlouze pejska chválila, že je šikovný.

Veronika této obyvatelce vykládala, jaké granule chutnají Harrymu a Beníkovi nejvíce, že mají rádi rohlíky, které historicky s nimi zažila. Toto jí podněcovalo také k psychické aktivizaci. Občas na příhody adekvátně reagovala. Někdy se i podařilo, že když jí byl položen dotaz (např.: „Také Vám paní Vlastičko chutnají rohlíky?“), přiléhavě na něj odpověděla.

Hybnost, výkonnost

Od ošetrovatelského personálu jsem se dozvěděla: „Klientka je velmi zdatná. Chodí velmi dobře. Občas si dojde sama i na WC (jinak má pleny). Když ji navštíví její dcera, brává ji na procházky“.

S klientkou byla zejména procvičována hybnost a úchopové funkce ruky. Paní Vlasta házela s míčem. Velký míč házela ostatním klientům, tím byla druhotně uspokojována i potřeba sociálního kontaktu. Obyvatelka domova si při házení se svými sousedy v kruhu povídala. Říkala například: „Komu mám hodit? Neurazím nikoho? Koho mám zastřelit?“ (myšleno zřejmě „vybíjení“ při míčové hře vybíjená). Tenisovým míčkem házela aport pejskům. Vyjadřovala uspokojení, když jí byl zvláště Harrykem míček přinesen zpět. Dále klientka česala pejsky, nalévala jim vodu a otvírala dózu s piškoty. Nasazování vodítka a zapínání obojku pro ni byly úkony těžko zvladatelné, proto jsme od jejich provádění upustily.

Při canisterapii byl vytvořen asi 15minutový blok, který sloužil k odpočínutí pejsků. Během té doby jsem s Veronikou předváděly různé cviky od kývání hlavy po nesouhlasné zavrtění hlavou, otáčení trupem, vytahování rukou do výšky, předklony, střídavé zvedání nohou, zvedání obou nohou současně, napodobování klapání zobáku čápů atd. Když byla opakovaně paní Vlasta nabádána ke cvičení, byla ochotna vyhovět a cvičila pak snaživě. Někdy bylo ovšem nutné jít k ní, vést ji ruku, aby věděla, jakým způsobem má cviky provést. Po tomto čtvrt hodinovém bloku zase následoval blok, v němž bylo opět využito pejsků.

6.2.2 Klientka č. 2

Paní Vlastimila

Ročník: 1928

Osobní anamnéza:

Demence

Stp. gynekologické operaci

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 60 letech, matka v 70 letech. Příčina je neznámá.

Sociální anamnéza:

Klientka je vdova. Má jednoho sourozence, jednoho syna a jednu dceru. Je vyučená dámská krejčová. Bydlí v instituci, má spolubydlící.

Rizikové faktory:

Klientka je nekuřačka a abstinentka.

GERIATRICKÁ ORDINACE - PORADNA PRO PORUCHY PAMĚTI:

(Dr. Reban, geriatr)

Pacientka má dosti výrazné kognitivní potíže. Komunikace je téměř nemožná. Validnost informací je dubiosní. Od posledního vyšetření došlo k podstatnému zhoršení MMSE testu se skóre 5, což již vylučuje podávání kognitiv. Clintonův test soběstačnosti se skóre 25 je již známkou značné závislosti na pomoci a dohledu a oproti minulému vyšetření je velmi zhoršen.

MMSE: skóre 5 (těžký stupeň demence).

(orientace – 0b, paměť – 1b, pozornost – 0b, vyšší kognitivní funkce – 4b)

BARTHELUV TEST:

| Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre* | |
|---------|--------------------------|--------------------------|----|
| 1. | Příjem potravy a tekutin | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 2. | Oblékání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 3. | Koupání | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 4. | Osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 |

| | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------|-----------|
| | | neprovede | 0 |
| 5. | Kontinence moči | plně inkontinentní | 10 |
| | | občas inkontinentní | 5 |
| | | trvale inkontinentní | 0 |
| 6. | Kontinence stolice | plně inkontinentní | 10 |
| | | občas inkontinentní | 5 |
| | | trvale inkontinentní | 0 |
| 7. | Použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 8. | Přesun lůžko – židle | samostatně bez pomoci | 15 |
| | | s malou pomocí | 10 |
| | | vydrží sedět | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 9. | Chůze po rovině | samostatně nad 50 m | 15 |
| | | s pomocí 50 m | 10 |
| | | na vozíku 50 m | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 10. | Chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| Celkem | | | 10 |

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

Kognitivní trénink

Všeobecné sestry mi sdělily: „Klientka je na tom s pamětí hodně špatně. Neví ani, co měla k obědu. Nepamatuje si takřka nic.“

Po konzultaci s jejím praktickým lékařem MUDr. Janem Rebanem je kognitivní cvičení u ní už bezúčelné.

Reminiscence

Od ošetrovatelského personálu jsem se dozvěděla: „Paní V. si nepamatuje nic, ani nové, ani staré zážitky. Neví, zda je vdaná, kde bydlela, kde pracovala“.

Ani reminiscenční terapii není u této klientky použitelná.

Sociální dovednosti (sebeobsluha, komunikace)

Od sester jsem dostala informace: „Obyvatelka DD je v současné době velmi apatická, téměř nekomunikuje. Klientka není schopna odpovědět téměř na žádné otázky. Sedí pořád mlčky v křesle a nezapojuje se do žádné činnosti. Přes veškerou snahu ošetrovatelského personálu se nedaří stav změnit. Sebeobslužné úkony nezvládá ani samostatně, ani s asistencí. Musí být krmena, umyta atd.“

Paní Vlastimila vyžaduje velmi individuální přístup. u této obyvatelky domova je obzvláště důležitá trpělivost. Snaha pokoušet se u ní o jakékoliv aktivity s cílem být jen minimálního zvládnutí sebeobslužných činností (např. česání psů, nalévání vody pro pejsky do misky) se ukázala zbytečná, což se ovšem dalo očekávat. s paní Vlastimilou jsme např. držely hřeben spolu a „společným úsilím“ česaly pejska, společně jsme

taktéž nalévaly vodu do misky. Bylo ale znát, že už po 2-3 minutách je klientka unavená, vyčerpává jí to. Proto jsem od těchto činností upustila.

Něco jiného bylo polohování s pejskem se záměrem zlepšení komunikace. s Veronikou jsme paní Vlastimile dávaly do klína pudla Beníka (při skupinové canisterapii) nebo na hrudník (při individuální canisterapii, když byla v poloze vleže na lůžku ve svém pokoji). Klientka se nemusela nijak namáhat. Jediné, co na vyzvání nebo i spontánně činila bylo, že pejska objala. Držela na něm svoji ruku, přitom viditelně ožila. Na dotaz, jestli se jí líbí, mít takového „plyšového psíka“ na sobě, vyjádřila slovně libé pocity. Řekla: „Je mi to příjemné.“ Na otázky odpovídala v holých větách.

Výskyt (pod)večerních stavů zmatenosti a potulky

Není přítomno.

Hybnost, výkonnost

Sestry sdělily : „Klientka je fyzicky velmi slabá. s pomocí přejde do křesla“.

V podstatě jediný cvik, který klientka zvládla, bylo uchopení aportovacího míčku. Když ostatní klienti aportovali pejskům, jí jsem dávala do ruky místo obyčejného tenisového míčku masážní míček s bodlinkami, který jsem u ní jinak používala na zlepšení jemné motoriky. Byl ovšem nutný dohled nad cvičením a časté opakování pokynů „zmačkněte si míček...ted' s ním poválíme po noze, po předloktí“ a zároveň názorné předvedení. Jednalo se o snahu alespoň na minimální úrovni zachovat dosavadní schopnosti (udržet předmět - míček, vykonávat s ním pohyb atd.).

Když jsme paní Vlastimile posadily pejska v poloze vsedě do klína nebo v poloze v leže na hrudník, byla schopna ho alespoň obejmout. Tímto způsobem se klientka přece jen trochu aktivizovala.

6.2.3 Klientka č.3

Paní Marie

Ročník: 1921

Osobní anamnéza:

Alzheimerova demence - prefrontální sy.

Stp. zlomenině horního konce vřetenní kosti

Stp. zlomenině horního konce loketní kosti

Generalizovaná a neurčená ateroskleróza

Esenciální hypertenze, porušená glukózová tolerance

Rodinná anamnéza:

Anamnestická data nelze validně odebrat z důvodu kognitivní poruchy

Sociální anamnéza:

Klientka je 17 let vdovou. Manželství bylo bezdětné. Pracovala v dělnických profesích (v továrně a v zemědělství). Dříve bydlela s manželem v rodinném domku, pak ji kvůli stavbě silnice vystěhovali, poté bydlela v bytě. Nyní je klientkou DD Hluboká nad Vltavou.

Rizikové faktory:

Paní Marie je nekuřačka. Alkohol nepije. Neužívá drogy.

Psychiatrické vyšetření:

Pacientka v kontaktu živá, snaží se vtipkovat, nedovede odhadnout sociální situaci. Obsahem hovoru je sexuální téma. Pacientka je dementní středně těžce. Má narušenou staropaměť i novopaměť. selhává v početních úkonech, je neschopná abstrakce, orientace je osobou, osobními daty, časem s dopomocí, místem částečně. Je bez delirantních stavů. Snaha o konfabulaci je přítomna. Zatím z DD neutíká, je usměrnitelná v chování, zatím je únosná pro otevřené oddělení.

SPP: Je lucidní, orientovaná jen osobními daty, v kontakt ochotná. Odpovídá místy přiléhavě, jinak konfabulace. Řeč je ještě souvislá, demence středně těžká, zatím bez dopadu na chování, lehce nepřiměřená v oblastech chování – sexuální obsah,

myšlení bradypsychické, linie bazální je ještě zachována, obsahově chudé, bez bludů a halucinací. Spánek je nekvalitní, s poruchou usínání.

Závěr: Alzheimerova demence – prefrontální sy.

MUDr. Marcela Kalná

Psychiatr

MMSE: skóre 17 (mírný až střední stupeň demence).

(orientace – 4b, paměť – 1b, pozornost – 5b, vyšší kognitivní funkce – 7b)

BARTHELUV TEST:

| Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre* | |
|----------------|---------------------------------|--------------------------|-----------|
| 1. | Příjem potravy a tekutin | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 2. | Oblékání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 3. | Koupání | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 4. | Osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 5. | Kontinence moči | plně inkontinentní | 10 |
| | | občas inkontinentní | 5 |
| | | trvale inkontinentní | 0 |
| 6. | Kontinence stolice | plně inkontinentní | 10 |
| | | občas inkontinentní | 5 |
| | | trvale inkontinentní | 0 |

| | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------|-----------|
| 7. | Použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 8. | Přesun lůžko – židle | samostatně bez pomoci | 15 |
| | | s malou pomocí | 10 |
| | | vydrží sedět | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 9. | Chůze po rovině | samostatně nad 50 m | 15 |
| | | s pomocí 50 m | 10 |
| | | na vozíku 50 m | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 10. | Chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| Celkem | | | 80 |

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

INFORMACE ZÍSKANÉ OD RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKU:

(od neteře paní Marie)

Neteř paní Marie sděluje, že do doby před úrazem (v roce 2007) na tom byla klientka ještě velmi dobře, potom to šlo „dolů“. Snad měla užívat nějaké léky, ale neví jaké. Pak na ně zapomínala.

Kognitivní trénink

U paní Marie je postižena novopaměť i v určité míře staropaměť. Při canisterapii mě dokázala překvapit tím, že si vzpomněla např. na jméno jednoho z pejsků (Harryka), který je součástí canisterapeutického týmu, aniž by ten den jeho jméno slyšela. Většinou si ale nové události, jména, tváře nevybavuje.

Klientka je schopna bez problémů vyjmenovat dny v týdnu, měsíce, roční období. Už ale neví, jaký je aktuální den v týdnu, neví datum, kdy slaví svátek. Svoji neznalost zlehčuje. Působí dojmem, že si sice svou nevědomost uvědomuje, ale že ji netrápí nebo že ji přinejmenším bagatelizuje. Často se usmívá a jejím častým projevem jsou „žertovné“ grimasy.

Do her v rámci kognitivního tréninku se zapojuje ráda. Když se ptám postupně všech klientů, kteří sedí v kroužku, jestli znají nějakou rostlinu, která kvete na zahrádce nebo na louce, občas váhá s odpovědí. Budí dojem, že se jí „nechce přemýšlet“. Když někdo z jejich sousedů odpoví za ni, často pronese větu: „To jsem právě chtěla říct. Tys mi to vzal“. Zeptám-li se jí: „Paní Maruško, ale Vy určitě také nějakou květinu znáte. Jakoukoliv“. Je schopna odpovědi a dokonce uvede i rostlinu, která dosud nezazněla. Pak dává najevo, že je na sebe patřičně pyšná.

Určování dvojic (například Hamlet a Ofélie, Radúz a Mahulena, Kain a Ábel atd.) je pro ni už příliš obtížné. Stejně jako určování hlavním měst států (př. Belgie – Brusel, Bosna a Hercegovina – Sarajevo, Bulharsko – Sofie atd.). Klientka nezvládá přirovnávání k uvedeným přídavným jménům, případně slovesům (př. poslušný jako ovce, kluzký jako úhoř, věrný jako pes atd.). Většinou je schopna přiřadit k uvedenému slovu slovo opačného významu (př. teplý – studený, pomalý – rychlý, ostrý – tupý apod.).

Reminiscence

U paní Marie je podle informace ze zdravotnické dokumentace častým jevem konfabulace. Proto si informace, které mi sdělí, ověřuji u ošetrovatelského personálu a sociální pracovnice. Zajímá mě, jestli jsou data pravdivá.

Za paní Marií docházím s dobrovolnicí Veronikou a pejsky v rámci individuální canisterapie propojené s reminiscencí na její pokoj. Po příchodu necháváme tuto obyvatelku domova, aby se s Harrym a Beníkem přivítala, pohladila je. Každou svoji návštěvu paní Marii kladu tytéž základní otázky. Při dotazu, zda chovala dříve také nějakého pejska, většinou buď pouze přitaká (a pak jí dávám doplňující otázky) nebo mi sama od sebe bez vyznání řekla např.: „Žila jsem v Bukové u Nových Hradů. Bydleli jsme tam v baráku. Nejdřív jsme tam měli voříška....Zorka se jmenovala... To když jsem byla malá.... Jo, pejsci, to byli zlato“. Když se jí za týden znovu zeptala, jestli chovala v dětství pejska a jak se jmenoval, chvíli se rozmyšlela. Pak poprosila otázku zopakovat a nakonec řekla: „To se ví, že chovali...jmenoval se...krupice, jak on se jmenoval...fenečka to byla, Zorka. My jsme ji měli rádi a ona když mě viděla, tak přiběhla...Já jsem ji moc necvičila, spíš jsem se s ní jenom mazlila“.

Zajímala jsem se, jaké bylo dětství na Novohradsku. Paní Marie se rozpovídala: „Já měla staršího bratra Jendu. Chodili jsme spolu do měšťanky na Nové Hrady. Každý den hodinu a půl pěšky. To by dneska nebylo.“ Následně mi vyprávěla o životě na vesnici v tehdejší době: „Měli jsme menší hospodářství. Já musela pomáhat u sedláka. To víte, on si řekl: půjdeš na pole, žnout obilí, vyorávat brambory a za to nám zoral kousek našeho pole.“ Zeptala jsem se, co pěstovali za plodiny. Paní Marie mi řekla: „Hlavně brambory, dva šnorky hrachu a tu...ježinečku, jak se tomu říká...kapustu... Taky jsme chovali kravičku, ta měla telátko.“ Poznamenala jsem, že měla určitě těžký život a dotazovala jsem se, co jí tehdy těšilo.

Ona mi vykládala: „Nejraději jsem hrála divadlo, ochotnické, na vesnici v hospodě a tak. V sobotu jsme hráli a v neděli byla muzika. Ježinečku, jak já ráda tancovala (a pantomimicky naznačovala, jak tancuje). Muzikanti se objednali z Trhových Svinů nebo z Budějovic. Ale to tak bylo jenom v zimě, když se neobdělávalo pole. Přes týden se tenkrát pralo, čistil se nábytek...všecko...a v neděli bývaly tancovačky“. Vyptávala jsem se také na tradice a slavnosti, které se na vesnicích dříve slavily. Dozvěděla jsem se: „Býval masopust, pout', posvícení. Pekly se koláče, měly jsme nové šaty, obyčejné, ale nové. Na rukávech třeba i našitou mašličku, co vám tam švadlena dala, když jste si řekla..“

Klientka si vybavila spoustu podrobností ze své minulosti.

Sociální dovednosti (sebeobsluha, komunikace)

Od všeobecných sester jsem se dozvěděla, že u klientky je porucha sebepéče v oblasti úpravy zevnějšku a stravování. Klientka se nerada češe, pokud se má učesat sama, „párkrát projede hřebenem vlasy, aby se neřeklo“. Při stravování je taktéž nutná dopomoc sester (nakrájení jídla, nalití vody do skleničky atd.).

Na dotaz, jaká je s klientkou komunikace, mi sestry sdělily: „Obyvatelka má svůj svět, většinou má velmi dobrou náladu, směje se a s oblibou prohlašuje, že je jí 19 let. Nelze určit, zda si dělá legraci nebo tomu skutečně věří. Pokud se jí něco nelíbí (například se svítí, když chce mít tmou), dokáže se hodně rozčlít, změní výraz obličeje a rozzlobeně vykřikuje, až sprostě, dokud není po jejím“.

Při canisterapii byla snaha reedukovat u klientky sebeobslužné činnosti. Paní Marii jsem s dobrovolnicí Veronikou dávala do ruky hřeben s prosbou, aby nám učesala Beníka nebo Harryho a humorně jsme ji vysvětlovaly, proč pejskové potřebují, aby jim to slušelo. Zpočátku byla paní Marie neochotná. Poukazovala na to, že měla zlomeniny kostí předloktí (dávného data, zhojené) a že ruka není ještě „v pořádku“. Úkon, o který jsme ji žádaly, s úsměvem odmítala. To jsme respektovaly. Po několika návštěvách a bližším poznání pejsků se už ale nechala snadno „přemluvit“ a nyní už češe hlavně chundelatého Beníka hned po vyzvání.

V rámci nácviku sebeobslužných úkonů jsme paní Marii dávaly nalít z plastové lahve vodu do misky pro pejsky. Zprvu nás klientka odkazovala na jiné obyvatele: „Ať pejskovi dá vodičku někdo jiný“, po několika canisterapeutických návštěvách byla svolná k tomu, že vodu z lahve nalije sama, což učinila.

Při aktivizování během canisterapie byla klientka v dobrém psychickém rozpoložení. Byla hovorná a při činnostech bavila svými vtipnými komentáři ostatní obyvatele domova. Komunikace s ní byla bezproblémová.

Výskyt (pod)večerních stavů zmatenosti a potulky

Není u paní Marie přítomno.

Hybnost, výkonnost

Klientka chodí za pomoci hole. Měla fraktury vřetenní a loketní kosti (dávného data, zhojené). u obyvatelky jsme procvičovaly při canisterapii jemnou i hrubou motoriku. Paní Marie otvírala dózu z plastu se šroubovacím víkem, vyndávala z ní vždy po jednom piškotu, který pokládala na dlaň, ruku poté sevřela pevně v pěst a při nalezení laskominy pejskem ji zase otvírala. Dále házela aport nebo se míčkem střefovala do koše umístěném v prostředku kruhu. Když míček dopadl mimo koš, pejsek ho přinesl, za což si vysloužil pohlazení. s oporou klientka chodila za doprovodu pejska, který kráčel vedle ní.

6.2.4 Klient č. 4

Pan Karel

Ročník: 1917

Osobní anamnéza:

Demence smíšená s převahou vaskulární složky

Cévní mozková příhoda

TIA – tranzitorní ischemická ataka

Hypertenze

IM – infarkt myokardu

Rodinná anamnéza:

Nelze zjistit

Sociální anamnéza:

Pan Karel je vdovec. Má jednoho syna. Působil v Týně nad Vltavou jako soudce. Toho času je umístěn do Domova pro seniory Hluboká nad Vltavou.

Rizikové faktory:

Rizikovými faktory je kouření. Alkohol požíval příležitostně.

GERIATRICKÁ ORDINACE - PORADNA PRO PORUCHY PAMĚTI:

(Dr. Reban, geriatr)

Pan Karel žije v současnosti v DD spolu s dalším obyvatelem domova pro seniory. Již od počátku měl obtíže s pamětí (původní MMSE test se skóre 12) je dnes se skóre 14. Zejména v oblasti dezorientace časové ho posouvá do oblasti středně až těžšího stupně demence. Vzhledem k tomu, že většina špatných orientací je zejména v otázkách týkajících se času, je nutné toto posuzovat mírněji, i proto, že obyvatelé institucí většinou nesledují časový sled tak dobře.

Vzhledem k anamnéze hypertenze a CMP je možná diagnóza demence spíše smíšená s převahou vaskulární složky.

YASAVAGE TEST na depresi: se skóre 3 není indikující pro depresi.

MMSE: skóre 14 (stupeň demence)

(orientace – 3b, paměť – 1b, pozornost – 5b, vyšší kognitivní funkce – 5b)

BARTHELUV TEST:

| Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre* | |
|---------|---------------------------------|--------------------------|----|
| 1. | Příjem potravy a tekutin | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 2. | Oblékání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 3. | Koupání | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 4. | Osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 5. | Kontinence moči | plně inkontinentní | 10 |

| | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------|-----------|
| | | občas inkontinentní | 5 |
| | | trvale inkontinentní | 0 |
| 6. | Kontinence stolice | plně inkontinentní | 10 |
| | | občas inkontinentní | 5 |
| | | trvale inkontinentní | 0 |
| 7. | Použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 8. | Přesun lůžko – židle | samostatně bez pomoci | 15 |
| | | s malou pomocí | 10 |
| | | vydrží sedět | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 9. | Chůze po rovině | samostatně nad 50 m | 15 |
| | | s pomocí 50 m | 10 |
| | | na vozíku 50 m | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 10. | Chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| Celkem | | | 55 |

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů lehká závislost

ADL 1 96 – 100 bodů nezávislý

Kognitivní trénink

Dotazovala jsem se všeobecných sester, jaké shledávají u klienta č. 4 poruchy paměti. Bylo mi sděleno: „Pan K. ví, že bydlí v DD Hluboká. Letošní (probíhající) rok nedokáže určit, datum už vůbec ne. Pravidelně ho navštěvuje syn. Klient tvrdí, že za ním chodí otec“.

Pan Karel byl velmi vzdělaný. Podle informace od manželky provozoval i samostudium. Živě se zajímal o dění kolem sebe i ve světě. Ovládal tři cizí jazyky – německý, francouzský a latinu, tedy „mrtvý“ jazyk.

Při kognitivním tréninku nemá smysl ptát se na jména psů, které se canisterapeutické návštěvy účastní. Ty si klient nepamatuje. Nevybaví si ani návštěvy se psem, což dokládají jeho reakce na mé otázky. Například když jsem se ho ptala, zda ví o pravidelných návštěvách psů každou středu a chtěla vědět, o kolik psů se jedná, odpovídal jakoby s údivem slovy: „Chodí sem pejskové?...Kolik?...Tak asi deset pejsků je přehnané, ale myslím si, že větší počet než jeden by se hodilo“. Po 4 měsících jeho odpověď zněla: „Viděl jsem dva pejsky za celou dobu a ty vcelku nebyli moc pohybliví, jen takoví poslušní pejskové to byli... Já si tak pamatuji na Vás, ale to je všechno, co mi zůstalo...“, (přičemž jsem nabyla dojmu, že počet – tedy, že do DD Hluboká chodí většinou dva pejskové Harryk a Beník, byl sice určen správně, ale byl spíše náhodně vyčtený než že by si tím klient byl jistý. Totéž platí o vybavení si mé osoby. Těžko usuzovat, jestli jsem mu povědomá nebo jsem pro něj neznámý člověk. Spíš bych odhadovala druhou možnost, tedy, že má pocit, že mě vždy vidí poprvé. Vycházím z jedné příhody, která se odehrála po půl roce mého pravidelného docházení do Domova pro seniory Hluboká nad Vltavou každou středu. Tehdy jsem pana Karla oslovila stejně jako vždy a on se s úžasem v hlase ujišťoval: „My se známe?“.

Pan Karel měl dříve určitě bohatou slovní zásobu. Pokud se ho na cokoliv zeptám, vždy odpovídá s určitou grácií a obsírně. Většinou ale odpovědi nejsou přiléhavé s výjimkou toho, pokud se ptám na události z dětství, dospívání a rané

dospělosti. Cvičení kognitivních funkcí jsem opět zaměřila spíše na určení barvy psů, jejich velikosti a charakteru srsti, tedy na procvičování staropaměti.

Z mého pozorování usuzuji, že největší radost panu Karlovi činilo, když se ho v rámci cvičení kognitivních funkcí například zeptala, jak se řekne německy pes. Odpověděl vždy pohotově, správně a dokonce uvedl i rodný člen (der Hund). Stejně bez sebemenšího zaváhání dobře zodpověl, jak je německy kočka, myš, květina, slunce apod. Věty (ani jednoduché) už ale přeložit do cizího jazyka nesvedl. Při prosbě, aby mi vyjmenoval německy dny v týdnu jak jdou po sobě, odpověděl správně pondělí – Montag, úterý – Dienstag, další dny vždy „vynechal“ a „přeskočil“ hned na pátek. Z jeho reakce („usilovného“ přemýšlení a pozměněné mimiky) usuzuji, že si je vědom toho, že byla jeho odpověď neúplná. Když jsem ho ovšem pochválila, že je obdivuhodné, jak si při neužívání tohoto cizího jazyka dokáže takto vybavit alespoň některé dny v německém jazyce, jsem měla pocit, že ho uspokojuje, jaký podal výkon. Byl na sebe pyšný. Mám pocit, že ho uklidňuje vědomí, že ho respektuji, pokládám ho za člověka, který byl sečtělý, dosáhl vysokého vzdělání, hodně toho věděl a že v něm nejsou ještě všechny vědomosti vyhaslé.

Při povzbuzení je tento obyvatel domova obzvlášť snaživý. Přeje si, aby nezklamal. Když jsem se ptala: „Vy určitě znáte i název nějakého města v Německu, že?“, velmi rychle se mu vybavil Berlín.

Klient velmi dobře reaguje na přítomnost psů v místnosti při procvičování paměti. Sice hrajeme vesměs slovní hry, doplňujeme přísloví, zpíváme lidové písničky a tématem našeho tréninku kognitivních funkcí není pouze pes, přesto byl znát rozdíl, když jsme hráli slovní hry za přítomnosti psů a při jejich absenci. Pokud jsou v místnosti psi, pan Karel se zdál být uvolněnější a déle se dokáže soustředit na pokládané otázky.

Reminiscence

Ošetřující personál udává: „Pan K. si staré zážitky pamatuje dobře. Dokáže vyprávět o své práci, manželce, bydlišti. Nové zážitky zapomíná.“

Při individuální canisterapii propojené s reminiscencí jsem s dobrovolnicí Veronikou a jejími pejsky navštívili tohoto seniora na jeho pokoji se slovy: „Podívejte se, kdo se na Vás přišel podívat a pozdravit Vás“. To se setkalo s jeho kladným ohlasem. Po představení, že se jedná o Harryho a Beníka a klientovým dostatečně dlouhém polaskání se s nimi následovala otázka, jestli také někdy pan Karel choval psy.

Tento obyvatel domova řekl: „Víte, my jsme byli taková lovecká rodina. Můj tatínek i bratr jsme byli myslivci. Vždycky jsme měli nějakého toho psa. Loveckého. Když jeden pes, kterého jsme chovali, pošel, pořídili jsme si jiného. To byli pejskové naší rodiny...s pejsky jsem byl denně...(pořád zdůrazňoval, že se jednalo o lovecké psy)...oni (psi) nebyli na parádu, sloužili jako pomocníci při lovu zvěře...to bylo v době, kdy já byl malý klučik. Pak jsem chodil také do lesa na lov...i na bažanty. To chodíval velký počet lidí...pes měl dvě role. Jednak vystavit...to se říká ucítit, že je na blízku nějaká zvěř. On ji ucítit dřív než člověk. Dobrý pes znamenal úspěch v lovu. Byl pomocníkem, když se šlo na zajíce a na koroptve...tam hrál svoji velkou roli“.

Tázala jsem se pana Karla, zda si vybaví jméno nějakého z jejich psů. Každou návštěvu se mi dostalo téže odpovědi – Rek. „Rek byl několikrát, ale to je všechno, na co si vzpomínám“. Když jsem si ptala, co si vybaví z dětství, odpověděl: „Vilu jsme měli v Týně nad Vltavou. Semenec, obecní les...arcibiskup tam měl také les.“.

Pan Karel dále vyprávěl: „Nepochybně jsem ji (zálibu v myslivosti) přebral po otci. Zaučoval mě a jak později jsem vše zvládal samostatně.“ Vyzvídala jsem, jaké měl zkušenosti s výcvikem psů, zda jim dával povely. On vykládal: „Psi jsou svojí povahou dost divocí, vyžadují, aby byli kroceni...u nás byl výcvik v režii otce, ale já sám jsem se také snažil, poněvadž to neznamená, že když otec něco řekl, že by pejskové okamžitě poslouchali...Každý pes musí umět svého pána poslouchat, u každého to neklape hned napoprvé, chce to trpělivost“.

Každou svoji návštěvu jsem se klienta dotazovala na křestní jméno jeho otce a jeho bratra (o nich jakožto rodinných příslušnících mluvil nejčastěji, jeho matka byla ve vyprávění velmi upozaděna. Mnoho zmínek o ní nepronesl. i když podle jeho slov spolu měli hezký vztah). Klient č. 4 pokaždé uvedl tatáž jména. Např.: „Jak se jmenoval

můj otec?...moment... vím...určitě vím. Vychází mi, že se jmenoval Karel. Je to Karel. Teď si to uvědomuji. Karel jako já...Mladšího bratra jsem měl, Miroslava“.

Poté rozvinul své líčení. „Chodil jsem do obecné školy v Týně, pak do reformního reálného gymnázia v Českých Budějovicích. Zakončil jsem studium v Praze na právnické fakultě...Můj tatínek byl na obecním úřadě jako šéf...ředitel městského úřadu. Maminka byla v domácnosti. Hrávala tenis...Já také rád sportoval. Největší úspěch jsem měl v ping-pongu a v tenise (o tom mluvil každou moji návštěvu). Můžu říct, že jsem měl v ping-pongu...hrával jsem za INKA Budějovice... jedno z nejlepších míst...“ Na dotaz, jak se seznámil se svoji ženou, odpověděl: „Nepochybně to bylo v Sokole. Manželce bylo 10, mně 13 nebo 14 let. Byli jsme přesvědčeni hned od začátku, že se vezmeme“.

V pokoji měl pan Karel vystavené lovecké trofeje zvěře, kterou skolil.

Sociální dovednosti (sebeobsluha, komunikace)

Všeobecné sestry mě informovaly: „Klient je velmi klidný, příjemný pán. Rád si povídá, mluví velmi spisovně. Má rád kolem sebe život, vyhledává společnost lidí. Rád se také zúčastňuje veškerých aktivit v DD, těší ho zapojovat se do všech her, zpěvu, cvičení. Problémy v komunikaci s ním nejsou. Musí se na něj jenom hlasitě a zřetelně mluvit, protože je nedoslýchavý. Co se týká jeho schopnosti sebeobsluhy, tak se nají s dopomocí. Má umělý chrup, nepotřebuje proto mletou dietu, jenom mu nakrájíme maso. Pomáháme mu při mytí a při oblékání zapnout knoflíky atd.“

Při canisterapii klient česal psa, naléval mu vodu do misky. Když prováděl tyto činnosti, na Harryka i Beníka mluvil.

Výskyt (pod)večerních stavů zmatenosti a potulky

Není přítomno.

Hybnost, výkonnost

Od všeobecných sester jsem získala informace, že „...pan Karel chodí v chodítku. Bez pomoci není schopen stát, padá. Určitě by mu prospělo, kdyby se s ním prováděly

cviky, aby víc přijal za své různé aktivity denního života a aby byl jistější v chůzi s chodítkem“.

S klientem byla při canisterapii procvičována jemná motorika (házení aportu, uchopování hřebenu na česání apod.) a hrubá motorika chůzí s chodítkem, kdy vedle kráčel pejsek.

6.3 Doporučení pro praxi

6.3.1 Aktivní využití canisterapie v rámci kognitivního tréninku

(ošetřovatelská diagnóza 00131 – Porušená paměť)

Při rozhovoru s psychiatrem MUDr. Zdenkou Klusáčkovou jsem se dotazovala na možnost kognitivního tréninku u seniorů s demencí. Lékařka uvedla: „Podle mé zkušenosti kognitivní trénink sice nemůže vést ke zlepšení kognitivních funkcí, může ale zpomalit průběh onemocnění a déle udržet „funkční schopnost“ člověka“.

(MUDr. Klusáčková, PL Brno, osobní komunikace 13. 3. 2010). Z toho jsem vycházela. Mojí snahou nebylo učit klienty něčemu novému, ale pracovat s dosud zachovaným. Na začátku canisterapie jsme sice s dobrovolnicí Veronikou pejsky představovaly a udávaly jsme jejich stáří, nevyžadovala jsem ale po klientech, aby mi po nějaké době zopakovali jejich jména či věk. Spíše mé otázky směřovaly k tomu dozvědět se od obyvatelů domova, jakou má pejsek barvu či charakter srsti, kolik má nohou apod.

Pejskové nám také předváděli, co vše umí od zaštekání na povel, plazení, obíhání kolem Veroniky až po couvání apod. Klienti měli například za úkol vzpomenout si, jaké povely se mohou pejskům dávat (sedni, lehni, dej pac...) a ty pak Harrykovi a Beníkovi udíleli. Za jejich splnění dostali od klientů pamlsek.

Snažila jsem se přitom vytvářet atmosféru plnou pohody a volit „zkoušení“ zábavnou formu, aby nikdo nebyl stresován obavami z případných nesprávných odpovědí.

Kromě kognitivního tréninku, týkajícího se psů, probíhal také trénink, jehož předmětem pes nebyl. s klienty jsme si připomněli, jaké je roční období, měsíc a den

v týdnu. Klienty jsem vyzvala, aby vyjmenovali měsíce, jak jdou za sebou, dny v týdnu, jak jdou za sebou, roční období. Velmi oblíbené bylo pro klienty vyjmenování květin, zvířat, nábytku, různého druhu oblečení a také vybavování si různých měst a určování, čím jsou charakteristická (například Olomouc - olomoucké syrečky, Plzeň - plzeňské pivo atd.). Mezi další činnosti patřilo doplňování antonym.

Takto probíhala psychická aktivizace nemocných, spadající do rehabilitačního ošetřovatelství (10).

6.3.2 Propojení canisterapie s reminiscencí

(ošetřovatelská diagnóza 00131 – Porušená paměť)

Další metoda, která byla využita k psychické aktivizaci nemocných, byla reminiscence, tedy využití vzpomínek. Pro tuto terapii byli vhodní pouze dva z mých klientů, zbylí dva trpí výraznou poruchou i staropaměti, proto jsem na ně tuto metodu neaplikovala.

Reminiscenční aktivity u klientů z výzkumného souboru probíhaly při individuálním kontaktu s nimi. u dvou seniorů s demencí (klientka č. 3 – paní Marie, klient č. 4 – pan Karel), kteří tvoří můj výzkumný soubor, je postižena zejména novopaměť. „Zabloudění“ do jejich minulosti se ale setkalo s úspěchem. Za klienty jsem do jejich pokojů docházela s dobrovolnicí a pejsky „na návštěvu“. Oba klienti, kteří byli schopni určité výbavnosti starých vzpomínek, chovali dříve psy, měli je rádi a rádi o nich hovořili. Nejprve jsem začínala rozhovor představením se. Sdělila jsem klientům, že za nimi chodím s Veronikou do tělocvičny každou středu na „posezení s pejsky“. Tuto informaci brali klienti jako novinu. Následovalo pobídnutí klientů, aby si pejsky pohladili, což vždy s potěšením učinili. Tím byla navozena pohodová atmosféra, jež je jedním z předpokladů co nejefektivnější práce s klienty, zároveň bylo snadnější navázat další komunikaci s nimi. Zpočátku se rozhovor týkal pouze pejsků, přitom jsem si všímala ale i toho, čím jsou klienti obklopeni a čeho jsem mohla následně využít k rozšíření rozhovoru o témata dotýkající se nejrůznějších oblastí a etap jejich života. Napomohly mi k tomu například fotografie v rámečcích, myslivecké

trofeje, vystavené na zdech, knížky v policích atd., tedy předměty, k nimž si klienti během života vytvořili blízký vztah a které mohly při vhodné stimulaci evokovat i dávné vzpomínky. Takto jsme nenásilným způsobem „putovali“ celým jejich životem.

Při využití této metody jsem kladla kontrolní otázky, abych se ujistila, jestli jsou jejich informace pravdivé. Jednou z prvních dotazů na klienty při každé návštěvě bylo, zda chovali doma pejsky a při kladné odpovědi jsem doplnila otázku o dotaz, jestli si vybaví, jaké plemeno a jak se pejsek jmenoval. Zajímala jsem se, jestli klienti nekonfabulují, zda jsou údaje pravdivé. Zvláště u jedné klientky (č.3, paní Marie) jsem se z psychiatrického vyšetření dozvěděla, že jsou u ní smyšlenky častým jevem, neboť se jimi snaží zastírat výpadky paměti. Pokaždé se mi ale od ní dostávalo stejné odpovědi, což dokazovalo, že se o konfabulaci nejedná.

Od PhDr. Martina Slabého, canisterapeuta, který praktikuje canisterapii u geriatrických osob na mužském uzavřeném gerontopsychiatrickém oddělení psychiatrické léčebny Kroměříž, kde jsou hospitalizováni pacienti v různém stádiu demence (od počínajícího až po preterminální), jsem se dozvěděla: „Ve své práci hodně využívám různé pohlednice. Mám jich asi 500. Zadávám jim (klientům), aby si např. vybrali jednu, která se jim líbí, jednu, která se jim nelíbí, jednu se zavřenýma očima a potom omluvíme o tom, co jim to v životě připomíná. Někdy vyberu pohlednici s portréty lidí, bavíme se o jejich emocích, koho jim připomínají...“ (osobní komunikace – 23. 4. 2010).

U klientů z mého výzkumného souboru se toto příliš neosvědčilo. Oba klienti byli při prohlížení pohlednic pasivní. o pohlednice neprojevovali žádný velký zájem.

Při rozhovoru mi Mgr. Hana Mikulková (vrchní sestra z Alzheimercentra, Prácheňského sanatoria, provoz Loucký Mlýn) sdělila, že když se přijímá nový klient do léčebny, je jeho rodina požádána, aby sepsala životopis klienta právě pro možnost využití reminiscenční terapie. Získané informace o tom, co měl klient rád a naopak, umožňují terapeutovi vyvarovat se témat, jež jsou pro klienta bolestná a jejichž oživení by mohlo vést k odmítavému postoji vůči další spolupráci s terapeutem či vyvolat v psychice klienta jiné nepříznivé důsledky (osobní komunikace, 23. 4. 2010).

Snažila jsem se o totéž a pokusila jsem se prostřednictvím sociální pracovnice z Domova pro seniory Hluboká nad Vltavou Ing. Kropíkové získat údaje o minulosti klienta. To se ovšem nepodařilo. Sociální pracovnice uvedla, že spolupráce s rodinami obyvatel domova pro seniory je obecně spíše špatná a je obtížné dozvědět se data důležitá nejen pro mé výzkumné šetření, ale i pro potřeby zařízení.

Během reminiscence u klientů z výzkumného souboru nedocházelo k neklidu z důvodu vybavení si pro ně smutných vzpomínek. Hovořili o tom, co je v životě těšilo a z jejich úsměvu bylo patrné, že je pro ně radost, „osvěžit“ si paměť, moci svoje vzpomínky někomu předat, podělit se o ně. Saturovala se jejich potřeba psychické pohody a zároveň opět docházelo k psychické aktivizaci, která je jedním z cílů rehabilitačního ošetřovatelství.

6.3.3 Příspěvek canisterapie k zachování sociálních dovedností, k nimž patří sebek péče a komunikace

(ošetřovatelská diagnóza 00051 – Zhoršená verbální komunikace, ošetřovatelská diagnóza - 00109 Deficit sebek péče při oblékání a úpravě zevnějšku, ošetřovatelská diagnóza 00102 – Deficit sebek péče při jídle)

Mezi významné sociální dovednosti patří schopnost sebek péče a komunikace.

Podle Trachtové a kolektivu se termínem sebek péče rozumí samostatné vykonávání denních činností, k nimž patří stravování, oblékání, umývání a vyprazdňování. Zdravý člověk je při zvládnutí péče o svoji osobu soběstačný. Výše uvedené denní aktivity je schopen vykonávat samostatně, pravidelně a bez asistence druhých. (39)

U osob s demencí dochází k postupnému zhoršování výkonu běžných funkcí. To způsobuje, že je postižený jedinec závislý na péči a pomoci jiných osob. (42) Snahou ošetřovatelského personálu je, aby byla soběstačnost lidí s demencí zachována co nejdéle. Je velmi důležité správně a přesně ohodnotit úroveň sebek péče a soběstačnosti klientů. Jejich nesprávné stanovení může být totiž příčinou vzniku komplikací (například rozvinutí imobilizačního syndromu). (39)

U osob s demencí je postižena i sociální dovednost – komunikace. MUDr. Zdenka Klusáčková z psychiatrické léčebny v Brně uvedla: „ Lidé s demencí mají problémy s komunikací. Dochází ke zmenšování slovní zásoby, schopnost vytvořit větu se postupem času ztrácí, pacienti odpovídají pouze jednotlivými slovy, později již nemluví ani ve slovech, dochází k poruchám výbavnosti slov, postupně dojde k úplné ztrátě řeči. Dochází také k dysartrii či jiné poruše artikulace, ke komolení slov. Je třeba sledovat i neverbální projevy demenčních pacientů, pokud nemohou komunikovat slovy, často sdělí libost či nelibost neverbálními projevy. V každém případě je zapotřebí s pacienty s demencí kontakt navazovat, aktivizovat je. Aktivizací a „nucením“ ke kontaktu sice možnosti pacienta nezlepšíme, ale můžeme zpomalit jejich úbytek, udržet to, co má pacient ještě k dispozici“ (osobní MUDr. Klusáčková Zdenka, osobní komunikace – 13.7.2010).

Také zjišťování možností uchování sebezpečí a komunikace prostřednictvím canisterapie bylo předmětem mého výzkumného šetření.

Nácvik sebezpečí, jež v sobě zahrnuje např. schopnost samostatně se obléci, nalít si čaj z konvice, najít se atd., jsem s klienty v rámci canisterapie prováděla za pomoci předmětů různých tvarů a velikostí vyrobených z rozličných materiálů. Byl sem zahrnut nácvik tzv. válcového úchopu (pomocí předmětů k aportoování, hřebenu na česání psa), kulového úchopu (míčkem) a klíčová špetka (nasazováním vodítka), což činilo ovšem klientům z mého výzkumného souboru potíže. (41)

O konzultaci, jak zachovávat co nejdéle s přispěním canisterapie komunikaci, jsem požádala paní Marcelu Siebenbürgerová, zdravotní sestru a zároveň canisterapeutku, která poskytuje canisterapii v psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod na gerontologickém oddělení 13 a v zařízení Paprsek, kde se provádí denní terapie pro gerontologické oddělení 13 a 13 a (muži, ženy). Paní Marcela Siebenbürgerová mi sdělila: „Na pejsky voláme jmény k vyskočení do klína na povel, „přemlouváme“ je, aby přešli po klínech od jednoho pacienta k druhému, opakujeme jména psů a povídáme si o nich, o chovu, o výstavách, kterých se zúčastnili, o trofejích, které získali a také o jejich narozených štěňátkách...“ (osobní komunikace, 8.4. 2010).

Klienty z mého výzkumného souboru jsem se snažila aktivizovat stejným způsobem.

Na pejsky jsme volali jménem, diskutovali jsme o tom, jak se o ně starat atd. Místo slovního „přemlouvání“, aby pejskové přecházeli z jednoho klína obyvatele domova na druhý jsme zvolili pouze posazování pejska („křížence“ pudla) na klín seniorů, což klienti lépe snášeli. Následně jsme se jich ptala, jak se jim zamlouvá mít pejska v klíně.

Mým záměrem nebylo pouze rozptýlit klienty a zpestřit jim pobyt v instituci (to by spíše spadalo do sféry sociální), ale využít navozené dobré pohody k zlepšení komunikace s nimi, a tím pádem i k usnadnění práce zdravotního personálu, který o ně pečuje.

Věnovala jsem pozornost hlavně klientce č.2 (Vlastimile), která téměř nemluví. Jako cíl jsem si stanovila dosáhnout u ní lepší komunikace.

Canisterapeutka Marcela Siebenbürgerová má na psychiatrickém oddělení nemocnice v Havlíčkově Brodě rozděleny pacienti do tří skupin. V první skupině jsou klienti s hlubokou demencí, kteří převážně vůbec nekomunikují. k nim přichází terapeut zpravidla pouze s jedním pejskem. Jedná se o základní canisterapii, která trvá pouze pár minut. Při ní buď vyskočí pes klientovi do klína nebo je do něj opatrně uložen. Vhodné je pro tento účel volit psa klidného, lehkého a drobného. Málokterý z klientů zareaguje na probíhající zvíře kolem jeho nohou. Něco jiného ale je, pokud se pejsek ocitne v jeho klíně a když se klientova ruka může dotýkat teplého psího těla (normální teplota 39 stupňů Celsia) a jemné, hebké příze (měkká struktura pudlí nelínové srsti). Mezi nemocným a pejskem vzniká cosi nehmatatelného a dojemného. (36)

Do druhé skupiny, čítající kolem deseti osob, jsou zařazeni pacienti s lehkým nebo středně těžkým stádiem demence. Terapie je prováděna s dvěma až čtyřmi psy, jedním canisterapeutem a jedním terapeutem. Její délka trvá půl hodiny. Důležité je, aby byl zachován pravidelný termín canisterapie. Účastníci canisterapie jsou posazeni do půlkruhu kolem terapeuta. Klient, který má na klíně pejska, je vyzýván, aby se zeptal svého souseda, jestli si chce pejska také pochovat. Hovoří se o tom, kdo vedle koho sedí apod. (36)

Stejně činnosti jsem použila ve svém výzkumném šetření. Takřka nekomunikující paní Vlastimila (z mého výzkumného souboru) kladně reagovala, když byl pejsek přikládán na její tělo. Po pobídce psa přidržela, aby ji s klína nespádl. Určitou roli hrálo zřejmě i to, že má pes vyšší tělesnou teplotu než člověk a hřál ji. Najednou k sobě měla přitisknutého živého tvora. Klientka slovně vyjadřovala libé pocity: „To je příjemné“ atd.. Dále odpovídala na dotazy týkající se pejska alespoň v holých větách, přestože jinak téměř vůbec nekomunikuje. Jako vedlejší projev jsem u ní zaznamenala i oživení mimiky. Její větší „živost“ přetrvávala i po skončení canisterapie a od ošetřujícího personálu jsem se dozvěděla, že je samotné překvapilo, jak se po skončení canisterapie zlepšila spolupráce s touto klientkou. Jindy pořád pospává, komunikace s ní je obtížná. Pomocí canisterapie se podařilo „probrat“ ji k životu, zbavit ji převažující letargie, což ošetřovatelé považovali za významný úspěch.

6.3.4 Možnost snížení výskytu (pod)večerních stavů zmatenosti a noční potulky u osob s demencí

(ošetřovatelská diagnóza 00154 – Potulka)

Při rozhovoru s vrchní sestrou Mgr. Hanou Mikulkovou z Alzheimercentra (osobní komunikace, Prácheňské sanatorium, provoz Loucký mlýn. 23. 4. 2010) jsem vnesla otázku, zda se domnívá, že aktivizování (obecně) seniorů s demencí přes den může vést ke snížení výskytu (pod)večerních stavů zmatenosti a noční potulky. Podle jejího mínění určitě ano. Stejný dotaz jsem položila MUDr. Janu Laczóvi (neurolog, FN Motol v Praze, osobní komunikace 19. 3. 2010). Odpověděl: „...zmatenost a bloudění u demencí souvisí úzce s kognitivním deficitem a prohlubující se s jeho tíží. Hlavní podíl v něm má cholinergní deficit. Důvod, proč se to vyskytuje více v noci je především sensorická deprivace v důsledku tmy (obecně – méně vstupních informací a jejich horší zpracování – výše uvedené příznaky). Toto je úzce spojeno se spánkovou inverzí (ve dne spí, v noci jsou aktivní), takže je možné předpokládat, že pokud denní aktivizace pomáhá zmírňovat spánkovou inverzi (ve dne jsou aktivnější, v noci spí), tak by teoreticky mohla i zmírňovat stavy noční zmatenosti a bloudění (v noci by spali

a nebloudili). Samozřejmě proti tomu se dá i bojovat zmírněním cholinergního deficitu (inhibitory acetylcholinesterázy) a zmírněním senzorické deprivace (rozsvícené světlo a ne úplná tma, známé stacionární prostředí)...“.

Pro toto výzkumné šetření byla vhodná pouze jedna klientka z mého výzkumného souboru (paní Vlasta č. 1). Klientce jsem se opět zábavnou formou snažila poskytovat prostřednictvím canisterapie programové aktivity zaměřené především na komunikaci, nácvik sebeobslužných úkonů, zlepšení mobility atd.. Bylo důležité dosáhnout u ní pocitu, že je to všechno jen hra. Tím, že se klientka aktivizovala vhodným způsobem přes den, nedocházelo k narušení diurnálního rytmu. Přes den mohla se podílet na činnostech, které podporovaly udržení její soběstačnosti a v noci většinou neměla problém s usínáním, přerušovaným spánkem a nočním probouzením. Vyplývá z toho, že canisterapie se může uplatnit i při řešení zcela specifických problémů, k nimž patří např. porucha spánku. Tím, že klientka v noci spí, se u ní značně snížil výskyt (pod)večerních stavů zmatenosti a potulky. Snížila se tak potřeba častých nočních kontrol ze stran sester. Pro ošetrovatelský personál to představovalo pozitivní změnu.

6.3.5 Využití canisterapie jako aktivizačního a motivačního prostředku u osob s demencí sloužícího ke zlepšení jejich hybnosti a zvýšení výkonnosti

(ošetrovatelská diagnóza 00085 – Zhoršená pohyblivost)

Již Jan Ámos Komenský použil přirovnání života k ohni a pohybu ke vzduchu. Řekl:

„Bez vzduchu oheň jen slabě plápolá a nehoří, bez pohybu člověk nežije, ale živoří“.

Na základě výzkumných šetření se dospělo k poznání, že dostatečná pohybová aktivita a přiměřená fyzická kondice mají pro organismus mnohostranný význam spočívající ve zlepšení zdravotního stavu, prevenci chorob, zvýšení výkonnosti jednotlivých orgánů a navození pozitivních emocí. Při provádění pohybové aktivity se uvolňuje duševní napětí, zlepšuje se spánek, zpevňuje pohybový aparát, dochází

k lepšímu prokrvení kůže, zlepšení plicní ventilace, ekonomické činnosti srdce, lepší hybnosti kloubů a udržení svalové síly. (39)

Využití canisterapie jako aktivizačního a motivačního prostředku, které sloužilo ke zlepšení pohyblivosti a udržení výkonnosti, jsem využila u všech čtyř klientů z výzkumného souboru. Žádný z nich totiž není plně mobilní, což souvisí především s jejich sníženou motorickou aktivitou a svalovou slabostí následkem pokročilého věku a demence. (39)

Aby mohli senioři vykonávat normální pohybové funkce a aby si udržovali základní svalovou hmotnost a sílu, prováděla jsem s nimi ve spolupráci s rehabilitační pracovnící Sylvou Hlatkou, DiS., během canisterapie kondiční cvičení. Klienti byli posazeni do kruhu. Nejprve cvičení probíhalo formou procvičování různých partií těla za pomoci názorného předvedení. To se odehrávalo bez pejsků. Pokud některý z klientů cvik samostatně nezvládal, asistovala jsem při něm. Toto cvičení už nebylo vhodné pro klientku č. 2 (paní Vlastimilu), která potřebovala velmi individuální přístup. Cvičení nezvládala vůbec, odmítala ho. Nenutila jsem ji do aktivit, které provádět nechtěla a volila jsem ty, které pro ni byly přijatelné - např. promačkávání masážního míčku s bodlinkami.

Potom přišli na řadu pejskové. Se svolením klienta si Ben a Harryk stoupali, přičemž dávali přední tlapky na jejich klín a dožadovali se hlazení. Klienti byli jednak motivováni k pohybu, byli „nuceni“ se předklonit a navíc hlazením psa byla procvičována hybnost ramenního, loketního kloubu a zápěstí (tzv. ulnární dukce) a propínání prstů do extenze. Takto se protahovaly zkrácené svaly horní končetiny. Zároveň byl obyvatelům domova poskytnut prožitek slasti v hmatové stimulaci. (41), osobní komunikace s rehabilitační pracovnící Sylvou Hlatkou, DiS., 2.7. 2010)

Cvičení zaměřené na jemnou motoriku jsem s klienty v rámci canisterapie prováděla za pomoci předmětů různých tvarů a velikostí, vyrobených z rozličných materiálů. Spadal sem nácvik tzv. válcového úchopu (hřeben na česání psa), kulového úchopu (míček), pinzetové špetky (úchopem piškotu) a klíčové špetky (nasazováním vodítka), což činilo seniorům z výzkumného souboru potíže, proto jsem od tohoto nácviku upustila. (41)

S dobrovolnicí Veronikou jsme také rozdávaly klientům piškoty, nabádaly seniory, aby si je schovali do ruky a pejskové pak měli za úkol nalézt, v které ruce je. Obyvatelé domova museli ruku nejprve pevně stisknout a pak dlaň otevřít. Osvědčilo se také otevírání klienty plastové dózy se šroubovacím uzávěrem. To vše přispívalo ke zlepšení jemné motoriky klientů.

Mezi další terapeutické aktivity spojené s procvičováním jemné motoriky patřilo též házení aportu. Senioři z výzkumného souboru byli vyzváni, aby házeli aport požadovaným směrem, čímž docházelo k trénování žádoucích pohybů. Házením aportu před sebe docházelo k procvičení flexe ramenního kloubu a extenze v loketním kloubu. V zápěstí pak probíhal pohyb z dorzální flexe do palmární. Dále klienti házeli aport přes abdukci ramenního kloubu a házeli aport spodem, čímž docházelo k extenzi ramenního kloubu a supinaci předloktí. (41)

Hrubá motorika a hybnost byla procvičována u klienta č. 4 (pana Karla) a klientky č.3 (paní Marie) tak, že chodili za pomoci chodítka nebo s holí a pejsek jim dělal doprovod. Takto se pro ně aktivita stávala mnohem zábavnější a klienty těšilo, když jim po boku kráčel jejich čtyřnohý kamarád. Dbaly jsme ovšem na to, aby se klient na chůzi soustředil a nabádaly jsme ho ke koncentraci, což se dařilo. Zároveň byla u těchto seniorů podporována orientace v terénu a zvyšována schopnost chůze v terénu. Během chůze taktéž docházelo k cévní gymnastice díky zapojení svalů (osobní komunikace s rehabilitační pracovnící Sylvou Hlatkou, DiS., osobní komunikace 2. 7. 2010)

U klientky č. 1 byl tento nácvik chůze neproveditelný z důvodu neschopnosti pochopit instrukce.

Kondičním cvičením u klientů docházelo k zachování pohyblivosti kloubů, k udržení svalové síly, zlepšení celkové fyzické kondice, k lepšímu okysličení celého organismu a navození pozitivních emocí. Toto vše ocenily i zdravotní sestry, protože už u klientů nebyla třeba v takové míře asistence např. při přemísťování z lůžka do křesla a naopak, při posazování atd.. Klienti toto zvládali samostatněji.

6.4 Přínos canisterapie pro ošetrovatelství z pohledu všeobecných sester

Podle vyjádření tří všeobecných sester z Domova pro seniory Hluboká nad Vltavou je canisterapie přínosná v první řadě pro jejich klienty s diagnostikovanou demencí, také ale pro ně samotné, neboť jim usnadňuje ošetrovatelskou péči o tyto jedince. Zajímala jsem se, jestli uvedené sestry zaznamenaly nějakou změnu ve sledovaných oblastech, tedy v oblasti kognitivních funkcí, ať už směrem nahoru nebo dolů, dále v sociálních dovednostech (sebepečí, komunikaci), ve výskytu (pod)večerních stavů zmatenosti a potulky, v pohyblivosti a výkonnosti.

Podle jejich sdělení si nevšimly žádné změny, která by se týkala kognitivních funkcí. Senioři z výzkumného souboru jsou na tom i po uplatnění metody canisterapie stejně s orientací v čase a prostoru, nenastala u nich ani žádná změna v oblasti paměti. Za pozitivum ovšem sestry považují skutečnost, že u sledovaných seniorů nezaznamenaly, alespoň pokud jde o paměť, zhoršení. Po dobu výzkumného šetření se klienti s demencí „drželi“ na stejné úrovni na začátku a na konci výzkumného šetření, což dokládá i hodnocení podle MMSE. Přitom je zřejmě obtížné posoudit, jaký vliv na to měly léky a jakou canisterapie.

V oblasti sociálních dovedností se všechny respondentky shodly na tom, že největší „pokrok“, dá-li se to tak nazvat, shledávají v ochotě paní Marie k sebeobslužným činnostem, na nichž se dříve vůbec nechtěla podílet. Poté, když byla jedna sestra svědkem toho, že paní Marie češe psa (sama sebe odmítala učesat), zkusila prý na ni druhý den „fintu“. Řekla jí: „Paní XY, vždyť jsem Vás viděla, jak jste včera česala pejska. Zkuste se teď učesat sama. Budu se na Vás koukat“. Sestra věděla, že paní Marie psa češala samostatně, ale že ona sama si tento moment už nepamatuje, říká o sobě, že je jí 19 let a že už jí paměť neslouží. Uvěřila ale tomu, že psa skutečně učesala dobře a bez cizí pomoci. Nyní se po ujištění sester, že tuto dovednost dokáže aplikovat i sama na sebe, umí hezky, zcela sama učesat. Je nezbytný pouze dohled. Sestry dále uváděly, že paní Marii byly nuceny dříve také plně „obsloužit“ při stravování, zejména potřebovala-li nalít vodu do skleničky. Nepřemýšlely nad tím, že by pro ni bylo z hlediska zachování sebeobslužných úkonů lepší pouze ji asistovat než

provádět činnost za ni. Při canisterapii zjistily, že nalévá s pomocí vodu do misky pro psa. Toho následně využily v situaci, když na pokoji poprosila o nalití čaje z konvice z plastu, a zkusily na ni osvědčenou taktiku. Ukázalo se, že velmi malou dopomocí si paní Marie čaj do skleničky nalila. Sestry to komentovaly: „Možná se klientce jen do těch aktivit nechtělo a když jsme si ověřily, že to dokáže, tak víme, že o ní nemusíme pečovat v takové míře, jako doposud. Umožňuje nám to více se soustředit na obyvatele, kteří jsou opravdu nemohoucí a bez naší pomoci by se neobešli. u paní Marie stačí mnohdy jen dohled nebo menší asistence, nemusíme činnosti provádět za ni. To je dobré vědět“.

V oblasti komunikace byly sestry překvapeny obzvláště paní Vlastimilou, především tím, jak se rozhovořila. Sice krátce, v holých větách, ale i to považovaly za významný úspěch. Jinak tato klientka téměř vůbec nekomunikuje. Označily ji také za „živější“. Znalý ji totiž pouze jako pasivní, apatickou obyvatelku domova, u které nelze očekávat vůbec žádná spolupráce. Hned po canisterapii, při níž byla probíhalo u paní Vlastimily polohování se psem (byl jí přikládán pudlík na tělo), se podle slov sester překvapivě jakoby probudila, slyšely od ní i několik vět, dokázala je trochu vnímat a jim byla ulehčena komunikace s ní. Splnila dokonce některé jednoduché instrukce (např. se napila bez většího „přemlouvání“ atd.). Tento stav (větší probranost) ovšem trval krátce, zhruba čtvrt hodiny. Pak zase klientka upadla do své předchozí letargie.

Snížení výskytu (pod)večerních stavů zmatenosti a potulky bylo shledáno u paní Vlasty. V době před zahájením canisterapeutického programu byl výskyt těchto stavů četný (i 3-4x do týdne), po realizaci canisterapeutického programu jeho frekvence klesla a nyní spí tato obyvatelka domova většinou celou noc bez buzení. Podle všeobecných sester je ale opět těžko posoudit, jakou měrou k tomuto přispěla canisterapie a v jaké míře úprava medikace. Podle ošetřujícího personálu jednoznačně ubyla nutnost tak často u paní Vlasty v noci kontrolovat, jestli „nebloudí“ nebo zda nevykazují nějaké nežádoucí chování.

Sestry si všimly, že pan Karel a paní Marie jsou mobilnější, jistější v chůzi za pomoci chodítka nebo s oporou. Podle slov sester se tím snížilo riziko pádu a klienti se nemusí tak často sledovat. Je s nimi také celkově snadnější manipulace (např. při

posazování a přemísťování z lůžka do křesla). Co se týká jemné motoriky, zlepšilo se podle nich uchopování předmětů u paní Marie.

Hlavní přínos canisterapie všeobecné sestry spatřují v tom, že spoustu aktivit vykonávaly za klienty v domnění, že je tito staří lidé s demencí už sami nebo s pomocí nezvládnou. Prostřednictvím canisterapie si ale klienti určité úkony nacvičili, opakováním si schopnost vykonávat tyto úkony do jisté míry uchovávají a tím ošetřovatelskému personálu usnadňují jeho činnost. Když sestry zjistily, že určitých aktivit jsou klienti ještě schopni, sice ne zcela samostatně, ale s dopomocí ano, mohou přehodnotit potřebu ošetřovatelské intervence a lépe hospodařit se svými silami, zároveň i prospět svým klientům.

7 DISKUSE

Cílem práce bylo nalézt odpověď na hlavní výzkumnou otázku: **Jaké jsou aktivizační možnosti psů v rámci péče o seniory s demencí.**

Demence je klinický syndrom, který je charakterizovaný poklesem až ztrátou globálních intelektových schopností v důsledku organického poškození mozku, jenž je zpravidla nevratný a trvale se zhoršující. Nepříznivě ovlivňuje sociální a pracovní funkce (z přednášky Demence, Sheardová, Brno 2010, konference pro nelékařské profese, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 12. 3. 2010). Postupným zhoršováním výkonu jedince v práci a při dalších sociálních činnostech, se stávají osoby s demencí nesoběstačnými a závislými na péči svého okolí. (z přednášky Zvláštnosti ošetrovatelské péče o pacienta s demencí, konference pro nelékařské profese, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, Motáčková, vrchní sestra PL, 13. 3. 2010).

Jednou z možností, jak lidem s demencí pomáhat, je zooterapie. Podle Freeman se termínem zooterapie rozumí pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka, ať už se jedná o zlepšení paměti, motoriky, komunikace nebo zmírnění stresu. Při výzkumném šetření jsem aplikovala jednu z forem zooterapie – canisterapii, jež využívá pozitivního působení psa na zdraví jedince. (11, 41)

Podle Galajdové mnozí lidé doma chovali nějaká zvířata, nejčastěji psy, a vytvořili si k nim citové pouto. Toho je možné u seniorů s demencí využívat při ožívování paměti, neboť se snadněji v člověku vybavují vzpomínky spojené s emocemi. Spolu s posilováním paměti dochází i k zlepšení orientace a ke zvyšování sebevědomí. (11)

Je třeba si uvědomit také význam kognitivní rehabilitace, kterou lze rovněž zařadit do programu canisterapie.

Kalvach uvádí, že rozvoj demence může být kognitivní rehabilitací účinně zpomalován a po delší dobu může být zachováván zbytkový potenciál porušené funkce či alespoň zlepšena kvalita života osoby s demencí posilováním jeho sebehodnocení a sociálních kontaktů. (21)

Z bakalářské práce vyplynulo, že dva klienti (klientka č. 3 a klient č. 4) z výzkumného souboru dříve vlastnili pejska, který pro ně představoval přítele, společníka a pomocníka. Byli na něj zvyklí. Měli ho rádi. Už jen pouhá přítomnost psa v místnosti pro ně vedla k navození pohodového klimatu, což je jeden z předpokladů pro maximálně efektivní práci s klienty. Tento názor zastával například Kalvach. Podle něj je velmi důležité při kognitivní rehabilitaci, aby se klient cítil uvolněně. (21)

U zbylých dvou klientek z výzkumného souboru (klientka č. 1 a klientka č. 2) nebylo možné získat informaci, jestli psa někdy chovaly. Na tuto skutečnost si již nepamatovaly. Z důvodu jejich nízkého skóre MMSE v jejich případech už procvičování paměti nebylo vhodné.

Při **kognitivní rehabilitaci** u klientky č. 3 a klienta č. 4 jsem začínala snadnými, „startovacími otázkami“. Využívala jsem názornosti, konkrétně přítomnosti pejsků Harryka a Beníka. Ptala jsem se na charakter a barvu srsti, na počet jejich nohou apod. Klienti měli pejsky před sebou, měli navíc možnost si je pohladit, vnímali, že jsou pejsky kladně přijímáni. Nabyli pocitu, že je vše jen hra, že s nikým nesoutěží. Pozvolna bylo poté možné přecházet k obtížnějšímu cvičení. Pořád bylo ovšem nutné přizpůsobit náročnost cvičení jejich možnostem.

Po dobu výzkumného šetření (9 měsíců) si klientka č. 3 a klient č. 4 udržovali stejné skóre MMSE.

Podle Klusáčkové u osob s demencí nelze zlepšení kognitivních funkcí očekávat v pravém slova smyslu. Cílem kognitivní rehabilitace je spíše snaha uchovat poznávací funkce co nejdéle. Někdy sice u jedinců s demencí k určitému zlepšení dojít může (např. při zvýšení skóre MMSE), ale vzhledem k tomu, že se hlavně u Alzheimerovy choroby jedná o neurodegenerativní onemocnění, bude se jednat o zlepšení pouze přechodné (MUDr. Klusáčková, osobní komunikace 13. 3. 2010). To, že u uvedených klientů z výzkumného souboru nekleslo skóre MMSE po dobu 9 měsíců, považuji za úspěch.

Podle mého názoru je důležité nepřikládat kognitivní rehabilitaci nadměrný význam. Pokud se jedná o rozvinutou fázi demence, je dobré tyto jedince psychicky aktivizovat, musí být ale volena vhodná cvičení, jejichž náročnost je přizpůsobena jejich

možnostem. Na klienty s demencí by podle mého mínění neměly být kladeny přehnané požadavky. Při šetření bylo zjištěno, že pes může mít na osoby s demencí uklidňující vliv, zmírňuje jejich stres a zároveň jim může pomoci, aby se lépe soustředili. To se shoduje s názorem Kalvacha, podle něhož snaha modulovat průběh demence trénováním paměti a kognitivní rehabilitací snadno přivádí pečující k trvalému kontrolování těchto osob a jejich vychovávání. Důsledkem tohoto úmyslu může být skutečnost, že klienti zažívají zklamání z neúspěchu, únavu, nejistotu či jiné projevy vyvolaného stresu, na jehož bázi se může rozvíjet konfliktní nebo jinak neadekvátní nežádoucí chování. Více než trénování a rehabilitování paměti by se mělo usilovat o důstojnost, spokojenost a autonomii těchto jedinců. o to, aby byli uchráněni zbytečného strachu, úzkosti a studu. (21)

Další možností psychické aktivizace bylo užití **reminiscence**. Podle Jiráka je prvotně u osob s demencí postižena novopaměť, naopak dlouhodobá paměť bývá zachována relativně dlouho. (19) Prostřednictvím psů dobrovolnice Veroniky byly opět u klientky č. 3 a klienta č. 4 evokovány vzpomínky na pejsky, které tito klienti dříve chovali. Poté, co se na náš podnět rozpovídali nejprve o svých pejscích, začali si vybavovat často i velmi živě, další zážitky a události ze svého dětství. Po skončení reminiscenční terapie vyjadřovali ze svého oživení dávných vzpomínek uspokojení. Z toho vyplývá, že zde pejsek opět plnil roli prostředníka, díky němuž bylo snadnější navázání kontaktu s klienty s demencí a ulehčeno evokování příjemných vzpomínek.

U osob s demencí jsou také postiženy sociální dovednosti, do nichž spadá **sebeběče a komunikace**.

Mezi problémy jedinců s demencí patří snížená soběstačnost v příjmu potravy, hygieně a vyprazdňování (z přednášky Zvláštnosti ošetřovatelské péče o pacienta s demencí, konference pro nelékařské profese, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, Motáčková, vrchní sestra PL, 13. 3. 2010). Bývají také přítomny problémy v sociální interakci, jejichž příčinou je neschopnost navazovat a obnovovat vztahy a kontakty s lidmi (přednáška Motáčková, Brno, 13. 3. 2010).

Dle Jiráka jsou osoby ve fázi rozvinuté demence ještě schopni určitých sebeobslužných úkonů. Je třeba, aby se motivovaly k tomu, aby se na těchto úkonech podílely. Podle Kalvacha je zvláště u jedinců s demencí podpora komunikace klíčová. (19, 21)

Nejvýznamnější osobnost ošetřovatelství, Florence Nightingalová, poznamenala: „Malé domácí zvířátko je často výborným společníkem pro nemocného, zejména pro chronické dlouhodobé případy. Ptáček v kleci je někdy jediným potěšením, které má tělesně postižený člověk odkázaný na pobyt ve stále stejném pokoji. Pokud může zvířátko samostatně krmit a čistit, má být podporován, aby tak činil“. (11)

Prostřednictvím psa byly nacvičovány sebeobslužné činnosti. Klienti z výzkumného souboru česali psy různými hřebeny a kartáči a nalévali jim vodu do misek, čímž si tyto úkony procvičovali. u klientky č. 3, kterou všeobecné sestry česaly v domnění, že už to samostatně nezvládne, od toho upustily, když zjistily, že česání zvládne sama. u klientů z výzkumného souboru nedošlo k zhoršení skóre v Barthelově testu základních všedních činností a dokonce u klientky č. 3 bylo zaznamenáno zlepšení. Z toho vyplývá, že z péče o zvíře může těžit i osoba s demencí a déle si užívat zachovalých dovedností.

V oblasti komunikace bylo dosaženo největšího posunu u klientky č. 2, s níž se díky polohování s pudlem Beníkem lépe navazoval slovní kontakt. Její komunikační schopnost se zlepšila nad obvyklou úroveň. Z toho vyplývá, že se canisterapie osvědčila i v této oblasti.

Aktivizační využití psů bylo uplatněno u klientky č. 1, u níž hlásily všeobecné sestry **podvečerní stavy zmatenosti a potulky**. Laczó uvádí, že podvečerní stavy zmatenosti a potulka může být zaviněna spánkovou inverzí a nedostatkem denních aktivit (osobní komunikace 19. 3. 2010) .

Podle Jiráka se preventivně klientovi s demencí má poskytnout dostatek vhodných činností , které by ho naplnily. (19) Klientce byla z důvodu podvečerních stavů zmatenosti lékařem nasazena farmaka a dále se účastnila canisterapeutického programu. Ochotně se během canisterapie podílela na nejrůznějších činnostech – házela aport, hladila pejska, chovala si ho na klíně. u klientky nedocházelo k nudě. V noci pak

spala, nebloudila po pokoji. Z toho vyplývá, že se canisterapie může spolupodílet i na řešení nežádoucího chování, kterým jsou podvečerní stavy zmatenosti („syndrom zapadajícího slunce“) a potulka.

Další oblastí, na kterou jsem zaměřila svůj výzkum, bylo **udržování hybnosti a výkonnosti** u osob s demencí. u klientů byla prostřednictvím canisterapie procvičována jemná motorika (česání psa, házení apertu apod.) a hrubá motorika chůzí s oporou., při které vedle klienta kráčel pejsek. Díky pejskovi se pro klienta stávala chůze zábavnější a navíc byla procvičována chůze a orientace v terénu. Klientka č. 3 po praktikování canisterapie zvládala lépe uchopování předmětů. u klientů č. 3 a 4. byla shledána větší stabilita při chůzi s oporou. Z toho vyplývá, že canisterapie je u osob s demencí prospěšná v rámci kondičního cvičení. Napomáhá ke zlepšení jejich hybnosti.

Všeobecné sestry pečující dlouhodobě o klienty z výzkumného souboru **hodnotí největší přínos canisterapie** ve zvýšení soběstačnosti klientky č. 3 (zvládá se učesat sama), dále ve zlepšení komunikace s klientkou č. 2 a v omezení výskytu potulky a podvečerních stavů zmatenosti u klientky č. 1.

Canisterapie je jednou z metod a technik podpůrné rehabilitace, což uvádí i Janovský (18). Výzkumné šetření dokazuje, že své významné místo má i v oblasti ošetrovatelství.

Na základě dosažených výsledků bakalářské práce vyvozují následující výzkumné hypotézy:

1. Canisterapii lze aktivně využít v rámci kognitivní rehabilitace.
2. U seniorů s demencí lze na bázi canisterapie uplatnit reminescence.
3. Canisterapie může přispět ke zdokonalení sociálních dovedností, k nimž patří sebezpečí a komunikace.
4. Aktivizací osoby s demencí lze snížit výskyt (pod)večerních stavů zmatenosti a potulky.
5. U seniorů s demencí se dá využít canisterapie jako aktivizační a motivační prostředek sloužící ke zlepšení jejich hybnosti a zvýšení výkonnosti.
6. Přínos canisterapie pro ošetrovatelský personál v rámci péče o seniory s demencí je ve snadnější spolupráci s nimi.

8 ZÁVĚR

Geriatrické ošetřovatelství se zabývá komplexním ošetřováním zdravých i nemocných starých lidí na všech úrovních zdravotní a sociální péče. V dnešní době je snaha rozbourat představy, že ošetřovatelská péče o staré klienty znamená pouze ustláni jejich lůžka, aplikace injekcí a splnění jiných ordinací lékaře. Toto vše samozřejmě do ošetřovatelské péče patřilo, patří a vždy patřit bude. Oproti minulým desetiletím se však hledají i nové cesty, jak geriatrickým klientům prospět a stále více se propaguje holistický, tedy celostní přístup. (10)

To znamená, že se jedinec chápe jako bytost bio-psycho-sociální a spirituální. Nelze pečovat pouze jen o jeho tělesnou schránku, je třeba usilovat i o to, aby byla zajištěna i jeho co největší duševní pohoda nebo a aby nestrádal ani po stránce sociální. Ošetřovatelská péče o staré osoby, které trpí demencí, má svá specifika. u těchto klientů dochází k postižení kognitivních funkcí a ke snížení schopnosti postarat se o sebe. Je třeba u nich zajistit vhodnou psychickou aktivizaci, zahrnující mimo jiné stimulování klientů ke komunikaci, a rovněž aktivizaci zaměřenou na nácvik sebeobslužných úkonů, nezbytných pro běžný život.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké může být aktivizační využití psů v rámci péče o seniory s demencí se zaměřením na uplatnění canisterapie v ošetřovatelské péči u osob s demencí. Výsledky šetření přínos canisterapie pro seniory s demencí jednoznačně potvrdily a to ve všech sledovaných oblastech. Po aplikaci metod založených na využití psů bylo u seniorů z výzkumného souboru zaznamenáno oživení paměti, zvýšení ochoty komunikovat s okolím, udržení dovedností v oblasti sebeobsluhy a uchování jemné a hrubé motoriky na stejné úrovni jako na začátku výzkumného šetření. u klientky, která trpěla (pod)večerními stavy zmatenosti a potulky, došlo k omezení těchto stavů. Je možné konstatovat, že u klientů bylo po dobu výzkumného šetření prostřednictvím canisterapie dosaženo zachování fyzické i psychické výkonnosti na stejné úrovni jako na začátku, v některých oblastech došlo dokonce k mírnému zlepšení. Z toho těžil i ošetřovatelský personál, který pocítil v řadě oblastí úlevu v plnění svých pracovních povinností. Ocenil zejména možnost se lépe s klienty domluvit a snadněji s nimi spolupracovat.

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Alzheimerova choroba [online].[cit. 10-6-2009]. Dostupné z WWW: <<http://www.psychiatrikasekcecas.estranky.cz>>
2. Buijssen, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.
3. Canisterapeutické centrum Zlín, *Canisterapeutické centrum Zlín* [online]. Zlín. c2008, [cit. 2009-04-21], Co je to Canisterapie. Dostupné z WWW: <<http://www.canisterapie-zlin.cz/canisterapie.php>>.
4. Canisterapie [online]. [cit. 4-3-2010]. Dostupné z WWW: <http://www.canisterapie.org>
5. canisterapie [online]. c. [cit. 4-3-2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.dappy.cz>>
6. cumming JL. Alzheimer's Disease. N Engl J Med 2004: 351:56-67.
7. ČERVONYJOVÁ, D., *Canisterapie v Domově pro seniory Chvalkov*. Bakalářská práce. České Budějovice: 2009. 49 s.
8. DVOŘÁKOVÁ, M., *Canisterapie u dětí s poruchami chování*. Diplomová práce. Brno: 2008. 71 s.
9. EISERTO VÁ, J., STAFFOVÁ, Z., *Současný stav canisterapie v České republice. Nová metoda sociálních služeb a její vývoj v ČR*. In Pravda o zooterapii . Sborník příspěvků z odborné konference. 2008.
10. FARKAŠOVÁ, D. et al., *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta. 2001.135 s., ISBN 80-8063-086-0.
11. GALAJDOVÁ, L., *Pes lékařem lidské duše aneb canisterapie*. Praha: Grada Publishing. 1999. 160 s., ISBN 80-7169-3.
12. gerontologie [online]. c. [2010 cit. 15-6-2009]. Dostupné z WWW: <<http://www.gerontologie.cz/fines/mmse.pdf>>
13. HAPALOVÁ, R., *Péče o seniory s demencí*. Bakalářská práce. Brno: 2009
14. HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. 1989. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.

15. HOLMEROVÁ, I. et al., Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence. [online]. [cit. 4-3-2010]. Dostupné z WWW: <[www.http://wolen.cz/pdfs/int/2005/20/08/.pdf](http://www.wolen.cz/pdfs/int/2005/20/08/.pdf)>
16. HRDLÍČKA et. al., *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing. 1999. 53 s., ISBN 80-7169-4.
17. JANEČKOVÁ, H. et. al., *Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál. 2010. 151 s., ISBN 978-80-7367-581-3.
18. JANOVSÝ, J., *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton. 2006. 173 s., ISBN 80-7254-730-5.
19. JIRÁK, R. et al., *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing. 2009. 164 s., ISBN 978-80-247-2454-6.
20. KALVACH, Z. et al., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing. 2008. 336 s, ISBN 976-80-247-2490-4
21. KALVACH, Z. et. Al., *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. 2004. 864 s., ISBN 80-247-0548-6.
22. KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P., *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada Publishing. 2009. 160 s., ISBN 978-80-247-2608-3.
23. KOCANDOVÁ, J., *Canisterapie praktikovaná v Českých Budějovicích*. Bakalářská práce. České Budějovice: 2007. 66 s.
24. Kolektiv autorů, *Povídání o canisterapii*. Vyškov: Sdružení pro pomoc zdravotně postiženým „PIAFA“. 2000. 48 s.
25. KOUKOLÍK, F., Jirák, R., *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada Publishing. 1999. 156 s., ISBN 80-7169-716-8.
26. KOVALČÍKOVÁ, K., *Využití canisterapie v léčbě*. Sestra. 2010. roč. 20, č.2, s. 65-66. ISSN 1210-0404.
27. LACZÓ, J. et al., *Poruchy prostorové paměti jsou detekovatelné již u pacientů s mírnou kognitivní poruchou*. Cesk. Slov. Neurol. N. 69/102 (6): 431-437, 2006, Hort

28. LELÁKOVÁ, D., *Práce s klienty s demencí ve specializovaném oddělení Domova pro seniory Kobylice*. Bakalářská práce. České Budějovice. 2009. 99 s.
29. MAHELKA, B., *Problematika zooterapie na konferenci IAHAIO*, In Pravda o zooterapii. Sborník příspěvků ze dvou celostátních konferencí pořádaných dne 27. 11. 2001 v Hluboké nad Vltavou a dne 18. 12. 2002 v Ústavu sociální práce v Českých Budějovicích. 2002.
30. MARKOVÁ, E. et al., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. 2006. 352 s., ISBN 80-247-1151-6.
31. NERANDŽIČ, Z., *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. Praha: Albatros. 2006. 160 s., ISBN 80-00-01809-8.
32. NOVOTNÁ, D., ZOURKOVÁ, M., *Canisterapie aneb jak může pes léčit*. In Pravda o zooterapii. Sborník příspěvků z celostátní konference pořádané dne 25.11.2003 v Hluboké nad Vltavou. Editor: Mojžíšová, A., Kalinová, V., České Budějovice. 2004. s. 30-34. ISBN 80-7040-675-5.
33. ODENDAAL, J., *Zvířata a naše mentální zdraví. Proč, co a jak*. Brázda. 2007. 173 s., ISBN 978-80-209-0356-3.
34. Pomocné tlapy o. p. s., *Pomocné tlapy o.p.s, sekce Canisterapie*. [online]. Praha. c2007, [cit. 2009-04-20]. Canisterapie aneb terapie pomocí psů. Dostupné z WWW: <<http://www.canisterapie.cz/index.htm>>.
35. POSPÍŠILOVÁ, A., *Cvičení paměti pro seniory. Vzorová cvičení*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 1996. 112 s, ISBN 80-85529-23-8.
36. SIEBENBÜRGEROVÁ, M., *Canisterapie a její využití v komplexní psychiatrické péči*. [online] [cit. 3-3-2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.dcmotol.cz/media/pdf/sbornik-zoo-2009.pdf>>.
37. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., *Interní ošetrovatelství II*, Praha: Grada Publishing. 2006. 212 s + 4 s barevné přílohy., ISBN 80-247-1777-8.
38. Tariot PN, Solomon PR, Morris JC, Kershaw P, Lilienfeld S, Ding C. a 5-month, randomized, placebo-controlled trial of galantamine in AD. The Galantamine USA-10 Study Group. *Neurology* 2000; 54: 2269-2276. Reisberg B, Doody R, Stoffler A, Schmitt F, Ferris S, Mobius HJ; Memantine Study

Group. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine* 2003; 348: 1333-1334

39. TRACHTOVÁ, E. et. al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 2006. 186 s., ISBN 80-7013-324-4.
40. VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 2007. 461 s., ISBN 978-80-246-1318-5.
41. VELEMÍNSKÝ, M. et al., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. 2007. 335 s., ISBN 978-80-7322-109-6.
42. VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. 2007. 96 s., ISBN 978-80-2170-5.
43. zooterapie [online]. c. 2010 [cit. 3-3-1010]. Dostupné z WWW: <
<http://cantesbrno.melite.cz> >

10 KLÍČOVÁ SLOVA

Senioři

Demence

Canisterapie

Ošetrovatelský péče

Klient

Aktivizace

Keywords:

Elderly people

Dementia

Canistherapy

Nursing care

Client

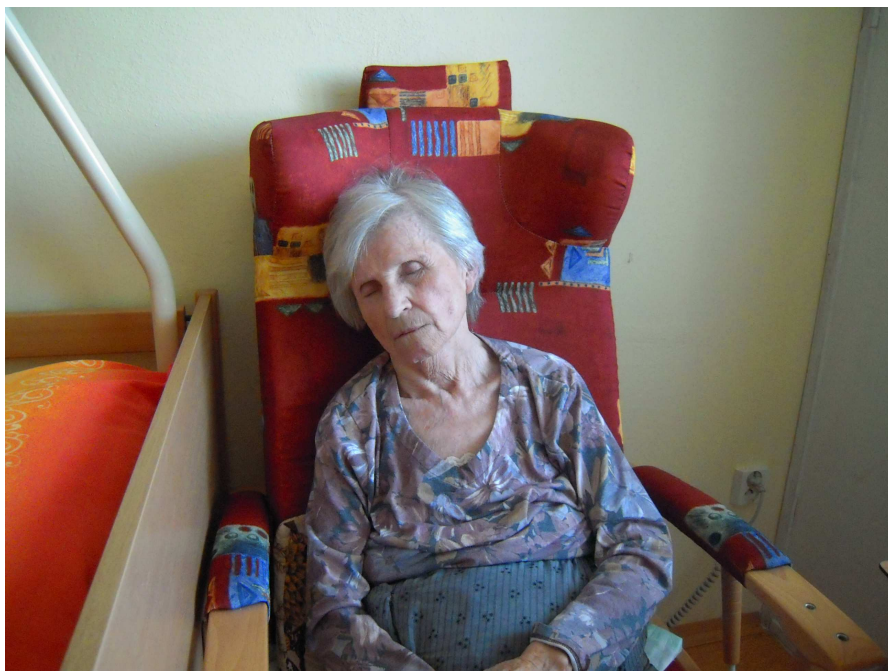
Activation

11 PŘÍLOHY

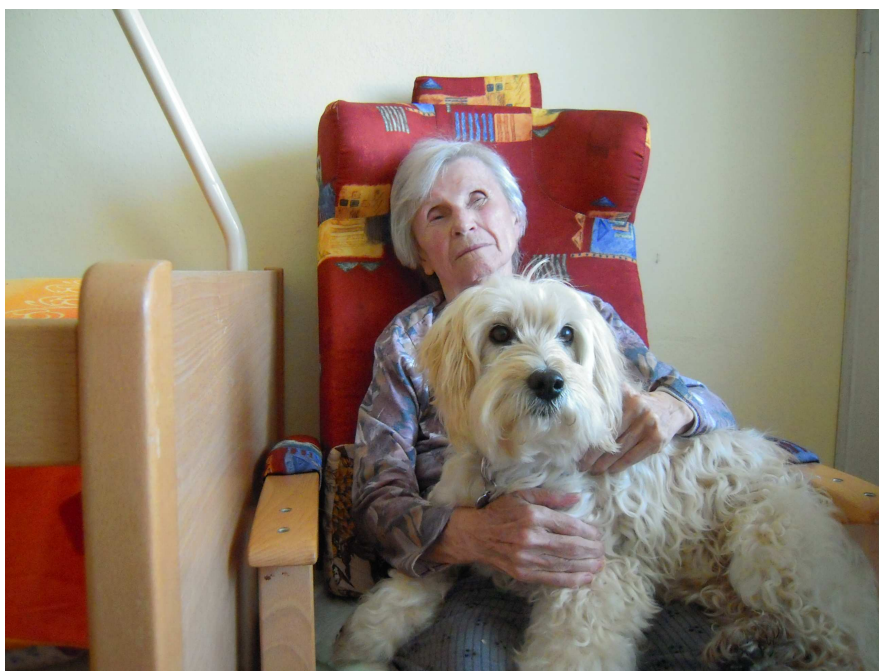
Seznam příloh

- Příloha 1** Canisterapie v Domově pro seniory Hluboká nad Vltavou foto č. 1
- Příloha 2** Canisterapie v Domově pro seniory Hluboká nad Vltavou foto č. 2
- Příloha 3** Canisterapie v Domově pro seniory Hluboká nad Vltavou foto č. 3
- Příloha 4** Canisterapie v Domově pro seniory Hluboká nad Vltavou foto č. 4
- Příloha 5** Canisterapie v Domově pro seniory Hluboká nad Vltavou foto č. 5
- Příloha 6** Canisterapie v Domově pro seniory Hluboká nad Vltavou foto č. 6
- Příloha 7** Mini-mental state examination
- Příloha 8** Montrealský kognitivní test
- Příloha 9** Cliftonova škála soběstačnosti
- Příloha 10** Poradna pro poruchy paměti

Příloha 1



Příloha 2



Příloha 3



Příloha 4



Příloha 5



Příloha 6



Příloha 7

| | | | |
|-----------------|--|-----------------|--------|
| PACIENT: | | 1. / / | 5. / / |
| Jméno | | Datum vyšetření | 2. / / |
| | | | 6. / / |
| | | | 7. / / |
| | | | 8. / / |

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – ZÁZNAMOVÝ LIST

| | | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
|---|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| I. ORIENTACE | | | | | | | | | |
| 1. Jaký den v týdnu je dnes? | 0-1 | | | | | | | | |
| 2. Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum? | 0-1 | | | | | | | | |
| 3. Který měsíc v roce je nyní? | 0-1 | | | | | | | | |
| 4. Který rok je nyní? | 0-1 | | | | | | | | |
| 5. Jaké je nyní roční období? | 0-1 | | | | | | | | |
| 6. Ve kterém státě jsme? | 0-1 | | | | | | | | |
| 7. Ve kterém okrese jsme? | 0-1 | | | | | | | | |
| 8. Ve kterém městě jsme? | 0-1 | | | | | | | | |
| 9. Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnické zařízení)? | 0-1 | | | | | | | | |
| 10. Ve kterém poschodí se nacházíme? | 0-1 | | | | | | | | |
| II. ZAPAMATOVÁNÍ | | | | | | | | | |
| 11. Bezprostřední reprodukce tří předmětů: míč auto člověk | 0-3 | | | | | | | | |
| III. POZORNOST A POČÍTÁNÍ | | | | | | | | | |
| 12. Opakované odčítání 7 od 100 (100; 93; 86; 79; 72; 65) nebo hláskování slova POKRM pozpátku | 0-5 | | | | | | | | |
| IV. PAMĚŤ, VÝBAVNOST | | | | | | | | | |
| 13. Reprodukce tří předmětů z úlohy 11 | 0-3 | | | | | | | | |
| V. POJMENOVÁNÍ | | | | | | | | | |
| 14. Ukažte náramkové hodinky: „Co je to?“ | 0-1 | | | | | | | | |
| 15. Ukažte tužku: „Co je to?“ | 0-1 | | | | | | | | |
| VI. OPAKOVÁNÍ | | | | | | | | | |
| 16. Opakování věty: „Žádné kdyby anebo ale.“ | 0-1 | | | | | | | | |
| VII. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ | | | | | | | | | |
| 17. Porozumění (sdělený 3stupňový příkaz): „Vezměte tento papír do vaší pravé (levé) ruky, přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama a položte na zem.“ | 0-3 | | | | | | | | |
| VIII. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU | | | | | | | | | |
| 18. Porozumění (písemný 1stupňový příkaz): ZAVŘETE OČI. (viz 2. strana) | 0-1 | | | | | | | | |
| IX. PSANÍ | | | | | | | | | |
| 19. Napsání věty | 0-1 | | | | | | | | |
| X. OBKRESLOVÁNÍ | | | | | | | | | |
| 20. Obkreslení předlohy průniku dvou pětiúhelníků (viz 2. strana) | 0-1 | | | | | | | | |
| CELKOVÉ SKÓRE | | | | | | | | | |

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (Nasreddinův test)

JMENO :

Vzdělání :

Pohlaví :

Datum narození :

DATUM :

| | | | |
|--|---------------------------|--|-------------|
| Prostorová orientace / zručnost | Okopírujte krychli | Namalujte ciferník a označte 11 hodin 10 minut (3 body) | BODY |
| | | | |
| [] | [] | [] kontura [] číslice [] ručičky | __/5 |

| | | |
|----------------------------|--|-------------|
| Pojmenování zvířete | | __/3 |
|----------------------------|--|-------------|

| | | | | | | | | |
|--------------|--|---------|-------------|--------------|---------------|------------------|----------------|------------------|
| Paměť | Přečtěte řadu slov. Testovaný je musí opakovat. Zopakujte je ještě jednou. Po 5 minutách požádejte o opakování slov. | | TVĚŘ | SAMET | KOSTEL | KOPRETINA | ČERVENÁ | žádný bod |
| | | 1.pokus | | | | | | |
| | | 2.pokus | | | | | | |

| | | |
|------------------|--|-------------|
| Pozornost | Přečtěte řadu čísel (1 za vteřinu). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou. [] 2 1 8 5 4 | |
| | Testovaný je má zopakovat pozpátku. [] 7 4 2 | __/2 |

| | | |
|--|------------------------------------|-------------|
| Čtete řadu písmen. Testovaný musí klepnout prstem pokaždé, když uslyší A. Při 2 a více chybách nedostane žádný bod. | [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB | __/1 |
|--|------------------------------------|-------------|

| | | |
|---------------------------------|--|-------------|
| Množina odečtů 7 od 100. | [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 | __/3 |
| | 4-5 správných odečtů = 3 body / 2-3 správně = 2 body / 1 správný = 1 bod / 0 správný = 0 bod | |

| | | |
|------------|--|-------------|
| Řeč | Opakujte po mně: Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. [] | |
| | Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč. [] | __/2 |

| | | |
|-------------------------|---|-------------|
| Vybavování slov: | Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty. [] _____ (N > 11 slov) | __/1 |
|-------------------------|---|-------------|

| | | |
|------------------|---|-------------|
| Abstrakce | Podobnost mezi např. banán-pomeranč = ovoce. [] vlak - bicykl [] hodinky - pravítka | __/2 |
|------------------|---|-------------|

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|-------------|--------------|---------------|------------------|----------------|----------------------------------|-------------|
| Pozdější vybavení slov | Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY | TVĚŘ | SAMET | KOSTEL | KOPRETINA | ČERVENÁ | Body se udělí pouze BEZ NÁPOVĚDY | __/5 |
| | [] | [] | [] | [] | [] | [] | | |

| | | | | | | | |
|------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|
| Nepovírně | Jedna nápověď | | | | | | |
| | Více nápověď | | | | | | |

| | | |
|------------------|---|-------------|
| Orientace | [] datum [] měsíc [] rok [] den [] místo [] město | __/6 |
|------------------|---|-------------|

Příloha 9

CLIFTONOVA ŠKÁLA SOBĚSTAČNOSTI "B R S"

JMÉNO: DATUM NAROZENÍ:

ADRESA (umístění):

| | | |
|--|--|----------------------|
| Při jídle | <ul style="list-style-type: none"> - nepotřebuje žádnou pomoc - potřebuje částečnou pomoc - potřebuje maximum pomoci (např. krmit) | <p>0 1 2</p> |
| Pozn.: body z této položky se nezapočítávají do celkového skóre | | |
| 1. Při koupání a oblékání | <ul style="list-style-type: none"> - nepotřebuje žádnou pomoc - potřebuje jistý stupeň pomoci - potřebuje maximum pomoci | <p>0 1 2</p> |
| 2. Při chůzi | <ul style="list-style-type: none"> - nemá vážnější problémy - chodí pomalu bez pomoci nebo používá hůl - je neschopen chůze a pokud ano, potřebuje oporu druhého či berly | <p>0 1 2</p> |
| 3. Inkontinence moči nebo stolice (ve dne nebo v noci) | <ul style="list-style-type: none"> - se nevyskytuje - se vyskytuje (např. 1-2x v týdnu) - se vyskytuje často (3x a vícekrát v týdnu) | <p>0 1 2</p> |
| 4. V průběhu dne je v posteli (nemyslí se gauč doma, apod.) | <ul style="list-style-type: none"> - prakticky není vůbec - někdy bývá - je téměř pořád | <p>0 1 2</p> |
| 5. Je zmatený (tj. neschopen najít cestu a vyznat se, ztrácí věci apod.) | <ul style="list-style-type: none"> - téměř nikdy - někdy ano - téměř pořád ano | <p>0 1 2</p> |
| 6. Když je ponechán sám sobě, jeho vzhled (tj. šaty, vlasy, apod.) je | <ul style="list-style-type: none"> - téměř vždy v pořádku a čistotě - někdy v nepořádku či nečistotě - téměř vždy v nepořádku či nečistotě | <p>0 1 2</p> |
| 7. Jestliže by byl ponechán sám venku (např. na ulici) | <ul style="list-style-type: none"> - nepotřebuje dohled - někdy by potřeboval dohled - vždy by potřeboval dohled | <p>0 1 2</p> |
| 8. Na oddělení (nebo doma) vypomáhá ostatním | <ul style="list-style-type: none"> - často - občas - nikdy | <p>0 1 2</p> |
| 9. Snaží se věnovat tvořivé nebo užitečné činnosti (jako práce, čtení, jiné záliby, hry, atd.) | <ul style="list-style-type: none"> - téměř vždy - někdy - téměř nikdy | <p>0 1 2</p> |

| | | |
|---|---|---|
| 10. Pokud se stýká s ostatními | - vytváří si dobré vztahy | 0 |
| | - má problémy při vytváření dobrých vztahů | 1 |
| | - téměř neustluje o dobré vztahy | 2 |
| 11. Pokud je žádán nebo vybízen k nějaké činnosti, snaží se vyhovět nebo reagovat | - většinou | 0 |
| | - někdy | 1 |
| | - téměř nikdy | 2 |
| 12. Rozumí tomu, co je mu sdělováno (ať už řečí, psanou formou nebo gesty) | - všemu či téměř všemu | 0 |
| | - jen něčemu | 1 |
| | - téměř ničemu | 2 |
| 13. Sám komunikuje, tj. dorozumívá se (ať už řečí, psanou formou nebo gesty) | - dost dobře, aby mu bylo vždy rozumět | 0 |
| | - někdy je mu rozumět jen s problémy | 1 |
| | - z nějakého důvodu mu lze rozumět jen zřídka | 2 |
| 14. Ve dne bývá těžko snesitelný (např. kvůli hlučnosti a mluvení, braní věcí ostatním, znečišťování okolí, obtěžování ostatních) | - nikdy nebo výjimečně | 0 |
| | - někdy | 1 |
| | - často | 2 |
| 15. V noci bývá těžko snesitelný (např. kvůli hlučnosti a mluvení, braní věcí ostatním, znečišťování okolí, obtěžování ostatních, bloudění apod.) | - nikdy nebo výjimečně | 0 |
| | - někdy | 1 |
| | - často | 2 |
| 16. Obviňuje ostatní, že mu nějak ubližují, nebo že mu berou věci | - nikdy | 0 |
| | - někdy | 1 |
| | - často | 2 |
| (Pozn.: 1 a 2 pokud jde skutečně o bezdůvodná obvinění) | | |
| 17. Hromadí zjevně zbytečné věci (např. papírky, provázky, zbytky jídla, apod.) | - nikdy | 0 |
| | - někdy | 1 |
| | - často | 2 |
| 18. V noci spí a | - téměř nikdy se nebudí | 0 |
| | - někdy se budí | 1 |
| | - často se budí | 2 |

V následujícím podtrhněte co platí:

- Z R A K
- vidí (nebo vidí s brýlemi)
 - vidí jen částečně
 - vůbec nevidí nebo téměř nevidí
- S L U C H
- bez problémů, nepotřebuje sluchové pomůcky
 - bez problémů, i když potřebuje pomůcky
 - má problémy, jež narušují dorozumění
 - je velmi hluchý

Hodnotil: dne
sestra (popř. příbuzný)

Příloha 10

Poradna pro poruchy paměti

Pořadové číslo

Jméno a příjmení nemocného

Datum narození

Rodné číslo

Věk

Pohlaví: muž 1 žena 2

Rodinný stav: svobodný 1

ženatý 2

rozvedený 3

odloučený 4

ovdovělý 5

Zaměstnání (kód)

Datum vyšetření

Místo vyšetření (kód)

Jméno vyšetřujícího (kód)

Odesílající: obvodní lékař 1

odborný lékař 2

psychiatrické odd. 3

geriatrické odd. (LDN) 4

soc. zařízení 5

příbuzní 6

ostatní 7

Nezávislé hodnocení personálu:

Jméno zaměstnance

Kategorie: vysokoškolák 1

SZP 2

Datum vyšetření

Klinické hodnocení závažnosti demence: bez projevů 0

minimální 1

střední 2

těžká 3

velmi těžká 4

Klinické hodnocení závažnosti deprese: 0 - 4

Objektivní lékařské vyšetření

Rodinná anamnéza:

Otec stáří při úmrtí

příčina úmrtí (dg číselná)

přítomnost demence ano 1 ne 2

infarkt myokardu

hypertense

CMP

diabetes

malignita

Parkinsonova choroba

deprese

Downova choroba

jiné hereditární nemoci

| | | | | |
|------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Matka | stáří při úmrtí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | příčina úmrtí (dg číselná) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | přítomnost demence ano 1 ne 2 | <input type="checkbox"/> | | |
| | infarkt myokardu | <input type="checkbox"/> | | |
| | hypertense | <input type="checkbox"/> | | |
| | CMP | <input type="checkbox"/> | | |
| | diabetes | <input type="checkbox"/> | | |
| | malignita | <input type="checkbox"/> | | |
| | Parkinsonova choroba | <input type="checkbox"/> | | |
| | deprese | <input type="checkbox"/> | | |
| | Downova choroba | <input type="checkbox"/> | | |
| | jiné hereditární nemoci | <input type="checkbox"/> | | |
| Sourozenci | počet bratrů | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | počet sester | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Děti | počet synů | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | počet dcer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Závažné choroby sourozenců a dětí

Osobní anamnéza:

| | | |
|-------------|----------------------|--------------------------|
| Přítomnost: | demence ano 1 ne 2 | <input type="checkbox"/> |
| | infarkt | <input type="checkbox"/> |
| | hypertense | <input type="checkbox"/> |
| | CMP, TIA | <input type="checkbox"/> |
| | diabetes | <input type="checkbox"/> |
| | malignita | <input type="checkbox"/> |
| | Parkinsonova choroba | <input type="checkbox"/> |
| | epilepsie | <input type="checkbox"/> |
| | Downova choroba | <input type="checkbox"/> |

Jiné závažné choroby

Operace

Úraz hlavy: ano 1 ne 2

Kouření: ano 1 ne 2

Alkohol: abstinent 0
 konzument 1
 návyk 2
 závislost 3

Léková závislost: ano 1 ne 2

Jiné závažné údaje OA:

Pracovní anamnéza:

Hlavní životní zaměstnání:

Dosažené vzdělání: základní 1
 středoškolské odborné 2
 středoškolské všeobecné 3
 vysokoškolské 4

Jiné závažné údaje PA:

Sociální anamnéza:

Bytové podmínky: rodinný dům 1 Bydlí s: sám 1
 byt v nájmu 2 partnerem 2
 instituce 3 příbuznými 3
 4 ostatní 4

Jiné závažné údaje SA:

Současné potíže: ano 1 ne 2

| | | | |
|-------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Bolesti hlavy | <input type="checkbox"/> | Zhoršení zraku | <input type="checkbox"/> |
| Závratě | <input type="checkbox"/> | Zhoršení sluchu | <input type="checkbox"/> |
| Pády | <input type="checkbox"/> | Zhoršení dechu | <input type="checkbox"/> |
| Noční nespavost | <input type="checkbox"/> | Zhoršení hybnosti | <input type="checkbox"/> |
| Časné buzení | <input type="checkbox"/> | Zapomětlivost | <input type="checkbox"/> |
| Usínání během dne | <input type="checkbox"/> | Zácpa | <input type="checkbox"/> |
| Zvýšená únavnost | <input type="checkbox"/> | Inkontinence moče | <input type="checkbox"/> |
| Nechuť k jídlu | <input type="checkbox"/> | Inkontinence stolice | <input type="checkbox"/> |
| Ztráta na váze | <input type="checkbox"/> | | |

Jiné subj. potíže

Fysikální vyšetření

| | | | | | |
|-----------------------------|--|-------|--|---|---|
| Hmotnost | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Výška | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | TK systolický | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Hybnost | bez omezení 1 <input type="checkbox"/> s pomocí hole 2 <input type="checkbox"/> s berlami 3 <input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby 4 <input type="checkbox"/> na vozíku 5 <input type="checkbox"/> imobilní 6 <input type="checkbox"/> | | Chůze | normální 1 <input type="checkbox"/> extrapyramidová 2 <input type="checkbox"/> cirkumdukce 3 <input type="checkbox"/> | TK diastolický <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Stroj - Romberg | normální 1 <input type="checkbox"/> titubace 2 <input type="checkbox"/> | | Romberg I | <input type="checkbox"/> | |
| Hydratace | normální 1 <input type="checkbox"/> snížená 2 <input type="checkbox"/> | | Romberg II | <input type="checkbox"/> | |
| Hlava | hypomimie ano 1 <input type="checkbox"/> ne 2 <input type="checkbox"/> | | Romberg III | <input type="checkbox"/> | |
| | třes hlavy ano 1 <input type="checkbox"/> ne 2 <input type="checkbox"/> | | Dušnost | nepřítomna 1 <input type="checkbox"/> námahová 2 <input type="checkbox"/> klidová 3 <input type="checkbox"/> | |
| | gerontoxon ano 1 <input type="checkbox"/> ne 2 <input type="checkbox"/> | | anemie sliznic | ano 1 <input type="checkbox"/> ne 2 <input type="checkbox"/> | |
| | nystagmus ano 1 <input type="checkbox"/> ne 2 <input type="checkbox"/> | | zornice isokorické | ano 1 <input type="checkbox"/> ne 2 <input type="checkbox"/> | |
| Postižení hlavových nervů | ano 1 <input type="checkbox"/> | | xantelasma | ano 1 <input type="checkbox"/> ne 2 <input type="checkbox"/> | |
| Jiné patol. nálezy na hlavě | | | porucha kterého? (číslo) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|--------------|------------------------|------------------|---|--------------------------|
| Krk | zvětšení krčních uzlin | ano | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | | ne | 2 | <input type="checkbox"/> |
| | štítná žláza | nezvětšena | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | | difusně zvětšena | 2 | <input type="checkbox"/> |
| | | uzly | 3 | <input type="checkbox"/> |
| polykací akt | | normální | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | | dysfagie | 2 | <input type="checkbox"/> |
| | | odenofagie | 3 | <input type="checkbox"/> |

Jiné patol. nálezy na krku

| | | | | | | | | |
|----------------|---------------------|----------------|---|--------------------------|-----------------|------------|---|--------------------------|
| Hrudník | dýchání | normální | 1 | <input type="checkbox"/> | srdeční činnost | ozvy čisté | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | | vedl. fenomény | 2 | <input type="checkbox"/> | | šelesty | 2 | <input type="checkbox"/> |
| | jaké? | | | | jaké? | | | |
| | srdeční rytmus | normální | 1 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | bradykardie | 2 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | tachykardie | 3 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | dysrytmie | 4 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | typ dysrytmie | | | | | | | |

Jiné patol. nálezy na hrudníku

| | | | | | | | | |
|---------------|-------|----------|---|--------------------------|---------|----------|---|--------------------------|
| Břícho | játra | normální | 1 | <input type="checkbox"/> | slezina | normální | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | | zvětšená | 2 | <input type="checkbox"/> | | zvětšená | 2 | <input type="checkbox"/> |

Jiné patol. nálezy na břiše

| | | | | | | | | |
|------------------|----------------------|-------------|---|--------------------------|------------|-------------|---|--------------------------|
| Končetiny | hybnost HK | normální | 1 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | snížená | 2 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | kontraktura | 3 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | paresa PHK | nepřítomna | 1 | <input type="checkbox"/> | paresa LHK | | | <input type="checkbox"/> |
| | | frustní | 2 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | těžká | 3 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | plegie | 4 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | třes HK | ano | 1 | <input type="checkbox"/> | taxe | normální | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | | ne | 2 | <input type="checkbox"/> | | nepřesná | 2 | <input type="checkbox"/> |
| | reflexy | výbavné | 1 | <input type="checkbox"/> | hybnost DK | normální | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | | snížené | 2 | <input type="checkbox"/> | | snížená | 2 | <input type="checkbox"/> |
| | | nevýbavné | 3 | <input type="checkbox"/> | | kontraktura | 3 | <input type="checkbox"/> |
| | paresa PDK | nepřítomna | 1 | <input type="checkbox"/> | paresa LDK | | | <input type="checkbox"/> |
| | | frustní | 2 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | těžká | 3 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | plegie | 4 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | otoky DK | ano | 1 | <input type="checkbox"/> | varixy DK | ano | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | | ne | 2 | <input type="checkbox"/> | | ne | 2 | <input type="checkbox"/> |
| | pulsace na periferii | ano | 1 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | ne | 2 | <input type="checkbox"/> | | | | |

Jiné patol. nálezy na končetinách

| | | | | | | | | |
|--------------|------------------------|----------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Páteř | fysiologické zakřivení | hyperkyfoza Th | 1 | <input type="checkbox"/> | Thomayer cm | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | gibbus | 2 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | skoliosa | 3 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | 4 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Lassegue | stupně | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Jiné patol. nálezy na páteři

Biochemické vyšetření

| | | |
|-------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Sedimentace krve | za 1 hod. | <input type="checkbox"/> |
| | za 2 hod. | <input type="checkbox"/> |
| Krevní obraz | počet ERY | <input type="checkbox"/> |
| | počet Leuko | <input type="checkbox"/> |
| | HMTK | <input type="checkbox"/> |
| | další patol. údaje KO | <input type="checkbox"/> |
| Plasmatické Fe | | <input type="checkbox"/> |
| Kreatinin | | <input type="checkbox"/> |
| Kyselina močová | | <input type="checkbox"/> |
| Mineralogram | Na | <input type="checkbox"/> |
| | K | <input type="checkbox"/> |
| | Cl | <input type="checkbox"/> |
| | Ca | <input type="checkbox"/> |
| | P | <input type="checkbox"/> |
| | Mg | <input type="checkbox"/> |
| Glykemie | | <input type="checkbox"/> |
| Lipidogram | cholesterol | <input type="checkbox"/> |
| | triglyceridy | <input type="checkbox"/> |
| Jaterní testy | bilirubin | <input type="checkbox"/> |
| | ALAT | <input type="checkbox"/> |
| | ASAT | <input type="checkbox"/> |
| | ALP | <input type="checkbox"/> |
| | GMT | <input type="checkbox"/> |
| RIA vyšetření | ETR | <input type="checkbox"/> |
| | T4 | <input type="checkbox"/> |
| | T3 | <input type="checkbox"/> |
| | TSH | <input type="checkbox"/> |
| Schillingův test | | <input type="checkbox"/> |
| Hladina B12 | | <input type="checkbox"/> |

Psychologická část

| | | | |
|---------------------------------------|--------------|---|--------------------------|
| ROZHOVOR | | | |
| Současné psychické příznaky | | | |
| stížnosti na úbytek paměti | málo | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | hodně | 2 | <input type="checkbox"/> |
| vliv úbytku na běžné denní činnosti | málo výrazný | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | výrazný | 2 | <input type="checkbox"/> |
| výskyt bludů nebo halucinací | ano | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | ne | 2 | <input type="checkbox"/> |
| předchozí psychiatrická hospitalizace | ano | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | ne | 2 | <input type="checkbox"/> |

Dosavadní průběh psychických příznaků

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|--------------------------|
| kdy tyto příznaky začaly | zcela nedávno (max. 3 měs.) | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | trvají již déle (více než 3 měs.) | 2 | |
| | nelze to přesně určit | 3 | |
| jak dlouho celkově se příznaky vyskytují | do dvou týdnů | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | do dvou měsíců | 2 | |
| | do šesti měsíců | 3 | |
| | do 1 roku | 4 | |
| | do 2 let | 5 | |
| | více než 2 roky | 6 | |
| rozvoj (nárůst) příznaků | spíše rychlý | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | spíše pomalý | 2 | |
| kolísání příznaků během dne | spíše ano | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | spíše ne | 2 | |

PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

| | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|--------------------|---|--------------------------|
| Škála deprese | počet bodů | <input type="checkbox"/> | norma | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | | | mírná deprese | 2 | |
| | | | manifestní deprese | 3 | |

Wechsler - Memory (paměť)

| | | | | |
|---------|-------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| subtest | Informace | <input type="checkbox"/> | celkový MQ | <input type="checkbox"/> |
| | Orientace | <input type="checkbox"/> | povídky | <input type="checkbox"/> |
| | Mentální kontrola | <input type="checkbox"/> | čísla | <input type="checkbox"/> |
| | | | reprodukce | <input type="checkbox"/> |
| | | | asociace | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--------------|---------------------|-----------|---|--------------------------|
| Hodnocení MQ | výrazně podprůměrný | (pod 70) | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | podprůměrný | (70-85) | 2 | |
| | mírný podprůměr | (85-95) | 3 | |
| | průměr | (95-105) | 4 | |
| | mírný nadprůměr | (105-115) | 5 | |
| | nadprůměrný | (115-130) | 6 | |
| | výrazně nadprůměrný | (nad 130) | 7 | |

| | | | |
|-------------------|------------|---|--------------------------|
| Hodnocení profilu | vyvážený | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | nevyvážený | 2 | |

Benton - test

| | | | | |
|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Získané body | <input type="checkbox"/> | upravený skór | <input type="checkbox"/> | |
| Hodnocení výkonu | výrazný podprůměr | (pod 70) | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | hraniční hodnota | (70-79) | 2 | |
| | mírně pod průměrem | (80-94) | 3 | |
| | průměr | (95-109) | 4 | |
| | nadprůměr | (110-120) | 5 | |
| | výrazný nadprůměr | (nad 120) | 6 | |

WAIS - R

| | | | | |
|-----------------------------|------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| subtest Informace | body | <input type="checkbox"/> | odhad verb. skóre (prorating) | <input type="checkbox"/> |
| subtest Slovník | body | <input type="checkbox"/> | profilový skór | <input type="checkbox"/> |
| Hodnocení profilových skórů | | | profilový skór | <input type="checkbox"/> |
| | | | Informace | <input type="checkbox"/> |
| | | | Slovník | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-------------------|----------|---|
| výrazný podprůměr | (pod 5) | 1 |
| podprůměr | (5-6) | 2 |
| mírný podprůměr | (7-8) | 3 |
| průměr | (9-11) | 4 |
| mírný nadprůměr | (12-13) | 5 |
| nadprůměr | (14-15) | 6 |
| výrazný nadprůměr | (nad 15) | 7 |