

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Dana Hrachová

**Komunikace s klienty s demencí
v domově pro seniory**

*Communication with clients
with dementia in a home for old people*

Bakalářská práce

Praha, květen 2021

Autor práce: Dana Hrachová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Janečková, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 22. červen 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 2. května 2021

Dana Hrachová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Haně Janečkové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, vstřícný přístup a trpělivost, které mi během psaní mé bakalářské práce poskytovala. Současně děkuji všem pracovníkům DO Justynka za trpělivost a spolupráci.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 7 |
| 1 DEMENCE | 9 |
| 1.1 <i>Definice demence</i> | 9 |
| 1.2 <i>Přehled druhů demencí</i> | 10 |
| 1.3 <i>Diagnostika demence</i> | 11 |
| 1.3.1 <i>Vyšetření kognitivních funkcí</i> | 12 |
| 1.3.2 <i>Hodnocení chování nemocného</i> | 13 |
| 1.3.3 <i>Hodnocení denních aktivit</i> | 14 |
| 1.4 <i>Potřeby lidí žijících s demencí</i> | 15 |
| 1.4.1 <i>Potřeby podle Maslowa</i> | 15 |
| 1.4.2 <i>Maligní chování podle Kitwooda</i> | 16 |
| 1.4.3 <i>Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA</i> | 17 |
| 1.5 <i>Péče o nemocné s demencí</i> | 19 |
| 2 KOMUNIKACE | 22 |
| 2.1 <i>Pozitivní interakce</i> | 22 |
| 2.2 <i>Chyby v komunikaci</i> | 24 |
| 2.3 <i>Pravidla v přístupu pečujícího personálu vedoucí k úspěšné komunikaci v kontextu jednotlivých fází demence</i> | 25 |
| 3 LÉČBA DEMENCE | 27 |
| 3.1 <i>Prevence vzniku demence</i> | 27 |
| 3.2 <i>Farmakologická léčba demence</i> | 27 |
| 3.3 <i>Behaviorální terapie – sociálně psychologické intervence – nefarmakologická terapie</i> | 28 |
| 3.3.1 <i>Kognitivní trénink</i> | 29 |
| 3.3.2 <i>Reminiscence</i> | 29 |
| 3.4 <i>Modely péče o osoby s demencí</i> | 33 |
| 3.4.1 <i>Psychobiografický model</i> | 33 |
| 3.4.2 <i>Validace</i> | 34 |
| 3.4.3 <i>Péče Namasté</i> | 35 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4.4 Preterapie | 37 |
| 3.4.5 Terapeutické panenky..... | 38 |
| 3.4.6 Snoezelen terapie..... | 39 |
| 4 ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI..... | 42 |
| 5 EMPIRICKÁ ČÁST | 43 |
| 5.1 Případová studie paní Aleny T. | 44 |
| 5.1.1 Stav před nástupem (z dokumentace Aleny T.) | 44 |
| 5.1.2 Individuální adaptační plán paní Aleny T. (z dokumentace Aleny T.) | 45 |
| 5.1.3 Průběh adaptačního procesu (z dokumentace Aleny T.)..... | 50 |
| 5.1.4 Návrh na rozšířený plán zaměřený na člověka s demencí s popisem současné situace (co není v dokumentaci) | 54 |
| 6 SHRNUTÍ A DISKUSE | 61 |
| ZÁVĚR..... | 63 |
| SOUHRN..... | 65 |
| SUMMARY | 65 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 66 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 70 |
| PŘÍLOHY | 71 |

Úvod

Téma své bakalářské práce Komunikace s klienty s demencí v domově pro seniory jsem si vybrala na základě svého vlastního zájmu o tuto problematiku. Pracuji jako sestra v Domově pro seniory Justynka v Hronově a díky tomu si uvědomuji, že problematika kvality života seniorů s demencí v těchto zařízeních je velmi aktuální.

Žijeme ve třetím tisíciletí. Neustále se zlepšují naše životní podmínky a medicína jde rychle kupředu, lidé se dožívají vyššího věku. Zvyšování počtu seniorů dožívajících se vyššího věku s sebou ale přináší nárůst nemocnosti. Jednou z nemocí seniorského věku je demence. Jedná se o nevléčitelnou nemoc, která zasahuje do kvality života nemocných i pečujících.

Cílem mé bakalářské práce je přinést poznatky o možnostech navázání fungujícího kontaktu s člověkem s demencí, pomocí kterého je možné zkvalitnit poslední roky i dny života těchto lidí.

Péče o nemocné seniory je velice náročná. Svoji prací bych chtěla upozornit na skutečnost, že podmínkou pro úspěšnou péči o seniory nemocné demencí jsou dobře připravení pečující. Poznatky získané a prezentované v teoretické části práce budou prověřeny a vyhodnoceny prostřednictvím případové práce s klientkou Domova pro seniory. V empirické části bakalářské práce ukáží na případu své klientky s demencí možnost využití konkrétních vzpomínek při volbě aktivit a pečovatelských přístupů. Zvolené intervence zakomponuji do rozšířeného individuálního plánu podpory a péče. Nakonec vyhodnotím efekt použitých intervencí a porovnáám je s dosavadní praxí v domově pro seniory. Také navrhu možnosti využití těchto intervencí v ošetrovatelské praxi, a to zejména s ohledem na možnosti navázání lepšího, funkčního kontaktu s pacienty s demencí a zlepšení kvality zdravotní péče.

Moderní medicína stále neumí příčiny demence vyléčit ani zabránit jejím projevům. Aby se lidem s demencí žilo lépe, je důležité, aby se členové rodiny, profesionální pečující i zdravotničtí pracovníci naučili využívat různé nefarmakologické přístupy a psychosociální intervence. Na počátku každého zvoleného přístupu v práci s lidmi s demencí je podmínkou navázání kontaktu

a přirozené oboustranné verbální či neverbální komunikace. Zkušený všímavý pečující pozná z projevů chování nemocného, jaké má potřeby a jak mu nejlépe vyhovět.

Čím lépe budou pečující rozumět pocitům a potřebám nemocných seniorů, tím snazší, méně vyčerpávající a uspokojivější pro ně bude péče.

1 Demence

1.1 Definice demence

Během stárnutí dochází k zhoršování kognitivních funkcí, postihujících pozornost, paměť a psychomotorické tempo. Dále dochází k zhoršování schopnosti soustředění, přizpůsobování se nečekaným situacím. Při normálním stárnutí zůstává zachována soběstačnost a orientace v čase i prostoru. Lidé trpící demencí mají postiženy kognitivní funkce v takové míře, že je to omezuje v jejich soběstačnosti (Franková et al., 2011, s. 13).

Podle Rabocha demence pochází z latinského demens, přeloženo jako nerozum, šílenost nebo nepřičetnost. Pojmenování demence jako protiklad deliria poprvé použil již v 1. století našeho letopočtu Aurelius Cornelius Celsus ve své knize „De medicina“. V roce 1814 zavedl pojem demence do moderní psychiatrické klasifikace Dominique Esquirol, kde ji označil jako chorobu mozku, vyznačující se charakteristickým oslabením vnímavosti, vůle a porozumění. Alois Alzheimer v roce 1906 publikoval popis specifické vzácné demence u 51leté pacientky s bludnou žárlivostí, halucinacemi a poruchami paměti. Emil Kreapelin o několik let později v 8. vydání své učebnice psychiatrie označil senium praecox (předčasná senilita) jako Alzheimerovu nemoc (Růžička et al., 2003, s. 15).

Pro demenci je charakteristické celkové zhoršování korových funkcí mozku, jako jsou paměť, smyslové a pohybové funkce, schopnost vypořádat se s potřebami každodenního života, udržení sociálních kontaktů. Nedochozí k narušení nebo zhoršení vědomí. U většiny případů se jedná o postupně se zhoršující, nevratné onemocnění (Alzheimerova nemoc v rodině, 1998, s. 7).

Podle Frankové vzniká demence nejčastěji důsledkem chronického nebo progresivního onemocnění mozku. Narušeno je více vyšších korových funkcí, zasahujících paměť, myšlení, orientaci, uvažování, schopnost učení, řeč a úsudek. U postiženého je omezena soběstačnost a příznaky trvají déle než 6 měsíců. Není narušené vědomí, ale obvykle není nemocný schopen kontroly svých emocí, sociálního chování a motivace (Franková et al., 2011, s. 13).

Jiráček o demenci píše jako o nejzávažnější chorobě vyššího věku. Řadí se mezi nejčastější organické psychické poruchy s deliriem a depresemi. Jiráček dále

upozorňuje na psychickou a fyzickou zátěž osob pečujících o pacienty s demencí (Kalvach et al., 2004, s. 546–547).

1.2 Přehled druhů demencí

V klinické praxi se nejčastěji setkáváme s rozdělením demencí podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10). Na základě klinického obrazu a etiologie rozlišuje MKN-10 několik druhů demencí, které jsou zařazeny do diagnostické skupiny F00-09 (příloha 1). Jedná se o publikaci, která uvádí kategorizaci všech onemocnění. Publikace je vydávána Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a je pravidelně aktualizována.

Odborníci dále dělí demence podle příčin, které vedou k poruše funkce mozku, a tedy k jejich vzniku. Tyto poruchy jsou primární a sekundární.

Prvním typem jsou demence na podkladě **atroficko-degenerativních změn**. Dochází zde k degradaci, ukládání a tvorbě patologických bílkovin. Většina autorů zabývajících se demencí, se shoduje, že nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc. Podle Růžičky se Alzheimerova choroba podílí na vzniku demence přibližně v 60 % (Růžička et al., 2003, s. 36), Dušek s Večeřovou-Procházkovou udávají dokonce až v 70 % onemocnění, její výskyt vysoce stoupá od 65. roku života (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010, s. 180).

Také podle České alzheimerovské společnosti (ČALS) je nejčastější příčinou demence Alzheimerova choroba. Demence postupně způsobuje zhoršování některých funkcí mozku – paměti, myšlení, vyjadřování, plánování a osobnosti (Česká alzheimerovská společnost).

Přesná příčina Alzheimerovy choroby není dosud určena, vedle degenerativního proteinu jsou sledovány odchylky 21. a 14. chromozomu. George Glenner popsal roku 1984 degenerativní protein beta-amyloid, který je součástí plaků způsobujících odumírání mozkových buněk.

Pokud se Alzheimerova choroba objeví u pacienta mladšího 65 let – jedná se o časný začátek. Má většinou rychlý progredientní průběh. Vyznačuje se klinickými příznaky, tzv. „pěti A“: afázie (porucha řeči), alexie (neschopnost pochopit čtený text), agrafie (neschopnost psát), agnozie (neschopnost rozeznávat osoby, předměty), apraxie (neschopnost vyvinout pohybovou činnost, i když

pohybové funkce nejsou poškozeny). Alzheimerova choroba s pozdním začátkem začíná po 65. roce života, má pozvolnější nástup i rozvoj příznaků a celkově delší trvání (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010, s. 180).

Pro zjištění Alzheimerovy nemoci, jako nejčastější příčiny demence, bylo vypracováno několik diagnostických postupů. Stále nám ale umožňují diagnostikovat pouze možnou pravděpodobnost Alzheimerovy nemoci. Jistou diagnózu stanoví až patolog (Jirák et al., 2013, s. 105).

Dalším typem jsou tzv. **vaskulární demence**, vznikají na podkladě cévních onemocnění mozku. Z cévních poruch jsou nejčastější mozkové infarkty, jedná se o odumření určité části mozku z důvodu neprokrvení následkem uzávěru zásobující tepny (Jirák et al., 2009, s. 20).

Ostatní symptomatické, tzv. **sekundární demence** vznikají v důsledku nádorů, infekcí, úrazů mozku, intoxikací, metabolických změn a jinými příčinami poškození mozku (Jirák et al., 2009, s. 20).

Ve své práci se budu zabývat demencemi obecně, protože naši péči potřebují všichni pacienti a symptomy jsou u všech typů demencí velmi podobné. Pro pečující je důležitější v jakém stádiu demence se nemocný nachází, než o jaký typ demence se jedná.

1.3 Diagnostika demence

Základem pro stanovení diagnózy demence je soubor klinických vyšetření skládajících se z anamnézy nemocného, popisu jeho nynějšího onemocnění, vyšetření kognitivních funkcí pomocí testů, hodnocení soběstačnosti v denních aktivitách, hodnocení chování nemocného. Patří sem i fyzikální a neurologická vyšetření.

Pro stanovení diagnózy demence a její odlišení od jiných mentálních poruch je rozhodující, zda se poruchy paměti vyskytují spolu s dalšími kognitivními poruchami (pokles intelektu, schopnosti se orientovat, porozumět řeči a užívat jazyka), ke změnám osobnosti a chování. Lidé postižení demencí ztrácejí schopnost vykonávat každodenní činnosti, včetně sociálního zapojení a práce, a stávají se závislími na podpoře, pomoci a péči druhého člověka. Demence je projevem chronického onemocnění mozku a má progresivní průběh.

V době, kdy je stanovena diagnóza, nemá nemocný porušené vědomí a nejeví známky deliria (Růžička et al., 2003, s. 23).

Včasné rozpoznání příznaků demence má několik důvodů. Rodinu nemocného ujistí, že se nejedná o netypické stárnutí, ale chorobu. Pomocí prognózy onemocnění může rodina společně plánovat další péči jak v domácím prostředí, tak se informovat o možnosti umístění nemocného do ústavní péče při zhoršení jeho stavu. Stanovení diagnózy pomáhá při vyřizování právních a pracovních opatření. Včasné rozpoznání choroby umožňuje, kromě podpůrné farmakoterapie, zahájení různých psychosociálních intervencí, především trénování paměti, reminiscenci, smyslovou aktivizaci, terapii pohybem apod., které přinesou pacientovi největší prospěch (Horáček et al., 2016, s. 259).

Klinické projevy demence lze dělit do tří základních podskupin a to na poruchy kognitivní, poruchy chování a omezení každodenních aktivit. Někdy je používána zkratka A – B – C, z anglických výrazů Activities of Daily Life (činnosti každodenního života) – Disorders of Behavior (poruchy chování) – Cognition (poznávání) (Růžička et al., 2003, s. 23).

1.3.1 Vyšetření kognitivních funkcí

Vyšetření kognitivních poruch je klíčové pro diagnostikování demence, zjištění její závažnosti a pro sledování jejího vývoje a účinnosti léčby. Skládá se z jednoduchých testů vhodných k rychlému orientačnímu vyšetření.

Mini-mental state examination (MMSE) (příloha 2), je vhodný k zjištění rozsahu úbytku kognitivních funkcí. Otázky jsou zaměřené na orientaci místem a časem, testuje se výbavnost a vštipivost paměti, slovní pojmenování běžných předmětů, schopnost opakování krátkých vět, konstrukční schopnosti, čtení a psaní. Každá část se boduje, maximální skóre je 30 bodů, 24 bodů a méně svědčí pro diagnózu demence. Celé vyšetření trvá 10 minut. Výhodou vyšetření MMSE je minimální časová zátěž, jednoduchost, všeobecné rozšíření (Růžička et al., 2003, s. 25). Další výhodou tohoto testu je dobrá specifita pro určení diagnózy demence obecně. Test je vhodný i pro monitorování průběhu onemocnění. Nevýhodou testu je malá senzitivita, nelze ho použít k rozlišení typu demencí a je nedostatečný pro testování frontální dysfunkce. Z těchto důvodů je nepoužitelný k časnému rozpoznání kognitivního postižení. Zde je test MMSE doplňován

dalšími cílenými testy např. MoCa test (Montreal Cognitive Assessment) (příloha 3). Výhodou MoCa testu je vyšší citlivost, lepší testování frontálních funkcí, paměti a pojmenování, při podobné časové délce testování (Franková et al., 2011, s. 19)

Pro ještě přesnější diagnostiku demence je vhodné vyšetření rozšířit o testy zaměřené na specifické kognitivní funkce – slovní formulace, rozdíly a podobnosti, časoprostorová orientace, test hodin.

Neuropsychologové používají k diagnostice demencí souborné škály složené z dílčích testů a z řady úloh zaměřujících se na jednotlivé složky kognitivních funkcí (Růžička et al., 2003, s. 24 - 25).

K těm nejmodernějším a nejpresnějším diagnostickým postupům patří zobrazovací techniky, zejména CT, MRI, SPECT využívané neurology.

1.3.2 Hodnocení chování nemocného

U všech typů demence se v jejich určité fázi vyskytují poruchy chování. Často vyžadují medikamentózní řešení prostřednictvím psychofarmak. Jsou zátěží pro pečující a často důvodem pro umístění nemocného do ústavní péče. Změny chování u člověka s demencí se nejčastěji projevují apatií a netečností nebo naopak neklidem, nestálým chováním, často se vyskytuje chybný náhled na vlastní postižení i okolní svět, dezorientace v čase, v prostoru i v osobách, úzkost, lhostejnost, dysforie, deprese, euforie, bludy, halucinace a další. Pro zhodnocení poruch je nezbytně nutné získání dostatečných informací od rodinných pečujících, od členů týmu a z vlastního pozorování (Růžička et al., 2003, s. 27–28).

V důsledku chybného vyhodnocování situací a neochotě přijímat péči (tzv. resistiveness) se mohou objevit i projevy agrese. Volicer tím vyjadřuje, že klient může na určité situace reagovat násilně kvůli nedostatku pochopení, porozumění. Např. nerozumí, proč musí být vykonáván určitý úkon péče. Je však podle něj chybou nazývat takové chování agresivitou, protože je to ve skutečnosti pečující, který je klientem vnímán jako agresor (Hradilová a Lukasová, 2014, s. 17).

Ke změnám chování v průběhu demence dochází z důvodů organických mozkových změn, způsobených úbytkem neuronů v oblastech mozku, které jsou

zodpovědné za kontrolu lidského chování. Může se jednat i o důsledek paralelně probíhajících psychických poruch (deprese, úzkosti, psychotických projevů). Na vině mohou také být samotné poruchy kognitivních funkcí. Člověk s demencí nepochopí určitou situaci (nebo ji pochopí svým způsobem, kterému nerozumí jeho okolí), nedokáže sdělit svoji potřebu, takže jí pečující osoba nedokáže uspokojit, odmítá péči apod. (Franková et al., 2011, s. 47).

Volicer rozlišuje dva behaviorální syndromy demence: tzv. **agitovanost** (opakující se otázky, nerealistické obavy, stížnosti na zdraví, výskyt úzkostí, opakující se pohyby) a odpor k péči (**resistiveness**), tj. odmítání péče, léků, jídla, které se zintenzivňuje s prohlubující se demencí. Příčinou je snížená schopnost porozumět, co se děje. Oba tyto syndromy vyžadují rozdílnou strategii péče (Volicer, L., Bass, E., Luther, 2007) Problémové chování vzniká i při nedostatečné nebo naopak nadměrné stimulaci ze zevního prostředí. Pro zvolení vhodné intervence je důležité odhalit příčinu problémového chování (Franková et al., 2011, s. 47).

Včasně rozpoznání změny chování nemocného – neklid až agrese nebo naopak agitovanost, pomohou odhalit somatické obtíže, jako bolest, hlad, žízeň, těsné oblečení. Vzhledem k omezeným schopnostem nemocného komunikovat je nutné umět rozpoznat jeho nonverbální projevy. I tak pečující s nemocnými komunikují, informují je o tom, co s nimi bude, co s nimi děláme a proč. Tím snižujeme riziko agresivního chování nemocných. U nemocných u kterých dochází k agresivnímu chování, si pečující zaznamenávají situace, které tento stav vyvolávají, i možnosti, které vedou ke zklidnění nemocného. Vedení takové dokumentace usnadňuje péči celému týmu pečujících (Petr a Marková, 2014, s. 192).

1.3.3 Hodnocení denních aktivit

Poruchy chování, paměti a dalších kognitivních funkcí mají významný dopad na pacientovy každodenní aktivity. Zpočátku se jedná o postižení komplexních činností – nemocný má problémy s plněním složitějších úkolů. Postupně přichází i chybování ve všedních činnostech (nakupování, hospodaření s penězi, domácí práce, chybování při používání domácích spotřebičů, cestování). Poslední fází je neschopnost základní sebeobsluhy, hygieny, oblékání, stravování,

chůze. Na vyhodnocení schopnosti každodenních aktivit používáme testy ADL (Barthlové test všedních činností) a IADL (Test instrumentálních všedních činností) (Růžička et al., 2003, s. 28).

1.4 Potřeby lidí žijících s demencí

1.4.1 Potřeby podle Maslowa

Lidskými potřebami se zabýval americký psycholog Abraham Harold Maslow, který již v roce 1943 definoval hierarchii lidských potřeb, známou jako Maslowova pyramida. Maslow stanovil pět základních potřeb, které seřadil podle toho, jsou-li ve smyslu své hodnoty vyšší nebo nižší a podle toho, jak se postupně vyvinuly. Byl přesvědčen, že při uspokojení nižších potřeb, mohou nastoupit potřeby vyšší. Potřeby podle Maslowa tvoří jakousi pomyslnou pyramidu.



Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb

Autor: Dvorapa – Vlastní dílo, CC BY-SA 4.0,

<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=71558228>

Všichni lidé včetně seniorů, kteří jsou zdraví a soběstační mají mít možnost plně naplňovat své potřeby, i když někdy v redukované nebo obměněné formě. Nemocní nesoběstační lidé si tyto potřeby nejsou schopni sami naplňovat, jsou odkázáni na pomoc svých blízkých nebo profesionálů.

Mezi základní fyziologické potřeby patří dýchání, regulace tělesné teploty, potřeba spánku, vody, potravy, vyměšování, ale i fyzická aktivita a rozmnožování.

U seniorů převládá potřeba zajištění dostatečné výživy, pitného režimu, pravidelného spánku a odpočinku, péče o osobní hygienu a čistotu prostředí. Vysoká důležitost při uspokojování potřeb je kladena i na bezpečí a jistoty. Maslow do této skupiny zařadil pocit zdraví, jistotu ochrany před násilím a agresí, jistotu rodiny.

Třetím stupněm v pyramidě je potřeba lásky a přijetí. Haškovcová upozorňuje na možnou frustraci seniorů při jejich odtržení od rodiny při hospitalizaci nebo umístění do institucí (Haškovcová, 2010, s. 252-253). Potřeba úcty a uznání představuje poslední ze skupiny nedostatkových potřeb. Jde o typickou lidskou potřebu, kdy je člověk respektován a přijímán ostatními.

1.4.2 Maligní chování podle Kitwooda

Britský sociální psycholog a gerontolog Thomas M. Kitwood se ve své práci zaměřil na potřeby osob s demencí a na vzdělávání zdravotníků v péči o tyto nemocné. Soustředil se na osobnost nemocných a spektrum jejich potřeb rozšířil ještě o další skupinu psychologických potřeb.

Kitwoodova práce i dnes tvoří základ řady dalších teorií týkajících se péče o lidi s demencí. Základním poselstvím Kitwoodovy práce je to, že všichni lidé si jsou rovni, bez ohledu na jejich kognitivní schopnosti. Úkolem poskytovatelů péče je udržovat a zlepšovat osobnost nemocných. Tato péče uznává, že všichni lidé jsou jedineční a individuální, bez ohledu na jejich diagnózu.

Podle Kitwooda je možné osobnost člověka (personhood) ztotožnit s jeho postavením nebo statusem, které znamenají uznání, úcty a důvěru. Uchování a posílení osobnosti je pro lidi s demencí důležité právě z důvodu očekávaného poklesu jeho kognitivních funkcí.

Vyjmenoval pět psychologických potřeb, které lidé trpící demencí nejsou schopni sami si uspokojovat:

- Comfort – pocit důvěry přicházející od ostatních
- Attachment – bezpečí a hledání známého na neznámých místech
- Inclusion – zapojení do života s druhými
- Occupation – účast na procesech běžného života
- Identity – to, co odlišuje člověka od ostatních a činí ho jedinečným

Psychologické potřeby (comfort, attachment, inclusion, occupation, identity) jsou u lidí s demencí zvýšeny, protože jsou zranitelnější a sami si je nedokážou zabezpečit. Kitwood předpokládá, že při naplňování těchto potřeb přebírá zodpovědnost zdravotní sestra nebo další zdravotníci a sociální pracovníci, zejména s ohledem na vysoký počet nemocných s demencí v zařízeních dlouhodobé péče. Kitwood rozděluje chování pečujících směrem k lidem s demencí na maligní sociální psychologii nebo pozitivní práci.

Maligní sociální psychologie je termín pro řadu většinou neuvědomovaných prvků v chování pečujících, které podkopávají osobnost nemocných s demencí, jako je zrada, infantilizace, zbavení moci nad sebou, stigmatizace, zastrasování, pohrdání, výsměch, obviňování a další.

Pozitivní práce plní psychologické potřeby nemocných s demencí. Uchovává nebo posiluje jejich osobnost. Projevuje se uznáním, zapojováním lidí do rozhodovacího procesu, spoluprací, relaxací, validací, oslavou úspěchu, interakcí aj. (Mitchel a Angelli, 2015).

1.4.3 Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA

Česká alzheimerovská společnost zveřejnila v roce 2006 strategii označovanou zkratkou P-PA-IA, ve které se snaží popsat potřeby lidí s demencí v jednotlivých stádiích nemoci. Cílem strategie je udržení co nejvyšší kvality života lidí nemocných demencí. Strategie je rozdělena do tří fází, které odrážejí jednotlivá stadia demence.

První fáze představuje stádium počínající demence, kdy lidé potřebují správnou a včasnou diagnózu, adekvátní farmakoterapii, **podporu, pomoc („P“)**, je pro ně důležitá prognóza. Vzhledem k tomu, že v této fázi u lidí s demencí je sice postižena paměť s některými kognitivními funkcemi, ale není změněna osobnost ani úsudek, měli by nemocní dostat příležitost posoudit a porozumět své situaci a rozhodnout se, jak si představují svůj život do budoucna. Proto je v této fázi důležitá srozumitelná informovanost jak v otázkách medicínských, tak právních.

Druhá fáze, kdy onemocnění vstupuje do dalšího stadia – středně těžké demence, nemocní ztrácejí schopnost žít samostatně, jsou dezorientovaní, potřebují pomoc v instrumentálních i základních denních aktivitách, je zde již

nutný nepřetržitý dohled. Toto období bývá nejnáročnější pro pečující. Zde je velmi důležité, aby právě pečující dobře porozuměli této nemoci. Nemocní v této fázi demence potřebují nastavit denní režim, jeho program a smysluplné denní aktivity. Velmi důležitá je příprava těchto programových aktivit („PA“), která by měla být zajišťována profesionálními pracovníky, většinou pracovníky v sociálních službách. (Hauke et al., 2017, s. 36-38).

Příklad č. 1 - Dílnička

V Domově pro seniory Hronov funguje tzv. Dílnička. V Dílničce dostane každý dle svých možností a schopností pracovní úkol – natírání vyřezávaných postaviček, vystřihování, lepení, háčkování a další. Klienti jsou na aktivity doprovázeni personálem, který jim předem pomůže nachystat se – navštívit toaletu, vhodně se obléci, upravit se. Pracovnice, která vede Dílničku, klientům přidělí úkoly a může jim během činností předčítat z místního zpravodaje nebo tisku, tím se většinou rozpoutá diskuze o místních občanech. Klienty do skupiny vybírá aktivizační pracovnice tak, aby vždy byli její členové na podobné kognitivní úrovni.

V pobytových zařízeních mohou mít programové aktivity podobu pravidelného skupinového cvičení nebo nabídky různých klubů, zábavy, rukodělných činností, společného zpěvu, poslechu hudby či tance, setkání při četbě novin (pomáhají v časové orientaci), sledování historických filmů nebo při reminiscenci. Klienti těchto zařízení mívají pevně dáno, které dny a hodiny tráví společně s aktivizační pracovníci. Pravidelná účast na těchto programech či podobných společných aktivitách nemusí vyhovovat všem klientům. Pro ty je třeba vytvářet program individuálně přímo na místě, kde tito lidé žijí (v jejich pokoji, na oddělení).

Pokud žijí v chráněném bydlení, docházejí do denních stacionářů nebo využívají služeb (např. osobní asistence). Je třeba rovněž myslet na pravidelné zaměstnávání lidí s demencí i přímo v domácím prostředí.

Třetí fáze představuje stádium pokročilé těžké demence, kdy může docházet k poruchám chování, somatickým problémům a blíží se stádium terminální. Zde již bývá zapotřebí zajištění nejen sociální, ale i intenzivnější zdravotní péče, která vyústí v péči paliativní. Tito nemocní profitují

z individualizované asistence („IA“), individualizovaných aktivit a pomoci při sebeobslužných aktivitách. V této fázi nejsou nemocní schopni navázat verbální komunikaci, proto je zde důležitá schopnost personálu umět porozumět neverbálním projevům nemocných a umět analyzovat příčiny jeho problematického chování. Nemocní v tomto stádiu demence potřebují trvalou přítomnost kvalifikovaných pracovníků – sester, pečovatelů i lékařů, proto je nutné zajistit jim pobyt v zařízeních k tomu určených. Pracovníci v těchto zařízeních jsou vyškoleni na poskytování služeb nemocným s demencí, umějí komunikovat, znají problematiku, příznaky, příčiny, komplikace, možnosti psychosociální interakce a nefarmakologické přístupy k nemocným s demencí. Středně zdravotnický personál je zaškolen v péči o nemocné v těžkém stádiu demence včetně paliativní péče. Umějí hodnotit bolest, identifikovat zhoršení stavu, řešit komplikace. Nemocní v terminálním stádiu demence potřebují citlivé a odborné ošetřování a kvalifikovanou paliativní péči (Hauke et al., 2017, s. 36-38).

1.5 Péče o nemocné s demencí

K péči o nemocné s demencí je nutné přistupovat multioborově. Tudiž ne pouze podávat medikamentózní přípravky, ale využívat dnes již velmi dobře vypracované nefarmakologické podpůrné postupy. Základem úspěchu je včasná diagnóza, pochopení syndromu demence pečujícími, navázání kontaktu a důvěry mezi nemocným, jeho rodinou a pečujícími. Nedílnou součástí celého procesu je využití vhodných způsobů navázání kontaktu a komunikace.

Ošetrovatelská péče musí být zaměřena na všechny A – B – C složky demence. Základem úspěšné ošetrovatelské péče je komunikace, která musí být srozumitelná a věcná. Většina nemocných s demencí jsou senioři, kteří jsou postiženi i poruchou smyslových orgánů. Častá je nemožnost porozumět mluvené řeči a nízká sluchová citlivost. Proto se během komunikace s nemocným ujišťujeme, že nám rozumí, vnímá nás, udržujeme oční kontakt. Hovoříme v krátkých větách bez odborných výrazů, přizpůsobujeme se tempu nemocného. Vhodné je používání vizuálních pomůcek (teploměr, fonendoskop atd.). Pro upoutání pozornosti použijeme i fyzický kontakt (položená ruka na rameno nebo

na ruku nemocného). I když používáme jednoduchou komunikaci, nejednáme s nemocným jako s dítětem, zachováváme jeho důstojnost (Petr a Marková, 2014, s. 191- 192)

Ošetrovatelskou péči přizpůsobujeme aktuálnímu stupni onemocnění kognitivních funkcí.

Nemocní s mírnou a střední kognitivní poruchou se hůře přizpůsobují a orientují v novém prostředí. Změna prostředí pro nemocné demencí představuje týdny až měsíce zátěže, se kterou musí ošetřující personál počítat a umět pracovat. Pečující musí vědět, že náhlé zhoršení psychického stavu nebo kognitivních funkcí, může signalizovat i jiné somatické onemocnění. Při okamžitém nezareagování na změnu zdravotního stavu nemocnému hrozí riziko rozvoje deliria.

Úkolem sestry není pouze dohlížet na dodržování léčebného režimu a užívání předepsané medikace, ale i dohled nad pitným režimem, dostatečným a plnohodnotným stravováním (Petr a Marková, 2014, s. 192).

S postupující demencí ztrácejí lidé schopnost dodržovat správné stravovací návyky a zajišťovat si adekvátní složení stravy. I při dodržování standartních měřítek správné výživy vzniká u lidí s demencí problém ztráty aktivní tělesné hmoty. Dochází ke ztrátě hmotnosti, svalové hmoty a tukové tkáně. Tím následuje zhoršení možnosti rehabilitace a zvyšuje se, zejména v pokročilých stadiích demence, riziko infekcí a proleženin. Vysvětlení vzniku malnutrice při demenci není jednoduché, proto je důležité na výživu nemocného myslet a včas kontaktovat odborníka na výživu (Růžička et al., 2003, s. 134).

Zgola v knize *Bon appetit* poukazuje na snižování schopnosti člověka s kognitivní poruchou jednat při jídle přiměřeným způsobem. Proto všichni, kteří přicházejí do styku s lidmi trpícími demencí, by se měli zamyslet, co nemocní prožívají, proč přicházejí o schopnost dělat věci, které jim dříve nečinily problémy. Během stravování je velmi důležitá pozitivní atmosféra, jídlo je považováno za velmi intimní záležitost. Ve stáří slábne čich a chuť, důležité smysly pro příjem potravy. Chutě se mění. Schopnost vnímání chutí mizí, naopak pocíťování sladkosti bývá neporušeno. To vysvětluje oblíbenost starých lidí ve sladkostech. Sestavování jídelníčku by mělo být těmto chutím nakloněno. I tak je

žádoucí mít na paměti, že stejně důležitá, jako chuť jídla, je i jeho vůně (Zgola a Bordillon, 2013, s. 151).

Součástí péče je aktivizace nemocného a vedení ho k udržování nebo snaha o zlepšení jeho schopnosti zvládat základní denní činnosti. Důležitou součástí aktivizace je i pohybová aktivita – nácvik sedu, přesunů mezi lůžkem a židlí, chůze. PA – Strategie ČALS P-PA-IA musí vycházet z individuálních schopností nemocného, být nastaveny pro zachování soběstačnosti a nezávislosti. Měly by zlepšovat kvalitu života (Česká alzheimerovská společnost, 2016).

Poměrně častým pochybením v péči je i způsob vyhodnocení stavu inkontinence. Nemocní jsou často zařazeni do skupiny trvale inkontinentních, přitom základním problémem bývá dezorientace, neschopnost nalézt toaletu a také nekvalitní péče. Důležitou roli zde hraje celkový management inkontinence jako základní ošetrovatelská dovednost.

V rámci bezpečné péče sestra přehodnocuje riziko pádu a do ošetrovatelské péče zařazuje preventivní opatření (Petr a Marková, 2014, s. 192).

Nemocní s těžkou kognitivní poruchou potřebují pomoc ve všech denních činnostech, jsou zcela závislí na péči ošetrovatelského personálu. Většinou jsou imobilní, neschopni verbální komunikace. Zde je nejvíce potřeba empatie, laskavosti a trpělivosti ze strany pečujících (Petr a Marková, 2014, s. 192).

Smyslem péče o nemocné s demencí v celém průběhu onemocnění, je poskytnout jim důstojnost, komfort a zvyšování kvality jejich života při naplňování psychologických potřeb. Tato teorie vychází z učení Toma Kitwooda, zabývající se maligní sociální psychologií a pozitivní personální prací při péči o nemocné s demencí. Kitwood vytvořil manuál pro zdravotnické a pečovatelské profese, aby tito pracovníci uměli poskytovat optimální úroveň péče zaměřené na člověka, která by udržovala a zlepšovala vnímání své vlastní osobnosti u lidí nemocných demencí. Cílem veškeré péče a vytváření vhodných podmínek usnadňujících život a podporujících orientaci lidí s demencí je jejich sociální začlenění. I oni mohou žít život, který je hodnotný, dává jim smysl a umožňuje jim prožívat radost.

2 Komunikace

Slovo komunikace má původ v latinském slově *communicare*, což znamená „*činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo povídat si*“ (Zachová a Šimíčková-Čížková, 2011, s. 188).

Každý člověk potřebuje patřit do svého sociálního okolí, proto se snaží udržovat staré a navazovat nové vztahy prostřednictvím komunikace. Pomocí komunikace sdělujeme ostatním veškeré informace a nasloucháním naopak informace přijímáme. Důsledkem demence jsou ale tyto schopnosti člověka poškozeny. Zpočátku je vlivem onemocnění znemožněna verbální část komunikace. Nemocný je ohrožen sociální izolací a osamocněním, a to i když zůstane obklopen společností. Takové situace směřují k psychickému strádání nemocných a mohou vést k nervozitě, neklidu až k depresi. Přitom stačí, aby pečující znali a uměli využívat i jiné formy komunikace s dementními. Je potřeba hledat jakými schopnostmi nemocný ještě disponuje. Mohou to být jednoduchá verbální i neverbální sdělení, různá gesta, změny chování, která se pečující musí naučit rozpoznávat a rozumět jim (Jirák et al., 2009, s. 108–109).

Národní rada osob se zdravotním postižením vydala manuál „Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence“ (příloha 4).

2.1 Pozitivní interakce

Joy A. Glenner ve své knize vyzdvihuje význam komunikace mezi nemocným demencí a jeho pečujícími. Tvrdí, že správná komunikace vede k vyšší kvalitě života nemocného. Jako specialistka pracující s lidmi trpícími Alzheimerovou chorobou radí jak přirozeně oboustranně slovně i mimoslovně komunikovat a pomocí těchto dovedností rozpoznat potřeby nemocného.

Glenner popisuje techniku pozitivní interakce. Jedná se o obousměrnou komunikační techniku sloužící k předávání a pochopení verbálních i neverbálních sdělení. Aby tato technika byla účinná, je potřeba sledovat celkový stav pacienta, jak je naladěný, je schopen spolupracovat? Pečující o pacienty s Alzheimerovou nemocí se musí naučit používat neverbální složky komunikace. Vzhledem k symptomům, které doprovázejí Alzheimerovu nemoc, je navázání komunikace

velmi obtížné. Nemocní nedokáží dlouho udržet pozornost, trpí nemožností slovně se vyjadřovat, je postižena jejich paměť i myšlení (Glenner et al., 2012, s. 43).

Základem techniky pozitivní interakce je používání lehce pochopitelných nonverbálních signálů s tzv. „zrcadlením“, což znamená, že pokud chceme navázat klidnou komunikaci s nemocným, musíme za každé situace vystupovat klidně a vyrovnaně, aby i on se mohl takto cítit (Glenner et al., 2012, s. 43–44), empaticky vnímat a zrcadlit jeho náladu, pohyby, soustředit se plně na člověka.

Při aplikování pozitivní interakce Glenner vyzdvihuje čtyři základní pravidla přístupu pečujícího k nemocnému demencí.

První pravidlo je o chování a neverbálním vystupování. Pečující musí umět ovládat své emoce a vystupování. Jedná se o tónu hlasu, který by měl působit příjemně a uklidňovat. Výška hlasu ne vysoká ani příliš nízká. Mluvit přiměřenou rychlostí, aby bylo možné vnímat obsah sdělení. Rychlou mluvu nemocný nestihne postřehnout, u pomalé přestane vnímat obsah. Signály vysílá pečující i svým postojem, držením těla a mimikou. Důležitá jsou pomalá, přátelská gesta, nemocný nesmí cítit ohrožení, strach, spěch.

V druhém pravidle Glenner popisuje „*bezpodmínečné přijetí*“. Upřesňuje vzájemný vztah mezi nemocným a pečujícím. Nemocný v jakékoli fázi demence je dospělá osoba se svojí důstojností. Proto je potřeba s ním i tak jednat. Nikdy se o nemocném nemluví v jeho přítomnosti v třetí osobě, jako by tam nebyl, i když působí jako duchem nepřítomný. Naopak je výhodou snažit se nemocného zapojit do hovoru. Další co snižuje důstojnost nemocného je chování a mluva pečujícího jako s malým dítětem. Komunikaci usnadní i vhodný výběr otázek. Otázky nezačínají slovem „proč“, ale nabídkou dvou možností „jablko nebo hrušku?“. Je možné, že se ani tak nedokáže rozhodnout, i tak může pečující napovědět, aniž by utrpěla pacientova důstojnost: „Často Vás vidím jíst jablka, asi je máte raději.“

Třetí pravidlo poukazuje na důležitost rozdílné komunikace u jednotlivých fází demence. U pacienta s mírnou demencí není potřeba komunikaci zjednodušovat a zkracovat. Zbytečně se tím podráží jejich důstojnost. Naopak u pacientů s pokročilou demencí je vhodné volit krátké jednoduché věty pouze s jednou informací. Většinou je potřeba i tuto krátkou větu několikrát zopakovat,

a pokud ani poté nedojde k jejímu pochopení, mírně ji pozměnit. Příkladem může být pozvání na oběd stylem „je čas oběda“, když nemocný ani po opakování této informace neusedne ke stolu, je možné sdělení změnit „pojďte si dát polévku“.

Čtvrté pravidlo upozorňuje na důležitost očního kontaktu, řeč těla a dalších vjemů – čichové, hmatové. Dokud se pečujícím nepodaří navázat oční kontakt s nemocným demencí, nepodaří se ani komunikace. Teprve při navázání vizuálního kontaktu je možné pokračovat v úspěšné komunikaci. Nejedná se pouze o pohled z očí do očí, ale i upozorňování na předměty, o kterých mluvíme. Poklepání na židli, když si má nemocný sednout, ukázání na talíř, když bude oběd (Glenner et al., 2012, s. 44–48).

2.2 Chyby v komunikaci

Aby mohla být péče o nemocného s demencí dostatečně kvalitní, musí být podle Rohanové vytvořeno komunikační partnerství mezi pečujícími a rodinou. Dále varuje před výše zmíněnou „*maligní komunikací*“, „*kteřá nerespektuje lidskou důstojnost, devaluje, ubližuje*“. Rohanová připomíná, že *T. Kitwood* a *K. Bredin* definovali tyto komunikační vzorce jako „*zhoubné, škodlivé, destruktivní chování, které je konstantní součástí určitého sociálního prostředí*“ (Rohanová, in Kalvach et al., 2011, s. 51).

Komunikace poskytuje lidem možnost spojit se, mluvit s ostatními a jejich prostředím zakládat, udržovat a měnit vztahy. Poskytuje způsob, jak interpretovat potřeby prostřednictvím výměny informací. Kognitivní komunikace se týká vztahů mezi jazykem, řečí, poznáváním a mozkovou funkcí. Tyto vztahy jsou přerušeny, když jedinec trpí jazykovými poruchami a souvisejícím narušením kognitivních systémů a procesů. Proto je důležité vzdělávat zdravotníky, pečovatele i rodinné příslušníky v dovednostech komunikace s nemocnými trpícími demencí. Tato školení budou přínosná pro zkvalitnění života nemocných, sníží zátěž pečujícím, bude efektivní z hlediska nákladů na zdravotní péči (Watson et al., 2012, s. 276–283).

Nejčastější chyby v komunikaci mezi pečujícími a nemocnými demencí je používání lstí, kdy pečující záměrně podvádí a lže, aby si usnadnil práci s nemocným a přiměl ho udělat i to, co sám nechce. Ani infantilizace není

důstojná pro dospělého člověka. Velkým problémem ve společnosti je nálepkování a stigmatizace. Pečující personál i rodiny chybují v ignorování nemocného, nevěnují mu dostatečnou pozornost, mluví o něm v jeho přítomnosti v třetí osobě. Odpírají nemocnému pozornost, jsou netrpěliví, uspěchaní. Nekomunikují s nemocným, dokazují tím svoji dominanci. K dalším komunikačním chybám patří zhmotňování, zesměšňování, zneschopňování, invalidace, podceňování, obviňování. K těmto maligním chybám v komunikaci někdy dochází úmyslně, ale většinou snad neúmyslně profesní slepotou nebo profesní rutinou (Rohanová, in Kalvach et al., 2011, s. 51–52).

2.3 Pravidla v přístupu pečujícího personálu vedoucí k úspěšné komunikaci v kontextu jednotlivých fází demence

Hauke v kapitole o komunikaci popisuje jednotlivé fáze demence a možnosti úspěšné komunikace.

V první fázi demence stačí, pokud si pečující uvědomí, že nemocný trpí ztrátou krátkodobé paměti. Pečující s nemocným mluví pomalu, v jednoduchých větách, sděluje pouze jednu informaci. Během hovoru je prospěšné nemocného několikrát oslovit jménem, případně i titulem. Vhodné je, i když se představí pečující, vysvětlí, co plánuje s nemocným provádět a proč. Nemocného je dobré udržovat co nejdéle orientovaného, neznervózňovat ho nevhodnými otázkami. Důležité je udržet oční kontakt, příjemné dotyky a vhodnou vzdálenost tak, aby se obě strany cítily dobře.

V druhé fázi demence již dochází k prolínání minulosti a přítomnosti. Oslovování zde hraje velmi důležitou roli. K tomu by měl být přítomen oční kontakt, přiměřená vzdálenost a dotek. Rozhovor udržovat stručný a srozumitelný.

Ve třetí fázi demence již nemocný a pečující nevedou klasický verbální rozhovor. Pečující nadále mluví a oslovuje nemocného, ale na důležitosti nabývají neverbální složky komunikace, jako je melodie hlasu, doteky formou pohlazení, oční kontakt, aby se nemocný mohl cítit bezpečně a jistě (Hauke et al., 2017, s. 75–80).

Jitka Zgola se domnívá, že úspěšnou komunikaci mezi nemocným s kognitivní poruchou a pečovatelem je možné vést při navázání vzájemné důvěry

pomocí partnerství. Nemocné je výhodné získat na svoji stranu, protože s nespolupracujícím klientem se nikdy nedomluvíte. Dalším důležitým prvkem udržení komunikace spočívá v zachování dialogu mezi nemocným a pečujícím (Zgola, 2003, s. 131).

Pro snadnější porozumění mezi pečujícím a nemocným demencí je podle Zgoly pátrání po údajích o životě nemocného. Informace je možné zjišťovat od nemocného i od členů jeho rodiny. Při komunikaci je důležité sledovat neverbální projevy nemocného, hlavně pokud již není schopen verbálního projevu. Pokud je schopnost vyjadřování snížena, je možné klást jednoduché otázky, na které stačí odpovědi ano, ne. Při dezorientaci časem si pečující musí sám srovnat časové informace o včera, vloni. Při známkách frustrace nebo stresu je lepší rozhovor ukončit. Po celou dobu péče je samozřejmostí posilování sebeúcty a sebedůvěry nemocného (Zgola, 2003, s. 135–136).

V pokročilejším stádiu demence, kdy už verbální komunikace s nemocným není možná, je důležité myslet na to, že je nemocný stále schopný rozumět srdečnosti, náladě a řeči těla pečující osoby. Pečující osoba stále mluví v jednoduchých větách, které jsou zaměřené na jedno téma, několikrát je opakuje, ale ještě přidá vhodná gesta. Vhodné je i odstranění rušivých elementů. Nikdy si pečující nesmí myslet, že nemocný není schopen porozumět tomu, co se v jeho přítomnosti říká (Zgola, 2003, s. 137).

3 Léčba demence

Možnost úplného vyléčení neurodegenerativních onemocnění v dnešní moderní době neexistuje. Léčba demencí zahrnuje dva postupy – farmakoterapii a nefarmakologickou tzv. behaviorální léčbu. Ve farmakologické jsou obsaženy i prvky prevence vzniku demence.

3.1 Prevence vzniku demence

Vzhledem k tomu, že dosud neznáme přesné příčiny vzniku demence, nejsou vědci schopni vyvinout účinnou léčbu, která by této nemoci byla schopna zabránit. Víme o možné prevenci vzniku především vaskulární demence. Strategie, které mohou snížit nebo zpomalit ztrátu paměti jsou zaměřené na kontrolu vysokého krevního tlaku a cukrovky. Pravidelné užívání Aspirinu pomáhá předcházet některým typům mozkových příhod a doporučuje se u lidí s možným rizikem vzniku vaskulární demence, jako jsou lidé s fibrilací síní nebo s vysokým krevním tlakem. Lidem s vysokou hladinou cholesterolu v krvi je doporučováno užívání statinů, což jsou léky snižující hladinu lipidů v krvi. Pacienti v pokročilém věku s časnými známkami ztráty paměti nebo s Alzheimerovou chorobou v rodinné anamnéze mohou mít od lékaře naordinovány inhibitory cholinesterázy, které mohou zpomalit postup demence. Poslední v řadě jsou antioxidanty (vitamíny C a E) u kterých se předpokládá užitečnost při prevenci progresu demence. I na poli prevence je ale zapotřebí dalšího výzkumu (Alzheimer's Association, 2005).

Nejúčinnější prevencí demence v současnosti je udržování mozku v činnosti při tréninku paměti. Dle Fertaľové nás v budoucnosti ohrožuje internet, který nepodporuje naše paměťové funkce (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 34).

3.2 Farmakologická léčba demence

Cílem farmakologické léčby demencí je oddálení nejtěžšího stádia choroby, udržení soběstačnosti, a co nejlepší kvality života nemocného i pečujících (Rusina a Matěj, 2019, s. 361).

Dosažení maximálního úspěchu léčby demencí je podmíněno cílenou a smysluplnou prací s nemocným, při nutnosti udržení bezprostředního kontaktu (Růžička et al., 2003, s. 113).

Farmakologické úspěchy v léčbě jsou zaznamenány při aplikaci inhibitorů cholinesteráz, které jsou proto hlavní a nejdůležitější skupinou léků určenou k léčbě kognitivních funkcí – kognitiva. Při léčbě Alzheimerovy choroby jsou inhibitory cholinesteráz léky první volby. V České republice jsou registrovány léky donepezil, rivastigmin a galantamin. V komplexní farmakoterapii je možné použití i doplňující medikace k základní léčbě skupinami léků typu nootropik, vazodilatancií, extraktů ginko biloba, SSRI antidepresiv, blokátorů kalciových kanálů, selenu, vitamínů E a C, estrogenů, nesteroidních antiflogistik a další (Růžička et al., 2003, s. 132–133).

Fertařová a Ondriová (2020, s.34) ve shrnutí léčby demencí uvádí, že výsledkem komplexní diagnostiky demencí je jejich efektivní léčba. Alzheimerova demence tvoří největší podíl všech demencí. Ani v 21. století neznáme účinné léky, které by ovlivnily patofyziologii onemocnění, proto není dosud dostupná kauzální léčba. Jsou ale již dostupné léky, které dokážou zpomalit progresi onemocnění.

3.3 Behaviorální terapie – sociálně psychologické intervence – nefarmakologická terapie

Pro zlepšení kvality života lidí s demencí existuje v současné době řada nejrůznějších přístupů a metod. Tyto tzv. behaviorální terapie (sociálně psychologické intervence nebo také nefarmakologické terapeutické postupy) jsou považovány za nezbytný podpůrný krok v léčbě demence. Zahrnují motivaci pacientů, aktivizace, kognitivní a tělesné tréninky, každodenní aktivní kontakty, rehabilitace, somatické i mentální reaktivizace. Neodmyslitelnou součástí nefarmakologické terapie je aktivní péče o výživu nemocných s demencí, protože tito lidé jsou často ve stavu katabolismu (metabolický rozvrat) i při podávání stravy adekvátně kaloricky složené. Patří sem i spolupráce s rodinou.

3.3.1 Kognitivní trénink

Paměť je součástí lidské psychiky, která člověku umožňuje přijímat, uchovávat a znovu vybavovat předchozí zkušenosti. Jde o jednu z kognitivních funkcí, která má čtyři základní složky: ukládat (vstřípivost), udržet, udržet beze změny (konzervace) a vybavovat (reprodukce) paměťové obsahy (Fertařová a Ondriová, 2020, s. 42).

Pro paměť je nejhorší málo podnětů ke zpracování a nečinnost. Pokud paměť pravidelně nestimulujeme, „zleniví“ a tím i hůř funguje (Fertařová a Ondriová, 2020, s. 42).

Pomocí kognitivního tréninku u nemocných s demencí dochází k procvičování paměti, aktivizaci a k určité formě zábavy. Trénuje se krátkodobá i dlouhodobá paměť. Vhodný je zejména pro nemocné v mírné a středně těžké fázi demence. U nemocných s mírnou demencí je důležité navodit pocit důvěry, volit vhodné úkoly a vždy poskytovat zpětnou vazbu a pochvalu za každý výkon, aby zbytečně nedocházelo k stresování nemocných (Jiráček et al., 2009, s. 96).

Vhodným a zábavným kognitivním tréninkem může být společné luštění křížovek nebo sledování vědomostních soutěží v televizi. Do této aktivity se mohou zapojit členové rodiny nemocného a smysluplně tak strávit společný čas.

Vzhledem k tomu, že v pokročilém stádiu demence převažuje dlouhodobá paměť, zaměřuje se kognitivní trénink na vzpomínání z dob minulých. Krátkodobou paměť je lepší nemocného nestresovat. Vedlo by to k jeho snížení sebeúcty, důstojnosti, zvyšovala by se náchylnost k depresi.

Kognitivní trénink probíhá skupinově nebo jednotlivě. Člověk si podněty do paměti ukládá všemi smyslovými orgány. Pamatujeme si pomocí hmatu, čichu, sluchu, chuti i zraku. Všechny smysly se proto dají při kognitivním tréninku využít (Jiráček et al., 2009, s. 96).

3.3.2 Reminiscence

Reminiscence jako pojem pochází z latinského slova *reminiscere* – rozpomenout se, vzpomenout si, obnovit v paměti, v českém synonymu vyjadřuje vzpomínání (Janečková a Vacková, 2010, s. 21).

Podle Dempsey et al. (2014, s. 176) neexistuje ve zdravotnické literatuře jednotná definice reminiscence, používané definice jsou si však v hlavních rysech podobné... Reminiscence je podle nich proces, který probíhá ve fázích a zahrnuje připomenutí raných životních událostí a vztahů mezi jednotlivci. Reminiscence může vést k pozitivnímu duševnímu zdraví, posílení sebeúcty a zlepšení komunikačních dovedností. Janečková a Čížková (2021, s. 11) uvádějí, že vzpomínky lze cíleně uplatnit všude, kde chceme vytvořit atmosféru pospolitosti, důvěry, zájmu o druhé a vzájemného porozumění.

Reminiscence je hlasité či tiché vybavování událostí lidského života. Individuálně, o samotě, společně s jinou osobou, ve skupině.

Reminiscenční terapií je často nazýván rozhovor terapeuta se seniorem nebo celou skupinou starších lidí o jejich životě, prožitcích a aktivitách z dob minulých. Často jsou k vzpomínání využity i různé pomůcky a rekvizity (staré obrázky, fotografie, přístroje, oblečení, hudba, knihy, filmy, nábytek apod.). U nemocných s demencí jde především o oživení příjemných vzpomínek, hlavně těch důležitých z rodinných událostí. Pro celou skupinu seniorů je možné sehrát určitou událost jako ochotnické divadelní představení na téma Velikonoce, Vánoce, ale i svatba. Cílem terapie je kognitivní stimulace při navození radosti, potěšení a pohody.

Důležité je rozlišit psychoterapii a reminiscenční terapii. Při reminiscenci senioři vypráví o příjemných zážitcích z doby jejich mládí, co rádi dělali, jak žili. Reminiscence rozlišuje čtyři okruhy vzpomínek, tzv. přístupy narativní, reflektující, expresivní a informační (Janečková a Vacková, 2010, s. 21–30).

V institucích pro seniory je podle Janečkové reminiscence úspěšně využívána k zlepšení jejich psychických, funkčních a zdravotních stavů. Usnadňuje jim zvládnutí přestěhování z původního domova do nového bydliště. Je důležitou součástí adaptačního procesu. Zaměstnává rodiny při shromažďování podkladů a současně napomáhá navazovat vztah mezi klientem a pracovníkem instituce při sepisování životních příběhů, prohlížení fotografií. Rodina se svým seniorem vytváří příběh, pomáhá mu se zabydlením pokoje, vytvoří vzpomínkovou krabici, kufřík nebo knihu. Sepsání životopisu člověka s demencí je důležité nejen pro něho samotného, ale podle Jiráka je pro profesionální

pečující určitým návodem, jak lépe vzájemně navázat kontakt (Jiráček et al., 2009, s. 97) a pochopit potřeby dopomoci v jednotlivých aktivitách sebeobsluhy.

Účelem reminiscence v domovech pro seniory je pomoc v potvrzení identity klienta, jeho kontinuity života a bilancování. Při vzpomínání uzavírají a hodnotí to, co nebylo dokončené, dávají smysl prožitému životu.

Reminiscence zaměstnává mozek myšlením, procvičuje paměť, nutí k aktivitě.

Vzpomínání uspokojuje potřebu seniorů předávat zkušenosti mladším, informovat je o minulosti, jak ji zažili a viděli oni. Tím se prohlubují mezigenerační vztahy.

Společné vzpomínání ulehčuje vzájemnou komunikaci, navazuje nové kontakty, přátelství. Setkávání ve skupinách pomáhá k sociálnímu začleňování, zabraňuje sociální izolaci (Janečková a Vacková, 2010, s. 54–55).

Příklad č. 2

Příjemné společné vzpomínání jsem zažila současně se třemi klienty Domova pro seniory Justynka v Hronově, kdy během sepisování životních příběhů vplynulo, že kdysi v mládí společně navštěvovali místní Klub turistů. Rodiny těchto klientů přinesly fotoalba, pohledy, vzpomínkové předměty z cest a jedna rodina uchovávala i babiččiny deníky z tohoto období. Tito klienti byli sice v různých stadiích demence, ale jejich společná setkávání, kterých se účastnili i rodinní příslušníci, byla díky šikovné aktivizační pracovnici plná radosti. Členové rodin těchto klientů se nakonec domluvili na určitém čase v jednom dni v týdnu, kdy se společně scházeli. Jejich návštěvy přestaly být povinností, protože přestali mít obavy, co si budou celé odpoledne s otcem nebo babičkou povídat. Bavili se všichni společně a účasti aktivizační pracovnice již nebylo zapotřebí.

Během společného vzpomínání senioři hledají a nacházejí, co bylo v minulosti pro ně společné, co je mohlo rozdělovat. Prezentují životní moudra a posilují si vlastní sebevědomí a důstojnost.

Vzpomínání vede k vybavování si i ostatních vjemů a prožitků, jako jsou vůně, láska, bezpečí, humor, smutek a řada dalších.

Při vzpomínání se uvolňuje energie a emoce. Vzpomínky mohou povznášet i dojímat, jsou spojovány s příjemnými pocity.

Zapojení rodin do reminiscenčních aktivit vede k zlepšování vzájemných vztahů, přináší radost a pochopení (Janečková a Vacková, 2010, s. 54–55).

Senioři postižení demencí mají komunikační problémy, proto jsou často sociálně izolovaní. Lidé nezabývající se demencí většinou nevědí, jak s takto nemocným komunikovat. Lidé s demencí jsou stigmatizováni, odmítáni, často se setkávají s posměchem. Proto je důležité vytvořit takovou skupinu, která bude vyhovovat potřebám každé zúčastněné osoby. Cílem skupiny není splnění stanoveného úkolu, ale spokojený společný prožitek. Vzhledem k poruše paměti je nutné často připomínat, že jsou na setkání přátel. Je vhodné seniory opakovaně oslovovat jménem a oceňovat je. Nikoho k ničemu nenutit, ale ujistit je, že svým projevem nic neriskují. Takto postupně dochází k vytvoření skupiny, kde panuje uvolněná atmosféra, sounáležitost, respekt i humor. Toto patření do skupiny má pro člověka s demencí velký význam. Cítí zde partnerství, pocit respektování, pocit společného pozitivního prožitku a pocit patření do společnosti, ve které zůstávají sami sebou a nejsou do ničeho nuceni.

Lidem s demencí může zůstat dlouho zachováno smyslové vnímání, jako je hmat, zrak, čich, sluch a pohyb. Proto je vhodné využít je ke kognitivní stimulaci prostřednictvím reminiscence.

Hmatové reminiscence podpoříme hlazením chlupatého domácího mazlíčka, chozením trávou na boso, držení se za ruce, chování panenky. Jednoduché doteky mohou spustit pohybové stereotypy.

Základem zrakových podnětů je sledování běžných všedních věcí a situací. Pozorování lidí na ulici, děti na hřišti, staré fotografie, noviny, časopisy, sledování starých filmů. Do zrakových podnětů se řadí i zrcadlení, což je napodobování. Nemocný sleduje a napodobuje, co dělá člověk před ním – líže zmrzlinu, maže si ruce.

Vzpomínky vyvolávají též podněty spojené s čichem - vůně kávy, pečiva, koláčů, aromatických bylin, čerstvě posečené trávy či podzimní listí. Takovéto vjemy připomenou lidem různé zážitky z jejich dětství.

Zvuky vyvolávající vzpomínky připomínají známé lidi, místa nebo časové úseky života. Hlas člena rodiny, štěbetání ptáků, zvuk projíždějícího vlaku,

recitace básní, poslech hudby, to vše vede ke vzpomínání a vybavování si minulosti.

Pohybová reminiscence může být vyvolána sezením na houpačce v zahradě, tancem, gesty. Vzpomínky vyvolávají jednoduché pohyby až stereotypy, které si tělo pamatuje (Janečková a Vacková, 2010, s. 100–105).

Zdá se, že skupinové vzpomínání je pro lidi s demencí užitečné. Jejich důstojné a klidné dožití závisí na spolupráci personálu a rodiny, na empatii, vzdělanosti a snaze poznat životní příběh seniora, na trpělivosti a vytvoření vhodné atmosféry a prostředí. Holmerová se k reminiscenci vyjadřuje jako k ověřené metodě, kterou je potřeba doporučovat a brát na vědomí a měla by být součástí praxe každého oddělení, kde je poskytována péče lidem s demencí. Domnívá se, že se jedná o účinnou, snadno aplikovatelnou a levnou metodu, vhodnou u nemocných s lehkou a středně těžkou demencí (Růžička et al., 2003, s. 153-154).

3.4 Modely péče o osoby s demencí

3.4.1 Psychobiografický model

Autorem psychobiografického modelu je Erwin Böhm, který svoji teorii začal publikovat v 70. letech 20. století. Důraz je zde kladen na znalost životního příběhu nemocného, která umožňuje individualizovat péči. Předpokládá se, že životní zkušenosti ovlivňují postoj každého člověka k nemoci i zdraví, zvládání zátěžových situací i adaptaci na nové podmínky.

Využití biografie v ošetrovatelském procesu napomáhá lidem s demencí ve vybavování vzpomínek, které lze pak dále využít v individuálních plánech péče (Procházková E., 2014, s. 27). Reminiscence, kterou jsem popsala výše, je tedy nedílnou součástí individuálního plánování.

Ve stejném období se objevuje i validace Naomi Feil a bazální stimulace Andrese Fröhlicha. Pro oba koncepty se znalost biografie stává součástí práce s klienty (Procházková E., 2014, s. 17–18).

3.4.2 Validace

Pojem „validace“ lze přeložit jako „platnost“. Validace potvrzuje, že emoce, které člověk prožívá, budou přijaty tak, jak je dotyčný projevuje. Myšlenkou Validace není hodnotit, kritizovat, vychovávat a ponižovat, protože při odepření emocí dochází k nejistotě a strachu (Hauke et al., 2017, s. 87).

Validace jako pojem je spojována se jménem Naomi Feil. Dle Jiráka se zde zobecňují zkušenosti pečovatelů o nemocné demencí. Prioritou je zde úcta k nemocnému demencí, respektování a přijetí jeho tématu. Principem techniky je neopravování nemocného v jeho domněnce, ale ani nerozvíjení a podporování mylného názoru nemocného. Pečující hovoří s nemocným o daném tématu – např. pokud nemocný čeká na rodinu, neustále o ní hovoří a není schopen se zapojit do potřebné aktivity, pečující přijme dané téma o rodině a vhodnými otázkami zaměřenými na blízké nemocného, dojde k postupnému zklidnění klienta a většinou i k spolupráci na aktivitě, ke které předtím nebylo možné klienta přimět (Jirák et al., 2009, s. 96).

Wirth popisuje Validaci podle Naomi Feil jako komplexní pohled na člověka, který nemá pouze diagnózu, ale právě kvůli diagnóze je pro něj těžké vyrovnat se se svým životem.

Validace je metoda, která učí udržení komunikačního kontaktu mezi pečujícími a starými dezorientovanými lidmi. Podstatou metody je postoj, že se staršími lidmi se jedná empaticky a s respektem. Validace používá praktické, jednoduché techniky, které obnovují důstojnost a zabraňují starým dezorientovaným lidem přechod do fáze vegetování. Validace přináší výsledky tehdy, pokud se používá dlouhodobě a cíleně a pokud se touto filozofií řídí všichni zainteresovaní. Pro dosažení cíle je nutné nepřetržitě udržovat empatie a validační techniky. Tím dochází k pozitivním změnám v chování, komunikaci a prožívání skutečnosti starého dezorientovaného člověka. Validace má mnoho dlouhodobých cílů, jedním z nich je pomoc v komunikaci mezi pečujícími a dezorientovanými starými lidmi (Wirth in Hauke et al., 2017, s. 85–89).

Lucie Procházková ve svém článku shrnula 11 základních principů validace takto:

1. Dezorientovaní nebo částečně orientovaní staří lidé jsou cenní a jedineční. Přístupujeme k nim jako k osobnosti. Projevujeme k nim respekt a úctu.
2. Dezorientované nebo částečně orientované staré lidi akceptujeme takové, jaké jsou, nesnažíme se je měnit, soudit jejich chování. Projevujeme snahu plnit jejich individuální potřeby.
3. Naše empatické naslouchání ve starých lidech vzbuzuje důvěru, může zmírňovat strach a navracet důstojnost.
4. Bolestivé pocity, které jsou vyjádřeny, validovány a akceptovány důvěřivým posluchačem, slábnou. Naopak bolestivé pocity, které jsou potlačovány nebo ignorovány, nabývají na síle. Podmínkou je naslouchat a přistoupit na seniorovo vzpomínání.
5. Chování dezorientovaných starých lidí má nějaký svůj důvod.
6. Změny chování dezorientovaných nebo nedostatečně orientovaných starých lidí vycházejí ze základních lidských potřeb.
7. Když začínají selhávat verbální schopnosti s krátkodobou pamětí, přicházejí vývojově starší způsoby chování, např. zrcadlení.
8. Některé symboly mohou reprezentovat osoby nebo předměty z minulosti a naplňovat staré lidi emocemi.
9. Staří dezorientovaní nebo částečně orientovaní lidé žijí často ve stejnou dobu na různých úrovních vědomí.
10. Při slábnutí smyslů, může u dezorientovaných nebo částečně orientovaných starých lidí docházet k autostimulaci. Mohou slyšet a vidět situace z minulosti – mají živé vzpomínky.
11. Různé události, barvy, emoce, zvuky, obrazy, pachy a chuťové pocity vzbuzují emoce, které vyvolávají vzpomínky z minulosti, které mohou být pozitivní i negativní (Procházková L., 2012).

3.4.3 Péče Namasté

Myšlenka „Namasté“ vzešla z indického pozdravu, který v překladu znamená „ctít vnitřního ducha“.

Jako hlavní cíl si program Namasté stanovil poskytnutí smysluplných činností, pohodlí a příjemných zážitků nemocným s pokročilou demencí. Nikdo

ale nesmí zapomínat, že hlavní myšlenkou je ctění vnitřního ducha každého člověka, takže nejen klientů, ale i pečujících (Stacpool et al., 2017, s. 96).

Péči Namasté v USA zavedla Joyce Simardová jako pečovatelský program, ve kterém se prolíná empatická péče s individualizovanými aktivitami lidí s pokročilou fází demence. Cílem programu je poskytnutí pohodlí a potěšení nemocným s demencí pomocí smysluplných aktivit a smyslových stimulací, hlavně prostřednictvím doteku. Program Namasté vede k prodloužení doby, kterou pečující v domovech pro seniory tráví aktivním kontaktem s klienty v pokročilé fázi demence, a tím vede k zlepšení kvality života těchto nemocných.

Péče Namasté má deset hlavních prvků. Začíná „úctou k vnitřnímu duchu“, který se prezentuje respektem a ohleduplným přístupem k nemocným s pokročilou demencí.

„Přítomnost druhých“ představuje skupinovou terapii, díky které klienti s demencí cítí, že někam patří.

Třetí prvek programu je zaměřen na bolest. Poukazuje na důležitost sledování a léčení bolesti. Klienti bez bolesti jsou uvolnění, zapojují se a vyjadřují své emoce.

Program smyslové stimulace zahrnuje hmatové, sluchové, zrakové, čichové a chuťové vjemy. V místnosti používané k péči Namasté hraje hudba, jsou prováděny masáže a terapeutické doteky, voní aromaterapeutické oleje, podává se něco dobrého k jídlu a pití.

Smysluplnou aktivitou v programu Namasté je osobní péče. Provádí se, i když klienti ranní hygieny již absolvovali, protože zde je kladen důraz hlavně na potěšení. Ruce a obličej je klientům omýván teplou žínkou a jemně osušován teplým ručníkem. Poté jsou aplikovány zvlhčující krémy. Při této příležitosti dochází k navázání očního kontaktu a pozitivní komunikaci mezi pečujícím a klientem. Omývání rukou a obličeje patří k životním zkušenostem každého z nás a většinou navozuje příjemné pocity. Aktivity jsou přizpůsobovány potřebám, individuálním přáním a preferencím konkrétních klientů.

Součástí péče Namasté je porozumění životnímu příběhu klienta a tím přizpůsobení péče každému klientovi.

Podávání nápojů a občerstvení během sezení vytváří příležitosti ke zlepšení celkové výživy a hydratace a tím i k zlepšení zdravotního stavu a osobní pohodě klientů.

Program Namasté myslí i na pečovatele, kteří se potřebují v programu vzdělávat, aby cítili podporu a získali sebedůvěru.

Při úvodu do péče Namasté je setkání s rodinou klienta, při které dochází k vytvoření vztahu mezi rodinou a pečujícími a je i příležitostí k rozmluvě o péči na sklonku života.

Péče o umírajícího klienta v programu Namasté je z místnosti Namasté převedena do pokoje pro osoby v terminálním stavu. Tím dochází k naplnění myšlenky „ctění vnitřního ducha“. Péče pokračuje po celou dobu umírání a pečující doprovází tělo klienta na poslední cestě.

Program Namasté nezavádí v péči o nemocné nic nového, ale snaží se spojit všechny prvky péče o nemocné v pokročilé fázi demence do jediného prvku a tím zlepšit jejich kvalitu života.

Po sledování účinků péče Namasté na kvalitu života nemocných s pokročilou fází demence ve vybraných pěti pečovatelských domech v jižním Londýně, bylo vyhodnoceno, že díky péči Namasté došlo u klientů ke snížení závažnosti poruch chování v oblasti neklidu, agresivity a letargie. I členové rodin program hodnotili pozitivně. Jejich návštěvy blízkých probíhaly snadněji, protože jejich příbuzní byli spokojenější. Rodiny dokázaly i ocenit snahu pečujících při naplňování potřeb klientů a někdy se i sami zapojovaly do péče Namasté spolu s personálem. Pro personál program přinesl uspokojení z vlastní práce (Stacpool et al., 2017, s. 7–9).

3.4.4 Preterapie

Preterapie je metoda vycházející z myšlenky humanistické psychologie. Autorem teorie je americký psycholog Garry Prouty, který byl žákem a obdivovatelem Carla Rogerse.

Preterapie je metodou umožňující navázání kontaktu s osobami, které komunikují obtížně nebo nemohou komunikovat vůbec. Tito nemocní jsou často ošetřujícím personálem přehlíženi. Preterapie, se snaží důsledně uplatňovat přístup orientovaný na klienta (Kalvach et al., 2004, s. 449).

Proutyho preterapie je založena na metodě zrcadlení nebo reflektování. Metodu zrcadlení použili i jiní psychologové před Proutym, ale on tuto metodu rozvinul ještě dál především směrem k navázání kontaktu nekomunikujících klientů s okolní realitou, s druhými lidmi, ale i se sebou samými.

Kontaktní reflexe poskytují kontakt mezi klientem a terapeutem, když klient nedokáže navázat komunikační, ani emocionální kontakt. Jedná se o empatické napojení na člověka, které respektuje předřечové nebo jazykově nedostatečně vyjádřené pocity. Techniky poskytují klientovi dostatek příležitostí k vyjádření potřeb a navázání terapeutického vztahu (Prouty et al., 2005, s. 36-37).

Metoda preterapie a její mnohé aplikace v pozměněných podobách nabízejí vlnidné, empatické možnosti péče o psychiatrické pacienty a jiné nemocné se speciálními potřebami. Nejedná se o žádnou ideologickou myšlenku, ale o v praxi zavedený, fungující model, který přispívá ke zkvalitnění péče o nemocné a tím i k větší spokojenosti pečujících se svojí prací (Prouty et al., 2005, s. 17–19).

3.4.5 Terapeutické panenky

Terapeutické panenky jsou používány jako novodobý terapeutický přístup u pacientů s demencí. Cílem této formy terapie je vyvolání pozitivních emočních zážitků a podpořit zlepšení psychického stavu pacienta s demencí a jeho kontaktu s okolím (Pezze et al. 2014 in Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 72).

Panenky vzhledem a velikostí napodobují malé děti. Jsou vyrobené z přírodních materiálů, jsou antialergické. Na dotek působí příjemně, měkce, což působí pozitivně při stimulaci smyslů. Pro snadnou manipulaci jsou speciálně vyvážené jednotlivé části tělíčka. Nohy jsou dobře tvarovatelné, aby se jimi dalo obepínat pacientovo tělo a navedlo ho k přitulení. Panenky mohou mít různé doplňky – od kapsiček na vložení sáčků s aromatickou substancí po napodobeninu skutečné ruky s oddělenými prsty k stimulaci dotyku. Při dotyku dochází k stimulaci emocí a vyvolání pocitu uspokojení. Vlasy mají v různých barvách a délkách, podněcují k hlazení, tím vyvolávají uklidnění. Pohled je záměrně nepřímý, aby nevyvolával negativní emoce, naopak pihy připomínají nezbedné dítě (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 72–73).

Používáním terapeutických panenek dochází k stimulaci vzpomínek a ožívování rodičovských rolí, které jsou uloženy v emocionální paměti a vrací jiskry do životů nemocných s demencí. Další využití panenek je v eliminaci pocitu strachu a navození celkové pohody nemocného (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 73).

S terapií pomocí panenek je vhodné začínat postupně a pomalu, aby nedošlo k problémům. Nemocný s demencí by mohl zareagovat negativně. Panenku je vhodné nabízet nenuceně, nechat nemocného, aby se sám mohl rozhodnout, jestli mu panenka vyhovuje a zajímá ho. Panenku můžeme položit na místo, kde ji nemocný vidí, dosáhne na ni. O panence, ale i s ní pečující mluví, současně sleduje reakce nemocného a při projevení zájmu, mu ji dá (Mitchel a Templeton 2014 in Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 75–76).

Příklad č. 3

Příkladem použití terapeutické panenky pro mě bylo, když do našeho Domova Justynka nově přišla devadesátiletá klientka A. nemocná středně těžkou až těžkou demencí. Přišla z domácího prostředí, kde o ni pečovala vnučka a pravnuček. Tato klientka na opuštění svého zažitého prostředí začala reagovat neadekvátním chováním až agresí. Byla odmítavá k péči personálu, stravě i nabízeným aktivitám. Jediné co neustále vyžadovala, byl něčí kontakt. Chtěla se stále s někým držet za ruku, každého hladit po tváři. V této chvíli ji byla nabídnuta terapeutická panenka. Změna chování u klientky nastala skoro okamžitě. Klientka se uklidnila, svým stylem s panenkou hovořila, a když personál předstíral, že panenku krmí, nechala si se stravou pomoci i ona.

Terapeutické panenky mají široké využití v různých aktivitách v roli prostředníků – stravování, procházka, pracovní činnosti. Reakce nemocného nemusí být vždy pozitivní, důležité je využití individuálního přístupu a znalost osobnosti nemocného (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 76).

3.4.6 Snoezelen terapie

Koncept snoezelen vychází z „multismyslového prostředí“. Výraz „snoezelen“ vznikl kombinací dvou holandských slov „snuffelen“ a „doezelen“, která se dají přeložit jako „cítit – čichovým smyslem nebo pospávat, relaxovat,

pobývat“. Autory konceptu jsou Ad Verheul a Jan Hulsegge. Základem metody je poskytnout individuální sensorické stimulační prostředí v nestresujícím a přijatelném prostředí. Nutností není rozvoj vyšších kognitivních funkcí s logickými a abstraktivními procesy myšlení a paměti (Filatová a Janků, 2010, s. 16–18).

Koncept snoezelen se přizpůsobuje individuálním potřebám klientů, rozvíjí jejich individuální vědomosti a dovednosti. Cílem metody je úplná orientace na klienty s cílem uspokojování jejich emocionálních, duševních, psychických a fyzických potřeb (Filatová a Janků, 2010, s. 19)

Základem metody je multifunkčně vybavená místnost podle odpovídající skupiny uživatelů, ale vždy by měla mít příjemnou pokojovou teplotu, být větratelná s příjemnou vůní, správně osvětlená, hudební techniku, vybavena pohodlnými lehátky, sedačkami, polštářky a dekami a dostatečně prostorná, aby měl každý pocit svého osobního prostoru (Filatová a Janků, 2010, s. 32).

Příklad č. 4

Metoda snoezelen byla velmi prospěšná pro klientku K. ve fázi těžké demence, ve chvíli, kdy se u ní začaly projevovat známky neklidu, strachu a úzkosti. Nejvíce se tyto symptomy projevovaly v dopoledních hodinách, protože v okolí klientky probíhal běžný denní ruch oddělení. Klientka se již nedokázala verbálně vyjadřovat, ale měla vystrašený výraz v obličeji a vydávala úzkostné vzlyky. Aktivizační pracovníce ji v tento čas začala odvézt do relaxační místnosti, kde ji napolohovala do relaxačního pytle, mírně zatemnila okna, pustila uklidňující hudbu. Ze začátku zůstávala tato pracovníce s klientkou v místnosti, později ji po dobu jedné hodiny nechávala samotnou. Tato aktivizační pracovníce ale nikdy neopouští klienty v relaxační místnosti úplně. Je ve vedlejší místnosti, která je oddělena dřevěnou příčkou, a proto slyší vše, co se odehrává v relaxační místnosti.

S odstupem času můžeme hodnotit psychický stav klientky tak, že je bez úzkosti a strachu. Její lékař hodnotí stav jako uspokojivý bez potřeby změny medikace.

O snoezelen terapii se Fertařová ve svém článku vyjadřuje jako o metodě, která navozuje pocit pohody, působí uvolnění, aktivizuje, vyvolává vzpomínky,

zbavuje strachu, přináší radost. Terapie je vhodná pro všechna stadia demence, nejprínosnější je u klientů v těžkém stádiu demence, když se podaří navození příjemných pocitů a stimulace psychiky (Fertařová, 2020, s. 35).

4 Závěr teoretické části

V teoretické části jsem definovala demenci, popsala její diagnostiku, možnosti prevence, farmakologickou a nefarmakologickou léčbu s přehledem dostupných konceptů, metod a technik pro zlepšování kvality péče a komunikace s lidmi postiženými demencí. V empirické části využiji případovou studii klientky s demencí, která mi umožní ukázat způsoby využití těchto technik.

Poznatky získané a prezentované v teoretické části práce budou v empirické části prověřeny a vyhodnoceny prostřednictvím případové práce s klientkou Domova pro seniory Justynka v Hronovč. Na případu své klientky s demencí ukáži možnosti využití životního příběhu a konkrétních vzpomínek při volbě aktivit a pečovatelských přístupů. Zvolené intervence zakomponuji do rozšířeného individuálního plánu podpory a péče.

5 Empirická část

Empirie prozkoumává skutečnost, aby na základě zjištěných dat mohla být rozšířena teorie. Tím se teorie obohacuje a metody zkoumání se zdokonalují. Empirické poznatky mohou rozšířit popsanou teorii a nastolit další teoretické otázky a problémy, které je nutné znovu empiricky zodpovědět a prověřit. Jedná se o obousměrný permanentní poznávací proces (Reichel, 2009, s. 18).

V Domově odpočinku Justynka sociální pracovnice, pracovnice v přímé péči a střední zdravotnický personál v současné době pracují s biografií klientů podle psychobiografického modelu a tvoří individuální plány. Veškeré získané informace sdílejí v týmu a společně individuální plány aktualizují.

Tvorba individuálního plánu začíná prvním kontaktem sociální pracovnice a vrchní sestry Domova s žadatelem v jeho domácím prostředí, nemocnici nebo kanceláři Domova. Cílem tohoto setkání je zjištění naléhavosti k nástupu, nepříznivé sociální situace a celkového zdravotního a sociálního stavu. Před nástupem žadatele do Domova probíhá druhá schůzka, ze které vzejde vytvoření prvního individuálního plánu, který je platný po dobu adaptace, tj. jeden až dva měsíce. Na tvorbě tohoto plánu se podílí sociální pracovnice, vrchní sestra, klient a jeho rodina.

Každý všední den odpoledne probíhá v Domově schůzka týmu. Jedná se o sloužící zdravotní sestru, pečovatelky (PSP – pracovnice v sociálních službách), aktivizační PSP, RHB pracovnice, sociální pracovnice a vrchní sestru. Zde probíhá sdílení a neustálá aktualizace individuálních plánů v závislosti na získaných informacích o klientech, jejich potřebách, projevech chování, sledování cílů.

Zdravotní sestry aktualizují ošetrovatelské plány, provádějí testy ADL, IADL, MMSE, společně konzultují možnosti nefarmakologických metod v péči o klienty s demencí.

Cílem empirické části této práce je zvážit možnosti rozšířeného plánování, které bude ještě více zaměřené na člověka a využije veškeré dostupné zdroje, teoretické poznatky a informace. Zaměřím se též na hlubší propojení individuálního plánu péče pracovníků v sociálních službách se základními body

ošetřovatelského plánu, který zpracovávají zdravotní sestry. Důraz položím na uspokojování všech bio-psycho-socio-spirituálních potřeb klienta. Za pomoci životního příběhu a vzpomínek paní Aleny T. při promýšlení aktivit a pečovatelských přístupů zvážím možnosti navázání fungujícího a efektivního kontaktu s člověkem s demencí, pomocí kterého je možné zkvalitnit poslední roky i dny jeho života.

Očekávám, že spolupráce sociálních pracovníků a zdravotních sester na individuálním plánování přispěje ke zkvalitnění péče o seniora s demencí a k větší spokojenosti personálu. Metodami mé práce bude analýza dokumentace, rozhovory, mé vlastní pozorování, zavádění nových postupů v podobě rozšířených a inovovaných aktivit a vyhodnocování jejich efektu. Rozšířený individuální plán bude porovnáván s tím, který je k dispozici a vychází ze standardů kvality sociálních služeb.

5.1 Případová studie paní Aleny T.

Se souhlasem ředitelky Domova Justynka a sociální pracovnice jsem pro účely své bakalářské práce získala možnost nahlédnout do individuální pečovatelské dokumentace paní Aleny T., a pracovat s údaji a dokumenty zde založenými. Kopie některých z nich jsou bezprostředně využity v této práci.

5.1.1 Stav před nástupem (z dokumentace Aleny T.)

Jak to vidí žadatelka: informace získaná z rozhovoru paní Aleny, vnučky, sociální pracovnice a vrchní sestry - jsem vdova, bydlím v rodinném domku s vnučkou a jejím synem, doma jsem spokojená, ale nedávno jsem upadla, bojím se, aby se mi něco nestalo, až bude vnučka a pravnuček v práci.

Jak to vidí rodina: Dle vnučky:

„Babička zapomíná, neorientuje se, myslí si, že je zpátky v dětství, v obýváku má postel, která jí přes den slouží jako gauč. Po bytě chodí s hůlkou, ale musí se nás přidržovat, máme vyšší prahy, bydlí v přízemí, já mám byt nahoře. Snažíme se synem Matějem střídat, aby s ní vždycky někdo byl, ale až nastoupí syn do trvalého zaměstnání (teď chodí jen na brigádu), nevím, jak to pokryjeme. Občas mi na babičku dohlíží kamarádka Jana, ale nemůžu se na pravidelnou

výpomoc spolehnout. Děsí mě, že by se babičce něco stalo, když tu nebudeme. Demence se jí zhoršuje, potřebuje, aby s ní někdo byl 24 hodin denně. Teď měla otřes mozku, po pádu, byla hospitalizovaná, báli jsme se, že se už nepostaví, když v nemocnici jen ležela, ale naštěstí je téměř ve stavu jako předtím. Ale příště to tak dobře dopadnout nemusí, i lékař nám říkal, že už je to na 24hodinový dohled, a to ji poskytnout nemůžeme, i když se maximálně snažíme. Nikam nechodí, doktor jezdí sem za ní. Přes den kouká na TV nebo si posedí na terase. Je taková pohodová, ráda si zpívá.“

Jak by si uživatelka představovala řešení problému (jak to chce řešit)

„Chci jediné do Justynky, znám to tam, chci být v Hronově, aby to vnučka měla blízko.“

5.1.2 Individuální adaptační plán paní Aleny T. (z dokumentace Aleny T.)

Důvody pro poskytnutí služby Domova - objektivizovaný popis nepříznivé sociální situace:

Alena T. má projevy střední demence, není orientována časem, velmi slabá krátkodobá paměť, potřebuje 24hodinový dohled. Není schopna posoudit, co ne/zvládne. Vnučka a pravnuke pracují, střídají se u ní, ale ne vždy jim to úplně vyjde. Paní Alena potřebuje pomoci s údržbou domácnosti, úklidem, s nákupy (1), s přípravou jídla - ohřátí, nakrájení, dohled nad stravou (zatím moc rodina neřeší), pije ze skleničky, potřebuje dohled nad pitným režimem (2), pomoc s koupáním, stříháním nehtů (3), pomoc s ranní a večerní hygienou (4), přes den s doprovodem na WC + inko natahovací kalhotky, v noci lepící plena, doprovázet při chůzi – je nestabilní s hůlkou (5), možná by bylo lepší zkusit chodítko, prospělo by jí cvičení pro udržení pohyblivosti (6). Ráda si zpívá, u nás by se mohla účastnit zpívání lidovek a zpívání s kytarou (7). S penězi pomáhá hospodařit vnučka, důchod nosí pošta. Potřebuje zajistit objednání pedikúry a kadeřnice (8), doma je izolovaná, u nás by měla kontakt s vrstevníky a možnost účastnit se společenských akcí přímo v Justynce nebo i obecně Hronově.

Bio: pochází z Rokytníka (sestra naší bývalé klientky M.V.), měla příbuzné na Zadech – často se tam v myšlenkách vrací, mluví o tom. Má dvě vnučky,

4 pravnoučata (vnučka Michaela má syna Matěje, který s nimi bydlí a dceru v Praze), prodávala v Pramenu, pracovala v tiskárně, nejvíc jako skladová (říká, že „poskok“), školu si nepamatuje, asi nějaká 2letá.

Hobby: ráda si zazpívá písničky od Gotta (Zvonky štěstí), Zicha (Alenka), ráda kytarové písničky, vnučka jí občas hrávala na piano, přes den TV (ale spíš kreslené pořady jako Simpsonovi).

Dříve hodně křížovky, seriály (Dr. Quinnová, Walker), filmy pro pamětníky, ruční práce (má 4 roky rozpletené pletení, ale už nepokračuje, teď ji baví párání), nikdy nečetla, byla spíš na praktickou práci, pořád sázela Sportku, kupovala losy, posílala soutěže do časopisů, jezdila na kole a motorce. Velmi dobře vařila, ráda pekla (i dorty). Měla ráda auta a motorky.

Zvyky: Není moc masová, TV jako kulisu.

Cíl spolupráce:

1. poskytnutí ubytování - obsluhu domácnosti, úklid, praní, žehlení (ustlat/rozestlat postel), uložení prádla do skříně
2. poskytnutí a v přípravě stravy – zajistit racionální stravu, nalít nápoj
3. pomoc s oblékáním – pomoci s oblékáním a svlékáním, hlavně spodní části těla a instruovat
4. pomoc při podávání jídla a pití - zajistit pitný režim, nakrájet tvrdší jídlo
5. pomoc při samostatném pohybu a prostorové orientaci (vnitřní i vnější prostor) – doprovod pracovníka při chůzi s hůlkou nebo chodítkem
6. pomoc při úkonech osobní hygieny (malá hygiena) – vše připravit k ruce u umyvadla a instruovat
7. pomoc při koupání a péči o vlasy a nehty – celková koupel, mytí vlasů, stříhání nehtů na rukou
8. pomoc při použití WC – doprovod na WC, dohled nad výměnou inko pomůcky
9. pomoc při vyřizování věcí ve městě a na úřadech - objednání pedikúry, kadeřnice
10. pomoc při obnovení či upevňování kontaktu s rodinou a při dalších aktivitách podporujících soc. začleňování osob – podpora setkávání s rodinou, časté návštěvy

11. *sociálně terapeutické činnosti (rehabilitace) - cvičení na lůžku a na motomedu, nácvik chůze s chodítkem*
12. *pomoc při aktivizaci (volnočasové aktivity, nácvik a upevňování schopností, pomoc s orientací) - vše připomínat, instruovat, zajistit návštěvu zpívání, ruční dílny*
13. *zajistit lékařskou péči – zajistit léky a jejich podání, zajistit inko pomůcky*

Vedle popisu aktuálního stavu, důvodů využití služby a stanovení cílů spolupráce, je pro klientku zpracován i plán podpory v sebeobslužných činnostech uvedený v následující tabulce.

Tabulka 1 Denní plán podpory

| Čas poskytnutí služeb | Plán | Personální zajištění | Kód ZČ/ vazba na cíl I | Celkový čas přímého výkonu |
|------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 7.10-7.20 | <ul style="list-style-type: none"> - pomoci vyměnit ink. pomůcky – zašpiněnou plenu vyhodit na WC do spec. označených košů - posadit na toal. křeslo a nechat chvíli posedět - svléknout noční úbor - navléknout uživatelce vybrané oblečení - košilku, halenu, ponožky, kalhoty a boty - pomoci s int hygienou, dát čistou inko pomůcku - poté pracovník uživatelku doprovodí k umyvadlu, pracovník připraví vše k ruce a instruuje uživatelku - uživatelka chce ustlat postel, pod polštář dát noční úbor a opatřit postel přehozem - pracovník doprovodí uživatelku do jídelny | PSP, SZP | 8, 3, 6, 5, 1 | 10 min |
| 7.45-8.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Připravit snídani na stůl na jídelně – pracovník dá uživatelce na stůl na talířku vybrané pečivo, máslo a přílohu, nalije vybrané pití, dieta D3 - sestra podá léky | PSP, SZP | 2, 4,13 | 2 min |

| | | | | |
|-------------|---|----------|-------------|--------|
| 8.30-8.35 | Odnést použité nádoby do kuchyňky a vložit do myčky | PSP | 1 | 2 min |
| 9.40-10.00 | Nalít čaj – z konve na čaj nalít čaj do hrnečku uživatelky | PSP | 2, 4 | 2 min |
| 10.30-11.15 | Umýt a uklidit povrch stolku uživatele | PSP | 1 | 2 min |
| 11.25-11.30 | Doprovodit do jídelny | PSP | 5 | 2 min |
| 11.30-11.45 | Připravit oběd na stůl na jídelně – pracovník připraví na stůl polévku a hlavní jídlo a pití, tvrdší jídlo nakrájet - sestra podá léky | PSP, SZP | 2,4,13 | 2 min |
| 12.30-12.35 | Uklidit použité nádoby ze stolu – pracovník odnese nádoby do myčky | PSP | 1 | 1 min |
| 14.30-15.15 | Donést svačinu na jídelnu – pracovník donese uživatelce svačinu na stůl v jídelně, uživatelku na jídelnu doprovodí | SZP | 2,4, 5 | 3 min |
| 17.25-17.30 | Doprovodit do jídelny | PSP | 5 | 2 min |
| 17.30-17.45 | Připravit večeři na stůl na jídelně – pracovník uživatelce donese na stůl večeři a pití - sestra podá léky | PSP, SZP | 2,4,13 | 2 min |
| 20.50-21.05 | - pomoci se posadit na toal. křeslo - pomoc se svléknutím – pracovník svlékne halenku, košilku, kalhoty, boty, ponožky - dopomoci s převléknutím do nočního úboru - provést hygienu intimních míst, ošetření kůže krémem – použít vlastní žínku a mýdlo, vlastní krém - dát čisté ink. pomůcky - pracovník uklidí přehoz, rozestele postel - pracovník doprovodí uživatelku k umyvadlu, vše připraví k ruce a klientku slovně vede - připravit oblečení na druhý den dle přání | PSP, SZP | 8, 3, 6, 1, | 10 min |
| 20.00-20.30 | - sestra podá léky | SZP | 2, 4, 13 | |

Další součástí standartního individuálního plánu je plán podpory v každodenních aktivitách a v účasti na pravidelných aktivizačních programech.

Tabulka 2 Pravidelně se opakující plán podpory

| Den, čas poskytnutí služeb | Četnost | Plán | Personální zajištění | Kód ZČ/vazba na cíl | Celkový čas přímého výkonu |
|----------------------------|---------|---|----------------------|---------------------|----------------------------|
| Po 8.45-9.00 | 1 x T | Společné cvičení na jídelně – pracovník pro cvičení předvede, a pokud zvládne, opakuje po něm cviky | PSP pro cvičení | 11 | 4 min |
| Čt 9.20-9.40 | 1 x T | Celková koupel – pracovník doprovodí uživatelku do koupelny, pomůže svléknout, uživatelka se chce sprchovat (vlastní tekuté mýdlo a žínka), nejprve opláchně, poté namydlí, spláchně, umyje vlasy vlastním šamponem, utře do vlastního ručníku, oblékne župan a posadí zpět na vozík - fénování vlasů fénem v koupelně, a poté doprovodí uživatelku na pokoj - uživatelce na pokoji pomůže s obléknutím čistého oblečení - stříhání nehtů na rukou – uživatelka si přeje stříhat nehty vlastními nůžkami | PSP | 7, 5, 3 | 15 min |
| Po-So 8.15-8.25 | 6 x T | Úklid pokoje – uživatelka chce otřít povrchy, setřít podlahu, vyčistit umývadlo a poličku | uklízečka | 1 | 30 min |
| Pá 9.25-9.30 | 1x T | Cvičení na lůžku – pracovník pro cvičení zajde za uživatelkou na pokoj, kde spolu cvičí | PSP pro cvičení | 11 | 5 min |
| St 10.00-11.00 | 1 x T | Účast na soc.terap. aktivitách – zpívání lidovek/čtení/odpočinek - doprovodit uživatelku na společenskou místnost - po skončení doprovodit na pokoj | PSP | 12 | 5 min |
| 13.30-15.00 | 2 x T | Cvičení na motomedu – pracovník doprovodí uživatelku do rehabilitační místnosti, pomůže na motomed, upevní nohy Po cvičení doprovodit zpět na pokoj | PSP pro cvičení | 11,5 | 10 min |
| Po, Čt 10.00-11.00 | 2 x T | Dovoz prádla z prádelny – uživatel žádá o donesení prádla, a srovnání do skříně | PSP | 1 | 7 min |
| Út 13.30- | 1 x M | Povlékání postele – pracovník svlékne použité povlečení a odnese ho do | PSP | 1 | 10 min |

| | | | | | |
|----------------------------|-------|--|--------|----|-------|
| 14.30 | | prádelny, postel poté umyje a opatří čistým povlečením | | | |
| Po 8.30-9.30 | 1 x M | Pracovník objedná užívatelku u pedikérky a v den konání doveze uživatele k pedikérce /zpět | PSP | 9 | 2 min |
| Dle domluvy | | Vycházky ven | rodina | 10 | |
| Týdenní kapacita: 76 minut | | | | | |
| Měsíční kapacita: 12 minut | | | | | |
| Roční kapacita: | | | | | |

Vysvětlivky: D – denně, T – týdně, M – měsíčně, R – ročně

Nakonec individuální plán stanovuje tzv. rozvojový cíl, kterým je v případě Aleny T. samostatná chůze s chodítkem. Je tedy navržena pravidelná rehabilitace dolních končetin, motomed a podpora při chůzi s chodítkem. Plán též zahrnuje doporučení pro komunikaci s klientkou. Je třeba veškeré úkony neustále vysvětlovat, používat jednoduché věty, vše několikrát zopakovat.

Je dohodnuto, kdo smí nahlížet do individuálního plánu (včetně zdravotních sester) a připojeny podpisy klientky a klíčového pracovníka.

5.1.3 Průběh adaptačního procesu (z dokumentace Aleny T.)

Alena T. má diagnostikovanou středně těžkou demenci, jinou závažnou chorobou netrpí. Po třech týdnech pobytu v Domově, se u paní Aleny začaly projevovat známky nespokojenosti, odmítala stravu, odmítala péči personálu, nekomunikovala, nespolupracovala, její chování bylo chvílemi až agresivní. V tuto chvíli jsme zintenzivnili práci s klientkou a její rodinou. Znovu jsme se zaměřili na životní příběh klientky, zkusili několik behaviorálních technik, včetně terapeutické panenky, bazální stimulace, validace a další. V empirické části je popsán individuální plán vycházející z pozorování pečujícího personálu ve spolupráci s vnučkou paní Aleny.

Ztráty způsobené nemocí, zjišťování potřeb

Test IADL:

Alena T. není schopna jízdy dopravním prostředkem, nákupu potravin, vaření, jednoduchých domácích prací, praní prádla, telefonování, užívání léků ani zacházení s penězi. Dosažení 0 bodů znamená nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života.

Test ADL:

Paní Alena se sama nenají ani nenapije.

Oblečení si paní Alena nedokáže vybrat, neví jaké je roční období, jestli je teplo nebo chladno, ráno nebo večer. Obléká ji personál.

Koupání provádí personál v koupelně na koupací židli. Pečovatelky musí celou klientku omýt včetně vlasů, osušit, vlasy vyfénovat, ostříhat nehty.

Ranní ani večerní hygienu si klientka sama neprovede. Je plně odkázaná na péči personálu, včetně péče o dutinu ústní a zubní protézy.

Paní Alena je trvale inkontinentní močí i stolicí. Potřebu močení a na stolicí necítí nebo nedokáže na to upozornit.

Použití WC křesla je bez úspěchu.

Přesun mezi židlí a lůžkem většinou zvládá.

Chůze je schopná na krátkou vzdálenost s oporou druhé osoby.

Po schodech není chůze schopná.

Celkový počet bodů ADL testu je 20 bodů, což značí vysokou závislost v základních všedních činnostech.

Test MMSE:

Paní Alena dosáhla v testu MMSE 7 bodů, značící o těžké kognitivní poruše.

Životní příběh paní Aleny

Informace nám podává vnučka Michaela (43 let) a pravnuček Matěj (20 let). Paní Alena se narodila v r. 1929. Ve svých 91 letech se přestěhovala ze svého

domku do pobytového zařízení pro seniory Justynka v Hronově, protože rodina měla pocit, že již nezvládá péči. Paní Alena je vdova, má jednu dceru, dvě vnučky a čtyři pravnoučata. Dcera bydlí v Praze a s rodinou neudrhuje kontakt. Měla sestru v nedaleké obci, dokud to šlo, chodila paní Alenu navštěvovat. Sestra paní Aleny dožila poslední rok v Domově Justynka, zemřela před čtyřmi lety.

Z vyprávění vnučky se dozvídáme, že společně žili v domku na okraji města. Paní Alena ve své části a vnučka Michaela se synem v druhém patře domku. Paní Alena poslední rok žila pouze v jedné místnosti. Často padala, občas potřebovala po pádu i lékařské ošetření. Po posledním pádu byla hospitalizovaná v nemocnici pro mírný otřes mozku. To už potřebovala 24hodinový dohled. Vnučka Michaela pracuje jako úřednice a zaměstnavatel ji umožňoval dvakrát týdně práci z domu. Pravnuk Matěj ukončil střední školu, chodil na brigádu. Vnučka a pravnuk se snažili kombinovat svůj pracovní čas tak, aby babička nezůstávala sama doma. Ostatní členové rodiny se péče o babičku neúčastnili. Občas zatelefonovali nebo se zastavili na krátkou návštěvu.

Poslední rok trávila paní Alena celé dny sezením v křesle nebo ležením. Při pěkném počasí ji vnučka nebo pravnuk pomohli na terasu, která byla přístupná z jejího pokoje. V tomto roce již paní Alena neměla snahu opouštět svůj pokoj, ale z doby předešlé byly z kuchyně odstraněny nebo odpojeny všechny elektrospotřebiče a plynový sporák s troubou, z obavy, aby nedošlo k požáru. Paní Alena často některý ze spotřebičů pustila a poté na to zapomněla.

O osobní hygienu se starala vnučka i pravnuk. Snažili se pravidelně doprovázet babičku na toaletu, ale ne vždy se podařilo správné načasování.

V noci slyšeli paní Alenu bloudit po pokoji, občas spadla, bývala neklidná. Museli ji nechávat svítit noční světýlko a některé noci strávit s ní.

Dětství a mládí:

Z dětství paní Aleny toho vnučka moc nevěděla. Snažila se babičky vyptávat, ta ji ale neodpovídala. Na oslovení „babi“, reagovala pohledem na vnučku, ale poté se opět otočila k televizi a se zaujetím sledovala animovaný seriál Simpsonovi.

Paní Alena se narodila v Rokytníku a celý život tady žila. Měla sestru Miladu, rozuměly si, často se navštěvovaly. Jakou školu navštěvovala, vnučka neví, asi nějakou dvouletou. Prodávala v Pramenu, několik posledních let před nástupem do starobního důchodu pracovala v tiskárně jako skladnice.

S manželem si postavili domek, ve kterém žila doteď, vychovali v něm jednu dceru. Manžel paní Aleny zemřel krátce po odchodu do starobního důchodu. Vnučka Michaela se k babičce nastěhovala po rozvodu. Ze začátku zde bydlela se svým synem a dcerou. Nyní je dcera již vdaná a žije daleko.

Vnučka Michaela vzpomíná, jak babička ráda a výborně vařila. Byla i taková domácí cukrářka, pekla dorty. Milovala auta a motorky, skoro do svých osmdesáti let jezdila na kole.

Knihy nikdy nečetla, kupovala časopisy, luštila v nich křížovky a posílala je do soutěží. Neustále sázela Sportku a kupovala losy. To bylo tak před pěti lety, kdy se vnučka musela domluvit s paní prodavačkou v trafice, že bude babičce prodávat jeden los týdně. Babička již nebyla plně orientovaná v hospodaření s penězi a nakoupila by losy za celý důchod.

Dřív měla paní Alena spoustu koníčků a zálib. Hodně pletla a háčkovala, dnes naopak páře. Jakmile vidí nějakou nitku, tahá a páře. Většina jejích svetrů má různě vypárané rukávy. Zůstalo ji zpívání. Již si nepamatuje všechna slova svých oblíbených písní. Když slyší známou melodii, pobrukuje si, občas i zvládne část textu, hlavně Gotta a Zicha.

V televizi sledovala písničkové pořady, filmy pro pamětníky a seriály jako Doktorka Quinnová, Walker, Texas Ranger. Nyní jsou pro ni nejzajímavější animované seriály.

Velký důraz ve svém životě kladla paní Alena na osobní hygienu a celkovou čistotu okolí. Vnučka Michaela si pamatovala na neustále dokonale uklizený dům, ale co není u žen běžné i vyleštěné auto a motorka.

Lásku k motorismu měli paní Alena s manželem společnou. Auto měli jedno, ale motorku každý svoji. O víkendech a dovolených jezdili s dcerou na výlety. Když dcera vyrostla, jezdili manželé spolu na motorkách.

5.1.4 Návrh na rozšířený plán zaměřený na člověka s demencí s popisem současné situace (co není v dokumentaci)

Návrh rozšířeného individuálního plánu vychází z mého pozorování opírajícího se o poznatky z teoretického studia a informace zjištěných studiím dokumentace, rozhovory se členy rodiny a rozhovory se členy pečujícího týmu (s klíčovým pracovníkem, aktivizačními pracovníci, pracovníci v přímé péči, zdravotními sestrami).

Orientace

Paní Alena má problém v orientaci ve všech oblastech – místem, časem, osobou, situací. Neví, jestli je ráno nebo večer.

Nepozná, jestli je na svém pokoji nebo u někoho jiného. Kde je jídelna, koupelna.

Nepozná svoji rodinu. Nerozlišuje mezi pečovatelkami a vnučkou. Každého vítá, hned poklepává na lůžko nebo vedlejší židli, aby si přichozí k ní sedl. Nevyžaduje komunikaci, pouze přítomnost druhé osoby.

Pro orientaci časem personál klientku informuje o jednotlivých částech dne, jestli je ráno, poledne, odpoledne, večer, jaký je den v týdnu. Při péči a manipulaci s klientkou personál popisuje místa a důvody, co se bude s klientkou dít (jídelna, protože je čas oběda, vstávání z lůžka, protože je ráno atd.)

Cíl: paní Alena se orientuje ve svém sociálním prostředí

Kroky k naplnění cíle: zavedli jsme pravidelná reminiscenční setkání, sepisování životního příběhu, spolupráci a účast rodiny, rodina přinese známé předměty, fotografie, obrazy.

| |
|---|
| Hodnocení: Pomocí reminiscenčních setkání paní Aleny, její vnučky a pravnuka společně s aktivizační pracovnící byl sepsán životopis paní Aleny s důrazem na detaily a významné události v životě klientky. Součástí byl i popis domácnosti paní Aleny. Na základě těchto zjištění vnučka přinesla oblíbené hodiny paní Aleny a s dalšími známými předměty je umístila do pokoje tak, aby na ně klientka viděla z lůžka a křesla. V pokoji přibyly k fotografiím i model |
|---|

motorčky, rodinný kalendář a další upomínkové předměty. Pro zlepšení orientace místem byla na dveře pokoje zavěšena fotografie poslední motorčky paní Aleny. Dle sledování personálu a rodiny je paní Alena nyní klidnější, nejeví známky nespokojenosti a úzkosti.

Komunikace

Paní Alena potřebuje, aby pečující hovořili v jednoduchých větách, srozumitelně, klidně, větu několikrát zopakovali, nemluvili direktivně – hrozí riziko odmítnutí až agrese.

Společně zazpívání starých písní od K. Gotta, K. Zicha nebo táborové písně paní Alenu příjemně naladí, ráda se i přidá.

Paní Alena mluví v krátkých větách. Nejčastěji zve všechny kolemjdoucí k sobě. Je schopná pochválit hodinky nebo svetřík, to že v televizi někdo zpívá, zazpívat s doprovodem část známé písně.

Cíl: navázání funkční komunikace, při které bude paní Alena schopna vyjádřit své potřeby.

Kroky k naplnění cíle: využití terapeutické panenky, validace, desatero komunikace s pacientem se syndromem demence, iniciační dotek na ramena pro lepší upoutání pozornosti, zpěv.

Hodnocení: v komunikaci s paní Alenou bylo důležité upozornění na nedirektivní a klidné vedení komunikace, nově byl zaveden iniciační dotek. Paní Alena se neleká, většinou přiloží svoji ruku na ruku personálu, udrží oční kontakt. Zazpívání oblíbených písní paní Aleny vede k jejímu příjemnému naladění. Klientka viditelně pozitivně reaguje na tento styl komunikace. Doporučení v komunikaci se jeví jako účinná. Zdravotním sestřím se lépe vyhodnocují potřeby paní Aleny a díky tomu mohou individualizovaně plánovat a realizovat ošetrovatelský plán péče.

Stravování

Paní Alena jí lžící, stravu potřebuje upravit, mleté maso nebo nakrájet přílohy. Má ráda sladké věci, k snídani namazaný rohlík a bílou kávu. Od vnučky je zvyklá dostávat sladkosti. Zákusky nebo polomáčené perníčky, ty má opravdu ráda. Po nástupu do Domova odmítala jakoukoliv stravu a tekutiny.

Cíl: paní Alena si udrží tělesnou hmotnost.

Kroky k naplnění cíle: využití reminiscence pro zjištění oblíbených jídel a stylu stravování, terapeutické panenky.

Hodnocení: ve stravování paní Aleny nastal největší zlom při využití terapeutické panenky. Oproti původnímu plánu péče byla vysledována pozitivní reakce paní Aleny na terapeutickou panenku, personál předvádí, že střídavě krmí panenku a současně nabízí pochutiny paní Aleně. Klientka za poslední dva měsíce přestala ubírat na váze, pravidelně užívá lékařem předepsanou medikaci.

Oblékání

Paní Alena potřebuje pomoc při výběru oblečení, při oblékání i svlékání. Pečovatelka veškeré činnosti při oblékání popisuje. Klientka je zvyklá na legíny a trička s dlouhým rukávem, při chladnějším počasí svetřík nebo vestička.

Personál s klientkou neustále komunikuje a popisuje situace. Personál může nabídnout klientce výběr mezi dvěma kusy oblečení, ale obojí musí být vhodné pro současnou teplotu prostředí. V té chvíli je paní Alena schopna spolupráce.

Cíl: paní Alena bude čistě a vhodně oblečena.

Kroky k naplnění cíle: navázání fungujícího kontaktu, pomoc při rozhodování o oblečení maximálně ze dvou kusů oblečení.

Hodnocení: v tomto bodě sebeobsluhy nebyla oproti původnímu plánu péče zavedena žádná změna.

Hygiena

Už z domova byla paní Alena zvyklá na sprchování 1x týdně. Sprchování včetně mytí vlasů a manikúry má naplánované na každé pondělí dopoledne. 1x měsíčně pedikúra (pedikérka každé 1. pondělí v měsíci, dojíždí do Domova). Během sprchování musí pečovatelka komunikovat s klientkou, vysvětlovat jednotlivé úkony. Do rozšířeného plánu péče bylo přidáno poskytnutí mycí houby, na kterou je zvyklá, sice se sama nemyje, spíš to vypadá, jako by si s ní povídala.

Stříhání vlasů po domluvě s vnučkou 1x za 2 měsíce v kadeřnictví, které je v přízemí Domova. Den a čas si v kadeřnictví domluví vnučka a při stříhání babičky si přeje být přítomna.

Ranní a večerní hygienu provádí pečovatelka na pokoji, posadí klientku k umyvadlu, poskytne jí na dosah ruky všechny pomůcky a se slovním vedením pomůže klientce s omytím rukou, obličjeje a dutiny ústní včetně obou zubních protéz. Zubní protézy si musí vyndat klientka sama, nemá ráda, když jí do úst sahá někdo jiný. Výhodou dobré spolupráce je opět přítomnost terapeutické panenky, sedící vedle umyvadla na židli. Oproti původnímu plánu péče byla do rozšířeného plánu přidána terapeutická panenka

Cíl: paní Alena má pocit čistoty, nemá strach ani úzkost.

Kroky k dosažení cíle: sledování chování a spokojenosti při úkonech hygieny, nabídnutí podpory.

| |
|--|
| Hodnocení: oproti původnímu plánu bylo v rozšířeném plánu péče doporučeno nabídnutí mycí houby klientce při koupeli a přítomnost terapeutické panenky při ranní a večerní toaletě. Pečující toto doporučení hodnotí pozitivně, klientka je při koupeli a toaletě klidná, spolupracuje. |
|--|

Vyprazdňování

Inkontinence přišla v době, kdy již paní Alena necítila ostych a přišlo jí přirozené, že jí někdo omyje a pomůcky vymění.

Paní Alena používá inkontinenční pomůcky, přes den má inkontinenční natahovací kalhotky, v noci lepicí plenu. O potřebu vyprázdnění si

klientka neřekne, na WC křeslo je potřeba pravidelně klientku posazovat a vše jí klidně popsat.

Cíl: paní Alena se bude pravidelně vyprazdňovat, nebude mít pocit diskomfortu, nebude mít porušenou kožní integritu v okolí genitálu.

Kroky k naplnění cíle: pravidelné nabízení toaletního křesla, sledování chování klientky, pravidelná výměna INKO pomůcek, péče o kůži, nabídnutí terapeutické panenky jako společnice.

Hodnocení: i zde byla oproti původnímu plánu péče s efektem použita terapeutická panenka. Pravidelné vyprazdňování pozitivně hodnotí zdravotní sestry i lékař.

Pohyb

Není zvyklá používat kompenzační pomůcky při chůzi. Doma žila v jedné místnosti, nepotřebovala tolik chodit, a když už někam šla, ráda se opírala o něčí rámě. Ze schodů poslední roky nechodila, obávala se pádu.

Klientka se s pomocí postaví u lůžka a s oporou druhé osoby ujde několik kroků, paní Alena stále nepoužívá kompenzační pomůcky, po pokoji se někoho přidržuje, mimo pokoj používá invalidní vozík. Personál popisuje, kam klientku veze, proč ji tam veze.

Cíl: zachování hybnosti a kondice bez kontraktur.

Kroky k naplnění cíle: využití reminiscence, práce s životním příběhem, pravidelná RHB a cvičení na motomedech oživené cestopisnými dokumenty a fotografiemi Hronova, České a Slovenské republiky.

Hodnocení: Z původního plánu se nepodařil naplnit cíl chůze s chodítkem. Ale pravidelné cvičení na motomedech oživené cestopisnými dokumenty vnímá paní Alena pozitivně. Personál sleduje zlepšení svalové síly nohou a lepší chuť k jídlu.

Aktivizace

V původním plánu bylo navrženo zpívání lidovek, cvičení na motomedu, společné cvičení na jídelně a individuální cvičení s RHB pracovníci.

Cíl: paní Alena se nebude nudit, trávit většinu dne na pokoji, bude si udržovat kognici

Kroky k naplnění cíle: dopoledne klientka ráda sleduje televizi z polohovacího křesla, má ráda staré písničkové pořady a animované seriály. Odpoledne, při teplém počasí ráda sedí na terase, sleduje okolí, ptáky u napáječky. Nemá ráda, když někde zůstane sama, potřebuje společnost jiné osoby.

Paní Alena nemá ráda velkou společnost lidí, proto je důležité nabízet jí aktivizace v malých skupinách do tří osob nebo individuálně. Aktivizační pracovníce si klientku bere pravidelně v úterý dopoledne na čaj do vzpomínkové místnosti. Uvaří si čaj, pracovníce paní Aleně nabídne sušenky od rodiny. Prohlížejí si společně knihy o Hronovsku a okolí, knihy a časopisy o motorismu nebo pečení. Občas se schůzky účastní i vnučka s pravnukem, zazpívají si společně známou píseň – kognitivní trénink.

Ve středu dopoledne dochází dobrovolnice na zpívání lidovek. Paní Alena si společně s ostatními klienty pobrukuje, když zná slova, ráda si zazpívá.

V pondělí po snídani se paní Alena účastní společného cvičení na jídelně, v pátek navštěvuje klientku rehabilitační pracovníce. Aktivizace je pro klientku vhodná dopoledne nebo odpoledne po svačině, kdy je odpočatá.

V úterý a ve čtvrtek odpoledne si aktivizační pracovníce odváží klientku do rehabilitační místnosti na motomed a přitom ji pouští videozáznamy nebo fotografie Hronova a okolí. Občas se této aktivitu účastní i vnučka a babičce komentuje místa, která jsou promítána v televizi.

Ze životního příběhu - jednou za měsíc v pátek je společné pečení klientů a personálu. Paní Alena zpracovává těsto, válí na vále i vykrajuje.

Pro paní Alenu je velmi uklidňující, když má možnost něco párat nebo přemotávat, proto je vhodné mít neustále na pokoji nějaká klubíčka vlny v ošatce a klientce je nabízet. A to i při sledování televize nebo sezení na terase.

Hodnocení: v aktivizacích došlo k největšímu pokroku díky novému rozšířenému plánu. Aktivizační pracovnice s aktivní účastí vnučky navázala při reminiscenci funkční kontakt s paní Alenou, sepsaly životní příběh. Společně vybraly vhodné činnosti, které by mohly vést k uspokojení klientky a podle dosavadního sledování paní Alenu naplňují.

Současný zdravotní a psychický stav

Chování paní Aleny je klidné. Zdravotní a psychický stav je uspokojivý. Měla období nespokojenosti až agrese. Toto období klientka překonala s personálem a s rodinou (vnučka a pravnuček), pomocí reminiscence, validace, aktivizace, kognitivního tréninku a terapeutické panenky, která je nyní součástí jejího života. Výhodou pro navázání funkčního kontaktu s paní Alenou byla a je spolupráce s vnučkou Michaelou. Při každodenní poradě týmu aktivizační pracovnice informuje ostatní personál o vhodných intervencích a zapisuje je do záznamového listu individuálního plánu.

6 Shrnutí a diskuse

Při porovnání plánů péče o klienty v Domově Justynka jsem došla k závěru, že nastavování plánů péče je individualizované a splňuje všechny podmínky standardů kvality sociálních služeb, ale je stručné a neosobní. Sociální pracovníce spolu s ostatními pracovníky pracují s biografií klientů, s jejich potřebami a vzájemně přepracovávají plány, ale chybí tam větší důraz na spolupráci s rodinou a nutnost aktivizací klientů s demencí.

Současný individuální plán je možné rozšířit o pozorování a práci aktivizačních pracovníků, jejich rady, jak efektivně navázat komunikaci s klienty s demencí, předávání si informací mezi pečovatelkami, zdravotnickým personálem a rodinou.

Navázání fungujícího kontaktu a spolupráce s rodinou se ukázalo jako důležité po celém období pobytu klienta v zařízení, ne pouze při nástupu do instituce. Rodiny jsou nyní zapojovány do účasti na péči, jsou zdrojem informací o klientovi a zapojení do individuálního plánování, kde najdou i svoji roli. Individuální plánování zaměřené na člověka je přínosem pro klienta, jeho rodinu i personál.

Ukázalo se, že znalost, využití a kombinování sociálně psychologických intervencí a modelů péče o osoby s demencí je přínosné pro všechny zúčastněné strany. Klient dostává takovou péči, která je důstojná, přínosná a uspokojující. Rodina má možnost zůstat zapojená do péče a cítit se stále jako partner. Pečující personál proškolený ve využívání těchto metod, je sám pracovně a citově uspokojen ze své práce a tím i motivován k dalším pracovním aktivitám.

Dobře proškolený zdravotnický personál umí využít navržené postupy komunikace a využít je v poskytování zdravotní péče. Díky tomu lépe zjišťuje a vyhodnocuje informace o zdravotním stavu a následně poskytuje individuální nefarmakologickou i farmakologickou péči zaměřenou přímo na klienta s demencí.

Česká alzheimerovská společnost prostřednictvím kritérií hodnocení kvality doporučuje, aby pečující o lidi s demencí měli znalosti a dovednosti ve všech oblastech péče.

Péče o osoby s demencí je velmi náročná a je třeba ji vykonávat s citem, empatií, dostatečnými znalostmi a dovednostmi. Aby tyto požadavky mohly být splněny, je třeba pečovat i o personál. Morálně a vědomostně vyspělý personál, který se dokáže přizpůsobit a okamžitě zareagovat na jakoukoliv změnu zdravotního a psychického stavu je základem veškeré péče. Proto se nabízejí otázky: Máme dostatečný počet personálu? Mají pečující možnost se dále a pravidelně vzdělávat? Mají pečující mezi směnami dostatek času na odpočinek? Jsou pečující dostatečně finančně ohodnoceni a motivováni?

Ukázalo se, že ani časový harmonogram stanovený pro jednotlivé úkony péče je pouze orientační. Jsou dny, kdy klient s demencí vyžaduje větší pozornost pečovatele než jindy a dny, kdy chce být sám s rodinou nebo se zabývat jinou činností. Proto časové harmonogramy jednotlivých úkonů by měly být brány pouze okrajově, pro orientační výpočet potřebného personálu, ale rozhodně netrvat na striktním dodržování.

Ukázkou kvalitní péče o klienty s demencí jsou nejen spokojení klienti, jejich rodiny, ale i stabilní neměnicí se personál.

Závěr

Možnosti využití zkušeností z individuálního plánování v ošetrovatelské praxi

Cílem mé práce bylo přinést poznatky o možnostech navázání fungujícího kontaktu s člověkem s demencí, pomocí kterého by bylo možné zkvalitnit zdravotní a ošetrovatelskou péči v poslední etapě života těchto lidí.

Jako zdravotní sestra jsem měla možnost nahlédnout do práce sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči pečujících v domově Justynka o klienty s demencí. Zdravotní sestry běžně pracují s ošetrovatelským procesem pro zajištění základních potřeb nemocných, který se skládá ze získání informací, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování a vyhodnocení průběhu a dosažení cílů. Jedná se o běžnou praxi v nemocnici, informace sestra získá od nemocného nebo rodiny nebo pozorováním. Jedná se ale o základní životní potřeby, bez navázání blízkého vztahu k nemocnému. Na intenzivnější navazování kontaktu s nemocným není v nemocnici čas, ale jiná situace je v domovech pro seniory. Cílem mé bakalářské práce bylo mimo jiné přinést poznatky o možnostech navázání fungujícího kontaktu s člověkem s demencí, pomocí kterého je možné zkvalitnit poslední roky i dny života těchto lidí. Během zpracování své bakalářské práce jsem měla možnost spolupracovat s pečovatelským personálem. Společně jsme si uvědomili, že se jedná o práci kolektivní, které se musí účastnit celý tým pracovníků, předávat si informace, a to zejména ty, které se týkají komunikace, problémů v chování a specifík péče.

Péče o seniory s demencí je velice náročná. Svojí prací se snažím upozornit, že podmínkou pro úspěšnou péči o seniory s demencí jsou dobře připravení a vzdělaní pečující, kteří dokážou navázat kontakt s klientem s demencí a s jeho rodinou a vhodnými technikami získat potřebné informace, které budou následně použity v péči o klienty.

V empirické části své práce prezentuji kazuistiku paní Aleny T. Zvolila jsem ji proto, že na ni mohu ukázat vztah mezi biografií, životním příběhem, vzpomínkami, volbou aktivit a pečovatelských přístupů, které díky těmto poznatkům mohou být maximálně individualizované a paní Aleně T. přinést klid a uspokojení v poslední etapě jejího života.

Doposud jsme individuální plánování v našem Domově Justynka realizovali podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Současné individuální plány splňují všechny požadavky standardů kvality sociálních služeb. Nicméně nedostatečně jsou popsány a využívány nefarmakologické metody péče o lidi s demencí. Přitom jsou pracovníce v sociálních službách v těchto metodách proškoleny a mohou daleko více a cíleněji při své práci s klienty pracovat s pomocí těchto technik. Na příkladu paní Aleny T. bylo vidět celkové zlepšení psychického stavu při práci se životním příběhem, reminiscencí, při použití terapeutické panenky, validací a spoluprací s rodinou.

Dále se prokázala důležitost kolektivní spolupráce zdravotnického, sociálního a pečovatelského personálu s klientem a jeho rodinou.

Souhrn

Práce se zabývá možnostmi navázání fungující komunikace mezi pečujícím personálem a člověkem s demencí v domově pro seniory.

Teoretická část se zabývá definicí demence, její diagnostikou, farmakologickou léčbou a přehledem nefarmakologických metod péče a přístupu k osobám s demencí vedoucích k zlepšení kvality péče o ně.

Empirická část je zaměřena na vytvoření rozšířeného individuálního plánu zaměřeného na člověka s demencí, kde jsou využity poznatky technik nefarmakologických přístupů jako cesta k efektivnější komunikaci s člověkem s demencí a ke zlepšení kvality jeho života.

Summary

The thesis deals with possibilities of establishing a functional communication between caring staff and a demented person in a retirement home.

The theoretical part deals with a definition of dementia, its diagnosis, pharmacological treatment and an overview of non-pharmacological caring methods and it also focuses on an access to demented persons, that leads to improving the quality of care.

The empirical part is focused on creating an extended individual plan which focuses on a demented person, where techniques of non-pharmacological methods are used, such as a way to more effective communication with a demented person and the quality improvement of his life.

Seznam použité literatury

AD Centrum, 2021. *Krátké kognitivní testy (do 30 minut)* [online]. AD Centrum: centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci. Poslední aktualizace 8. února 2021 [cit. 02.05.2021]. Dostupné z: https://www.nudz.cz/adcentrum/kratke_kognitivni_testy.html

Alzheimerova choroba v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-96-9.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2005. Treatment of dementia and agitation: a guide for families and caregivers. *A postgraduate medicine special report* [online]. January 2005 [cit. 23.03.2021]. Dostupné z: <https://www.psychguides.com/wp-content/uploads/Dementia-Handout.pdf>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2015. Co je demence [online]. © 2015 [cit. 23.03.2021]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2016. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA: péče a podpora lidem postiženým syndromem demence: P - podpora, poradenství, pomoc (prostředí pro péči, paliativní přístup): PA - programové aktivity: IA - individualizovaná asistence (individuální aktivity)*. Praha: Česká alzheimerovská společnost.

DEMPSEY, Laura et al., 2014. Reminiscence in dementia: a concept analysis. *Dementia* [online]. **13**(2), 176-192 [cit. 12.03.2021]. ISSN 1741-2684. Dostupné z: doi:10.1177/1471301212456277

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6.

FERTAĽOVÁ, Terézia, 2020. Aktivizačné techniky u chorých s demenciou. 3. díl. *Sociální služby*, **22**(11), s. 34–37. ISSN 1803-7348.

FERTAĽOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2479-4.

FILATOVA, Renáta a Kateřina JANKŮ, 2010. *Snoezelen*. Frýdek Místek: Tiskárna Kleinwächter. ISBN 978-80-260-0115-7.

FRANKOVÁ, Vanda, 2011. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2423-5.

GLENNER, Joy A., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAUKE, Marcela, 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.

HORÁČEK, Jiří et al., 2016. *Mozek a jeho člověk, mysl a její nemoc*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-283-1.

HRADILOVÁ, Adéla a Marie LUKASOVÁ, 2014. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, [2014]. ISBN 978-80-87949-03-0.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.

JANEČKOVÁ, Hana a Hana ČÍŽKOVÁ, 2021. *Reminiscence známá i neznámá - v rodině, v nemocnici, ve škole i v obci*. Praha: PASPARTA. ISBN 978-80-88290-81-0.

JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

MITCHELL, Gary a Joanne AGNELLI, 2015. Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard: official newspaper of the Royal College of nursing* [online], 30(7), 46-50 [cit. 23.03.2021]. ISSN 2047-9018. Dostupné z: DOI:10.7748/ns.30.7.46.s47

NRZP ČR, 2010. *Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence* [online]. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR [cit. 23.03.2021]. Dostupné z: <https://nrzp.cz/2010/09/27/desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence/>

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2014. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3186-8.

PROCHÁZKOVÁ, Lucie, 2012. Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi. *Prohuman: vedecko-odborný interdisciplinárny recenzovaný časopis, zameraný na oblasť spoločenských, sociálnych a humanitných vied* [online]. [cit. 22.03.2021]. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-validace-podpora-prace-s-dezorientovanymi-lidmi>

PROUTY, Garry, Dion Van WERDE a Marlis PÖRTNER, 2005. *Preterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-949-6.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

ROHANOVÁ, Eva, 2011. Maligní komunikace a maligní vzorce chování ve zdravotnických a sociálních službách. In: KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, s. 51-52. ISBN 978-80-247-4026-3.

RUSINA, Robert a Radoslav MATĚJ, 2019. *Neurodegenerativní onemocnění*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5123-1.

RŮŽIČKA, Evžen, 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-205-6.

STACPOOLE, Miranda, Amanda THOMPSELL a J. M. HOCKLEY, 2017. *Manuál pro zavedení péče Namasté: udržování kvality života osob s pokročilou demencí*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-86541-51-8.

ÚZIS, 2018. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.

VOLICER, Ladislav, Elizabeth A. BASS a Stephen L. LUTHER, 2007. Agitation and Resistiveness to Care Are Two Separate Behavioral Syndromes of Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* [online]. **8**(8), 527-532 [cit. 22.03.2021]. ISSN 1538-9375. Dostupné z: doi:10.1016/j.jamda.2007.05.005

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZGOLA, Jitka M, 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0183-9.

ZGOLA, Jitka M. a Gilbert BORDILLON, 2013. *Bon appetit: radost z jídla v dlouhodobé péči*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-86541-32-7.

Seznam příloh

| | |
|--|----|
| Příloha 1 Poruchy duševní a poruchy chování (MKN-10) | 71 |
| Příloha 2 MMSE | 72 |
| Příloha 3 MoCa test..... | 73 |
| Příloha 4 Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence..... | 77 |
| Příloha 5 Souhlas s využitím dokumentace DO Justynka Hronov | 78 |

Přílohy

Příloha 1 Poruchy duševní a poruchy chování (MKN-10)

Poruchy duševní a poruchy chování (MKN-10) F00-F09

Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F00 Demence u Alzheimerovy nemoci (G30.-+)

F00.0 Demence u Alzheimerovy nemoci s časným nástupem (G30.0+)

F00.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním nástupem (G30.1+)

F00.2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu

F00.9 Demence u Alzheimerovy nemoci NS (G30.9+)

F01 Vaskulární demence

F01.0 Vaskulární demence s akutním nástupem

F01.1 Multiinfarktová demence

F01.2 Subkortikální vaskulární demence

F01.3 Smíšená kortikální a subkortikální demence

F01.8 Jiné vaskulární demence

F01.9 Vaskulární demence NS

F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde

F02.0 Demence u Pickovy choroby (G31.0+)

F02.1 Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci (A81.0+)

F02.2 Demence u Huntingtonovy nemoci (G10+)

F02.3 Demence u Parkinsonovy nemoci (G20+)

F02.4 Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie [HIV](B22.0+)

F02.8 Demence u jiných určených nemocí zařazených jinde

F03 Neurčená demence

Zdroj: ÚZIS, 2018

Příloha 2 MMSE

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – ZÁZNAMOVÝ LIST

| | | |
|-----------------|------------------|----|
| Jméno pacienta: | Datum vyšetření: | 3. |
| | 1. | 4. |
| | 2. | 5. |

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

Zdroj: AD Centrum, 2021

Příloha 3 MoCa test

Identifikační číslo osoby: _____

Administrátor: _____

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST MoCA-CZ1

Jméno a příjmení: _____ **Datum narození:** _____

Datum vyšetření: _____ **Dominance (kroužkujte):** 1 – pravák, 2 – levák, 3 – ambidexter

Vzdělání (kroužkujte): 1 – ZŠ, 2 – SŠ bez maturity, 3 – SŠ s maturitou, 4 – VŠ **Počet let vzdělání:** _____

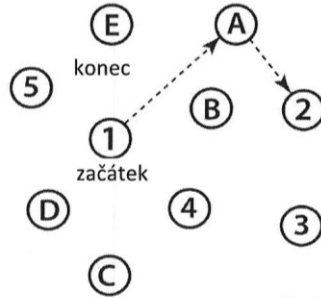
| INSTRUKCE | HODNOCENÍ | Nepovinný * skór | MoCA skór | | | |
|---|--|---|---|-----------|---------|----------------------------|
| ZRAKOVĚ-PROSTOROVÉ A EXEKUTIVNÍ ÚLOHY | | | | | | |
| 1. Zkrácený test cesty | | | | | | |
| „Spojte postupně čarou číslice a písmena. Začněte od čísla 1 směrem k A, pak od A ke 2 a tak dále a skončete u E.“ | 1 bod náleží správně propojeným číslicím a písmenům 1–A–2–B–3–C–4–D–5–E. Čáry se nesmí křížit. Bod může být přiznán i při chybném propojení, jen když se vyšetřovaný/á sání okamžitě opraví. | | /1 | | | |
| 2. Obkreslování krychle | | | | | | |
| „Okopírujte tuto kresbu co nejpřesněji na volné místo vedle ní.“ | 1 bod náleží přesné kopii krychle. Kresba musí být trojrozměrná. Žádné čáry nesmí chybět ani přebývat. Čáry by měly být rovnoběžné, přibližně stejné délky. Lze uznat kresbu kvádrů. Pokud kresba nevyhovuje těmto požadavkům, bod se neudílí. | | /1 | | | |
| 3. Test kreslení hodin | | | | | | |
| „Nakreslete hodiny. Na ciferník umístěte všechna čísla a vyznačte čas 11 hodin 10 minut.“ | Kontura _____ Čísla _____ Ručičky _____ 1 bod náleží za ciferník nakreslený jako kruh. Lze uznat drobné odchylky - např. ne zcela přesné spojení kružnice. | 1 bod se přidělí, pokud žádná čísla nechybí ani nepřebývají. Čísla musí být uvedena ve správném pořadí a ve správných kvadrantech ciferníku. Akceptují se i římské číslice. Čísla mohou být umístěna vně kontury kruhu. | 1 bod náleží za několika podmínek: Musí být zakresleny dvě ručičky ukazující správný čas. Ručičky musí vycházet ze středu ciferníku a poblíž středu ciferníku musí být spojeny. Hodinová ručička musí být zřetelně kratší než minutová. | | | |
| | | | /3 | | | |
| 4. POJMENOVÁNÍ | | | | | | |
| „Pojmenujte tato zvířata.“ | Lev _____ Nosorožec _____ Velbloud _____ | 1 bod se přidělí za každé správně pojmenované zvíře. Místo ‚velbloud‘ lze uznat i ‚dromedár‘. | /3 | | | |
| 5. PAMĚŤ – vštípění | | | | | | |
| Čtete rychlostí 1 slovo za sekundu. | | | | | | |
| 1. „Nyní vyzkoušíme Vaši paměť. Přečtu Vám seznam slov, která si máte teď zapamatovat a pak si na ně později vzpomenout. Poslouchejte pozorně. Až skončím, snažte si vzpomenout na co nejvíce slov. Na pořadí nezáleží.“ 2. „Přečtu Vám stejný seznam slov ještě jednou. Snažte si zapamatovat co nejvíce slov a poté mi je vyjmenujte, včetně těch, která jste jmenoval/a poprvé.“ „Na konci testu Vás požádám, abyste si na tato slova znovu vzpomněl/a.“ | TVÁŘ | SAMET | KOSTEL | KOPRETINA | ČERVENÁ | správně vybaveno (body) |
| | 1. pokus | | | | | * |
| | 2. pokus | | | | | |
| Zde neudě- lujte žádné body | | | | | | |
| Za každé správně vybavené slovo udělte 1 nepovinný bod. | | | | | | |
| 6. POZORNOST | | | | | | |
| A. Opakování číslic | | | | | | |
| 1. „Řeknu Vám řadu číslic. Až skončím, opakujte je ve stejném pořadí, v jakém jste je slyšel/a.“ | | 2. „Nyní Vám řeknu další řadu číslic. Až skončím, opakujte je v opačném pořadí, než jste je slyšel/a.“ | | | | |
| 2 1 8 5 4 _____ | | 7 4 2 _____ | | | | |
| Čtete rychlostí 1 číslice za sekundu. | 1 bod za správné zopakování všech číslic. | Čtete rychlostí 1 číslice za sekundu. | 1 bod za správné zopakování všech číslic pozpátku. | | | |
| | | | /2 | | | |

| B. Vytukávání písmene A „Přečtu Vám řadu písmen. Pokaždé, když řeknu písmeno A, ťukněte rukou o stůl. Když řeknu jiné písmeno, neťukajte.“ F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B Jako chyba se počítá, když testovaný ťukne při jiném písmenu, nebo neťukne při písmenu A. Přidělte 1 bod, pokud testovaný neudělá chybu, nebo se splete <u>pouze 1krát</u> . | | /1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------|---------|---------------|--------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------|-----------|--------------|------------|--------------|-------|---|------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|---|---|
| C. Odečítání sedmiček „Odečtěte od čísla 100 číslo 7 a pak pokračujte v odčítání 7, dokud Vás nezastavím.“ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____ Pokud je potřeba, instrukci řekněte ještě 1x. Počítá se každé správné odečtení 7. Každý odečet se hodnotí odděleně. Skórujte 4–5 správných odečtů = 3 body, 2-3 správných = 2 body, 1 správný = 1 bod, 0 správných = 0 bodů. | | /3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ŘEČ 7. Opakování vět „Přečtu Vám větu. Vy ji po mně zopakujete přesně tak, jak jsem ji řekl/a.“ Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. _____ „Nyní Vám přečtu další větu. Opakujte ji po mně přesně tak, jak jsem ji řekl/a.“ Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schovává pod gauč. _____ 1 bod za každou správně opakovanou větu. Odpověď musí být přesná. Nelze uznat vynechání, nahrazení nebo přidání slova. | | /2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Slovní produkce na počáteční písmeno „K“ „Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají určitým písmenem. Můžete vyjmenovávat jakákoliv slova. Nesmíte však říkat vlastní jména a názvy (např. Barbora, Bratislava) a slova, která se liší pouze koncovkou (např. malba, malíř, malovat). Po 1 minutě Vás zastavím. Jste připraven/a? (pauza) Vyjmenujte co nejvíce slov, která začínají písmenem K. Teď.“ (Po uplynutí 60 sekund.) „Stop.“ Slova můžete zaznamenávat na zadní stranu listu pro pacienta. Počet všech slov: _____ Počet správných slov: _____ Přidělte 1 bod, pokud vyšetřovaný vyjmenuje 11 a více slov během 1 minuty. | | /1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. ABSTRAKCE Nácvik „Řekněte mi, co mají společného pomeranč a banán.“ Po špatné odpovědi se zeptejte max. 1x: „Co mají ještě jiného společného?“ Pokud vyšetřovaný neodpoví správně, řekněte: „Ano, ale obojí je také ovoce.“ Správná odpověď (obojí je ovoce) se neboduje. 1. „Nyní mi řekněte, co mají společného vlak a bicykl.“ 2. „Nyní mi řekněte, co mají společného hodinky a pravitko.“ 1 bod za odpověď: dopravní prostředky, způsoby cestování, oběma můžete jet na výlet. Jiné odpovědi jsou špatné. 1 bod za odpověď: nástroje na měření, používají se k měření. Jiné odpovědi jsou špatné. | | /2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. PAMĚŤ – oddálené vybavení „Před několika minutami jsem Vám přečetl/a seznam slov. Řekněte mi co nejvíce slov, která si z něj pamatujete.“ Oddálené vybavení bez nápovědy lze doplnit vybavením s nápovědou. Ke každému slovu, které vyšetřovaný nevybavil, poskytněte kategoriální nápovědu. Pokud ani tak slovo nevybaví, poskytněte nápovědu výběrem ze 3 možností. | | /5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| „V seznamu, který jsem Vám četl/a, byl/a (doplněte kateg. nápovědu)...?“ „Které z následujících slov tam podle Vás bylo (nápověda výběrem)...?“ | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>TVÁŘ</th> <th>SAMET</th> <th>KOSTEL</th> <th>KOPRETINA</th> <th>ČERVENÁ</th> <th>vybaveno slov</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bez nápovědy</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kategoriální nápověda</td> <td>část těla</td> <td>druh tkaniny</td> <td>typ stavby</td> <td>druh květiny</td> <td>barva</td> <td>*</td> </tr> <tr> <td>Nápověda výběrem</td> <td>nos tvář ruka</td> <td>pytlovina bavlna samet</td> <td>kostel škola nemocnice</td> <td>růže kopretina tulipán</td> <td>červená modrá zelená</td> <td>*</td> </tr> </tbody> </table> | | TVÁŘ | SAMET | KOSTEL | KOPRETINA | ČERVENÁ | vybaveno slov | Bez nápovědy | | | | | | | Kategoriální nápověda | část těla | druh tkaniny | typ stavby | druh květiny | barva | * | Nápověda výběrem | nos tvář ruka | pytlovina bavlna samet | kostel škola nemocnice | růže kopretina tulipán | červená modrá zelená | * | * Nepřiděluje žádný bod do skóru MoCA! * |
| | TVÁŘ | SAMET | KOSTEL | KOPRETINA | ČERVENÁ | vybaveno slov | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bez nápovědy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kategoriální nápověda | část těla | druh tkaniny | typ stavby | druh květiny | barva | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nápověda výběrem | nos tvář ruka | pytlovina bavlna samet | kostel škola nemocnice | růže kopretina tulipán | červená modrá zelená | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. ORIENTACE „Kolikátého je dnes?“ datum _____ rok _____ místo _____ město _____ měsíc _____ den v týdnu _____ „Nyní mi řekněte přesný název tohoto místa a město, ve kterém jsme.“ Pokud zkušební neuvede celou odpověď, zeptáme se doplňujícími otázkami. „Řekněte mi, jaké je dnes přesné datum, měsíc, rok, den v týdnu?“ Nelze uznat odchylku 1 dne. 1 bod za každou správnou odpověď. Odpovědi musí být přesné - přesný název nemocnice či kliniky. | | /6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Převod do češtiny a graf. úprava: Doc. MUDr. A. Bartoš, PhD, Bc. H. Orlíková, 2012. Původní zdroj: MOCA 7.1, © Z. Nasreddine MD, www.mocatest.org. | | 218 CELKEM jen pole označena * *1b těm, kteří mají 10-12 let vzdělání, *2b těm, kteří mají 4-9let vzdělání; norma >26/30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

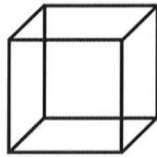
Příjmení nebo identifikační číslo osoby: _____

LIST PRO VYŠETŘOVANÉHO

Test cesty

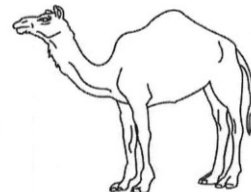
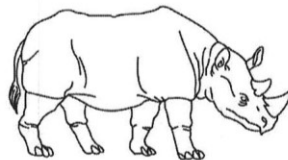
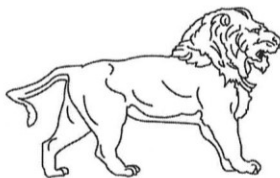


Okopírujte krychli.



Nakreslete hodiny, které ukazují jedenáct hodin deset minut.

Pojmenování



ZÁZNAMOVÝ ARCH SLOVNÍ PRODUKCE

| Počet | K |
|-------|---|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |
| 16 | |
| 17 | |
| 18 | |
| 19 | |
| 20 | |

| Počet | K |
|-------|---|
| 21 | |
| 22 | |
| 23 | |
| 24 | |
| 25 | |
| 26 | |
| 27 | |
| 28 | |
| 29 | |
| 30 | |
| 31 | |
| 32 | |
| 33 | |
| 34 | |
| 35 | |
| 36 | |
| 37 | |
| 38 | |
| 39 | |
| 40 | |

Opakování si můžete zvýraznit přeškrnutím čísla vlevo a písmenem „O“ vpravo od slova (např. ~~kyvadlo~~ O).

Slova mimo podmínky si můžete zvýraznit přeškrtnutím čísla.

| | |
|----------------|--|
| Celkem správně | |
| Opakování | |
| Mimo podmínky | |



*Převod do češtiny a grafické zpracování tréninkové verze: Doc. MUDr. Aleš BARTOŠ, Ph.D., Bc. Hana ORLÍKOVÁ. Ke stažení z www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum. Převod a úpravy byly schváleny kontrolou zpětného překladu do angličtiny původním autorem Dr. Nasreddine.
Zdroj původní české verze: Reban J. Montrealský kognitivní test (MoCA): přínos k diagnostice predmenci. Čes Ger Revue 2006; 4: 224-229.
Původní zdroj: Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charboneau S, Whitehead V, Collin I et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J. Am. Geriatr Soc 2005; 53(4): 695-699.*

Příloha 4 Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
5. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
6. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.
7. Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
8. Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila.
9. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
10. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

Zdroj: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2006

Příloha 5 Souhlas s využitím dokumentace DO Justynka Hronov

Vážená paní
ing. Jitka Ansorgová
Ředitelka DO Justynka Hronov

V Hronově dne 5.11. 2020

Věc: Žádost o souhlas s využitím dokumentace DO Justynka Hronov

Dovoluji si Vás požádat o povolení nahlížení a využití zdravotní a sociální dokumentace DO Justynka pro vypracování empirické části mé bakalářské práce. Téma bakalářské práce je komunikace s klientem s demencí v domově pro seniory.

K využití dokumentace jsem dostala předběžný souhlas klientky i její rodiny. Vedoucí mé bakalářské práce je PhDr. Hana Janečková, PhD.

Předem děkuji
Dana Hrachová



Domov odpočinku ve stáří
"Justynka"
Komenského nám. 212
549 31 HRONOV
IČO 627 26 226

