

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Lenka Andoková

**Kognitivní poruchy u osob s roztroušenou sklerózou,
kognitivní trénink**

Olomouc 2014

vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Kognitivní poruchy u osob s Roztroušenou sklerózou, kognitivní trénink“ vypracovala samostatně a při její tvorbě jsem použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 25. 3. 2014

.....

Lenka Andoková

Poděkování

Upřímné poděkování patří Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. vedoucímu mé bakalářské práce, za poskytnutí cenných rad a připomínek při jejím vypracování.

Poděkování zároveň patří i mé nejbližší rodině za pomoc, podporu a trpělivost při celém mém studiu.

*„Co nevléčí léky, vyléčí železo, co nevléčí železo, vyléčí oheň,
co nevléčí oheň, je třeba pokládat za nevléčitelné.“*

Hippokrates

Obsah

Úvod.....	7
1 Charakteristika roztroušené sklerózy.....	9
1.1 Etiopatogeneze, epidemiologie a průběh RS.....	9
1.2 Symptomy, léčba a prognóza RS.....	10
2 Kognitivní poruchy u osob s RS.....	14
2.1 Vymezení pojmů kognitivní funkce a dysfunkce.....	14
2.2 Charakteristika jednotlivých kognitivních schopností.....	14
2.3 Příčina narušení kognitivních schopností a její projevy u osob s RS.....	17
2.4 Diagnostika kognitivních poruch u osob s RS.....	18
2.5 Terapie kognitivních poruch u osob s RS.....	19
3 RS v sociálním kontextu.....	22
3.1 Přijetí RS.....	22
3.2 Člen rodiny s RS.....	23
3.3 Sociální služby a RS.....	23
3.4 Terciální vzdělávání osob s RS.....	25
3.5 Práceschopnost osob s RS.....	26
4 Kognitivní tréninkové aktivity určené pro osoby s mírnou formou obtíží u RS.....	28
4.1 Materiály pro cvičení paměti.....	28
4.2 Individuální nebo skupinový trénink?.....	30
4.3 Česká společnost pro trénink paměti a mozkový jogging, akreditované vzdělávací kurzy.....	32
4.4 Certifikovaný trenér paměti – Aktivizační pracovník v sociálních službách.....	33

Závěr.....	35
Seznam použité literatury.....	37
Anotace	

Úvod

Roztroušená skleróza mozkomíšní = sclerosis multiplex, ereska, je autoimunitní nevléčitelné onemocnění centrální nervové soustavy. U zdravého člověka je normální, že je v přirozeném prostředí chráněn vlastním imunitním systémem, oproti tomu u osob s roztroušenou sklerózou se tento imunitní systém staví proti vlastnímu tělu a napadá vlastní nervovou tkáň. Důsledkem toho dochází k poškození nervových vláken, v mnoha případech až nevratného charakteru. Přesná příčina vzniku onemocnění není doposud známa, zároveň jsou nepředvídatelné a rozmanité symptomy, ve kterých se nemoc projevuje. Na celém světě žije přibližně 2 500 000 lidí mladého věku s touto diagnózou, což je zhruba 5% celkové populace a křivka grafu počtu nově nemocných neustále stoupá. U každého člověka se roztroušená skleróza projevuje individuálně, zároveň se s délkou nemoci mnohdy mění i v čase.

O ústředním tématu bakalářské práce, nemusela autorka dlouhosáhle uvažovat. U ní samotné byla v roce 2006, po několikaletých potížích roztroušená skleróza diagnostikována. Nastalo pro ni těžké období, se kterým se musela vnitřně vyrovnat a přijmout toto onemocnění, jako svou doživotní realitu. Ale nakonec jí nemoc i ve své podstatě pomohla. Po uspořádání myšlenek a stanovení priorit, dnes žije takřka život totožný se životem zdravého člověka.

Cílem bakalářské práce je přiblížit a osvětlit problematiku tohoto demyelinizačního onemocnění, se zaměřením na procentuálně časté kognitivní potíže a možnosti jejich aktivizace. Práce má teoretický charakter a je členěna do čtyř kapitol.

První kapitola stručně popisuje roztroušenou sklerózu z lékařského pohledu. Co může být spouštěčem prvotních příznaků, u koho se tato nemoc nejčastěji vyskytuje, a jaký je její průběh. Dále jsou charakterizovány možné symptomy, druhy dostupné léčby, a jak je v dnešní době příznivá prognóza.

Druhá kapitola se věnuje kognitivním potížím, vyskytujícím se u osob s roztroušenou sklerózou. Definuje jednotlivé poznávací schopnosti, co je příčinou jejich dysfunkcí a konkrétní narušené oblasti. Ve zkratce je popsána diagnostika kognitivních nedostatků a současná terapie.

Třetí kapitola se zabývá psychosociálními důsledky tohoto onemocnění. Přibližuje přijetí roztroušené sklerózy samotným nemocným a jeho rodinou a je zaměřena na poskytovanou sociální, pedagogickou a pracovní péči.

Závěrečná čtvrtá část práce popisuje nabízené možnosti procvičování paměti a individuální a skupinové tréninkové aktivity. Zároveň charakterizuje organizaci zabývající se trénováním kognitivních schopností v ČR a osobu trenéra paměti.

Součástí práce je návrh a zpracování informačního letáku, ve kterém nemocní získají základní informace o kognitivních potížích při roztroušené skleróze a vytvoření brožury s ukázkami cvičení k trénování jednotlivých kognitivních funkcí, metodou „tužka – papír“. Oba tyto materiály budou volně přístupné v čekárně MS centra Neurologické ambulance FN Olomouc.

1 Charakteristika roztroušené sklerózy

1.1 Etiopatogeneze, epidemiologie a průběh RS

Etiopatogeneze RS

Roztroušená skleróza (dále jen RS) se svým projevem a průběhem řadí mezi onemocnění autoimunní. Jde o obranný mechanismus organismu, který nedělá rozdíly mezi vlastní tkání centrální nervové soustavy a cizími nezvanými návštěvníky, což jsou např. nádorové buňky, bakterie, parazity... Obranné buňky imunitního systému napadají a odstraňují nejen viry, ale i vlastní tkáň, o které si myslí, že je tkání cizí. Kdekoli v mozku a míše tak dochází k zánětlivým procesům (demyelinizaci), které mají za následek zpomalení přenosu informací nebo úplné přerušení nervových drah (Havrdová, 2004, 2006; Lenský, 2002).

Důsledkem nemoci „...*je postižení motoriky, tělového citění, resp. ovládání vlastního těla, a z toho vyplývající postupný úbytek soběstačnosti*“ (Vágnerová, 2012, s. 151).

Epidemiologie RS

Co je přesnou příčinou vzniku tohoto onemocnění v organismu, nejsou odborníci schopni s určitostí říci. Hovoří o kombinaci faktorů prostředí, genetických a sociálně-kulturních.

V případě RS se jedná o nejčastěji vyskytující se neurologické onemocnění diagnostikováno u mladých lidí ve věkovém rozmezí 20 – 40 let, ve výjimečných případech je nemoc zjištěna okolo 10 nebo po 50 roku života. Ženy jsou touto nemocí ve světě zasaženy častěji než muži, a to v poměru 2:1 (Javůrková, 2006).

Také víme, že rozhoduje zeměpisné pásmo. Převážný počet nemocných je v severských státech Evropy, severní části USA, dále v Kanadě, Austrálii a na Novém Zélandu. „*V těchto oblastech jsou touto nemocí postiženi převážně příslušníci tzv. indoevropské rasy, příslušníci jiných ras jsou postiženi v menším stupni*“ (Jedlička, 2005, s. 203).

I když přesná příčina dosud není známa, za jisté spouštěče startující ataku nebo samotný projev prvotních příznaků onemocnění, považujeme prodělání virových infekcí, chronický stres, nadměrné fyzické vyčerpání a dobu poporodní (Seidl, 2004).

Průběh RS

Typy RS dělíme podle jejich průběhu a závažnosti (Krasulová a kol., 2009):

- Nejčastějším typem, který v prvních letech onemocnění u pacientů převažuje, je typ remitentní – relabující, je to přibližně 85% nemocných a je typický i několikaletou prodlevou mezi jednotlivými atakami. Po 5 – 20 letech trvání, nemoc následně přechází v chronickou progresi, ta může být dvojího typu - sekundární či primární.
- Se sekundárně chronickou progresí nemoci se můžeme setkat nejčastěji, a to zhruba u 70% nemocných. Jde o pozvolné nebo stupňovité zhoršování stavu, jednotlivé ataky již zanechávají u pacientů trvalé neurologické postižení.
- Závažnějším typem bývá typ primárně chronické progresi, kterým trpí přibližně 10 - 15% nemocných. Je charakteristický pozvolným, ale setrvalým nárůstem postižení převážně dolních končetin, bez výskytu výraznějšího zlepšování stavu od počátku nemoci.
- Posledním a zároveň nejzávažnějším typem postihující asi 3% nemocných, je typ relabující - progresivní, kde je vztah uzdravení se k prodělaným atakám minimální a každá další ataka zanechává na pacientově zdraví těžší a těžší následky.

1.2 Symptomy, léčba a prognóza RS

Symptomy RS

Prvotní setkání s RS bývá v mnoha případech samotnými jedinci často přehlíženo, po několika dnech obtíže samy odezní nebo jim není přikládán větší zřetel. Rozmanité projevy nemoci mohou být pouze dočasného charakteru, mohou přetrvávat týdny až měsíce nebo mohou nemocného doprovázet doživotně a zanechat u něj trvalé následky (Seidl, 2004).

„Některé příznaky nemoci jsou typické, tzn., že upozorní lékaře ihned na to, že se může jednat o RS, jiné jsou nespecifické, tzn., že mohou patřit k různým jiným nemocem a nedá se podle nich stanovit diagnóza“ (Havrdová, 2004, s. 21 – 22).

Do kategorie typických a častých počátečních příznaků patří *zánět očního nervu*, projevující se zamlženým viděním, poruchou schopnosti barevného rozlišení, také se může objevit výpadek zorného pole, přidružuje se i bolest „za okem“ (Havrdová, 2002).

Poruchy citlivosti, pálení, brnění a mravenčení se objevují kdekoliv na těle a nemocným mohou být pociťovány slaběji, silněji, odlišně až nepříjemně, často se setkáváme až se stupněm bolesti (Jedlička, 2005).

Častým symptomem jsou také poruchy hybnosti, ty bývají různě závažné od únavy, ztuhlosti, mírné neobratnosti, těžkopádnosti až po úplnou absenci volního pohybu končetiny (Krasulová a kol., 2009).

U pacientů s těžším postižením obou dolních končetin se velice často setkáváme s obtěžujícími příznaky typu poruch močového měchýře a svěračů (sfinkterovy poruchy), ke kterým se řadí i poruchy sexuální (Lenský, 2002).

Dále dochází k poškození mozkových nervů, které „...se projevují poruchami v oblasti obličeje. Postižením okohybných drah vzniká dvojité vidění či neschopnost fixovat dobře viděný obraz... Postižen může být i lícní nerv či nervy zásobující jazyk a patro, což se projeví obrnou lícního nervu, poruchami polykání a tvorby řeči“ (Havrdová, 2006, s. 40 - 41).

Burnfield (1998) popisuje postižení drah mozečku, vzniká třes končetin nebo celého trupu, častá je kombinace této poruchy s poruchou rovnováhy. Mozečkové poruchy jsou uváděny jako nejčastější příčina následné invalidity jedince.

Další skupinou jsou poruchy v oblasti psychiky. Blahová Dušánková (2011) hovoří o častých projevech úzkosti nebo emoční lability. Více jak polovina osob s diagnostikovanou RS trpí v průběhu onemocnění depresí. Deprese pro nemocného představuje často daleko větší obtíž než onemocnění fyzické, je proto velice důležité ji věnovat pozornost a včasné zahájit i její léčení.

V nejzávažnějších případech deprese může jít až o sklony k sebevraždě. „...riziko sebevraždy je u lidí, kteří trpí RS, dokonce 7,5x vyšší než u zdravé populace“ (Havrdová, 2006, s. 114).

Do oblasti narušené psychiky v neposlední řadě patří poruchy kognitivních funkcí, které jsou ústředním tématem této bakalářské práce. Jedná se o poruchy v oblasti paměti, myšlení, pozornosti apod. Tomuto tématu se podrobněji věnujeme ve 2. kapitole, Kognitivní poruchy u osob s RS.

Závěrem uvádíme únavu, která je velice častým společníkem všech nemocných. Lenský (2002, s. 24) ji specifikuje „...jako stěžejní subjektivní příznak doprovázející RS asi v 85 procentech. Dostavuje se bez patrné příčiny, náhle a nezvládnutelně. Stává se jedním z hlavních důvodů nezaměstnanosti u RS.“

Léčba RS

RS je jednou z nemocí, které není moderní medicína schopna vyléčit. Na druhou stranu je vysoké procento úspěšnosti tuto nemoc ovlivnit v jejím dlouhodobém průběhu. Zásadní je léčba medikamentózní, která je doprovázena správnou rehabilitací, terapií, setkáváme se i s léčbou alternativní.

Farmakoterapii rozděluje do třech skupin, s ohledem k průběhu nemoci u daného pacienta (Havrdová, 2004):

- Léčba akutní ataky. Každou ataku je zapotřebí včasné a řádně léčit. Rozhodujícím faktorem pro její přeléčení je závažnost ataky a individuální snášenlivost léku. K tomuto účelu se nejčastěji indikují vysoké dávky kortikosteroidů. Jestliže i po agresivní léčbě nedojde ke zlepšení stavu nemocného, jde o známku trvalého poškození.
- Léčba dlouhodobá. Léky dlouhodobě podávané při RS, snižují četnost atak a zpomalují progresi onemocnění. U jedinců se k této léčbě přistupuje co nejdříve, po zjištění diagnózy. Nemocný si sám aplikuje, nebo jsou mu aplikovány léky např. interferony, glatiramer acetát, natalizumab atd. Jedná se o léčbu vysoce nákladnou, v některých případech v řádech sta tisíců korun na jednoho pacienta a rok, ale zároveň jde o léčbu velice účinnou.
- Léčba symptomatická. Jedná se o terapii, která pozitivně ovlivňuje široké spektrum obtěžujících příznaků doprovázejících RS a odlehčuje tím nemocným. Podle potřeby se využívají účinky zacílených léků k léčbě infekcí, únavy, tlumící bolest, ke snížení spasticity, při obtížích s močením, k ovlivnění depresivních stavů...

K celkové terapii také patří rehabilitace a péče o fyzickou kondici. Každému jedinci je sestaven individuální rehabilitační plán (krátkodobý, dlouhodobý), s ohledem k jeho možnostem, a plán se také podle efektu může dále upravovat. Odborně vedená rehabilitace je zaměřena na zlepšení a obnovení narušených funkcí nebo alespoň udržení stávajícího stavu nemocného (Votava, 2003).

Votava (2003, s. 27) vymezuje složení rehabilitačního týmu, který se na tomto podílí. Jde o rehabilitačního lékaře, neuropsychologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sociálního pracovníka a logopeda. *„Užitečným členem týmu je i speciální pedagog, který může mít aprobaci také na logopedii, ale významně se může podílet na poradenství pro další vzdělávání OZP, účastnit se na rehabilitaci kognitivních funkcí a případně používat další speciální techniky (muzikoterapie).“*

K rehabilitaci se využívá různých technik, nenáročných cviků, fyzioterapii, jógu, psychoterapii, ergoterapii, kryoterapii, hippoterapii atd. Fyzioterapeutická rehabilitace, bývá spojena s rekondičními a lázeňskými pobyty, které jsou v České republice pro pacienty s RS převážně realizovány v lázních Klimkovice, lázních Dubí a v rehabilitačním lázeňském sanatoriu Vráž.

Prognóza RS

„Prognóza se od zavedení dlouhodobé terapie změnila a sdělení diagnózy přestalo být pro většinu pacientů sdělením osudu“ (Havrdová, 2002, s. 215).

Odvíjí se od včasnosti podchycení prvotních projevů RS. Jednoduše řečeno, čím dříve je tato nemoc odhalena, tím dříve je zahájena léčba, čímž se zvyšuje její úspěšnost. Jde tedy o to, aby se předcházelo zhoršování stavu, případně se eliminovalo nastalé postižení. Snahou lékařů je, aby stav nemocného byl po delší čas neměnný, nemoc se co nejvíce ustálila a ataky aby se objevovaly s větší časovou prodlevou.

Věk osob se díky úspěšné léčbě prodlužuje. Uvádí se, že pokud jsou ataky v prvních letech po stanovené diagnóze krátké a bez větších projevů, lze očekávat i podobný průběh. V opačném případě lze očekávat, že osoba bude do několika málo let invalidní (Jedlička, 2005).

Lékaři se zmiňují o průceschopnosti lidí s RS. Ta se pohybuje mezi 30 – 45%, v důsledku včasné diagnózy a zahájení léčby, a to i po dvaceti letech trvání onemocnění.

2 Kognitivní poruchy u osob s RS

O narušené složce kognitivních schopností Klucká, Volfová (2006) převážně hovoří v souvislosti s pokročilým věkem, se kterým se rovněž pojí možnost zvýšeného rizika rozvoje demencí. Dále mohou být kognitivní nedostatky zapříčiněny vlivem vývojových poruch mozku, úrazů hlavy, pooperačních následků, prodělanými infekcemi, degenerativním nebo zánětlivým onemocněním, mezi která řadíme i RS.

2.1 Vymezení pojmů kognitivní funkce a dysfunkce

Preiss, Křivohlavý (2009) popisují kognitivní funkce jako funkce poznávací, které člověku slouží k poznávání sebe samého, okolního prostředí a k vytváření vztahů k danému prostředí.

Jsou-li určitým způsobem tyto funkce oslabeny, nazýváme je kognitivní dysfunkcí. U člověka v důsledku toho dochází k pocitu nejistoty, méněcennosti či k obavám ze selhání a možné plnohodnotné fungování v každodenním životě se stává obtížným (Nývltová, 2010).

Mezi kognitivní schopnosti řadíme – paměť, pozornost a koncentraci, zrakově-prostorové schopnosti a vnímání, myšlení, jazyk a řeč.

2.2 Charakteristika jednotlivých kognitivních schopností

V této podkapitole si charakterizujeme jednotlivé kognitivní schopnosti. Následně nám pomohou porozumět jednotlivým narušeným oblastem.

Paměť

Klucká, Volfová (2009, s. 13) definují paměť. *„Paměť je psychická funkce, díky které přijímáme, uchováváme a následně si vybavujeme nové informace, vjemy a zážitky. Díky paměti víme, kdo jsme a co jsme zažili. Kromě tohoto správné fungování naší paměti ovlivňuje celou řadu dalších důležitých kognitivních funkcí, jako např. myšlení.“*

Získané informace procházejí třemi paměťovými fázemi. Informace si nejprve do paměti uložíme, tam si je po různě dlouhou dobu uchováme v nezměněné podobě a v případě potřeby si dané informaci opět vybavíme (Suchá, 2010).

Z pohledu délky uchování informací v paměti ji dělíme na senzoryckou, krátkodobou a dlouhodobou (Plháková, 2003):

- Senzorická paměť uchovává informace, které přicházejí ze smyslů. Mnohé z těchto informací jsou pro jedince bezvýznamné a jsou zapomenuty, ale ty informace, které se jeví důležitými, jsou přesunuty do paměti krátkodobé.
- Hlavní funkcí krátkodobé paměti je „podržení“ informace, která je zapotřebí k momentálnímu řešení problému. Někdy je také označována jako paměť pracovní. Zde jsou informace uchovávány pouze několik málo sekund (15 – 30 sek.), ale také informace vybavené z paměti dlouhodobé.
- U dlouhodobé paměti trvá ukládání informací přibližně 30 minut a zůstávají v ní uchovány několik minut či několik let. Rozlišujeme dva druhy dlouhodobé paměti. Implicitní paměť nám umožňuje si osvojit zautomatizované zvyky a dovednosti jako např. řízení automobilu. Explicitní paměť nám uchovává získaná fakta o světě a různé osobní vzpomínky a dále se dělí na dva podtypy – paměť sémantická, ta pracuje, jestliže vzpomínáme na obecné informace a fakta a paměť epizodická, ta pracuje, jestliže vzpomínáme na osobní zážitky, přátele, dovolenou.

Pozornost a koncentrace

Pozornost je úzce spjata s pamětí, můžeme ji přirovnat k zaměřenosti vědomí. Během dne jsme doslova zahlceni přicházejícími podněty z okolí. Pozornost má tu vlastnost, že nám umožňuje tuto spoustu podnětů záměrně selektovat (vybírat) a uvědomit si jen ty, které v daném okamžiku potřebujeme a přejeme si uvědomit. Tímto nevědomky chráníme vědomí před jeho zahlcením (Čechová, Rozsypalová, 2001).

Svoboda, Češková, Kučerová (2006) popisují i další, pro nás důležité vlastnosti pozornosti:

- Koncentrace – můžeme ji charakterizovat, jako schopnost zaměření (soustředění) se na určitý podnět, uplatňuje se např. při sportu, kdy má fotbalista zranění, které nevnímá a soustředí se na hru.
- Distribuce (rozdělení) pozornosti - jde o schopnost rozdělit od sebe dva nebo více přicházejících podnětů, např. student při přednášce sleduje výklad vyučujícího a současně si výklad zaznamenává.
- Vigilita – můžeme ji nazvat schopností přesouvat pozornost z jednoho podnětu na jiný, příkladem může být rozhovor s kamarádkou při vaření.

Zrakově-prostorové schopnosti a vnímání

Zrakově-prostorové schopnosti nám dovolují manipulovat s dvou a třírozměrnými předměty, ať již na ploše či v prostoru. Součástí této schopnosti je kromě vizuálně-konstrukční a vizuálně-motorické schopnosti, také vnímání (Vágnerová, 2012).

Vnímání (percepční schopnosti) umožňuje poznávat své okolí, rozeznávat známé a neznámé předměty nebo situace, na základě kterých se orientujeme, ať již ve vnějším světě nebo v nás samotných (Plháková, 2003).

„Pod pojmem vnímání lze tedy mít na mysli percepci reality prostřednictvím smyslových orgánů a rovněž její intelektuální a emocionální interpretaci na základě minulé zkušenosti“ (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 86).

Myšlení

Myšlení lze charakterizovat jako psychický proces člověka, při kterém zpracovává a využívá získané informace. Pro dobrý rozvoj myšlení jsou zapotřebí oblasti mozku, ve kterých sídlí tzv. exekutivní funkce. Jde o funkce napomáhající nám např. při řešení problémů, usměrňovat slovní uvažování, plánovat určitou aktivitu a následně ji uskutečnit. S tímto se také nepostradatelně pojí flexibilní myšlení, pomocí něhož v případě potřeby dokážeme odbourat ty problémy, na jejichž vyřešení nemáme dostatek vlastních vědomostí. Proto jsme nuceni hledat nová řešení a nové způsoby, jak tyto problémy vyřešit (Klucká, Volfová, 2006).

Hoskovec (2002, in Suchá 2010, s. 13) definuje pojem myšlené jako *„...proces, při kterém člověk intelektem něco poznává (své poznatky rozumově rozebírá, skládá do smysluplných celků, srovnává, zobecňuje, klasifikuje, vyvozuje, odvozuje a připodobňuje ke stávajícím zkušenostem).“*

Jazyk a řeč

„Jazyk je základním prostředkem komunikace, který plní několik velmi důležitých funkcí. Pomocí jazyka poznáváme okolní svět, rozvíjíme své myšlení, vyjadřujeme své pocity a potřeby, sdílíme s ostatními své zážitky a zkušenosti“ (Klucká, Volfová, 2009, s. 16).

Při komunikaci využíváme jazyka, u kterého odlišujeme produkci a porozumění. Při produkci přetváříme myšlenku do slov, ty řadíme do vět, následně vytvoříme zvuk, který

předá myšlenku posluchači. Při porozumění postupujeme opačným směrem, tedy slyšíme zvuk, kterému přiřadíme význam slov, ty skládáme do vět a výsledkem je získaný smysl sdělení (Klucká, Volfová, 2009).

„Řeč je schopnost člověka pomocí verbálních výrazových prostředků vyjádřit obsah vědomí. Řeč je mluvená, písemná, znaková a vnitřní, má svou obsahovou a emoční složku a odehrává se v jistém situačním kontextu (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 103).

2.3 Příčina narušení kognitivní schopnosti a její projevy u osob RS

Příčinou poruchy v oblasti kognitivních schopností u jedince s RS, je poškozené místo v mozku, ke kterému došlo následkem prodělané ataky. Obtíže se mohou vyskytovat v samotných počátečních nemoci, nezávisle na tělesném postižení, věku, délce trvání či typu nemoci, někdy se potíže mohou objevit ještě před diagnostikovaním RS (Jablou, 2000).

Stratmoen (2006) hovoří o různorodosti a procentuální častosti poznávacích obtíží, ty *„...se vyskytují u 45 až 65 procent pacientů a k jejich zhoršení dochází při únavě a stresu. Pokud je pacient ignoruje, obtíže se mohou stupňovat.“*

Ve většině případů nejsou nastalé obtíže natolik handicapující, aby zásadním způsobem ovlivňovaly činnosti denního života. Spíše jsou subjektivně vnímány, jako potíže znepříjemňující život. V důsledku toho může docházet k obtížím v kontaktu se společností a narušení rodinných vztahů (Blahová, Dušánková, 2011).

„Většina pacientů s RS je schopna normálně uvažovat, učit se, jednat na základě znalostí a zkušeností a činit příslušné závěry a úsudky“ (Stratmoen, 2006).

Výjimkou jsou ti jedinci, které zasáhla kognitivní porucha středně těžkou až těžkou formou. Jak uvádí Jablow (2000), procentuální odhad je 5 – 7% ze všech lidí s RS. U těch bývají činnosti denního života ovlivněny někdy až natolik závažně, že je zapotřebí osobní asistence nebo dokonce není možné jejich setrvání v domácím prostředí.

Jednou z nejčastěji postižených oblastí je paměť. Dufek (2009) popisuje převažující potíže ve všech fázích paměti - ukládání, uchovávání, vybavení. Lidé jsou schopni se učit a pamatovat si nově nabitě informace, avšak jejich znovuvybavení trvá déle. Snazší je pro ně si vybavit několikaleté skutečnosti.

Jablow (2000) hovoří o potížích s pozorností. „*Když mnoho informací přichází najednou, jejich zpracování může trvat déle. Mluví-li několik lidí najednou, nebo je zapnuté rádio či televize, nebo mluví-li i jen jediný řečník příliš rychle, pro osobu s RS může být neskadné ten přívál informací roztrídít, prosít.*“

Dále jsou patrné potíže při manipulaci s dvou a třírozměrnými předměty, mohou se vyskytovat i obtíže s orientací v prostoru či řízením automobilu - zrakově-prostorové schopnosti a vnímání (Lenský, 2002).

„*Dobře popsáné jsou i poruchy exekutivních funkcí – mezi něž se řadí poruchy abstraktního a pojmového uvažování, resp. řešení problémů. Hlavním problémem je zde ulpívání, které postiženým pacientům znesnadňuje vystřídat v potřebné chvíli základní princip, pravidlo či myšlenku, a to i přes negativní zpětnou vazbu*“ (Blahová Dušánková, 2011, s. 12).

K přidruženým znakům patří narušení oblasti jazyka a řeči. Potíže vznikají v důsledku mozečkového postižení, především jde o složku slovní plynulosti, kterou Vágnerová (2012, s. 153) přirovnává ke „*...skandované řeči se zpomalenou dikcí, se zárazy a vyražením začátku slov.*“ Setkáváme se také s potížemi při výbavnosti slov.

Mnoho osob se potýká i s neporozuměním, a to když nejsou schopni rozumět sdělované informaci, i když mnohdy uvádí opak (Stratmoen, 2006).

2.4 Diagnostika kognitivních poruch u osob s RS

Při diagnostice kognitivního deficitu je zapotřebí mezioborového přístupu, a to spolupráce neurologa, neuropsychologa, logopeda či ergoterapeuta, kdy nám výsledky napomohou objasnit vliv narušené kognice na každodenní život člověka (Jablow, 2000).

Nývtová (2010) rovněž hovoří o možném uplatnění speciálního pedagoga, ve vztahu diagnostiky k narušené kognici. On sám sice žádnou diagnózu při práci se studentem či klientem nestanovuje, ale je nutné, aby byl schopen rozpoznat a posoudit možné počínající problémy, případně by měl studentovi, klientovi doporučit odborné vyšetření a předejít tak prohlubování potíží.

Dufek (2009, s. 157) preferuje při diagnostice využití testů jednodušších a zároveň komplexních např. PASAT, SDMT, které „...se ukazují v praxi použitelnější než složité baterie testů, které jsou navíc náročné na čas.“

Javůrková (2006) definuje testové baterie např. WAIS-R, Bourdonův test, test Verbální fluence atd. Tyto testy ukáží, ve které oblasti a do jaké hloubky má osoba potíže.

2.5 Terapie kognitivních poruch u osob s RS

Kalb (2000, in Javůrková, 2006) uvádí jako základní terapii při deficitech v oblasti kognice tzv. rehabilitaci kognitivní, především přístup kompenzující narušené funkce. Zde se jedná o přístup využívající zbytkových nebo zachovalých kognitivních schopností, ke zlepšení kvality života.

Klucká, Volfová (2009, s. 11) tento postup obecně vysvětlují. Jestliže u osoby dojde k jakémukoli poškození části mozku „...je tento orgán schopen do určité míry nahradit chybějící schopnost v poškozené části mozku zapojením jiné, nepoškozené oblasti.“

Javůrková (2006) dále popisuje, že u kompenzujícího přístupu se jedná o sestavení plánu, který je individuálně přizpůsoben potřebám daného člověka. Podkladem pro jeho tvorbu je v první řadě neuropsychologické vyšetření a dále anamnézy. Při sestavování a následné realizaci by měla být dle potřeby využívána opět spolupráce odborníků - neurologa, psychiatra, psychologa, logopeda, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, psychoterapeuta případně speciálního pedagoga.

Votava (2003) specifikuje úlohu speciálního pedagoga, který je např. nápomocen lidem, kteří po jakémkoli poškození mozku, musejí získávat zpět zapomenuté znalosti či dovednosti.

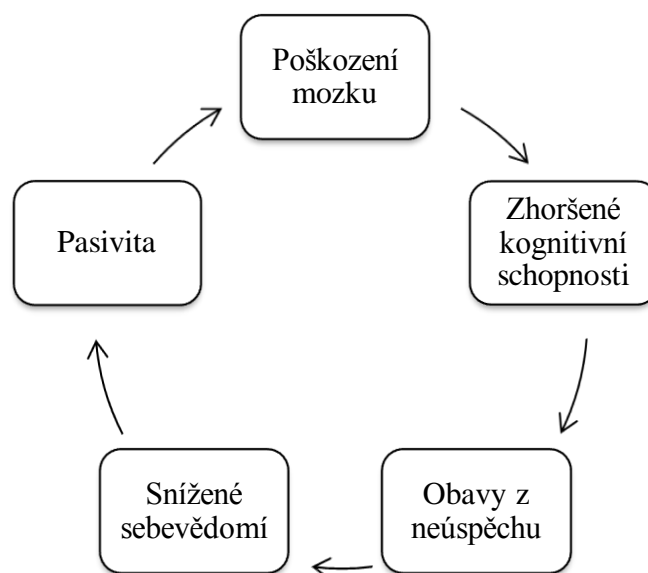
Kognitivní rehabilitaci by měla být doplněna i o psychoterapii nebo speciálně-pedagogickou terapii, která zahrnuje nepřeborné množství relaxačních technik. Dle Chmelařové (2013) se jako ideální jeví terapeutické přístupy (muzikoterapie, arteterapie, pohybová terapie...), které cíleně napomáhají při rozvoji a utváření osobnosti.

Na základě mnoha provedených výzkumů, odborníci jako prevenci či pro zlepšení paměti a s tím související zlepšení kvality života, radí osobám mozek cvičit, cvičit a cvičit = kognitivní

trénink. Jednoduše dělat vše, kde mozek pracuje trochu jinak oproti normálu, oproti běžným činnostem. Této oblasti je věnována 4. kapitola práce, Kognitivní tréninkové aktivity určené pro osoby s mírnou formou obtíží u RS.

K individuálnímu tréninku paměti mohou napomoci křížovky, sudoku, pexeso, puzzle, deskové hry, knihy či testové baterie určené pro trénink paměti, ale také online logické počítačové hry.

Klucká, Volfová (2009) ve své knize hovoří o „bludném kruhu“ a nutnosti psychické aktivity. Snížení kognitivních schopností vzniká v důsledku poškození mozku, kdy následují možné obavy z neúspěchu, které mohou snižovat sebevědomí, to pokud je nízké směřuje k určité pasivitě a to následně prohlubuje počáteční obtíže.



Obrázek znázornění bludného kruhu (Klucká, Volfová, 2009, s. 12).

Tento bludný kruh je zapotřebí v jeho nejslabší části přetnout. Tou částí se jeví pasivita a proměnit ji v protiklad. Člověk najednou zjistí, že řadu věcí je schopen dokázat, udělat a zároveň se může mnohému naučit (Klucká, Volfová, 2009).

Medikace zacílená na kognitivní poruchy u RS momentálně není dostupná. Avšak mnohé studie ukazují, že léky určené pro dlouhodobou léčbu napomáhají i zhoršování kognice.

V roce 2012 byla provedena studie, kdy se italským vědcům podařilo dokázat, že lék natalizumab určený pacientům při jejich dlouhodobé léčbě, má pozitivní vliv na zachování

kognitivních funkcí u relaps – remitentní RS (Natalizumab dokáže efektivně redukovat kognitivní poruchy u roztroušené sklerózy, 2013).

3 Psychosociální důsledky RS

Při onemocnění RS dochází u člověka k zásadním a výrazným změnám celého jeho života. Ve výsledku je však pouze na něm, jak se s nastalou skutečností vyrovná, a jak danou realitu přijme.

Stejně jako každé jiné nevy léčitelné onemocnění, se sebou RS přináší kromě fyzického postižení, také změny v oblasti psychiky a sociálních vztahů (Křivohlavý, 2002).

3.1 Přijetí RS

Jednotlivé osoby se k přijetí závažného onemocnění staví po svém. Jsou uváděny fáze, kterými je možno projít ve stadiu vyrovnání se s chronickým onemocněním – stadium šoku a popření, období trápení či fáze postupné akceptace, aktivní obranný postoj, rezignace, fáze smlouvání. Závěrečnou fází je akceptace pravdy = přijetí role osoby s chronickým onemocněním (Havrdová, 2006).

Jak uvádí Vágnerová (2012) proces subjektivního vyrovnání se s nemocí je u jednotlivých osob odlišný, i když se jedná o totéž onemocnění. Lidé individuálně přijímají nemoc, která může se sebou přinášet zhoršení kvality života nebo omezení soběstačnosti.

V souvislosti s přijetím nemoci můžeme porovnávat také dvě skupiny osob. Na jedné straně jsou ty, které se i přes veškeré úsilí všech s onemocněním nikdy nesmíří, a na straně druhé to jsou ty, které zjištění, tedy že již nikdy nebudou zdraví, nevidí jednostranně negativně. Mnozí vnímají svůj handicap „...jako výzvu, na základě které mobilizují své úsilí a schopnosti. Vznik postižení je tak podnětem pro rozvoj osobnosti, což se projevuje např. dosažením vyššího vzdělání, rozvojem uměleckých schopností nebo aktivní účastí osob se zdravotním postižením v dobrovolné organizaci“ (Votava, 2003, s. 27).

Neocenitelným podpůrným prostředkem, který patří do celkového procesu přijetí a vyrovnání se s tímto onemocněním, nepochybně řadíme i psychoterapeutickou pomoc a různé relaxační techniky, které napomáhají jedincům k uvolnění (Havrdová, 2004).

3.2 Člen rodiny s RS

RS je onemocněním, které svým způsobem zasahuje do života partnerů i ostatních členů rodiny, nelze tedy onemocnění chápat izolovaně nebo individuálně ve vztahu pouze k nemocnému.

Havrdová (2006, s. 149) hovoří o podobném prožívání ostatních členů rodiny na sdělenou diagnózu RS. *„Je-li u některého člena rodiny tato nemoc diagnostikována, lze říci, že její břímě nesou i jeho nejbližší. Podobně prožívají nejen příchod choroby, ale procházejí vesměs stejnými stadii jejího přijímání, ...strach, smutek, bezmoc, hněv, obviňování a nejistota.“*

V těžkých obdobích si sám nemocný klade otázku, zda kdokoli z blízkých je schopen pochopit jak se cítí, co prožívá, jaké to je být takto nemocen s obavou, kdy se nemoc opět projeví (Lenský, 2002).

Je pochopitelné, že žít s touto nemocí povoluje určitou míru sebelítosti, ale na druhou stranu nemocný si musí sám uvědomit a položit si otázku *„Mohu vůbec někdy vědět, ...jaké to je žít s někým, kdo má tuto nemoc“* (Burnfield, 1998, s. 79).

Jsou to dva odlišné světy, kdy každý jedinec především rozumí tomu, ve kterém žije. K možnému pochopení je zapotřebí komunikace v rodině, tedy otevřeně mluvit o svých pocitech či obavách.

Je-li ve vztahu dítě, tak jej s přihlédnutím k jeho věku, vhodným způsobem a pravdivě s nemocí seznámit. V případě, že je dítě samo takto nemocné, musejí rodiče k jeho péči přistupovat přiměřeně. Dítěti pomáhat, podporovat jej a zároveň ho vést k určité samostatnosti (Křivohlavý, 2002).

Nastalá nemoc může posílit nebo také rozvrátit rodinné vztahy. V případě, kdy se vyskytovala určitá disharmonie ještě před vyřčenou diagnózou, může v nejzazším případě dojít až k rozchodu partnerů nebo rozpadu rodiny (Havrdová, 2006).

3.3 Sociální služby a RS

Při onemocnění RS, potřebují nemocní podporu a kvalitní péči. Podpora zajišťována rodinou či blízkými je nenahraditelná, jestli-že však dojde k těžšímu postižení, není již možná v plném rozsahu. Aby byla zajištěna kvalita života nemocného i osob pečujících o něj, velkou

pomocí je systém sociálních služeb poskytovaný zdravotně postiženým. V České republice je sociální podpora zajišťována státním i nestátním sektorem.

Současná nabídka poskytovaných sociálních služeb je přizpůsobena konkrétním potřebám, zohledňují postižení, odpovídají i věku a umožňují tak alespoň podporu a částečnou nezávislost v běžném životě (Matoušek, 2007).

Lidé s tímto onemocněním nejčastěji využívají služeb zohledňujících především jejich somatické postižení. Mohou se rozhodnout a vybrat si z nabízených služeb, zda chtějí setrvat v domácích podmínkách nebo raději využijí zařízení sociálních služeb. Rozhodující je také to, jak velkou částku jsou schopni na péči/pomoc věnovat, nebo jaký preferují způsob života.

V sociálních službách je preferováno, aby poskytovaná péče v současném pojetí byla ve formě terénní či ambulantní. Využívání ústavní péče, aby bylo minimální a přistupovalo se k němu v případě, kdy péče o člena rodiny v domácím prostředí již není možná.

Člověk s RS může využít služeb např. osobní asistenci, pečovatelskou či odlehčovací službu, denní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením apod.

Prováděcí vyhláška k zákonu o sociálním zabezpečení a zákonu o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, také lidem s RS upravuje nárok na státem poskytované příspěvky, které jim mají zajistit určitou kompenzaci, a to formou vyplácení finančních příspěvků, důchodů a věcných výhod.

Kromě státem poskytnuté sociální pomoci, máme svépomocné organizace, díky kterým je umožněno lidem s RS se setkávat při různých akcích, získávat informace, rady, poznatky, ať už profesionální, aktuální nebo odpovídající individuálním potřebám.

První organizací u nás, která začala sdružovat lidi s RS byla Unie Roska, která vznikla roku 1992. Velice aktivně působí i v dnešní době a to na mezinárodní úrovni. *„Její hlavní činnost tkví v organizování rekondičních a rehabilitačních pobytů pro pacienty s RS, vydávání časopisu, informačních materiálů, videokazet, a knížek s problematikou RS. Poskytuje i právní a sociální poradenství“* (Havrdová, 2004, s. 111).

Zákon o sociálních službách také specifikuje úlohu sociálního pracovníka, který nezastupitelně patří do procesu sociální rehabilitace. Napomáhá klientům i jejich blízkým především v oblasti poradenství, při poskytování informací o jednotlivých službách, nárocích

na dávky, různých výhodách, o možnostech využití a získávání kompenzačních pomůcek, napomáhá při jednání s úřady, je rovněž nápomocen při návratu osoby z ústavního zařízení do svého bydliště či při procesu pracovního začlenění apod. (Krejčířová, Treznerová, 2011).

3.4 Terciální vzdělávání osob s RS

Jak jsme si řekli v první kapitole, nejčastěji je RS diagnostikována lidem ve věkovém rozmezí 20 – 40 let a demonstruje se především somatickým postižením. Je to období mladé dospělosti, ve které mnohdy ještě osoby nemají dokončeno vzdělání nebo je potřeba jejich původní kvalifikaci změnit. Nabízí se zde tedy otázka, jak lidem s RS v kombinaci s kognitivní poruchou pomoci při přípravě na budoucí profesi.

Obecně můžeme říci, že v dnešní době je pro dospělé osoby s jakýmkoli typem zdravotního postižení, zdravotního či sociálního znevýhodnění, přístup ke studiu dostatečně zpřístupněn, zastřešen, na dosti vysoké profesní úrovni.

Ať je to pojmáno z úhlu pohledu kvalitního vzdělávání samotných speciálních pedagogů, kteří jsou schopni pomoci jedincům se specifickými potřebami, bezbariérovostí školních budov nebo nabízeného množství vzdělávacích programů, zohledňujících konkrétní postižení.

Speciální pedagog by měl být schopen pečovat či pracovat s osobami, u kterých byla diagnostikována kognitivní dysfunkce. Měl by tedy mít povědomí o daném tématu a o tom, co od jedince může očekávat a měl by také být schopen porozumět doporučením od jiných odborníků (Nývtová, 2010).

V této věci bylo osloveno několik vybraných Vysokých škol v České republice, oborů nejen humanisticky zaměřených. Dotazy byly směřovány do roviny v oblastech kognitivního deficitu – poskytnutí informací při zájmu o studium, nabídky možnosti pomoci, podpory při přijímacím řízení a při studiu, zda je toto specifické znevýhodnění zohledněno, jakými konkrétními kroky je možno studentovi pomoci při přizpůsobování se vysokoškolskému prostředí.

U studentů, zájemců s RS, kteří mají narušenou složku kognitivity, je tomu shodně jako u jedinců s tělesným handicapem. Mnohé školy požadují doložení lékařského potvrzení o aktuálním zdravotním stavu, s uvedením obtíží v dané oblasti. Toto je pro pracovníka centra pomůckou, od které se odvíjí další plánování a zaměření se na zhodnocení možností, které

jsou studentovi či zájemci následně nabídnuty. Některé školy v případě potřeby umožní navýšení času při přijímacím písemném testu, jiné umožní přípravu na studium a přijímací řízení v nultém ročníku, je-li to zapotřebí, jsou o dysfunkcích jedince informováni jednotlivý vyučující, je nabízena i možnost delšího času na přípravu ke zkouškám, při přednáškách je umožněno využití záznamového hovorového zařízení, rovněž je v případě potřeby umožněno prodloužení délky studia, např. ze tří let na čtyři roky.

Vedle vzdělávání formálního se také nabízí terciální vzdělávání realizováno mimo školský systém. Neformální vzdělávání je zajišťováno institucemi (organizacemi, spolky, sdruženími), pro které vzdělávání nemusí být prioritní činností. Je zacíleno na určitou skupinu populace s nabídkou vzdělávacích aktivit zájmového a kulturního charakteru (Krejčířová a kol., 2011).

3.5 Práceschopnost osob s RS

V minulých desetiletích tehdejší legislativa upravovala automaticky nárok na invalidní důchod lidem, kterým byla stanovena diagnóza RS.

„Vznikla tím situace, že řada pacientů se ocitla v situaci nepříliš výhodné, ale svým způsobem zajištěné. Pro ty z nich, kteří byli těžce postiženi, to jistě bylo řešení. Ale mnoho z těch, kteří neměli žádné závažné neurologické postižení, se ocitlo v situaci, že jejich příprava na povolání přišla vniveč. Stali se lidmi, kteří v mladém věku přišli o možnost postavit se na vlastní nohy“ (Havrdová, 2006, s. 160).

V dnešní době je snahou všech, aby práceschopnost osob s RS byla co nejdelší. Jak uvádí Votava (2003) především pro mladé lidi znamená být zaměstnán jistý prostředek obživy, ale zároveň také hraje významnou roli v jejich vlastní identitě a při rozvoji sebevědomí.

Aktuální zákoník práce poukazuje na princip zajištění rovných práv bez jakékoli diskriminace osob se zdravotním postižením.

Pokud jedinec s RS práci nemá nebo o ni přišel, je mu úřadem práce nabídnuta pouze taková, která by jeho zdravotnímu stavu ještě více neuškodila. Nejsou vhodné např. práce ve směnném provozu, v prašném, vlhkém a hlučném prostředí, na přímém slunci, vyžadující přesné a jemné úkony... (Potměšilová, 2012).

Podle platného zákona o zaměstnanosti se lidé s jakýmkoli zdravotním postižením či znevýhodněním, pro svého zaměstnavatele stávají zajímavými po finanční stránce. Pro možnost úpravy pracovního prostředí či zaměstnat osoby se zdravotním postižením, mohou zaměstnavatelé čerpat státní dotace, příspěvky poskytované úřadem práce. S tím souvisí i povinné procentuální podíly zaměstnávat tyto osoby, ale i zde je ve výsledku zaměstnání osoby se zdravotním postižením pozitivní pro obě strany.

V případě, že osoba s RS není schopna nalézt uplatnění na trhu práce nebo vykonávat své dosavadní zaměstnání, nabízí se možnost pomoci ergoterapeuta nebo pracovní rehabilitace či rekvalifikace.

„Hlavním důvodem, kvůli kterému přestávají pacienti s RS pracovat, není jejich fyzické postižení, ale únava a poruchy v oblasti duševního výkonu, tzv. kognitivní poruchy“ (Stratmoen, 2006).

Výskyt kognitivních potíží u zaměstnance s RS neznamena nutnost informovat zároveň svého zaměstnavatele. Tuto skutečnost neupravuje ani náš právní řád. Je pouze na zaměstnanci samotném, aby se sám rozhodnul. V případě, že svého nadřízeného bude o svých potížích informovat, mohou se společnými silami pokusit nastalou situaci řešit a přispět ke zlepšení pracovního výkonu a následném setrvání jedince v zaměstnání.

V kapitole 2. jsme si uvedli potíže, se kterými se lidé s kognitivní dysfunkcí potýkají. Jako ideální se může jevit např. pracovní místo oddělené od ostatních zaměstnanců či vlastní kancelář, kdy zaměstnanec není rušen a může se tak lépe soustředit na práci, nebo může zaměstnavatel upravit zaměstnanci pracovní dobu a předejít tak větší únavě, která zhoršuje kognitivní schopnosti.

Práce je pro osoby s RS skvělou tréninkovou aktivitou kognitivních funkcí, můžeme ji vnímat jako prevenci před možným zhoršením kognice (Blahová Dušánková, 2011).

4 Kognitivní tréninkové aktivity určené pro osoby s mírnou formou obtíží u RS

Závěrečná kapitola práce popisuje běžně dostupné možnosti procvičování paměti a individuální a skupinové tréninkové aktivity. Zároveň přibližuje organizaci zabývající se trénováním kognitivních schopností v ČR a osobu trenéra paměti.

4.1 Materiály pro cvičení paměti

Snadno dostupné materiály zaměřené k procvičování kognitivních schopností mohou mít různý charakter, podobu a být určeny pro konkrétní cílovou skupinu.

Hrací kartičky

Hrací kartičky „Hraj co chceš!“ určené speciálně pro kognitivní trénink, se formátově i vzhledově podobají pexesu. Rozdílné jsou v tom, že na jednotlivých kartičkách je více obrázků, kdy se hráč/hráči soustředí na více detailů současně. Tímto se procvičuje kreativita, vizuálně prostorová orientace, rychlost, slovní zásoba, postřeh, paměť...

Jsou velice variabilní, jeden balíček kartiček nabízí nepřeborné možnosti herních kombinací, např. klasické Pexesu, Černý Petr, Kvarteto, Prší atd. Velikou výhodou je také možnost výběru obtížnosti.

Mohou je využít všichni. Jak kvalifikovaní trenéři paměti při svých hodinách, tak rodiče dětí při jejich rozvoji, speciální pedagogové při práci se studenty, nebo mohou být využity při individuálním trénování.

Hlavolamy

V loňském roce byl na český trh předložen nový hlavolam s názvem „CUTS“. Hra se odehrává na herních destičkách různých velikostí, rozlišených podle obtížnosti (hrací pole 8x8, 6x6, 4x4). Úkolem hráče/hráčů je zaplnit toto herní pole beze zbytku barevnými kameny, a to tak, aby se kameny shodné barvy dotýkaly pouze v rozích. Kameny jsou ve čtyřech barvách a mají různé, pevné tvary - „I“, „L“...

Hra podporuje logické myšlení a vizuálně – prostorovou orientaci. Opět může být využita trenéry paměti při aktivizaci, pedagogy při práci se studenty, individuálně nebo ve dvojici apod.

Tištěné publikace – metody „tužka papír“

Nejčastěji jde o speciální publikace ve formě klasických učebnic nebo pracovních sešitů, které jsou dostupné v knihovnách a nabízeny v knihkupectvích či na internetu. Obsahují logické úlohy, vědomostní kvízy, hlavolamy, doplňovačky apod.

Při řešení jednotlivých cvičení není potřeba žádných vymožeností, stačí pouze tužka či propisovací pero, případně čistý blok.

Autorova úvodní slova v publikacích seznámí čtenáře s problematikou poznávacích schopností, s tím, pro koho je publikace vhodná, co dělat pro zlepšení paměti, jak často tréninková cvičení provádět, popis a použití mnemotechnických pomůcek. Následují jednotlivá cvičení, u kterých je vždy uvedeno, co je vyžadován pro jejich splnění, zaměření na procvičovanou oblast paměti a případně i stupeň obtížnosti. Závěr publikací obsahuje správné odpovědi, správná řešení.

Počítačové programy

Mnohé světové společnosti se přímo zaměřují na vývoj speciálních softwarových programů, určených k tréninkovým aktivitám v domácích podmínkách. Procvičují konkrétní zaměřenou oblast či více oblastí současně.

Jde o programy v českém jazyce, dostupné běžně na internetu nebo na CD, např. „Happy neuron“, „RehaCom“, „CogniFit“ atd. Jsou určeny těm, kteří ovládají základní úkony na počítači, mají možnost přístupu k internetu nebo alespoň počítači a jejich časté dojíždění za terapeutem by bylo finančně nákladné a časově problémové.

Na internetu jsou zdarma nebo za poplatek nabízena tréninková cvičení, kde je zájemce seznámen s požadavky k jejich zpracování a procvičovanou funkcí. Výhodou je, že uživatel okamžitě vidí, zda uspěl či nikoli.

Obdobně je tomu v případě tematických CD. Ty zpravidla obsahují 20 - 30 her (cvičení), tato CD si musí zájemce již zakoupit. Opět výhoda, na grafu je ihned vidět procentuální úspěšnost.

4.2 Individuální nebo skupinový trénink?

Dnešní doba nabízí lidem možnost volby při tréninkových aktivitách. Ty mohou být uskutečňovány dvojím způsobem – individuálně či skupinově, dle úvahy, možností a preference každého.

Ať se ale jedná o jakoukoli formu tréninku, vždy jde podstatné, aby trénink probíhal zábavnou formou, a nikoli aby jej člověk prováděl s nechutí či sebezapřením (Preiss a kol., 2010).

Individuální trénink

Individuální trénink nejčastěji probíhá v domácích podmínkách. Je zaměřen na zlepšení kognitivních schopností a má zpravidla preventivní charakter.

Nebo klient dochází za terapeutem do určitého zařízení, kde jednotlivé tréninkové hodiny jsou zcela přizpůsobeny jeho individuálním potřebám. Klient si také může částečně určovat, co by chtěl procvičovat. Tento způsob cvičení je téměř totožný s tréninkem skupinovým (viz níže), (Štěpánková, Steinová, 2009).

Při cvičení lze využít z již uvedených možností herních kartiček, tištěných publikací, testových baterií či počítačových programů.

Rovněž se zde nabízí možnost s využitím počítače, a to ve formě online kurzů paměti, např. „On-line kurz – Cvičení paměti.“

Výhodou individuálního tréninku v domácích podmínkách je, že si jedinec sám určuje, co bude procvičovat a jak dlouho. Je však nutná pevná vůle.

Skupinový trénink

Skupinový trénink probíhá pod vedením Certifikovaného trenéra paměti (dále jen CTP), (viz níže podkapitola 4.4) a uskutečňuje se pravidelnou účastí na kurzech trénování paměti. Je

úplně jedno, zda lidé za tímto docházejí nebo naopak, trenér dochází za klientelou do určitého zařízení (denní – týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, centra denních služeb apod.).

Z názvu vyplývá, že jde o skupinové aktivity, ale i přes to se terapeut zaměřuje na každého klienta individuálně a poskytuje mu rovněž intenzivní pomoc a podporu (Klucká, Volfová, 2009).

Proto, aby se trenér mohl přiměřeně během cvičení věnovat každému klientovi, je podle Preisse, Křivohlavého (2009) optimální počet ve skupině 6 – 8 osob. Vyšší počet účastníků může být, ale vyžaduje současně navýšení o dalšího trenéra, aby všem klientům byl poskytnut individuální a intenzivní přístup.

Jednotlivé tréninkové hodiny mohou být různě dlouhé, dle uvážení jednotlivých trenérů, rozhodující pro jejich plánování je složení skupiny. Nejčastěji se setkáváme s kurzy v trvání 45 – 90 minut, setkání skupiny probíhá 1 – 2 x týdně, celkem 20 - 30 tréninkových hodin (Štěpánková, Steinová, 2009).

Cena kurzů není nikterak stanovena, může být poskytnut zcela zdarma případně za symbolickou částku (a to v případech, kdy je kurz nabízen a poskytován určitým zařízením, spolkem, organizací, pro konkrétní klientelu).

Při hodinách jsou využívána cvičení, která jsou zaměřena na procvičení jedné nebo více kognitivních funkcí najednou. Nejvíce je využívána metoda „tužka papír“, v případě dostupnosti PC, rovněž tréninkové programy.

Průběh jednotlivých tréninkových hodin bývá také velice podobný. Na začátku proběhne přivítání a ohlédnutí na předcházející sezení. Následuje seznámení s programem dané hodiny, samotné procvičování a vyhodnocení. Závěrem proběhne sebereflexe a rozloučení (Klucká, Volfová, 2009; Štěpánková, Steinová, 2009).

Velkou výhodou skupinového tréninku je, že se při účasti setkávají lidé s podobnými nebo zcela shodnými deficity paměti. Vzájemně se podporují, dosažené výsledky si mohou porovnávat, mohou se od sebe navzájem něco naučit, dozvědět. V průběhu cvičení postupně pozorují, jak se zlepšují. „*Skupinová terapie je nejefektivnějším druhem psychoterapie, jelikož umožňuje léčbu několika jedinců najednou.*“ (Preiss, Křivohlavý, 2009, s. 126)

Nevýhodou skupinového tréninku může být nevyhovující obtížnost jednotlivých cvičení, všem účastníkům.

4.3 Česká společnost pro trénink paměti a mozkový jogging, akreditované vzdělávací kurzy

V současné době je v ČR největší institucí zabývající se vzděláváním specialistů v oblasti tréninku kognitivních schopností Česká společnost pro trénink paměti a mozkový jogging (dále jen ČSTMJ), založena Ing. Danou Steinovou v roce 1998, se sídlem v Praze. Tato organizace zajišťuje akreditované vzdělávací programy, s celostátní platností a je zařazena do systému Celoživotního vzdělávání pracovníků v sociálních službách (Preiss a kol., 2010).

Kurzy pro trenéry paměti

ČSTMJ od roku 2008 pro zájemce na pozici trenéra paměti, pořádá v sídle společnosti, již zmíněné akreditované kurzy. Jde o systém třístupňového vzdělávání, v rozsahu 168 vyučovacíh hodin, jehož výstupem je osvědčení „Certifikovaný trenér paměti – Aktivizační pracovník v sociálních službách I., II. a III. stupně“ (Preiss a kol., 2010).

Tento vzdělávací program nabízí zájemcům:

- základní kurz, který se koná jedenkrát ročně. Úspěšným absolvováním závěrečného písemného testu účastník získává certifikát trenéra paměti I. stupně;
- pokračovací kurz, který se koná jednou za dva roky, je tzv. nadstavbou základního kurzu. Úspěšným absolvováním závěrečného písemného testu účastník získává certifikát trenéra paměti II. stupně.
- Třístupňový vzdělávací program je završen úspěšnou obhajobou závěrečné práce, výstupem je certifikát trenéra paměti III. stupně.

(Semináře pro profesionály, 2014)

Certifikáty mají omezenou platnost, na dobu tří let. K automatickému prodloužení platnosti, musejí trenéři paměti v této době absolvovat další akce pořádané společností a získat předepsaný počet kreditů.

Certifikované kurzy jsou určeny všem těm, kteří ve své profesi pracují s osobami zdravými, tak i s osobami postiženými a nově získané zkušenosti a vědomosti mohou využít dále v praxi. Jako ideální se jeví kurzy např. pro sociální pracovníky, ergoterapeuty, speciální pedagogy, ale také rodiče dětí s handicapem. Účelem absolvování kurzu je zvýšení kvality života osob, se kterými tito pracovníci pracují nebo o které pečují (Preiss a kol., 2010).

4.4 Certifikovaný trenér paměti – Aktivizační pracovník v sociálních službách

Preiss a kol. (2010, s. 19 – 20) charakterizují Certifikovaného trenéra paměti (dále jen CTP), jako člověka, jenž je „...vybaven znalostmi a dovednostmi v užívání metod a technik, které mu umožňují realizovat komplexní aktivizační programy pro příjemce sociálních služeb v pobytových, stacionárních zařízeních, denních centrech a domácím prostředí při poskytování terénních sociálních služeb, pro širokou veřejnost, ve všech věkových skupinách, pro příjemce se specifickými potřebami.“

Kvalifikovaný CTP je schopen po absolvování kurzu rozlišit vzdělávací potřeby jednotlivých klientů, umí pružně reagovat na momentální potřeby klienta a podle toho jej motivovat (Klucká, Volfová, 2009).

Umí zvolit optimální metody a techniky pro efektivní trénování paměti, projektovat program kognitivního trénování, samostatně vést aktivizační program s uplatněním mnemotechnických pomůcek, včetně nácviku individuálního trénování paměti (Preiss, Křivohlavý, 2009).

Absolventi kurzů, kteří jej úspěšně zakončili, mají podle dosažených stupňů odbornosti vymezen rozsah působnosti:

CTP I. stupně je oprávněn vést samostatně kurzy trénování paměti a organizovat tematické přednášky pro laickou veřejnost,

CTP II. stupně je k tomu oprávněn vést tematicky zaměřené přednášky pro odbornou veřejnost a školit trénování paměti i své profesní kolegy,

CTP III. stupně je kromě výše uvedeného oprávněn organizovat odborné semináře o kognitivním tréninku paměti pro odbornou i laickou veřejnost a plánovat a uskutečňovat odborné semináře trénování paměti ve vzdělávacích institucích (Chrástková, Steinová, 2009).

Pro specializaci CTP, Steinová (2014) popisuje důležité vstupní předpoklady, kterými jsou SOŠ v oboru sociální práce, SZŠ, VOŠ a VŠ v oboru psychologie, sociologie, sociální práce, speciální pedagogika, andragogika, ergoterapie, neurologie, rehabilitace či jiné medicínské obory nebo ÚSV v jiném oboru a minimálně 3 letou praxí v sociálních službách. U ostatních zájemců se předpokládá minimálně dokončené středoškolské vzdělání.

Závěr

RS v sobě stále skýtá některé otazníky. Kupříkladu nejsou odborníci schopni říci, co je přesným spouštěčem vzniku této nemoci, předpokládá se účast vícera faktorů, jak prostředí, genetických, tak sociálně – kulturních. Onemocnění je to velice pestré, i co se týče projevů. Ty mohou být od zcela nepatrných, až po těžce handicapující, mnohdy se také postupem času, zhoršuje celkový stav jedince. Do dnešní doby nebyl vynalezen lék, který by RS vyléčil, ale kvalitní léčbou a péčí ji lze ovlivnit v průběhu, což se projevuje i příznivou prognózou nemocných.

Jedním z velice častých doprovodných symptomů, které lidem s RS znepríjemňují život, jsou poruchy v oblasti kognitivity. Bývají mírné a nenápadné, také v mnoha případech samotnými nemocnými často přehlíženy. Lidé běžně pocítují potíže v oblasti učení a paměti, tzn. ukládání, uchovávání, znovu-vybavení informace. Dále to jsou problémy v oblasti pracovní paměti, zejména s pozorností, kdy je zapotřebí přesouvat pozornost z jednoho podnětu na druhý nebo se soustředit na více přicházejících podnětů záraz. Rovněž dochází v důsledku mozečkového postižení, k narušení složky slovní plynulosti. Velkým problémem u těchto osob je ulpívání, je tím myšleno, že nemocní nejsou schopni, i přes negativní zpětnou vazbu, v potřebné chvíli vystřídat myšlenku.

Při onemocnění RS dochází v životě člověka, i jeho blízkých, k zásadním psychickým a sociálním změnám. Je pouze na přístupu každého, jak se k přijetí nemoci postaví a jak se s ní vyrovná. Zda bude blízký natolik zaskočen novou situací, že tuto realitu nepřijme a neposkytne potřebnou podporu nebo naopak bude natolik empatický, že nemocný bude pocítovat jeho bezděčnou pomoc. V tomto ohledu je lidem s RS i jejich pečujícím, poskytnuta pomoc a podpora ze strany státu, ale současně i ze strany mnoha nestátních organizací, které se snaží, aby lidem s RS bylo umožněno žít běžný život, v běžné společnosti, s minimálním počtem překážek.

Dnešní doba umožňuje lidem s RS, nepřeberné množství tréninkových aktivit, zaměřených právě na kognitivní nedostatky. Člověku mohou preventivně napomoci křížovky, sudoku, scrabble, puzzle a další stolní hry, ale také hry počítačové. Charakter kurativní mají knihy či testové baterie určené k tréninku paměti nebo speciálně navržené softwarové programy. Aktivizace může být uskutečňována individuálně, skupinově, pod vedením certifikovaného odborníka, ale i zaškolený člen rodiny, může být v tomto ohledu dobrým učitelem.

Věříme, že práce poskytla čtenáři nástin do problematiky kognitivních dysfunkcí osob s RS a splnila tak tedy svůj cíl. Bylo by dobré se oblasti i nadále věnovat, a to z důvodu nedostatečného přístupu k nemedicínským informacím. Rovněž by bylo jistě přínosné např. při vypracovávání diplomové práce, se zaměřit na individuální či skupinový trénink nebo provedení kvalitativního výzkumu, ve kterém by byla zjišťována informovanost o kognitivních dysfunkcích a tréninkových aktivitách právě těchto osob.

Celý průběh zpracování bakalářské práce je autorkou vnímám, jako její velký osobní přínos. Získané informace pro ni samotnou byly v mnoha případech i novým zjištěním, které si teprve v průběhu psaní uvědomovala a dávala do souvislosti s RS. Při tvorbě práce využila osobních zkušeností, informací a poznatků nejen z praxe, ale i získaných v průběhu celého studia.

Seznam použité literatury

1. BLAHOVÁ DUŠÁNKOVÁ, J. Neuropsychiatrická problematika roztroušené sklerózy. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin*. Číslo 20/2011, roč. 60, s. 10 – 12. Praha: Mladá fronta. ISSN 0044-1996.
2. BURNFIELD, A. *Multiple sclerosis: A personal exploration*. Překlad Havrdová, E., Marová, I. *Můj život s „ereskou“*. 1. vyd. Praha: Unie Roska, 1998. ISBN 0-285-65019.
3. ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*. 5. vyd. Brno: idvpz, 2001. ISBN 80-7013-343-0.
4. DUFEK, M. Kognitivní dysfunkce u roztroušené sklerózy. *Neurologie pro praxi*. Číslo 3/2009, roč. 10, s. 156 - 160. Olomouc: Solen. ISSN 12213-1814.
5. HAVRDOVÁ, E. a kol. *Roztroušená skleróza - první setkání*. Praha: Unie Roska, 2004. ISBN nevedeno.
6. HAVRDOVÁ, E. *Je Roztroušená skleróza váš problém? 2.* přepracované a rozšířené vyd. Praha: Unie Roska, 2006. ISBN nevedeno.
7. HAVRDOVÁ, E. Roztroušená skleróza mozkomíšní. In NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. a kol. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2.
8. JAVŮRKOVÁ, A. Kognitivní deficit u roztroušené sklerózy mozkomíšní. In PREISS, M., KUČEROVÁ, H. a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-0843-4.
9. JEDLIČKA, P. Onemocnění bílé hmoty mozkomíšní. In JEDLIČKA, P., KELLER, O. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-312-5.
10. KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.

11. KRASULOVÁ, E. a kol. Roztroušená skleróza – psychoneuroimunologické onemocnění centrálního nervového systému. *Psychiatria pre prax*. Číslo 3/2009, roč. 10, s. 121 – 125. Bratislava: Solen. ISSN 1335-9584.
12. KREJČÍŘOVÁ, O., TREZNEROVÁ, I. *Malý lexikon sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2754-6.
13. KREJČÍŘOVÁ, O. a kol. *Teorie a praxe speciálněpedagogické andragogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2880-2.
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
15. LENSKÝ, P. *RS - strategie přístupu k chronické nemoci*. 1. vyd. Praha: Unie Roska, 2002. ISBN neuvedeno.
16. MATOUŠEK, O. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
17. NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2. upravené vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3.
18. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. ISBN 978-80-200-1499-3.
19. PREISS, M., KŘIVOHLAVÝ, J. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2738-7.
20. PREISS, M. a kol. *Efektivita trénování paměti*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2010. ISBN 978-80-87142-10-3.
21. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
22. SUCHÁ, J. *Trénujte si paměť*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-791-6.

23. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
24. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., STEINOVÁ, D. *Trénování paměti - Metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2009. ISBN 978-80-87142-08-0.
25. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-260-0225-7.
26. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

Elektronické zdroje

1. JABLOW, M. *Memory and Problem Solving*. Inside MS, No. 2, Spring 2000. Překlad Soldánová, J. *Paměť a schopnost řešit problém* [online]. 2013 [cit. 2013-09-20]. Dostupné z <<http://roska-prerov.cz/clanky/pamet-a-schopnost-resit-problem.html>>.
2. CHMELAŘOVÁ, D. *Rehabilitace kognitivních funkcí u pacientů s roztroušenou sklerózou* [online]. 2013-11-29 [cit. 2013-12-13]. Dostupné z <http://www.neuroreha.cz/cr/odborne-materialy?field_typzdroje_tid=10>.
3. CHRÁSTKOVÁ, D., STEINOVÁ, D. *Vymezení kompetencí certifikovaných trenérů paměti I., II. a III. stupně* [online]. 2009 [cit. 2014-03-13]. Dostupné z <http://www.trenovanipameti.cz/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=8&Itemid=116&lang=cz>.
4. *Natalizumab dokáže efektivně redukovat kognitivní poruchy u roztroušené sklerózy* [online]. 2013-04-04 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z <http://www.prolekare.cz/rs-novinky/natalizumab-dokaze-efektivne-redukovat-kognitivni-poruchy-u-roztrousene-sklerozy-1952?confirm_rules=1>.

5. POTMĚŠILOVÁ, H. *Ochrana na trhu práce* [online]. 2012 [cit. 2014-01-29]. Dostupné z <http://www.rskompas.cz/documents/Ochrana_na_trhu_prace.pdf>.
6. *Semináře pro profesionály* [online]. 2014 [cit. 2014-03-13]. Dostupné z <http://www.trenovanipameti.cz/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=9&Itemid=117&lang=cz>.
7. STRATMOEN, J. *On the Job with Fatigue and Cognitive Issues*. Inside MS, 2006. Překlad Skružná, L. *Únava a kognitivní poruchy a jejich vliv na pracovní výkon* [online]. 2009-07-14 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z <<http://roska.eu/clanky/unava-a-kognitivni-poruchy-a-jejich-vliv-na-pracovni-vykon.html>>.
8. STEINOVÁ, D. *Kurz pro certifikované trenéry paměti I.* [online]. 2014 [cit. 2014-03-13]. Dostupné z <http://www.trenovanipameti.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=33:2012-02-13-23-27-40&catid=9&Itemid=117&lang=cz>.

Anotace

Jméno a příjmení:	Lenka Andoková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Kognitivní poruchy u osob s roztroušenou sklerózou, kognitivní trénink.
Název v angličtině:	Cognitive disorders in persons with multiple sclerosis, cognitive training.
Anotace práce:	Bakalářská práce ve svém úvodu popisuje roztroušenou sklerózu z lékařského pohledu. Dále charakterizuje narušené oblasti kognitivních schopností osob s roztroušenou sklerózou. Přibližuje osobní život těchto osob, a jakou pomoc a péči jim dnešní doba poskytuje. Závěr práce je věnován běžně dostupným možnostem kognitivní aktivizace, s charakteristikou organizace zabývající se kognitivním tréninkem a s osobou certifikovaného trenéra paměti.
Klíčová slova:	Roztroušená skleróza, osoba s roztroušenou sklerózou, kognitivní funkce, kognitivní dysfunkce, kognitivní trénink paměti, certifikovaný trenér paměti
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis in his introduction describes multiple sclerosis from a medical point of view. Further characterized by impaired cognitive abilities of persons with multiple sclerosis. The personal life of the people and the help and care they provide today's time . The conclusion is devoted to the commonly available options cognitive activation, a characteristic of organizations dealing with cognitive training

	as a certified person trainer memory.
Klíčová slova v angličtině:	Multiple sclerosis, a person with multiple sclerosis, cognitive function, cognitive dysfunction, cognitive memory training, certified trainer memory
Přílohy vložené v práci:	Leták: Kognitivní poruchy u osob se sklerózou multiplex Brožura: Ukázky testů k procvičení kognitivních schopností osob s RS a současně mírnou formou kognitivních obtíží
Rozsah práce:	40 stran
Jazyk práce:	Český