UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav klinické rehabilitace

Veronika Lásková

Využití kondiční ergoterapie v léčbě demence u seniorů

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Renáta Špannerová

Olomouc 2025

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 19. června 2025 Veronika Lásková

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Renátě Špannerové za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: bakalářská

Téma práce: Využití kondiční ergoterapie u seniorů s demencí

Název práce: Využití kondiční ergoterapie v léčbě demence u seniorů

Název práce v AJ: The use of conditioning occupational therapy in the treatment of dementia in the elderly

Datum zadání: *2024-11-22*

Datum odevzdání: *2025-05-19*

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav klinické rehabilitace

Autor práce: *VERONIKA LÁSKOVÁ*

Vedoucí práce: Mgr. Renáta Špannerová

Oponent práce: Mgr. Marcela Kučerová

Abstrakt v ČJ: *Tato práce se zabývá problematikou demence u seniorů a jejich léčbou s pomocí kondiční ergoterapie. V práci jsou stručně popsány některé druhy demence a je uvedeno několik známých a používaných nefarmakologických intervencí, které může ergoterapeut ve své praxi využít.*

Abstrakt v AJ: *This work deals with the issue of dementia in seniors and its treatment with the help of fitness occupational therapy. The work briefly describes some types of dementia and lists several known and used non-pharmacological interventions that an occupational therapist can use in his practice.*

Klíčová slova v ČJ: demence, Alzheimerova choroba, senior, ergoterapie, nefarmakologická terapie

Klíčová slova v AJ: dementia, Alzheimer disease, senior, occupational therapy, nonfarmacological therapy

Rozsah: 33 stran

Obsah

Úvod 6

1 Demence 7

1.1 Dělení demence 8

1.2 Vaskulární demence 8

1.2.1 Multiinfarktová demence 9

1.2.2 Převážně podkorová vaskulární demence neboli Binswangerova choroba 9

1.2.3 Vaskulární demence s náhlým začátkem 9

1.3 Alzheimerova choroba 10

1.3.1 Klinický obraz 10

1.3.2 Stádia nemoci 11

1.4 Demence s Lewyho tělísky 12

1.5 Demence u Parkinsonovy choroby 12

2 Ergoterapie 14

2.1 Dělení ergoterapie 14

2.2 Kondiční ergoterapie 15

3 Terapie 17

3.1 Kognitivní trénink 18

3.1.1 Rehabilitace kognitivních funkcí 19

3.2 Kinezioterapie 20

3.3 Dual task 22

3.4 Multisenzorická stimulace 23

3.4.1 Snoezelen terapie 24

3.4.2 Smyslová aktivizace 26

3.5 Muzikoterapie 27

3.6 Reminiscenční terapie 29

3.6.1 Validace podle Naomi Feil 31

3.7 Terapeutické panenky 31

Diskuse 34

Závěr 38

Referenční seznam: 39

Seznam zkratek 46

Seznam obrázků 47

Úvod

Hlavním cílem mé bakalářské práce je představit možnosti využití kondiční ergoterapie jako jednu z možností nefarmakologických přístupů u seniorů s diagnostikovanou demencí. Zajímá mě, zda se řadí do efektivních a účinných nefarmakologických přístupů, a jestli může využívat pomůcky, nástroje a kombinovat je s různými terapeutickými postupy. Zabývám se také tím, zda ergoterapeut pracuje jen individuálně nebo i se skupinou, a jak jsou na tom ostatní nefarmakologické přístupy ohledně skupinové terapie. Dále mě bude zajímat, zda může kondiční ergoterapie společně s dalšími přístupy tvořit komplexní a aktivizační programy. A budu zvažovat, které programy budou vhodné pro danou fázi demence. Demence je jedním z hlavních problémů stárnoucí populace. Zatím na ni neexistuje účinný lék, a tak se pozornost obrací i k různorodým terapiím, které by v případě dostupné farmakologické léčby, neměly možnost se plně rozvinout, určitě by neměly takovou pozornost, jakou mají dnes.

Součástí mé práce je přehled dalších nefarmakologických terapií. Mým cílem je zjistit, které přístupy jsou používané v zahraničí a zda jsou podložené zahraničními studiemi. Budu se zabývat, jaký přístup je nejvhodnější pro oddálení kognitivního poklesu a zda ho ovlivní také kondiční ergoterapie. Zjistím, jak je na tom kognitivní trénink a zda stále funguje fyzická aktivita a je stále aktuální.

Zajímá mě také jak je to s multisenzorickými vstupy. Jak na ně senior reaguje, jaká senzorická terapie se používá v zahraničí a jaká v České republice. Chci vědět, jestli jsou některé nefarmakologické přístupy vhodné také na behaviorální a psychologické příznaky, do kterých patří agresivita, neklid a deprese. Zjistím si, jak může muzikoterapie ovlivnit demenci a jak je možné ji propojit s dalšími přístupy. Zajímá mě i reminiscenční terapie, která je zmiňovaná v téměř každém domově seniorů. Zda má pozitivní výsledky potvrzené studiemi a k čemu ji můžeme využít. Zmíním také validační terapii dle Naomi Feil a bude mě zajímat, co přináší a jaký má potenciál. Úplně nakonec vás budu chtít seznámit s terapeutickou panenkou a budu zjišťovat, zda se dá považovat tato panenka za vhodný terapeutický nástroj a zda může pomoci v terapii u pokročilého stádia demence.

V práci bylo použito celkem 68 zdrojů z toho 22 knižních, 40 odborných článků a 6 internetových zdrojů.

1 Demence

„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené“ (Pfeiffer, 2007, p. 9)

„Demence je definována jako získaná globální porucha intelektu, paměti a osobnosti.“ (Ambler, 2011, p. 233)

Demence patří mezi jedny z nejzávažnějších chorob vyššího věku. I když to není jednoznačně choroba stáří, s vyšším věkem se navyšuje. Rozvíjí se od vzniku a rozvoje kognitivních funkcí. Následkem progresivního procesu se kognitivní funkce snižují. Následkem poklesu kognitivních funkcí se poté porucha projevuje v každodenních, pracovních a volnočasových aktivitách (Kalvach et al., 2004).

Demence se projevuje narušením kognitivních funkcí, do kterých patří paměť, myšlení, orientace, řeč, schopnost učení, pozornost a poznávací funkce. Při narušení těchto funkcí může docházet ke zhoršení sociálního chování, motivace a ovládání emocí. Demence má obecná a základní kritéria do kterých patří zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti, narušení abstraktního myšlení, soudnosti, jiných kognitivních funkcí nebo změnu osobnosti. Pacient nemusí mít všechny tyto deficity.

Příznaky demence lze rozdělit do tří základních skupin s dělením ABC.

A – acitivity of daily life neboli narušení aktivit denního života. Do této skupiny patří sebeobslužné činnosti jako je hygiena, oblékání, sycení a také profesní schopnosti a činnosti.

B – behavior neboli poruchy chování a jiné psychologické příznaky jako jsou např. poruchy zvládání emocí, depresivita a úzkost, poruchy spánku a poruchy cirkadiálního rytmu.

C – cognition což je porucha kognitivních funkcí (Pfeiffer, 2007; Kalvach et al., 2004)

U demence existuje také preklinické stadium, které se nazývá lehká kognitivní porucha neboli mild cognitive impartment či MCI. Je to porucha paměti, která je subjektivně i objektivně přítomna a je měřitelná psychometrickými testy, ale globální testy demence (MMSE aj.) jsou v normě. Osoba zvládá základní denní činnosti bez omezení, problém nastává až u komplexních složitých činností. I přestože MCI představuje preklinické stadium demencí, asi u třetiny

případů se do demence nerozvine. Je však důležité dodat, že během 5-7 let od diagnózy MCI už do demence přechází 60-80 % nemocných. (Kalvach et al., 2004; Pidrman, 2007).

1.1 Dělení demence

Demence můžeme dělit na primárně degenerativní demence, sekundární a smíšené demence.

Do skupiny primárně degenerativní demence patří Alzheimerova nemoc, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence (Pidrman, 2007). Tyto demence mají atroficko - degenerativní podklad. Jsou to procesy, při kterých dochází ke snížení počtu nervových buněk a synapsí. Dochází k poruše funkce neuronů i neuroglií k tvoření a ukládání patologických bílkovin (Roman et al.,2009).

Sekundární a smíšené demence lze nazvat také jako symptomatické demence. Na jejich vzniku se podílí řada příčin, a proto je tato skupina do značné míry různorodá. Lze zde nalézt vaskulární demence, demence způsobené traumatem, infekcí, intoxikací metabolickými poruchami a mnoho dalších (Jirák et al., 2009; Pidrman, 2007). Mezi nejčastější patří např. vaskulární demence, která představuje až 20 % všech demencí. (Pidrman, 2007).

Demence lze také dělit na ireverzibilní a reverzibilní. Do ireverzibilních neboli nevratných patří nejčastější a nejvážnější demence. Do této skupiny patří degenerativní onemocnění CNS (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, choroba s Lewyho tělísky) nebo vaskulární demence. Mezi potencionálně reverzibilní demence můžeme řadit novotvary v CNS, metabolické poruchy, toxiny, infekce (meningitidy) a některá traumata mozku (Pidrman, 2007)

1.2 Vaskulární demence

Vaskulární demence je druhou nejčastější demencí. Ke kognitivnímu zhoršení dochází v důsledku narušení cévního zásobení mozku. Mezi příčiny poklesu krevního průtoku patří kardiovaskulární nemoci, hypertenze nebo výduť (Pidrman, 2007; Jirák et al., 2009). Další mohou být mnohočetné miniinfarkty nebo proběhlá cévní mozková příhoda, která mohla být symptomatická i asymptomatická (Pidrman, 2009).

Tento typ demence se rozvíjí rychle a má skokovitý nebo schodovitý progresivní charakter. Na začátku se může projevovat jako mírná kognitivní porucha a pokud začátkem této demence není CMP, rozsáhlejší potíže se projeví až ve chvíli, kdy poškození je tak velké, že už ho mozek nedokáže spontánně kompenzovat nebo je poškození příliš rychlé a rozsáhlé (Zvěřinová, 2022; Pidrman, 2009).

Mezi rizikové faktory pro vznik vaskulární demence patří kouření, diabetes, obezita či kardiovaskulární a pulmonální obtíže. U nemocných nebývá neobvyklá polymorbidita. Další rizikovou skupinou jsou osoby, které jsou opakovaně vystavováni traumatům hlavy a mozku např. boxeři, hokejisti a jiní sportovci (Jirák et al., 2009).

1.2.1 Multiinfarktová demence

Multifaktoriální demence neboli MID je nejčastější typ vaskulární demence. Nalezneme zde mnohočetné mikroifarkty i teritoriální infarkty, které mohou být v bílé i šedé hmotě mozkové (Jirák, 2004).

U toho typu je dominantní porucha paměti, zatímco intelekt a osobnost bývají ze začátku nepoškozeny. Objevují se zde poruchy nálady zejména depresivní stavy a stavy zmatenosti. Nemoc probíhá kaskádovitě, kvůli rozvoji dalších drobných poškození cév a postupně se zhoršuje stav a přibývají neurologické symptomy, jako jsou drobné hemiparézy nebo parkinsonský syndrom (Pidrman, 2007).

1.2.2 Převážně podkorová vaskulární demence neboli Binswangerova choroba

U tohoto typu dochází k mikroangiopatii bíle hmoty hemisfér a k infarktům v bazálních gangliích, thalamu či mozkovém kmeni (Jirák, 2004). Termín Binswangerova choroba se používá při výraznějším poškození bazálních ganglií (Jirák et al., 2009).

Výraznými klinickými příznaky je emoční otupělost, apatie, zpomalení psychomotorického tempa a narušené spontánní aktivity. Výraznými příznaky mohou být i poruchy chůze či parkinsonský syndrom. Paměť a intelekt bývají ze začátku nepoškozeny, v pokročilejším stadiu už nabývá poškození exekutivních funkcí a porucha sfinkterů. (Pidrman, 2007).

1.2.3 Vaskulární demence s náhlým začátkem

Vaskulární demence s náhlým začátkem neboli demence při rozsáhlé CMP je demence, která vznikne při poškození významné oblasti kognitivních funkcí (Jirák, 2004). Vznik demence je okamžitý a do několika měsíců se může zmírnit stejně jako jiné neurologické příznaky CMP. Obraz demence vychází z poškozené léze mozku (Pidrman, 2007). Obecně bývá častá přechodná zmatenost a dezorientace, problémy s řečí a porozuměním, problémy se stabilitou, chůzí a mnoho dalších neurologických obtíží daných lokalitou léze (Zvěřinová, 2022).

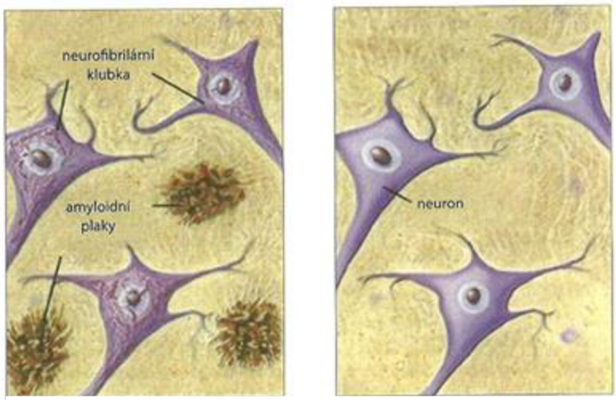
1.3 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je nejčastějším druhem demence na světě. Tuto nemoc popsal německý lékař Alois Alzheimer v roce 1907. V té době se nemoc považovala za vzácnou (ČAS). V dnešní době samotná nemoc představuje více než 50 % všech demencí a v kombinaci s ostatními demencemi její počet ještě stoupá. Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, při kterém dochází k úbytku neuronů a následně atrofii mozku. Hlavním důvodem vzniku je tvorba patologické bílkoviny beta – amyloid nebo degeneraci bílkoviny tau – protein v neuronech (Jirák et al., 2009).

Patologicky vzniklá bílkovina beta – amyloid se ukládá do prostor vedle neuronů. Tato bílkovina tvoří krystalky neboli drůzy a vytváří okolo sebe neurodegenerativní procesy, ze kterých vznikají neuritické plaky. Čím víc je v oblasti plaků, tím víc je mozková tkáň funkčně postižena. Bílkovina, ze které vzniká beta – amyloid, je fyziologická a k patologickému procesu dochází až špatným štěpením. Při fyziologickém stavu tuto bílkovinu štěpí alfa – sekretáza, při patologii její funkci přebírá beta a gama – sekretáza a dochází ke vzniku beta-amyloidu (Jirák et al., 2009).

Druhou příčinou vzniku Alzheimerovy choroby je degenerace tau-proteinu v neuronech. Tau protein je za fyziologického stavu propojen s neuronálními vlákny pomocí mikrotubulů, které jsou v případě patologie patologicky fosforizovány a vlákna jsou zkracována a nemohou plnit svou funkci. Z nefunkčních mikrotubulů se vytváří neuronální klubíčka (tangles) viz obrázek 1 a následně postižený nefunkční neuron zaniká (Pidrman, 2009).

Následkem těchto dvou patologických procesů se spouští kaskáda dalších degenerativních procesů mozku, při kterých dochází k nestabilnímu vnitřnímu prostředí neuronů a v důsledku toho i apoptóza neuronů (Pidrman, 2009).



Obrázek 1 Amyloidní plaky a neuronální klubíčka (převzato z Antoš, 2007)

1.3.1 Klinický obraz

Demence se rozvíjí nenápadně. Prvním příznakem bývá porucha krátkodobé paměti. Brzy na to začínají mít nemocní problém s orientací, nejdříve na méně známých místech, kde se nevyskytovali tak často. Postupně se orientace zhoršuje tak, že nepoznají své město, své okolí, svůj vlastní domov. Následkem toho dochází k bloudění a kvůli špatné orientaci

v čase i k nočním procházkám, uklízení a dalším problémům. Stejný progresivní průběh má i postupná ztráta paměti. V pozdních stádiích osoby nerozeznávají ani známé osoby ani věci okolo sebe a kvůli tomu bývají dezorientovaní. Zpomaluje se myšlení i řeč, v některých případech může dojít až k afázii (Jirák et al., 2009).

1.3.2 Stádia nemoci

Průběh nemoci se dělí na tři stadia podle stupně demence, a to na lehkou, střední a těžkou (Zvěřinová, 2017). U každého člověka se stupně demence rozvíjejí a prolínají jinak. Příčinou bývá genetická predispozice, premorbidní i aktuální stav nemocného, a to jak po fyzické, tak i po psychické stránce (Nová, 2024).

V lehkém stadiu jsou znatelné kognitivní poruchy, především paměti, která je objektivně měřitelná tak i subjektivně vnímána pacientem. Dále jsou narušeny složité úkony v aktivitách běžného denního života (ADL), kde je potřeba delší dobu udržet pozornost nebo je potřeba samostatné rozhodování. Pacienti si zatím uvědomují své obtíže a bývají depresivní, ale s přechodem do druhého stadia tento náhled ztrácejí. (Zvěřinová, 2017) Dalším velmi častým příznakem je postupné porušení časové a prostorové paměti. Senior začíná bloudit na méně známých místech a postupně se to zhoršuje (Kalvach et al., 2004). Dále se také objevuje snížení spontánně prováděných činností a motivace. (WHO, 2006)

Ve středním stadiu už si pacienti neuvědomují svou nemoc. Dochází k výraznému úbytku kognitivních funkcí a kvůli tomu i zhoršení samostatnosti v ADL. Největší problém bývá v instrumentálním ADL jako je obsluha spotřebičů, užívání léku, hospodaření s financemi (Zvěřinová, 2017). Poruchy paměti mohou vést až k amnestické dezorientaci, což je stav kdy člověk nepoznává místo kde je, protože si ho kvůli poruše krátkodobé paměti nezvládl zapamatovat. Někdy se může objevovat různý typ afázie, agnozie nebo apraxie. V tomto stádiu se začínají objevovat behaviorální a psychologické příznaky neboli BPSD. Do těchto příznaků řadíme poruchy chování, psychotické symptomy (bludy, halucinace), afektivní poruchy, poruchy cyklu spánku a bdění, agitovanost neboli neustálý psychomotorický neklid a agresivita (Kalvach et al., 2004).

V těžkém stadiu Alzheimerovi choroby už pacienti nepoznávají své blízké ani své okolí. Dochází k těžké poruše časoprostorové orientace. Je zde rozsáhlý úbytek kognitivních funkcí a pacient už není schopen postarat se sami o sebe bez pomoci druhé osoby. Je plně závislý na pečujících a není samostatně schopen provádět instrumentální ani personální ADL (Zvěřinová, 2017). U pacientů postupně mizí dovednosti jako je čtení, psaní a ztrácejí schopnost

smysluplně verbálně komunikovat. Pacienti velmi často nerozumí nebo nechápou so jim osoby okolo nich říkají. Stávají se inkontinentními a mohou se objevovat motorické problémy jako jsou poruchy chůze nebo extrapyramidové syndromy. Psychologické a behaviorální poruchy se zhoršují. Nejvíce náročnými bývají poruchy chování, mohou se objevovat i ječivé zvuky aj. Život s touto nemocí obvykle trvá 7-10 let. (WHO, 2006; Kalvach et al., 2004).

1.4 Demence s Lewyho tělísky

Demence je stejně jako Alzheimerova nebo Parkinsonova choroba neurodegenerativní onemocnění. Pravděpodobně je druhou nejčastější demencí s neurodegenerativním původem a je často zaměňována s Alzheimerovou chorobou a to proto, že čisté DLB je pouze 10 % ve zbytek bývají přítomny i patologické změny AD nebo Parkinsonovy choroby. Patologické změny v mozku jsou tvořeny změnou bílkovin alfa – synukleinu. Ten tvoří kulovitá tělíska nebo Lewyho tělíska, která jsou uvnitř neuronů (Jirák et al., 2009).

Příznaky této demence jsou kombinací symptomů AD, Parkinsonovi choroby a poté svoje vlastní. Do celkového klinického obrazu patří 4 typické příznaky, a to progredující demence, kde se projevuje hlavně výraznější porucha pozornosti než u AD a zrakové prostorových schopností. Další hlavním příznakem je kolísající úroveň kognitivních funkcí s výrazným kolísání soustředění a stavů vědomí. Výkyvy se mohou projevovat v řádu dní nebo hodin. Poté se objevují spontánní motorické příznaky parkinsonismu a detailní scénické zrakové halucinace převážně lidských a zvířecích postav. Mohou se objevovat i sluchové halucinace či bludy (Jirák et al., 2009; Zvěřinová, 2017).

1.5 Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova choroba je dlouhodobé, postupující a nevyléčitelné onemocnění centrálního nervového systému. Je způsobeno úbytkem nervových buněk v oblasti mozku zvané substantia nigra. Tyto buňky za normálních okolností produkují dopamin, neurotransmiter, který zajišťuje přenos signálů mezi neurony. Nedostatek dopaminu vede k tomu, že pacient postupně ztrácí schopnost ovládat a kontrolovat své pohyby. Parkinsonova choroba je druhé nejčastější neurodegenerativní onemocnění, které obvykle začíná kolem 60. roku života a projevuje se jak motorickými, tak nemotorickými příznaky. (Ambler, 2011).

U Parkinsonovy choroby může docházet k rozvoji demence podkorového typu, a to přibližně u 10-20 % jedinců. Demence bývá v lehkém nebo středním stupni a většinou má zachovalý náhled. Hlavním symptomem demence u Parkinsonovy choroby je zpomalené

myšlení tzv. bradyfrenie a poruchy paměti převážně v oblasti zapamatování a vybavování. Může se objevovat také zhoršení pozornosti nebo poruchy exekutivních funkcí a není neobvyklé, že se objevují deprese nebo bludy. U tohoto druhu demence nedochází k apraxii, afázii nebo agnozii, pokud není kombinovaná s alzheimerovskými příznaky (Nová 2024; Jirák et al., 2009; Kalvach et al., 2004).

2 Ergoterapie

Definice:

"Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojmem „zaměstnávání" jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné".

(Česká asociace ergoterapeutů, 2008)

2.1 Dělení ergoterapie

Ergoterapie se z hlediska činností dělí na pět oblastí ergoterapie. Do oblastí patří ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností (activity of daily living neboli ADL), ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností, funkční ergoterapie, poradenství v ergoterapii a také ergoterapie zaměstnáváním jinak také nazývána jako kondiční nebo psychologická ergoterapie. (Krivošíková, 2011).

V ergoterapii zaměřené na nácvik ADL se snažíme pomoci klientovi k dosažení maximální možné soběstačnosti v rámci ADL činností. Tyto činnosti dělíme na personální a instrumentální. Do personálních patří osobní hygiena, použití WC, oblékání, sebesycení, mobilita a další. Do instrumentálního ADL spadá širší prostředí klienta a řadíme sem nakupování, domácí práce, manipulace s penězi, telefonování atd. K maximální možné soběstačnosti v rámci těchto činností využíváme kompenzační a substituční mechanismy společně s vybavením kompenzační pomůckou, pokud je to potřeba (Křivoštíková, 2011, Jelínková et al., 2009.

Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností pracuje převážně s lidmi v produktivním věku nebo s dospívajícími. Má za úkol pomáhat s výběrem vhodné pracovní pozice a nácvik pracovních dovedností potřebných k výkonu práce. Mezi hlavní činnosti patří také ergodiagnostické vyšetření. Funkční ergoterapie či cílená ergoterapie se zabývá intenzivním tréninkem postižených oblastí, které chceme zlepšit a vidět požadovaný účinek. Poradenství v ergoterapii se zabývá předáním informací klientovi a jeho rodině o režimových opatřeních, sociálních službách, kompenzačních pomůckách nebo o onemocnění jako takovém. Poradenství má spíše preventivní charakter. Posledním odvětvím je ergoterapie zaměstnáváním,

která se zaměřuje na odpoutání pozornosti od nemoci pomocí smysluplné činnosti. Více v kapitole Kondiční ergoterapie (Křivoštíková, 2011).

Ergoterapeut může s klientem pracovat individuálně anebo skupinově. Skupina by měla být tvořena malým počtem osob většinou mezi 6-12 osobami a být sestavena z osob, které se znají nebo které mají podobné obtíže, zájmy či cokoli jiného co by je mohlo spojovat (Jelínková et al., 2009).

2.2 Kondiční ergoterapie

Ergoterapie zaměstnáváním neboli kondiční ergoterapie je historicky nejstarší a nejznámější oblast ergoterapie. Kondiční ergoterapie má pomoci odpoutat pozornost jedince od nepříznivých psychických i fyzických podmínek a snaží se uchovat dobrou fyzickou i psychickou kondici jedince (Krivošíková, 2011).

V kondiční ergoterapii se využívají rukodělné činnosti, do kterých patří ženské i mužské práce jako např. pletení, vyšívání, práce se dřevem, keramikou a jinými materiály. Mezi další činnosti patří sem pohybové aktivity, sport, společenské hry a koníčky pacienta, kam lze zařadit také sledování televize, poslech hudby nebo čtení (Krivošíková, 2011).

Cílem kondiční ergoterapie je udržení či rozvíjení stávajících schopností. Je vhodné zjistit bývalé zaměstnání, koníčky a pracovat s tím. Nesmíme zapomenout na motivaci pacienta a počítat i s možnou apatií a nechutí do jakékoliv činnosti, což u pacientů s demencí není nic neobvyklého. Měli bychom mít na paměti také možné komplikace, které mohou, ale nemusí být spojené s demencí. Můžeme sem řadit zhoršenou jemnou motoriku, apraxii, třes nebo zhoršení zraku či sluchu, což bývá hlavně u seniorů časté (Hátlová & Suchá, 2005).

Při terapii zaměstnáváním se díky smysluplným činnostem snažíme aktivizovat pacienta. Pojem aktivizace nebo aktivace lze přeložit jako „uvést něco do pohybu“. Cílem aktivizace stejně jako kondiční ergoterapie je motivovat a podporovat pacienta, zlepšit sociální interakci, ovlivnit psychiku pacienta (Navrátil & Šedivcová, 2023; Wehner & Schwinghammer, 2013)

Kondiční ergoterapie a s ní spojená aktivizace vychází hlavně ze zájmů osoby (Navrátil & Šedivcová, 2023). Je důležité, aby činnost, kterou pro jedince vybereme, ho co nejvíce bavila a zajímala. Pro účinnost terapie je důležitá motivace pacienta, proto je snaha vybrat co nejvhodnější činnost často s odkazem na minulost klienta a činnosti která má nebo měl rád. Činnosti lze provádět v různých zařízeních. Kondiční ergoterapie lze provádět jako individuální

terapii nebo skupinovou aktivitu jako jsou např. skupinová pečení vánočního cukroví (Krivošíková, 2011).

Ergoterapie je významným prvkem v komplexní léčbě seniorů s demencí. Zaměřuje se na pohybovou koordinaci, jemnou motoriku, stimulaci, trénink kognitivních funkcí a mnoho dalších. Ve své terapii můžeme zařadit různé aktivizační programy, kognitivní techniky, muzikoterapii, reminiscenci a jiné (Centrum seňorita, 2025).

3 Terapie

V současné době není dostupná kauzální léčba demence, a proto je hlavním cílem oddálit a zpomalit snižování kognitivních funkcí a léčit symptomy, které se objevují. Komplexní léčba zahrnuje biopsychosociální terapii a práci s rodinou (Nová, 2024). Nefarmakologické přístupy a terapie často dokážou snížit úzkostlivé stavy a podporují dlouhodobou pohodu jedince. Tyto terapie mají potenciál zlepšit nezávislost, funkčnost a kvalitu života. Jsou neinvazivní, bezpečné a mívají jen minimální vedlejší účinky (Poulos et al., 2017)

Cílem terapie je zachování nebo zlepšení jemné i hrubé motoriky, včetně chůze jedince, zachování jeho soběstačnosti a kognitivních funkcí. Dále je snaha o smysluplné rozvrhnutí volného času klienta, ovlivnění příznaků demence a zlepšení verbální i neverbální komunikace klienta s jeho rodinou, pečovatelkou nebo jiným ošetřujícím personálem. Terapeut nemusí vidět pozitivní výsledek, protože pouze zpomaluje progresi onemocnění (Fertaľová & Ondriová, 2020).

U osob s demencí dochází ke zhoršení paměti, pomalejším reakcím a oslabením vyjadřovacích schopností, ze kterých vychází nízká sebedůvěra pacienta a ta přispívá k pasivitě a depresivnímu chování pacienta, jenž prohlubuje kognitivní deficit. Terapie se snaží nabourat bludný kruh a podpořit pacienta v jakékoliv části tohoto kruhu (Klucká & Volfová, 2016).

Aktivity, které si terapeut připraví pro seniora s demencí, musí být přiměřené jeho stavu a stadiu onemocnění. Terapie, která byla terapeutem vybrána, by měla být individuální a komplexní. Měla by přiměřeně ovlivňovat fyzickou i psychickou část klienta a měla by ho podporovat a motivovat. Měli bychom myslet na to, že pravidelnost terapie je důležitější než nepovedený výsledek klienta (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Léčba demencí by měla být komplexní a měla by být konzultována v multidisciplinárním týmu. Kromě farmakologické léčby by se měla uplatnit také aktivační terapie a následně kognitivní terapie. Neměli bychom zapomínat ani na pravidelný režim a kontakt s rodinou nemocného (Hátlová & Suchá, 2005).

Ergoterapie je významným prvkem v komplexní léčbě seniorů s demencí. Zaměřuje se na pohybovou koordinaci, jemnou motoriku, stimulaci, trénink kognitivních funkcí a mnoho dalších. V rámci kondiční ergoterapie můžeme využít různé aktivizační programy, kognitivní techniky, muzikoterapii, reminiscenci a jiné (Nová, 2024).

V rámci ergoterapie vytváříme každému klientovi individuální plán, který je určený pro něj i pro jeho pečovatele. Ergoterapeut musí zhodnotit úroveň postižení kognitivních funkcí klienta v kontextu aktivita a prostředí a stanovit terapeutický cíl a plán. Terapeutický cíl u seniorů s demencí se zaměřuje na funkční schopnosti, ne na omezení, na podporu a usnadnění komunikačních schopností, smysluplného trávení času a pozitivně laděného chování. Terapeutický plán zahrnuje již zmíněné cíle, u kterých bychom měli zapomínat ani na pečovatele, který hlavně ze začátku potřebuje informace. Během intervencí můžeme využít různé aktivizační techniky s důrazem na správné načasování. Osobu bychom neměli vystavovat příliš těžkým úkolům, které jsou nad její aktuální možnosti. Můžeme využívat strategii P-PA-IA, která označuje jednotlivá stadia demence podle toho, jak jsou spojená s nároky péče o nemocného (Jelínková, 2024).

3.1 Kognitivní trénink

Kognitivní trénink se nejvíce využívá v prvních fázích demence, kdy lze pacienta motivovat a jeho paměť povzbudit a trénovat. Termín kognitivní trénink se spíše užívá jako procvičování kognitivních funkcí u zdravých jedinců, a proto je kognitivní trénink určen spíše jako prevence proti předčasnému stárnutí mozku (Fertaľová & Ondriová, 2020; Klucká & Volfová, 2016). Orgán, který není používán ztrácí funkci, proto je nezbytné mozek trénovat v jakémkoli věku (Fertaľová & Ondriová, 2020).

U pacientů s počátečním stádiem demence je nezbytné postupovat opatrně, protože u části pacientů může kognitivní trénink vyvolat depresi a úzkost z toho, že si nepamatují vše, co měli a že už jejich mozek nefunguje jako dříve (Fertaľová, T., & Ondriová, I., 2020). Stává se, že kognitivní trénink je vnímán jako testování nebo zkouška, a proto nebývá u klientů moc oblíbený. Proto se snažíme koncipovat trénink tak, aby byl pozitivně laděný a různorodý. Začínáme od jednoduššího ke složitějšímu např. od tréninku pozornosti k exekutivním funkcím (Klucká & Volfová, 2016).

Terapii na procvičení kognitivních schopností můžeme vést individuálně nebo ve skupinách. Skupina by měla být složena z 7–10 osob. Pokud bychom chtěli vést větší skupinu lidí, je vhodné mít u sebe dalšího terapeuta. Skupinová terapie kognitivních terapií na rozdíl od individuální přináší možnost sociálních možností a vzájemné sounáležitosti. Dále se klienti musí přizpůsobit danému tempu a mohou si pomáhat nebo proti sobě soutěžit podle toho, jak to nastaví terapeut. Skupinové terapie lehce napodobují sociální prostředí, ve kterém byla osoba zvyklá být (rodina, pracovní prostředí a jiné) (Klucká & Volfová, 2016).

V praxi můžeme narazit na komplexní trénink, který se snaží procvičit všechny poznávací funkce nebo trénink jednotlivých kognitivních funkcí jako např. paměti (Klucká & Volfová, 2016). Technik na procvičení paměti je několik. Oblíbené jsou „mnemotechniky“, které pomáhají zapamatovat si větší množství informací. Proto jsou vhodné i pro trénink kognitivních funkcí. Mezi nejčastější patří například tzv. Technika loci, která dává důraz na zapamatování informací s přesnou posloupností. Jako je chůze po bytě se zapamatováním jedné věci v každé místnosti nebo postupné přidávání surovin v receptu. Další technikou je kategorizace, která se používá k zapamatování většího množství informací, kde není důležité jejich přesné pořadí. Během této techniky je určeno několik kategorií např. rostlin a podle kategorií (léčivé rostliny, zelenina, stromy) si pacient vymyslí několik rostlin, které si poté znovu u každé kategorie zopakuje nebo naopak dáme pacientovi seznam potravin a on musí vytvořit skupinky (Bílková, 2016; Fertaľová & Ondriová, 2020).

Při tréninku krátkodobé paměti se zabýváme zapamatováním méně informací a jejich zopakování v průběhu terapie či celého dne. Při procvičení dlouhodobé paměti můžeme zařadit vyjmenování autorů, sportovců či jiných významných osobností. Lze také využít jmenování synonym a antonym. U seniorů jsou také oblíbená přísloví a hlášky či názvy filmů z minulého století (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Paměť lze procvičovat i v běžném životě pomocí luštění křížovek, nakupování bez seznamu nebo hrání pexesa či jiných her se seniory, popřípadě využití dalších možností (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Dále lze použít tzv. Kognitivně stimulační terapie neboli CST, což je skupinová terapie, která by se měla konat dvakrát týdně a zahrnuje základní orientaci časem, místem, situací a poté se zaměří na určité jedno téma, které si terapeut vybral pro tento den. Je důležité nevyvolávat u pacientů potřebu soutěživosti. Podobný princip má Český modifikovaný model Mates neboli Mozková aktivizační terapie seniorů (Zvěřinová, 2022).

3.1.1 Rehabilitace kognitivních funkcí

Zatím co kognitivní trénink je vhodný pro prevenci a časné stádium demence jako procvičení paměti. Rehabilitace kognitivních funkcí pomáhá osobám adaptovat se na zhoršený stav. Je zaměřena na každodenní a individuální obtíže nemocného a primárně se zaměřuje na zachovalé schopnosti a potenciál místo věcí, které pacient již nezvládá. Cílem není zlepšit výkon v kognitivních úkolech, ale zlepšit celkové fungování pacienta v každodenním životě s tím, co zvládá (Clare & Woods,2004; Zvěřinová, 2022). Vědecké

důkazy naznačují, že právě rehabilitace kognitivních funkcí je možná díky neuroplasticitě a regeneračních schopnostech neuronů, proto je důležité začít s kognitivním tréninkem či rehabilitací co nejdříve (Ramos Cordero & Yubero, 2016).

Nejčastěji se pracuje s pamětí. S tou lze pracovat několika způsoby, a to interními a externími. Mezi interní patří používání mnemotechnik podobně jako u kognitivního tréninku nebo podpora učebního procesu, který lze podpořit např. emočním prožitkem, správným pochopením informací, stimulace více smyslů a mnoho dalších. Je důležité nezapomínat a využívat složky dlouhodobé paměti. Velkým problémem, který může nastat je ztráta motivace a také možná stresová reakce seniora s demencí . Je nutné počítat s možným stresem a frustrací na straně nemocného i pečujícího. Proto se častěji používá u lehké fáze demence nebo u zdravých seniorů stejně jako kognitivní trénink (Zvěřinová, 2022).

Externí strategií je myšleno využití různých předmětů pro snížení nároků na paměť jako jsou poznámkové bloky, lepící štítky s poznámkami na viditelném místě, speciální určené místo pro specifický předmět jako třeba háček, miska na klíče a mnoho dalších (Zvěřinová, 2022).

Španělská studie zkoumala kognitivní rehabilitaci a stimulaci prováděnou ergoterapeutem u pacientů v instituci. V sezeních byly prováděny ADL činnosti a kognitivní funkce společně s praxií a porozumění mluvenému a psanému slovu a následnému splnění úkolu. I přesto, že nebylo nalezeno zlepšení kognitivních funkcí ani nedošlo ke zhoršení a úroveň postižení zůstala stejná. Zlepšení bylo zjištěno u porozumění mluveného slova a splnění úkolu, které bylo zachováno i po skončení terapeutických intervencí (Jiménez-Palomares et al., 2022).

3.2 Kinezioterapie

Kinezioterapie je somatoterapeutická metoda založená na aktivním zapojení pacienta do cíleného pohybu. Pomocí sestavených cvičebních programů napomáhá obnově a posilování tělesných funkcí, přičemž přispívá k uvolnění od psychické a sociální zátěže (Hátlová, 2002).

Cílem kinezioterapie nebo jakékoliv jiné fyzické aktivity je působit na psychiku pomocí fyzické aktivity. Pohybová aktivita je předem určená a klient ji provádí aktivně. Při kinezioterapii se prostřednictvím pohybu pozitivně ovlivňuje fyzický stav klienta a následkem aktivity dochází také k přirozené únavě, která pomáhá regulovat noční neklid,

bloudění či útěky a zlepšit kvalitu spánku. Klient si díky opakovanému cvičení neustále uvědomuje vlastní tělo a jeho hranice (Hátlová & Suchá, 2005)

Fyzická aktivita prospívá tělu, může zlepšit náladu i činnost mozku. Kinezioterapie slouží k udržení kondice, rovnováhy a koordinace. Terapeutická jednotka by měla mít několik částí. Začíná se úvodním pozdravem a lehkým vysvětlením co dnes bude v plánu. Poté se přechází ke cvičení. Nejdříve přichází samostatné protahování a rozcvičení od hlavy až k patě. Každý cvik se opakuje 4x-7x. Poté můžeme zařadit cviky s pomůckou. Mohou to být malé molitanové balónky, overball, tyč, šátek atd. Poslední cvičící část může být spojená s lehkou sportovní nebo skupinovou aktivitou. Řadíme sem práci v kruhu s padákem, provazem, posílání míčků ve stylu hokeje a mnoho dalších. Na závěr se pak se seniory rozloučíme. Terapeutická jednotka nemusí mít všechny tyto části. Terapii tvoříme individuálně podle skupiny, se kterou pracujeme. Cvičení můžeme prostřídat také procházkou venku, při které je vhodné dávat seniorům neustálé různorodé podněty pro stimulaci např. během procházky je možné sbírat přírodní materiál na pozdější práci v terapeutických dílnách (Holmerová et al., 2007).

Kinezioterapie se liší i podle stupně demence. U lehčích forem demence jsou vhodné cviky, které se zaměřují na navození příjemné nálady a prožívání sebe sama. Není zde podstatná kvalita prováděného pohybu. Jediné, co bychom si měli hlídat je to, aby senior neopakoval všechna cvičení jen na jedné straně těla. Do terapie můžeme zařadit lehká gymnastická a taneční cvičení, prvky sportu a lehkou manipulaci s předměty např. práce s overballem. Cvičením podporujeme stávající úroveň fyzické, koordinační a psychické stránky nemocného a navádíme ho k opakovanému uvědomění si svého vlastního těla (Hátlová & Suchá, 2005).

U těžších forem demence se využívá kinezioterapie s prvky lehké gymnastiky a dechových cvičení. Po pacientech chceme, aby si opakovaně uvědomovali vlastní tělo a jeho hranice a bránili tak vzniku výraznějšímu postižení orientace (Hátlová & Suchá, 2005). Cvičení se provádí nejčastěji vsedě, vleže nebo ve stoji s oporou o žebřiny, opěrné tyče. Terapie se může u mužů a žen lišit. Zatímco ženy dobře vnímají hudbu a propojení s tanečními prvky, Muži lépe reagují na lehké sportovní prvky, jako je třeba overball nebo lano (Hátlová, 2002).

Je důležité, aby cvičení byla určena přímo pro pacienta podle jeho dovedností. Také je potřeba u cvičení mluvit a názorně předvádět cviky. Kromě cviků, lze využít i lehký tanec nebo jen pohupování a poslech hudby, který má na pacienty příjemný a uklidňující vliv, tanec pak může být i spontánní (Jirák et al., 2009)

Některé studie zkoumaly propojení fyzické aktivity a kognitivních funkcí. Výsledky jsou nejasné. Některé studie udávají zlepšení některé naopak žádné zlepšení nezaznamenaly. Naopak fyzická aktivita u osob s rizikem demence nebo u mírné kognitivní poruchy ukazují, že tato terapeutická intervence může pomoci zlepšit celkový zdravotní stav seniora a předejít nebo oddálit progresi do rozvinuté demence (Nuznum et al., 2020).

3.3 Dual task

Dual task terapie je kombinace kognitivního a fyzického úkolu, který je navržen tak aby napodoboval situace v reálném životě. Zahrnuje dva odlišné úkoly, které je potřeba řešit současně (Kümmel et al., 2016). Studie ukazují na to, že dual task terapie je účinnější pro zlepšování nebo zachování kognitivních funkcí nežli samostatný motorický nebo kognitivní trénink (Glatt et al., 2024).

U duálních úkolů je potřeba, aby se pacient aktivně zapojil do terapie. V části kognitivní složky se pracuje s vybavováním paměti, rychlým řešením jednoduchých úkolů či problémů, které by mohli vzniknout v reálném životě. Fyzická aktivita se většinou zaměřuje na chůzi, balanční úkoly, taneční pohyby, míčové hry aj. Konkrétní fyzické i kognitivní úkoly se liší a je potřeba úkoly měnit. Podobně je na tom robotická terapie s virtuální realitou nebo kognitivními hrami. V zahraniční literatuře se objevuje také pojem exergaming s tím, že je považována za dual task intervenci s přidáním prvků vizualizace (Glatt et al., 2024).

Některé studie ve svých pracích nevyužívají techniku dual task, ale pouze kombinaci kognitivního tréninku s fyzickou aktivitou. Rozdíl spočívá v tom, že tyto aktivity nenapodobují situace v reálném životě. I přesto jsou z takových studií pozitivní výsledky (Bamadi et al., 2017).

Studie, která se zabývala možnostmi nefarmakologických terapií, které by mohli ovlivnit celkovou kognici a pacientů s mírným kognitivním deficitem a demencí, provedla systematický přehled a metaanalýzu. Z těch nejlépe vyšla fyzicko – kognitivní terapie pro zlepšení celkové kognice u pacientů s nespecifickou kognitivní poruchou a demencí. V této studii byly kromě fyzicko – kognitivních úkolů začleněny také silová cvičení, více složkové fyzické aktivity, tai-chi, kognitivní terapie, počítačová kognitivní terapie a mezi jinými i pracovní terapie (Venegas-Sanabria et al., 2024).

Jiná metaanalýza zkoumala účinky kognitivního a fyzického tréninku. Tato metaanalýza prokázala, že kombinovaný fyzicko-kognitivní trénink zlepšuje paměť a výkonné funkce

u seniorů. Trénink by měl obsahovat více cvičebních složek. Ve studii je uvedeno, že kombinovaný trénink 3 a více složkový je pro cvičení paměti vhodnější než jednosložkový trénink. Studie byla prováděna u seniorů bez kognitivních problémů i u seniorů s mírným kognitivním „poklesem“ či mírnou kognitivní poruchou, proto není jasně daná vhodná intenzita a struktura intervence (Han et al., 2025).

Další metaanalýza zkoumala, zda lze pomocí kombinované kognitivní terapie ovlivnit depresivní chování u pacientů s demencí. Studie uvedla, že kombinovaná kognitivně – fyzická terapie se sociální interakcí a kognitivní terapie s inhibitory cholinesterázy dokázali lehce zmírnit příznaky deprese u osob s demencí, kteří nemají diagnostikovanou závažnou depresivní poruchu. U těžších stavů deprese spojených s mírnou a těžkou demencí byly údaje také pozitivní, ale vyhodnocení není přesné (Watt et al., 2021).

Cabella et al. ve své studii do dual task úkolů zapojila také multisenzorické vstupy. Studie prokázala významné zlepšení výkonu při dual tasku, konkrétně to bylo pozorováno při chůzi s plynulým verbálním projevem (vyjmenování zvířat). Studie naznačuje, že zapojení multisenzorické stimulace do dual tasku by byla možná slibná cesta k dalšímu vývoji (Villamil-Cabello et al., 2023).

3.4 Multisenzorická stimulace

Smyslové zpracování je základním aspektem nervového systému a hraje klíčovou roli při kognitivním poklesu u seniorů s demencí. U osob v seniorském věku se odhaduje, že 5–8 % pacientů trpí smyslovou dysfunkcí. (Maneemai et al., 2024; Völter et al., 2021)

Největší smyslový potenciál k interakci s okolím má zrak a hmat. Hmat obecně člověka spojuje s fyzickým okolím a poskytuje základ pro zapojení a interakci osoby. Zrakové vjemy nám slouží ke zkoumání prostředí a objektivizaci hmatového vnímání. Neměli bychom zapomínat ani na čich a sluch. Čich a sluch dokážou vyvolávat emoce a vzpomínky, proto by se na tyto smysly nemělo zapomínat a přidat je do terapie např. Aromaterapii.

Studie naznačuje, že cílená čichová stimulace může pozitivně ovlivnit kognitivní výkon, a proto by se neměla vynechávat z multisenzorického tréninku. Ten může mít díky čichové stimulaci vyšší terapeutický potenciál (Chen et al., 2022).

Multisenzorické stimulace bychom měli vytvořit tak, aby se nám podařilo zapojit a spojit vjemy a nemocný je mohl vnímat všemi smysly a následně si vyvolat a uvědomit své vzpomínky a zkušenosti. Při vytváření multisenzorického prostředí bychom neměli zapomínat

ani na propriocepci a rovnováhu. Můžeme použít různé textury povrchů jak na podporu propriocepce přes plosku nohou, tak pro hmatové stimuly a doplnit to různými typy osvětlení a barevnou různorodostí designu místnosti a dodat zvukové podněty či čichové podněty (Maneemai et al., 2024).

Studie ukazuje na to, že smyslová aktivizace zaměřená na navození relaxace a příjemného prostředí dokázala regulovat narušené spánkové vzorce. Snížení poruch spánku pozitivně ovlivňuje zmírnění poklesu kognitivních funkcí, zmatenost a neklid pacienta s demencí (Van Hoof et al., 2010).

Jiné studie dále prokázaly, že dlouhodobé vystavení multisenzorického prostředí může zlepšit soustředění exekutivní funkce a zpomalit pokles jazykových schopností. Toto vystavení smyslovým vjemům způsobuje, že mozek zpracovává informace složitými způsoby a pomáhá tak udržet kognitivní flexibilitu a přizpůsobivost. Dalším faktorem je, že příznivé multisenzorické vjemy motivují pacienty k opakovaným terapiím, které jsou důležité k zapojení do každodenního života a socializaci. (Goodall et al., 2019)

V souvislosti s multisenzorickou stimulací se také zkoumá neuroplasticita a reorganizace mozku s vytváření nových nervových spojení. Podle dostupných údajů zapojení více smyslových modalit současně vytváří stimulující prostředí, které podporuje nervovou aktivitu. (Knöpfel et al., 2019) Multisenzorický přístup může spustit několik neuroplastických procesů jako jsou posílení nervové dráhy, tvorba nových nervových spojení nebo zlepšit funkční propojení mezi různými oblastmi mozku. Právě vylepšené funkční propojení může být prospěšné pro složitější kognitivní funkce, které spoléhají na souhru mozku. Multisenzorická stimulace na neuroplastické procesy může působit také tím, že sníží stres a vytvoří pozitivnější emoční rozpoložení pacienta, které vytvoří příznivější prostředí pro učení a nervovou reorganizaci nebo může nepřímo podporovat neuroplasticitu (Calderone et al., 2025).

I Přestože většina dostupné literatury naznačuje přínosy, konkrétní účinky se liší v typu intervence, cílové skupině, časové dotaci a metodologii studie Calderone et al., 2025).

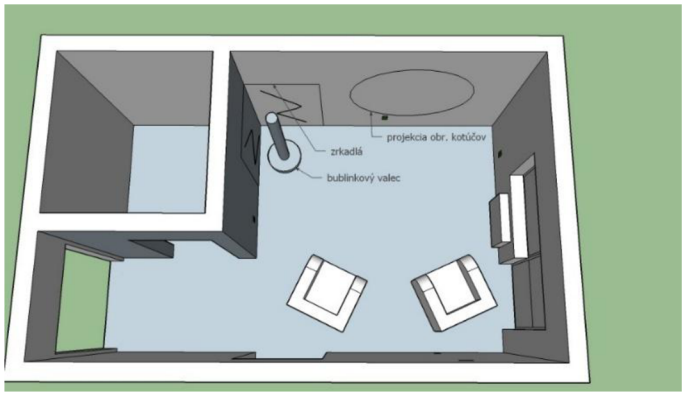
3.4.1 Snoezelen terapie

Snoezelen je netradiční terapie, která umožňuje multisenzorický přístup převážně v rámci snoezelen místnosti. Tato terapie neklade nároky na kognitivní schopnosti, ale snaží se o nalezení pocitu pohody a bezpečí u nemocných. (Zvěřinová, 2022). Tato místnost je speciálně navržená a vybavená mnoha sofistikovanými technologiemi (Fertaľová & Ondriová, 2020).

V současné době je Snoezelen technologicky vyspělejší formou multisenzorické stimulace. Využívá moderní vybavení, jako jsou stroboskopická světla a vibrační předměty, v pokoji lze pustit hudba a praktikovat aromaterapie, ať už vonnými oleji nebo oblíbenými potravinami. V místnosti se nachází mnoho předmětů s různorodou texturou a velikostí. Snoezelen byl původně vytvořen pro relaxaci, ale dnes se používá také jako klidné a zábavné prostředí pro stimulaci smyslů. Snoezelen se využívá pro děti i seniory s demencí (Chitsey et al., 2002).

Snoezelen terapie se zaměřuje na sedm smyslových systémů mezi které patří zrak, hmat, sluch, čich a chuť, ale také vestibulární a proprioceptivní systém. Existují různé typy snoezelen místností a v každé z nich se mohou upřednostnit různé smysly. Mezi nejznámější patří bílá, tmavá a měkká hrací místnost. Bílá místnost je nejpopulárnější a nejvíce používaná u seniorů. Místnost je prosvětlená a na stěnách dominuje bílá barva. Je to ideální místnost pro práci s jednoduchými vjemy nebo pomůckami. Můžeme ji použít i pro relaxaci či aromaterapii, díky tomu, že je zde méně podmětů a barev. Pokud bychom naopak chtěli osobu probudit, stimulovat či namotivovat, můžeme pustit zabudovaná světýlka a různé jiné barevné i zvukové podněty. Zbylé dva typy snoezelen místností jsou určené spíše pro děti (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Na obrázku 3 je náčrt bílé místnosti určené pro seniory. V místnosti je dostatek místa a prostoru. Podle nákresu by měl do místnosti přijít pohodlná křesílka, obrazovka, bublinkový válec se světelnými efekty a zrcadla. Jak je i z obrázku vidět místnost je navržená již na zmíněný odpočinek a navození příjemné atmosféry (Sensa shop, 2025).



Obrázek 2 Návrh snoezelen místnosti pro seniory (převzato ze Sensa shop, 2025)

Snoezelen terapie je vhodná pro pacienty s demencí, protože v ní lze řešit problémy pomocí smyslového zpracování a může tak napomoci kognitivnímu a emočnímu zpracování. Během terapie Snoezelen jsou pacienti motivováni k tomu, aby se zapojili ve chvíli, kdy to pro ně bude možné a způsobem jaký jim vyhovuje jejich úrovni schopností a pohodlí. Pacienti buď mohou pasivně tiše vnímat uklidňující atmosféru prostředí, nebo naopak mohou aktivně interagovat se smyslovými pomůckami pod dohledem terapeuta. (Smith & D'Amico, 2020). Terapie Snoezelen může podpořit klid, který je pro úzkostné jedince nebo u pacientů s problematickým chováním důležité (Carvalho et al., 2024). Snoezelen může mít pozitivní

účinky, do kterých lze řadit zlepšení nálady a emoční pohody, spontánní řeč, sociální interakci, radost, snížení nudy a relaxaci. Podobně účinky má také individualizovaný poslech hudby (Maseda et al., 2018)

Ve Snoezelen místnosti lze praktikovat SMSS neboli Snoezelen Multisensory Stimulation, což je multisenzorická intervence v Snoezelen prostředí s řízenými podněty zaměřené na smysly, praktikovaná hlavně v zahraničí. Tyto podněty jsou řízeny, tak aby odpovídaly senzorickému profilu a smyslovým preferencím pacienta a individuálním terapeutickým potřebám. Přehled studií o SMSS uváděl, že většina studií zaznamenala změny v pozornosti, verbální i neverbální komunikaci a snížení apatického či agresivního chování. Několik studií poukazuje i na mírné zpomalení poklesu globální kognice, ale těchto dat je méně (Carvalho et al., 2024).

3.4.2 Smyslová aktivizace

Smyslová aktivizace je soubor činností, které díky zapojení všech smyslů pomohou zapojit osobu tzv. do pohybu. Při této terapii se využívají smysly pro zaktivování mozkových center. Je zde důraz na multisenzorické vjemy. Pacienti s demencí díky této terapii mohou objevovat nové vjemy nebo si připomínat staré a díky tomu obnovovat vzpomínky a pracovat převážně s dlouhodobou pamětí. Jako pozitivní výsledek vnímáme vytvoření motorické, kognitivní, verbální či komplexní činorodé aktivity (Wehner & Schwinghammer, 2013).

Koncept smyslové aktivizace učí úctě, respektu a lásce v péči o stárnoucího člověka a aktivizaci, která je založená na smysluplných činnostech. (ISA educa s.r.o)

Principem konceptu Smyslové aktivizace je nahlížet na člověka jako na celek a vnímat tak jeho tělesnou, duševní i duchovní stránku. Cílem je podporovat seniory v péči o svou vlastní osobu a její okolí. Koncept vychází z toho, že i když osoba s demencí ztrácí krátkodobou paměť, dlouhodobá paměť bývá zachovalá. Díky tomu lze osobě připomenout schopnosti, které už zapomněla a podporovat ji v tom, aby se činnosti zkusila znovu naučit. Dále koncept pečovatelům ukazuje, kde už je jejich péče nadměrná a kde se osoba s demencí nebo stárnoucí člověk ještě může zapojit. Základním pravidlem je „pomoz mi, abych to udělal sám“. Koncept nechává, aby si jedinec jednoduché úkoly hlavně v rámci sebeobsluhy zkoušel dělat sám. Jako příklad jde uvést samostatné umývání obličeje při ranní hygieně (Člověku člověkem, 2018; ISA educa s.r.o., 2022).

Pro smyslovou aktivizaci je důležité, aby terapeut o pacientovi věděl co nejvíce. Díky informacím o jeho životě může správně navolit aktivity, do kterých se může osoba zapojit,

a nejlépe si vzpomenou na aktivity, které jsou jí známé. Nejvíce se v rámci smyslové aktivizace pracuje s všedními denními činnostmi a zachováním maximální možné soběstačnosti člověka (Člověku člověkem, 2018).

3.5 Muzikoterapie

Muzikoterapie je terapeutický obor, který využívá hudby nebo hudebních prvků k dosažení nehudebních cílů. Nejčastějšími jsou to cíle léčebné, ale může to být také zlepšení kvality života a socializace nebo osobní rozvoj jedince (Gerlichová, 2021). Muzikoterapeutická sezení musí pomocí zvuků a hudby vytvářet takové situace, do kterých je klient aktivně vtažen a, na která bezprostředně reaguje (Kantor et al., 2009)

Muzikoterapie je terapie prováděná převážně kvalifikovanými muzikoterapeuty. I přesto s vymezením vhodného terapeutického cíle může ergoterapeut s muzikoterapeutem spolupracovat. V kondiční ergoterapii se muzikoterapie využívá pro zlepšení jemné motoriky i celé horní končetiny. K tomu můžeme využívat hraní na jednoduché hudební nástroje jako jsou dřívka, bubínky nebo hrát o vlastní tělo jako je tleskání, luskání, dupání. Díky tomu pomáháme také k obnovování body schématu, které je u seniorů s demencí často změněno. V rámci kondiční ergoterapie lze jednoduchý hudební nástroj také vyrobit. Dále lze využít zpěv pro zlepšení artikulace a verbální komunikace či zlepšení respirace seniora (Gerlichová, 2021)

Při muzikoterapii lze trénovat kognitivní funkce. U osob s demencí se nejčastěji pracuje s tréninkem paměti a pozornosti, snažíme se zapojit rytmizaci slov a textů. U osob s demencí je možné v muzikoterapii využít známé písničky, které si pamatují z mládí a zapojit tak dlouhodobou paměť. Muzikoterapii můžeme trénovat také pozornost a například tak, že při hudební ukázce mají pacienti tlesknout, když uslyší gong (Gerlichová, 2021). Vedená muzikoterapeutická aktivita rychle odhaluje proces myšlení. Působením hudby jej zastihne na určité úrovni emocionálního prožitku, který předchází procesu racionalizace a budování obrany. Pro některé je neverbální forma muzikoterapie forma způsob, jak nahlédnout do procesu informací a dojde u nich k uvědomění (Kantor et al., 2009).

Vnímavost hudby u pacientů s demencí přetrvává až do pozdních stádií demence, a proto je vhodná i pro osoby s pokročilou demencí. Hudební paměť je považována za zcela odlišnou od ostatních paměťových procesů a pacienti s AD si i přes významný kognitivní pokles zachovávají určitou hudební paměť. Hudební terapii navíc drtivá většina pacientů dobře snáší a je snadno aplikovatelná. V těchto stádiích už je pro pacienty obtížné komunikovat, ale stále jsou schopni vnímat hudbu a spolu s sní si broukat nebo jinak interagovat. Přehled studií uvedl,

že muzikoterapie ve srovnání s obvyklou péčí bez specifických aktivit pravděpodobně zmírňuje depresi a může zlepšit problémy s chováním (Nikkhah Bahrami et al., 2024; van der Steen et al., 2025).

Muzikoterapie může ovlivňovat neurologické procesy u Alzheimerovi choroby, a to mechanismy neuroplasticity a neurogeneze, aktivací vyplavování dopaminu a regulací autonomního systému. Podle studií je vhodná pro zmírňování psychiatrických a behaviorálních symptomů nemoci. Stimuluje limbický systém a emocionální odezvu a mohou se projevit pocity pohody a spokojenosti. Snižuje depresi, úzkost a zlepšuje sociální vazby osoby i u seniora v pokročilé fázi Alzheimerovi choroby (Soria Uros et al., 2011; Nikkah Bahrami et al., 2024). 20

Hudba se využívá i v kognitivním tréninku. Lze s ní vyvolat motorickou reakci jako je tleskání, kývání, tančení i verbální odezvu jako je broukání, recitace, zpěv. Pro aktivizaci můžeme zvolit i hru na nástroje, rytmické úkoly nebo jiné úkoly spojené s hudbou (Nikkah Bahrami et al., 2024)

Pro zklidnění seniora je vhodná uklidňující hudba s nízkým tónem, pomalejším tempem jako je např. klasická hudba, která může působit na parasympatikus, zatímco pokud chceme seniora aktivovat použijeme opak (Knight & Rickard, 2001).

V muzikoterapii jsou tři základní přístupy. Prvním je aktivní i pasivní účast seniora při individuální terapii vytvořené kvalifikovaným terapeutem se specifickými cíli. Mezi cíle patří zlepšení komunikace, zmírnění psychiatrických symptomů a vyvolání emocí a vzpomínek. Druhým hlavním přístupem je intervence, která je založená na poslechu hudby, kterou vybral muzikoterapeut nebo zkušený terapeut, který pracuje s kognitivními funkcemi. Terapeutické účinky plynou převážně z hudby, a ne z interakce s terapeutem. Mezi cíle řadíme snížení stresu a stimulace kognitivních funkcí. Poslední intervence je obecná a je založena na hudbě bez terapeuta. Není zde interakce terapeut-pacient. Obecná hudební intervence má za cíl zlepšení pohody a spokojenosti seniora a stimulaci kognitivních, senzorických a motorických funkcí (Raglio & Oasi, 2015).

I přes různorodost muzikoterapeutických intervencí s různými faktory jako jsou rozdílné cíle terapie, přítomnost či nepřítomnost kvalifikovaného muzikoterapeuta, úrovně účasti seniorů. Používané hudby nebo prostředí, kde byla prováděna terapie. Většina intervencí vykazovala příznivý vliv terapie i když jen krátkodobý. Studie ukazují, že je možné intervence s hudbou provádět i u seniorů s pokročilou AD a že tito nemocní nemusí výt aktivními účastníky

a stejně mohou těžit z poslechu hudby a prožívat emoce a vzpomínky (Raglio & Oasi, 2015; Madera-Cimadevilla et al., 2024).

3.6 Reminiscenční terapie

Reminiscence je psychosociální intervence využívaná především v práci se seniory a osobami s demencí, která podporuje vybavování osobních vzpomínek a tím napomáhá posilování identity a kontinuity životního příběhu. Lze ji vnímat jako prostředek k vyvolání a interpretaci životních událostí z dávné minulosti do současnosti (Webster, 2003). K vybavování událostí z minulosti se používají převážně různé dobové předměty. Je vhodná pro pacienty se ztrátou krátkodobé paměti, kteří mají ale stále zachovalou paměť dlouhodobou. Cílem terapie je zlepšení komunikace, celkového stavu pacienta a také jeho důstojnosti. Zároveň lze díky reminiscenční terapii pomoci podpořit rodinu osoby (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Reminiscence se dá přeložit jako vzpomenout si, ale v dnešní době se toto slovo používá spíše jako synonymum ke vzpomínce, o které je celá reminiscenční terapie (Fertaľová & Ondriová, 2020). Zatímco reminiscence se dá přeložit jako vzpomínka, reminiscenční terapie je obvykle rozhovor terapeuta se seniorem či jinou osobou. Rozhovor je o životě, prožitých událostech a pozitivních aktivitách, na které osoba vzpomíná (Janečková & Vacková, 2010).

Terapie by měla bát příjemná a pozitivní, a proto se snažíme vyhnout negativním a konfliktním tématům. K lepšímu vybavení se mohou používat fotografie, předměty, přístroje či oblečení nebo také vlastní album, ve kterém mohou být fotografie uspořádány chronologicky nebo tematicky např. vánoční album. V zařízeních se také objevují tzv. reminiscenční místnosti, kde je dobových předmětů a fotografií více (Janečková & Vacková, 2010; Zvěřinová 2022). Reminiscenční terapie může být individuální nebo skupinová. Individuální terapie je pro hlavně pro seniory, kteří nemají rádi společnost. Skupinová reminiscenční terapie bývá účelnější, protože více stimuluje, na jedno téma se objeví více vzpomínek od různých lidí. Dále zlepšuje komunikaci celé skupiny a podporuje sociální začlenění seniorů mezi sebe (Holmerová, 2007).

I když terapie nemusí být vždy prováděna formou hovoru, lze ji pro vhodná skupinově nebo se ti líbí tematická, kterou jsi viděla v Tovačově např. vyjádřit se pomocí tance, hudby, kreslení nebo recitace, je komunikace mezi terapeutem a seniorem zásadní (Janečková & Vacková, 2010). Terapeut musí umět pozorně naslouchat, projevovat zájem a zapamatovat si vzpomínky a události seniora, ke kterým se potom může vrátit. Terapeut musí mluvit srozumitelně, přizpůsobovat své otázky a pokyny, tak aby jim senior rozuměl, případně použít

gesta a mimiku pro lepší sdělení. Dále je důležité, abychom na seniora nespěchali a nechali mu chvíli, aby nám porozuměl a odpověděl. Čím těžší je stadium onemocnění tím hůře se seniorovi hledají správná slova a formulují věty. I přes potupnou ztrátu smysluplné verbální komunikace, chce osoba stále vyjádřit své myšlenky a pocity (Holmerová, 2007).

V reminiscenční terapii se používají čtyři přístupy k využívání vzpomínek, mezi které patří narativní, reflektující, expresivní a informační přístupy. Narativní přístup bývá rozhovor ve skupině dvou a více lidí stejného věku, kteří si navzájem vypráví, jaké to bylo a dělí se spolu o zážitky z minulosti. Osoby se mezi s sebou nehodnotí, různě spolu diskutují a přidávají své útržky vzpomínek a často se spolu zasmějí. Reflektující přístup je speciální forma reminiscence zaměřená na sebepoznání a odpuštění sama sobě a pomáhá seniorům najít úctu a duševní rovnováhu. Do této skupiny patří např. rekapitulace života či validace dle Naomi Feil viz níže. Další přístup je expresivní, který je zaměřený na vyjádření emocí a prožitých traumat. Informační přístup je zaměřen na předávání zkušeností a rad předchozí generace té další (Janečková & Vacková, 2010).

Reminiscenční terapie může mít příznivé účinky na psychickou pohodu pacienta a může snížit depresi či úzkost a zlepšit kognitivní funkce. Zapojení pacienta do terapie tak může zlepšit celkovou kvalitu péče. Studie naznačuje, že při reminiscenční terapii je pravděpodobné, že pacient s demencí bude prožívat relaxaci, a přitom se kognitivně zapojovat např. se aktivně vybavovat vzpomínky a hovořit o nich. Vzpomínky navodí příjemný emocionální stav a sníží stres, což přispívá k emoční stabilitě. Studie naznačuje, že reminiscenční terapie může zlepšit kognitivní funkce u pacientů s demencí a zlepšit tak každodenní život pacienta. I přes tyto myšlenky je potřeba počítat s tím, že účinky se můžou lišit podle stavu a stadia demence pacienta a je třeba ke každé osobě přistupovat individuálně (Yanagida et al., 2024; Gonzalez et al., 2015).

Kromě výše uvedených reminiscenčních technik lze v kondiční ergoterapii využít reminiscence při pracovních a volnočasových aktivitách jako je např. zahradničení. Studie ukázala, že toto spojení je účinnější než samostatná reminiscence a také to, že se senioři lépe a aktivněji zapojují do činnosti, kterou dělali v minulosti a jsou jim známé. Dále studie udává, že by tato aktivita mohla lépe posilovat paměť, koncentraci a sebeúctu seniora, protože si přijde užitečný a soběstačný (Kim, 2020; Huang 2009).

3.6.1 Validace podle Naomi Feil

Validace dle Naomi Feil je jedna z prvních nefarmakologických přístupů pro seniory s demencí a lze řadit do reflektujícího přístupu reminiscence. Validace znamená uznání a potvrzení hodnoty člověka. Pojem validovat někoho lze vysvětlit jako přijmutí emocí druhého člověka a potvrdit mu pravdivost jeho emocí ne je odmítat (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Tato metoda pochází z Německa, kde ji vytvořila Naomi Feil. Ta celý život pracovala se staršími a dezorientovanými lidmi a nebyla spokojená s dosavadním přístupem k seniorům. Podkladem pro tuto metodu byla teorie Erika Eriksona o osmi vývojových etapách osobnosti. V poslední osmé etapě, která je od 60 let do smrti, si člověk rekapituluje svůj život, snaží se najít uspokojení se svými dosavadními životními úspěchy a schopnostmi. Dalším podkladem pro tuto metodu byla Maslowova pyramida potřeb (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Validační terapie využívá psychologii i biografii pacienta. Zabraňuje frustraci, vyhoření a snaží se vytvořit radost z komunikace. Důležitým faktorem pro správnou terapii je ochota terapeuta nebo personálu přijmout jiný pohled a přístup k pacientovi s demencí a pochopit příčinu jeho chování. Tato metoda respektuje jedinečnost člověka a přistupuje k němu individuálně. Zaměřuje se na diagnostiku a rozvoj schopností stárnoucího člověka v různých stádiích demence. V rámci této metody terapeut naslouchá bez předsudků, uznává bolestné pocity pacienta a akceptuje pacientův pohled na realitu a jeho samotného (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Při komunikace se seniorem nevyvracíme jeho pravdu, ale používáme nenápadná faktická slova, kam patří „kdo, co, kde, kdy, jak“ ale vyhýbáme se slovu „proč“. Stejně tak pracujeme se zájmeny „ona, on, oni“ místo jména (Mitchell & Agnelli, 2015).

3.7 Terapeutické panenky

I když terapeutické panenky nejsou typickým nástrojem kondiční ergoterapie, lze s nimi pracovat s cílem podpory verbální komunikace nebo v rámci reminiscence a práce s emocemi. Panenka je nástroj terapie a senior by s ní měl aktivně pracovat. Neměla by se stát pouze dekorací, proto se nedoporučuje ji využívat dlouhodobě. Dále je možné terapeutickou panenku využít v rámci poradenství, protože se panenka může použít jako prostředník a zlepšit tak komunikace seniora s pečovatelem nebo jeho blízkým okolím (Jelínková, 2024; Fertaľová & Ondriová, 2020).

Terapie panenkami je psychosociální terapeutická intervence, která se používá v péči u pacientů s demencí. Interakce s panenkou je spojována s pozitivními změnami chování pacienta. Tato terapie zahrnuje kontakt pacienta s panenkou a jejich vzájemné působení jako je držení, mluvení, mazlení, krmení nebo oblékání. Studie ukazují, že terapie pomocí panenky by mohla být účinnou nefarmakologickou intervencí, která dokáže zmírnit behaviorální a psychologické symptomy demence, převážně komunikační složku (Cai et al., 2021; Henderson et al., 2024).

Terapie vychází z teorie vazby, kdy je panenka v symbolickém významu skutečným dítětem. Tato asociace u osob vzbuzuje jejich pečovatelské a ochranné instinkty a pacient si s panenkou vytváří pouto, které podporuje pocit klidu, bezpečí a naplnění (Browne & Shlosbergm, 2006). Proto jsou panenky rozměrově podobně velké jako malé děti s vyváženými částmi těla. Panenky mívají vytvořená i chodidla a prsty na rukou, které podněcují dotyk viz. obrázek 3. Do většiny panenek jde umístit srdíčko nebo hrací jednotku s naprogramovanými zvuky nebo nahrávacím systémem (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Obrázek 3 Terapeutická panenka Barborka (dostupné s Apos Brno s.r.o., 2025)

Studie ukazují, že hlavním potenciálem terapie je zlepšení komunikace, a to zlepšení kvality komunikace, spontánní mluva i posílení pozitivních interakcí s personálem. Pacient může s panenkou mluvit a vyprávět jí (Henderson et al., 2024). Dále lze terapeutickou panenku využít jako katalyzátor pro zahájení komunikace nemocného a personálu. Ať už tak, že pacient přes panenku řekne, co ho trápí nebo naopak. Panenka může být použita pro začátek komunikace ze strany pečovatelů např. „Co je to za hezkou holčičku?“. Další možností, jak použít panenku je využit ji jako vizuální pomůcku pro efektivnější komunikaci a lepší vysvětlení pokynů, které vede k lepšímu porozumění a spolupráci (Alander et al., 2015; Malinowski et al., 2022).

Mimo zlepšení komunikace studie udávaly také pokles negativního chování i se snížením verbální a fyzické agrese, stavů neklidu a toulání či bloudění, a naopak podpoření pocitů bezpečí a pohody. Dále zdůrazňují, že terapie může zlepšit kvalitu života pacientů

s demencí a zlepšit sociální interakce. Některé studie také uváděly, že může být snížen stres pečovatelů díky zmírnění bloudění a agrese nemocného (Henderson et al., 2024).

I přes pozitivní výsledky je důležité zjistit co nejvíce informací o seniorovi, než ho do této terapie zařadíme. Pro osoby, které k dětem nikdy neměly kladný vztah nebo třeba pro ženy které ve svém životě zažily potrat nebo jiné úmrtí svého dítěte může být tato terapie fungovat velmi negativně. Dále nesmíme zapomínat informovat rodinu, objasnit ji klady a zápory terapie a dostat od ní souhlas. Někdy se stává, že rodina nemocného si nepřeje tuto terapii, protože se domnívá, že se jedná o infantilizaci osoby. Neměli bychom zapomínat ani na to, že pokud začneme s terapií s terapeutickými panenkami, senior by měl mít pouze jednu a tu samou panenku všechny terapie (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Diskuse

Různorodost uvedených terapií ukazuje, že každá z nich má v sobě něco originálního a je vhodná pro jiného seniora s demencí v různém stádiu nemoci. Zatímco kognitivní trénink, kinezioterapie, volnočasové pracovní činnosti jsou spíše vhodnější pro seniory s mírnou kognitivní poruchou nebo začátečními stádii demence naopak validace dle Naomi Feil, terapeutické panenky a snoezelen terapie jsou vhodné i pro těžší stavy demence. Rozdílné jsou i terapeutické cíle, které se mění s progresí nemoci. V časných stádiích je naším cílem spíše oddálit, zpomalit a zlepšit schopnosti, které senior ještě zvládá, v pozdnějších stádií může být naším cílem spíše zlepšení komunikace, ovlivnění negativních psychických problémů jako je zmírnění agresivity, neklidu a deprese. I přes toto shrnutí nemusí terapie fungovat na každého. Ke každému klientovi je potřeba přistupovat individuálně a lidsky.

Jak již bylo zmíněno, v počátečním stadiu demence, kdy je největší problém zapomínání, je vhodné využít kognitivní trénink, který může oddálit pokles kognitivního deficitu. Pokud chceme, aby terapie měla účinek je důležité začít hned ze začátku, kdy má mozek ještě kapacitu a poměrně rychlou odpověď na vnější podněty. Díky kognitivnímu tréninku můžeme oslovit neuroplasticitu, ale je zde nevýhoda, že tato terapie je proveditelná poměrně krátkou dobu a nemá účinek u každého. Dalším problémem je to, že u některých seniorů může vyvolávat pocit, že se jedná o soutěž nebo zkoušení. Pak záleží na terapeutovi, zda dokáže s těmito pocity seniora pracovat a ovlivnit je. Obecně se udává, že kognitivní trénink je spíše preventivní opatření pro zdravé seniory. Rozdílně funguje kognitivní rehabilitace, která se snaží seniorům nabídnout taková opatření a náhradní mechanismy, aby i s rozsáhlejším kognitivním deficitem byly schopni zvládat co nejvíce činností samy. Patří sem psaní vzkazů na papír, předem určené jasně viditelné místo pro ukládání věcí např. klíče a mnoho dalších. S kognitivní rehabilitací se narozdíl od kognitivního tréninku dá pracovat delší dobu.

V počáteční fázi demence můžeme využívat taky dual task intervenci, která je poměrně nová a stále se zkoumá její účinnost. Co je zatím studiemi podložené je to, že je účinnější než samostatný kognitivní trénink. Dual task terapie by měla napodobovat situace v reálném životě, kde je potřeba řešit více věcí naráz a mozek postižení neurodegenerativními procesy už nezvládá reagovat na situace jako dřív. Podobným druhem terapie je kombinace kognitivní a fyzické aktivity, která se od dual tasku liší pouze tím, že se nezabývá situacemi z reálného života jako např. vyjmenování 10 zvířat na písmeno K během chůze. Řadí se sem také virtuální

realita a robotika, ve které je naprogramovaná spousta situací a her, kde se senior musí soustředit na více věcí najednou. Možností provedení tohoto druhu terapie je více a v tom tkví problém, na který ukazují poslední studie. V tomto druhu terapie není jasně dané, jaká má být kombinace, poměr činností, jak dlouhá má být terapie a jak dlouho je potřeba vést studii, aby z toho byly objektivní výsledky, ze kterých by se dalo říct, co je vhodné pro nejlepší ovlivnění kognitivních funkcí. Každá studie, která se tímto tématem zabývá má jiný počet seniorů s jiným stádiem a druhem demence, používá své vlastní kombinace fyzických a kognitivních aktivit a terapii provádí v různě dlouhých terapiích. Jedna studie tuto intervenci zkoumá 3 měsíce jiná půl roku. Je zde zatím mnoho proměnných a je jasné, že toto téma se bude muset ještě hlouběji prozkoumat a stanovit nějaké jasně dané parametry, aby mohly být výsledky objektivní, protože i přes kladné okamžité výsledky, nejsou jasné zprávy o tom, jak dlouho terapie pomohla poklesu kognitivních funkcí.

V počáteční fázi demence začínáme praktikovat také reminiscenční terapii, většinou je vhodné odebrat, co nejvíce informací jak od seniora, tak od jeho rodiny. Všechny informace se nám mohou hodit v průběhu terapie i v pozdnějších stadiích. Ze začátku lze se seniorem tvořit knihu života, či jiné sepsání vzpomínek. Můžeme seniorovi pomoci, projí si jeho život a vypořádat se jeho vnitřními křivdami, které se mu během života staly, aby došel ke smíření a klidu. Během první fáze seniora zapojujeme do různých pracovnách činností, které měl rád a bavily ho. Ukazujeme mu, že je stále schopný něco vytvořit a je platným členem společnosti.

Ze začátku demence můžeme využít také prvky multisenzorické stimulace. V této fázi můžeme multisenzoriku kombinovat s kognitivními úkoly nebo různými činnostmi a dávat tak mozku více podnětů a lépe tak ovlivnit neuroplasticitu, jak bylo zmíněno ve studiích. I z procházky venku můžeme udělat činnost s multisenzorickými vstupy.

Ve střední fázi demence se začínají prolínat terapeutické přístupy, které ovlivňují pokles kognitivních funkcí a zpomalení nemoci, s přístupy zabývajícími se podporou komunikace a ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků. Druhá fáze demence bývá proměnlivá a nemusí vypadat u všech nemocných stejně. Je potřeba k tomu tak přistupovat, proto lze využít dual task, kinezioterapii, multisenzorický přístup i terapeutické panenky a validaci dle Naomi Feil. Vše se odvíjí podle toho, jaký stanovíme cíl. Jako vhodnou metodu bychom mohly považovat multisenzorický přístup a smyslovou aktivizaci, která je v České republice nejvíce prováděná a známá pomocí knih Smyslovka. Smyslovka se snaží zapojit seniory do běžného života a pouze jim dopomáhat s činnostmi, se kterými mají problém. Během dne dávají pečovatelé seniorům co nejvíce smyslových podnětů, které jsou pro ně známé. Jako například

to, že si vyberou, co si obléknou a budou si vybírat mezi různou barvou oblečení. Pokud chceme, aby si senior sám vybral, musíme mu předložit pouze dvě možnosti. Dalším příkladem smyslovky může být už zmíněná procházka venku nebo zahradničení, kde se krásně prolíná kondiční ergoterapie se smyslovou aktivizací.

V této fázi pracujeme také s reminiscencí nejčastěji ve skupinové formě. Ve skupině mohou senioři vzpomínat na stejnou událost a každý může přispět svou vlastní vzpomínkou. Dále sem řadíme skupinovou kinezioterapii, která se nejčastěji provádí s oveballem nebo tanečními prvky.

Muzikoterapie je velmi účinná i v pozdnějších stádiích demence, protože hudební paměť a vnímání hudby bývá zachováno poměrně dlouho. Ve středním stadiu demence můžeme se seniory zpívat, pracovat s rytmem s pomocí bubínků, dřívek nebo tleskat a plácat se o své tělo. Muzikoterapie velmi často spojuje hudbu s fyzikou aktivitou pomocí tance a s reminiscencí pomocí lidových a starých známých písní.

V těžké fázi demence, kde je senior už zcela závislý na pomoci pečovatelů se snažíme ovlivnit behaviorální a psychologické příznaky a zlepšit komunikaci, ať už je to verbální či neverbální způsob. Vhodné metody k ovlivnění příznaků jsou terapie v bílé snoezelen místnosti, která působí uklidňujícím dojem. Prvky muzikoterapie jako je pouštění známé hudby nebo klidné klasické hudby, která může pomoci pro navození klidu a pohody. Další možností jsou terapeutické panenky, které dokážou seniora uklidnit a odprosit od jeho aktuálních problémů a zlepšit verbální komunikaci. Panenky vypadají poměrně autenticky, jsou velké jako obvyklé malé dítě a poměrně těžké. Mnoho seniorů si s panenkami samo povídá nebo si se seniorem můžeme povídat o panence. Velmi užitečné může být také to, že pečovatel může na panence ukazovat to, co po seniorovi chce nebo co ho čeká (např. píchnutí injekce). Panenka může sloužit jako velmi účinný terapeutický nástroj, ale nesmíme zapomínat, že nemusí být vhodná pro každého a k jejímu použití je potřeba souhlas rodiny seniora.

Pro pečovatele může být péče o seniora v pokročilém stádiu demence velmi náročná, a proto byla vytvořena validace dle Naomi Feil, která ukazuje velmi lidský a klidný přístup ke komunikaci a práci se seniorem s demencí. Validace do určité míry patří do reminiscence, protože pracuje se vzpomínkami a emocemi seniora, ale také učí pečovatele, personál, terapeuty a rodinu, jak komunikovat se seniorem nebo jak ovlivnit jeho agresivní chování či bloudění. Validace je jednou z nejpoužívanějších přístupů v pokročilé fázi demence.

Během svého studia jsem navštívila několik zařízení, kde jsem se setkala převážně s lehkou fází demence nebo s mírnou kognitivní poruchou. Zaznamenala jsem, že nejlépe senioři reagovali na prvky muzikoterapie. Senioři s demencí velmi dobře reagovali na rytmické cvičení jako bylo tleskání, dupání nebo houpání se do stran při hudbě, dále hlavně ženy velmi rády zpívaly lidové písně nebo vánoční koledy. Další terapie, která se mi zdála úspěšná a aktivní i ze strany seniorů, byly prvky senzorické aktivizace dle smyslovky. S klienty byla vedena debata o zimě a terapeutka donesla zimní oblečení a panenku, na kterou klientky oblékaly zimní oblečení (čepice, šála, bunda, dupačky, boty …). Díky této terapii jsem viděla hned několik výše zmíněných terapeutických intervencí dohromady. Byl zde důraz na smysly, protože každá část oblečení byla z jiného materiálu a jiné barvy, seniorky si procvičovaly oblékání neboli v rámci ADL, dále byly zapojené prvky reminiscence, protože si seniorky vzpomínaly na to, jaké oblečení měly jako malé ony a jaké oblečení nosily jejich děti. Tato terapie krásně ukázala, jak může ergoterapeut využít jiné nefarmakologické přístupy pro svůj prospěch.

Závěr

V této práci jsem se zabývala využitím kondiční ergoterapie v léčbě demence u seniorů. Zjistila jsem, že kondiční ergoterapie se řadí do efektivních nefarmakologických terapií a je součástí komplexní a aktivizační terapie. Terapie zaměstnáváním může využívat nástroje jako jsou terapeutické panenky, overball, knihu vzpomínek a mnoho dalších a může využívat prvky různých nefarmakologických terapií. Zabývala jsem se problematikou individuální a skupinové terapie. Zjistila jsem, že kondiční ergoterapie společně reminiscenční terapií, muzikoterapií a kinezioterapií bývá velmi často skupinová, zatímco kognitivní trénink, dual task nebo terapie snoezelen je spíše individuální.

Zjišťovala jsem, která terapie nejlépe ovlivňuje a zpomaluje kognitivní pokles a podle zahraničních studií je tím dual task terapie, která kombinuje kognitivní a fyzikou aktivitu. Pozitivní výsledek mají terapie, které napodobují reálné situace i ty, které kombinují chůzi a kognitivní cvičení. I přes nejlepší výsledek podle studií, však stále není stoprocentní a pro úspěšné zařazení tohoto přístupu do terapie stále chybí doplňující informace. Při hledání informací o kinezioterapii jsem zjistila, že i přesto, že fyzická aktivita nedokáže objektivně ovlivnit kognitivní funkce, je důležitá pro kondici seniora a jeho oproštění od negativních myšlenek. V kinezioterapii můžeme využívat mnoho pomůcek.

Multisenzorická stimulace ukázala, že lze používat v každodenním životě seniora díky smyslové aktivizaci, která se provádí v Česku a v těžším stadiu je vhodná terapie snoezelen. Muzikoterapie je vhodný během celého průběhu demence. Prvky muzikoterapie se využívají v reminiscenční terapii, v kinezioterapii díky tanečním prvkům a samozřejmě i v ergoterapii. Muzikoterapie se používá hlavně k ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků demence. Zjistila jsem, že reminiscenční terapie má u seniorů s demencí své využití a pomáhá seniorům pracovat se zachovalou dlouhodobou pamětí. Díky skupinovým terapiím pomáhá seniorům socializovat se. Validační terapie dle Naomi Feil a terapeutické panenky jsou přístupy, které se používají v pozdních stádiích demence a slouží pro podporu komunikace a ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků.

Referenční seznam:

Ambler, Z. (2011). *Základy neurologie*. Galén.

Alander, H., Prescott, T., & James, I. A. (2015). Older adults' views and experiences of doll therapy in residential care homes. *Dementia (London, England)*, *14*(5), 574–588. https://doi.org/10.1177/1471301213503643

Bílková, J. (2016). *Kognitivní trénink pro třetí věk: 100 cvičení pro rozvoj koncentrace, kreativity, paměti a verbálních dovedností*. Grada.

Bamidis, P. D., Vivas, A. B., Styliadis, C., Frantzidis, C., Klados, M., Schlee, W., Siountas, A., & Papageorgiou, S. G. (2014). A review of physical and cognitive interventions in aging. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *44*, 206–220. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.019

Browne, C. J., & Shlosberg, E. (2006). Attachment theory, ageing and dementia: A review of the literature. *Aging and Mental Health*, *10*(2), 134-142. https://doi.org/10.1080/13607860500312118

Cai, X., Zhou, L., Han, P., Deng, X., Zhu, H., Fang, F., & Zhang, Z. (2021). Narrative review: recent advances in doll therapy for Alzheimer's disease. *Annals of palliative medicine*, *10*(4), 4878–4881. https://doi.org/10.21037/apm-21-853

Calderone, A., Marra, A., De Luca, R., Latella, D., Corallo, F., Quartarone, A., Tomaiuolo, F., & Calabrò, R. S. (2025). Multisensory Stimulation in Rehabilitation of Dementia: A Systematic Review. *Biomedicines*, *13*(1), 149. https://doi.org/10.3390/biomedicines13010149

Carvalho, S. C., Martins, F. S., Martins, A. N., Barbosa, R. C., & Vicente, S. G. (2024). Effectiveness of Snoezelen in older adults with neurocognitive and other pathologies: A systematic review of the literature. *Journal of Neuropsychology*, *18*(2), 312–331. https://doi.org/10.1111/jnp.12346

Centrum seňorita. (2024). Ergoterapie. Retrieved May 12, 2025, from https://centrum-senorina.cz/poradna-pro-pecujici/ergoterapie/

Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. Neuropsychological Rehabilitation, 14(4), 385–401. https://doi.org/10.1080/09602010443000074

Česká asociace ergoterapeutů. (2008). Retrieved April 04, 2025, from https://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/

Člověku člověkem. (2018). Smyslová aktivizace. Retrieved May 6, 2025, from https://smyslovaaktivizace.cz/o-konceptu/

Fertaľová, T., & Ondriová, I. (2020). *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Grada Publishing.

Glatt, R. M., Patis, C., Miller, K. J., Merrill, D. A., Stubbs, B., Adcock, M., Giannouli, E., & Siddarth, P. (2024). The "FitBrain" program: implementing exergaming & dual-task exercise programs in outpatient clinical settings. *Frontiers in Sports & Active Living*, 6. https://doi.org/10.3389/fspor.2024.1449699

Gonzalez, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., Meléndez, J. C., & Brodaty, H. (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, *27*(10), 1731–1737. https://doi.org/10.1017/S1041610215000344

Goodall, G., Ciobanu, I., Taraldsen, K., Sørgaard, J., Marin, A., Draghici, R., Zamfir, M. V., Berteanu, M., Maetzler, W., & Serrano, J. A. (2019). The Use of Virtual and Immersive Technology in Creating Personalized Multisensory Spaces for People Living With Dementia (SENSE-GARDEN): Protocol for a Multisite Before-After Trial. *JMIR research protocols*, *8*(9), e14096. https://doi.org/10.2196/14096

Han, C., Zhang, D., Sun, W., Liu, J., Sun, R. & Gong, W. (2025). Are more exercise components in combined cognitive and physical training better for older adults?: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine, 104* (8), e41572. doi: 10.1097/MD.0000000000041572.

Hátlová, B. (2002). *Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění*. Karolinum.

Hátlová, B., & Suchá, J. (2005). *Kinezioterapie demencí: pohybová cvičení v léčbě demencí*. Triton.

Holmerová, I., Jarolímová E., & Suchá, J. (2007). *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* EV public relations.

Huang, S. L., Li, C. M., Yang, C. Y., & Chen, J. J. (2009). Application of reminiscence treatment on older people with dementia: a case study in Pingtung, Taiwan. *The journal of nursing research : JNR*, *17*(2), 112–119. https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181a53f1b

Chen, B., Espin, M., Haussmann, R., Matthes, C., Donix, M., Hummel, T., & Haehner, A. (2022). The Effect of Olfactory Training on Olfaction, Cognition, and Brain Function in Patients with Mild Cognitive Impairment. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, *85*(2), 745–754. https://doi.org/10.3233/JAD-215257

Chitsey, A. M., Haight, B. K., & Jones, M. M. (2002). Snoezelen®: A Multisensory Environmental Intervention. *Journal of Gerontological Nursing*, *28*(3), 41–49. https://doi.org/10.3928/0098-9134-20020301-09

ISA educa s.r.o. (2022). Základní informace. *Smyslová aktivizace*. Retrieved May 6, 2025, from https://smyslovaaktivizace.cz/o-konceptu/

Janečková, H., & Vacková, M. (2010). *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Portál.

Jelínková J. (2024). *Komunitní ergoterapie.* Karolinum

Jelínková, J., Krivošíková, M., & Šajtarová, L. (2009). *Ergoterapie*. Portál.

Jiménez-Palomares, M., González-López-Arza, M. V., Garrido-Ardila, E., Montanero-Fernández, J., Rodríguez-Domínguez, T., & Rodríguez-Mansilla, J. (2022). Effects of a cognitive stimulation program in institutionalized patients with dementia. *Journal of Personalized Medicine, 12*(11), 1808. doi:https://doi.org/10.3390/jpm12111808

Jirák, R., Holmerová, I., & Borzová, C. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Grada.

Kalvach, Z., Zadák Z., Jirák R., & Zavázalová H. (2004). *Geriatrie a gerontologie*. Grada Publishing.

Kantor, J., Lipský, M., & Weber, J. (2009). *Základy muzikoterapie*. Grada.

Kim, D. (2020). The effects of a recollection-based occupational therapy program of Alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *Occupational Therapy International, 2020*. https://doi.org/10.1155/2020/6305727

Knöpfel, T., Sweeney, Y., Radulescu, C.I., Zabouri, N., Doostdar, N., Clopath, C., & Barnes, S.J. (2019). Audio-visual experience strengthens multisensory assemblies in adult mouse visual cortex. *Nature communications, 10*, 5684. https://doi.org/10.1038/s41467-019-13607-2

Klucká, J., & Volfová, P. (2016). *Kognitivní trénink v praxi: 2., rozšířené vydání*. Grada.

Knight, W. E., & Rickard, N. S. (2001). Relaxing music prevents stress-induced increases in subjective anxiety, systolic blood pressure, and heart rate in healthy males and females. *Journal of music therapy*, *38*(4), 254-272. https://doi.org/10.1093/jmt/38.4.254

Krivošíková, M. (2011). *Úvod do ergoterapie*. Grada.

Kümmel, J., Kramer, A., Giboin, L.S., & Gruber, M. (2016). Specificity of Balance Training in Healthy Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Medicine,* 46, (9), 1261-1271. https://doi.org/10.1007/s40279-016-0515-z

Madera-Cimadevilla, T., Cantero-García, M., & Rueda-Extremera, M. (2024). Music Therapy as Non-Pharmacological Treatment in Alzheimer's Disease—Effects on Memory—Systematic Review. *Journal of Ageing and Longevity*, *4*(3), 209-224. https://doi.org/10.3390/jal4030015

Malinowski, S. D., Nicosia, F., Mehling, W., Woodstock, R., & Barnes, D. E. (2022). Guys and dolls: Two case reports of spontaneous interactions with dolls in male veterans with dementia. *Psychological services*, *19*(3), 527–533. https://doi.org/10.1037/ser0000509

Maneemai, O., Cujilan Alvarado, M. C., Calderon Intriago, L. G., Donoso Triviño, A. J., Franco Coffré, J. A., Pratico, D., Schwartz, K., Tesfaye, T., & Yamasaki, T. (2024). Sensory Integration: A Novel Approach for Healthy Ageing and Dementia Management. *Brain Sciences, 14*(3), 285. https://doi.org/10.3390/brainsci14030285

Maseda, A., Cibeira, N., Lorenzo-López, L., González-Abraldes, I., Buján, A., de Labra, C., & Millán-Calenti, J. C. (2018). Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Older Adults with Severe Dementia: Effects on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, *63*(4), 1415–1425. https://doi.org/10.3233/JAD-180109

Mitchell, G., & Agnelli, J. (2015). Non-pharmacological approaches to alleviate distress in dementia care. *Nursing Standard, 30*(13), 38 - 44. https://doi.org/10.7748/ns.30.13.38.s45

Navrátil, L., & Šedivcová, M. L. (2023). *Léčebná rehabilitace v geriatrii*. Grada Publishing.

Neves, L., Correia, A. I., Castro, S. L., Martins, D., & Lima, C. F. (2022). Does music training enhance auditory and linguistic processing? A systematic review and meta-analysis of behavioral and brain evidence. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *140*, 104777. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104777

Nikkhah Bahrami, S., Momtazmanesh, S., & Rezaei, N. (2024). Music therapy for Alzheimer's disease management: a narrative review. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry & Neurosurgery*, *60*(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/s41983-024-00836-6

Nová, V. (2024). *Aktivizace geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných*. Grada Publishing.

Nuzum, H., Stickel, A., Corona, M., Zeller, M., Melrose, R. J., & Wilkins, S. S. (2020). Potential Benefits of Physical Activity in MCI and Dementia. *Behavioural Neurology*, *2020,* 7807856. https://doi.org/10.1155/2020/7807856

Pidrman, V. (2007). *Demence*. Grada.

Pfeiffer, J. (2007). *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Grada.

Poulos, C. J., Bayer, A., Beaupre, L., Clare, L., Poulos, R. G., Wang, R. H., Zuidema, S., & McGilton, K. S. (2017). A comprehensive approach to reablement in dementia. *Alzheimer's & dementia (New York, N. Y.)*, *3*(3), 450–458. https://doi.org/10.1016/j.trci.2017.06.005

Raglio, A., & Oasi, O. (2015). Music and health: what interventions for what results?. *Frontiers in psychology*, *6*, 230. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00230

Ramos Cordero, P., & Yubero, R. (2016). Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 51, 12–21. https://doi.org/10.1016/S0211-139X(16)30138-X

Sensa shop. (2025). Retrieved May 13, 2025, from https://www.sensa-shop.cz/sekce/snoezelen-mistnost/

Smith, B. C., & D'Amico, M. (2020). Sensory-Based Interventions for Adults with Dementia and Alzheimer's Disease: A Scoping Review. *Occupational therapy in health care*, 34(3), 171–201. https://doi.org/10.1080/07380577.2019.1608488

Soria-Urios G., Duque P., & García-Moreno J.M. (2011). Music and brain (II): Evidence of musical training in the brain. *Revista de Neurol*ogia, 53(12), 739-746. https://doi.org/10.33588/rn.5312.2011475

van der Steen, J. T., van der Wouden, J. C., Methley, A. M., Smaling, H. J. A., Vink, A. C., & Bruinsma, M. S. (2025). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *The*

Cochrane Database of Systematic Reviews, 3(3). https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub5

Van Hoof, J., Kort, H. S. M., Duijnstee, M. S. H., Rutten, P. G. S., & Hensen, J. L. M. (2010). The indoor environment and the integrated design of homes for older people with dementia. *Building and Environment*, *45*(5), 1244-1261. https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2009.11.008

Venegas-Sanabria, L. C., Cavero, R. I., Lorenzo-Garcia, P., Sánchez-Vanegas, G., & Álvarez-Bueno, C. (2024). Efficacy of nonpharmacological interventions in cognitive impairment: Systematic review and network meta-analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2024.06.012

Villamil-Cabello, E., Meneses-Domínguez, M., Fernández-Rodríguez, Á., Ontoria-Álvarez, P., Jiménez-Gutiérrez, A., & Fernández-del-Olmo, M. (2023). A pilot study of the effects of individualized home dual task training by mobile health technology in people with dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8), 5464. https://doi.org/10.3390/ijerph20085464

Völter, C., Thomas, J. P., Maetzler, W., Guthoff, R., Grunwald, M., & Hummel, T. (2021). Sensory Dysfunction in Old Age. *Deutsches Ärzteblatt International*, *118*(29/30), 512–520. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0212

Watt, J. A., Goodarzi, Z., Areti, A. V., Nincic, V., Khan, P. A., Ghassemi, M., . . . Straus, S. E. (2021). Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: Systematic review and network meta-analysis. *BMJ : British Medical Journal,* 372. https://doi.org/10.1136/bmj.n53

Webster, J. D. (2003). The reminiscence circumplex and autobiographical memory functions. *Memory*, 11(2), 203–215. https://doi.org/10.1080/741938202

Wehner, L., & Schwinghammer, Y. (2013). *Smyslová aktivizace: v péči o seniory a klienty s demencí*. Grada.

World Health Organization—WHO. Alzheimer's Disease: Help for Caregivers. (2006). Retrieved May 13, 2025, from https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MNH-MND-94.8

Yanagida, N., Yamaguchi, T., & Matsunari, Y. (2024). Evaluating the impact of reminiscence therapy on cognitive and emotional outcomes in dementia patients. *Journal of Personalized Medicine,* 14(6), 629. https://doi.org/10.3390/jpm14060629

Zvěřová, M. (2017). *Alzheimerova demence*. Grada Publishing.

Zvěřová, M., & kolektív. (2022). *Gerontopsychiatrie v klinické praxi*. Grada.

Seznam zkratek

AD	Alzehimerova demence
ADL	activity of daily living
Aj.	a jiné
Atd.	a tak dále
BPSD	behaviorální a psychologické příznaky
CMP	cévní mozková příhoda
CST	kognitivně stimulační terapie
DLB	demence s Lewyho tělísky
MCI	mild cognitive impartment
MID	multiinfarktová demence
Např.	například
SMSS	Snoezelen Multisensory Stimulation
Tzv.	takzvaně
WHO	World Health Organization

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Bartoš, A. (2007). https://www.psychologon.cz/component/content/article/14-psycholog-online/151-alzheimerova-choroba-pravdepodobne-priciny-a-prevence

Obrázek 2 - Sensa shop. (2025) https://www.sensa-shop.sk/uploads/image_bank/seniorville-jablonove-2.jpg

Obrázek 3 – Apos Brno s.r.o. (2025) https://aposbrno.cz/img/magic360/1112-255-large_default.jpg