UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou nemocí

Social work with people with Alzheimer's disease

Vedoucí práce: Autor:

Prof. PhDr. Beáta Krahulcová CSc. Anna Otavová

Praha 2012

Anotace

Bakalářská práce na téma „Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou‘‘ se věnuje problematice Alzheimerovy demence, její diagnostice. Tato práce věnuje pozornost hlavně terapii Alzheimerovi nemoci a také sociální práci s klientem, který touto chorobou trpí. V úvodu jsou vymezeny některé pojmy důležité pro sociální práci. Dále se tato práce věnuje dalším druhům demence pro lepší porozumění této problematice. Praktická část je věnována testu MMSE, pomocí kterého je demence diagnostikována.

Annotation

Bachelor’s work on the topic „Social work with people with Alzheimer’s disease is devoted to problems with Alzhemer’s dementia, her dignosis. This work devote care especially to therapy of Alzheimer’s disease and social work with klient, who suffer from this disease. In the introduction are defined some important conceptios for social work. This work is devoted to another sorts of dementia for better understanding this problems. Practical part is devoted to MMSE test, by means of this is dementia diagnosed.

Klíčová slova

Sociální práce, sociální pracovník, sociální práce se seniory, demence, Alzheimerova demence, terapie

Keywords

Social work, social worker, social work with seniors, dementia, Alzheimer’s dementia, therapy

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla umístěna v Ústřední knihovně Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 27. června 2012 Anna Otavová

Obsah

OBSAH……4

ÚVOD……..6

1.TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE……..7

1.1 Sociální práce……7

1.1.1 Definice……..7

1.1.2 Cíle sociální práce……..7

1.2 Sociální pracovník…….....8

1.2.1 Kompetence sociálního pracovníka……..8

1.2.2 Přístupy k praxi……9

1.2.3 Typy sociálních pracovníků…….....10

1.2.4 Předpoklady a dovednosti sociálního pracovníka……10

1.3 Profesní etika…….....12

1.3.1 Pojmy související s profesní etikou……..12

1.3.2 Etické teorie……12

1.3.3 Etický kodex…….....13

1.4 Syndrom vyhoření……13

1.4.1 Definice…….....13

1.4.2 Vznik syndromu vyhoření……13

1.4.3 Projevy syndromu vyhoření……..14

1.4.4 Prevence syndromu vyhoření……15

1.5 Syndrom pomáhajících……...16

1.6 Případová práce……16

1.7 Komunikace s klientem……17

2.POTŘEBY SENIORŮ A PRÁCE S NIMY……..18

2.1 Potřeby seniorů……19

2.2 Práce se seniorem ve zdravotnickém zařízení……19

2.3 Propuštění pacienta z akutní péče……20

2.4 Práce s rodinou seniora…….....20

2.5 Sociální práce se seniorem……21

3.DEMENCE……..23

3.1 Definice demence……23

3.2 Formy demence…….....23

3.3 Sekundární demence……24

3.4 Vaskulární demence……25

3.5 Atroficko – degenerativní demence……25

3.6 Další rozdělení demencí……..26

3.7 Stadia demence……26

3.8 Diagnostika demence…….....27

3.9 Prevence demence……...28

4.ALZHEIMEROVA DEMENCE……29

4.1 Charakteristika Alzheimerovy demence…….....29

4.2 Stádia Alzheimerovy demence……29

4.3 Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou demencí……30

4.4 Terapie Alzheimerovy demence…….....30

4.4.1 Farmakologické aspekty terapie Alzheimerovy demence…….....30

4.4.2 Nefarmakologické aspekty terapie Alzheimerovy demence…….....31

4.5 Práce se seniory s Alzheimerovou demencí……...34

4.5.1 Terapie s pacienty s Alzheimerovou demencí……..35

4.5.2 Komunikace s pacienty s Alzheimerovou demencí……..35

4.5.3 Motivace pacientů s Alzheimerovou demencí……..36

5.Mini – mental state examination (MMSE)……..…38

5.1 Charakteristika……...38

5.2 MMSE dotazník……38

ZÁVĚR…….....45

RESUMÉ……46

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY……47

SEZNAM PŘÍLOH…….....48

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala na základě svého zájmu o tuto problematiku.

Otázka seniorů je v naší společnosti velmi problematická. Stále se ještě můžeme setkat s názorem, že starší lidé jsou neproduktivní, nemocní a vůbec, že jsou zátěží pro společnost. Už dávno je pryč doba, kdy úcta ke staršímu byla samozřejmostí a kdy si lidé byli vědomi toho, že starší člověk má více zkušeností, ze kterých bychom měli vycházet a mohli bychom se z nich poučit.

Mnoho lidí však stále nevidí, že senioři mohou vést spokojený, plnohodnotný, společenský život, pokud mu to umožníme. I nemocní starší lidé mohou vést takovýto život, pokud o ně pečujeme. Mezi ta nejzávažnější onemocnění patří demence.

Stále ještě je však demence podceňována a její příznaky se neberou vážně, protože jsou přičítány věku. Proto se mnohdy nemocný senior dostane k lékaři až v pozdějším stádiu, kdy je péče o něj náročnější. Měla jsem možnost praxe v Psychiatrické léčebně v Bohnicích na gerontologickém oddělení, kde jsem pracovala s pacienty trpící demencí. Práce s nimi je opravdu náročná.

Proto je třeba dbát na informovanost a edukaci společnosti, aby demence byla včas diagnostikována a senioři mohli co nejdéle zůstat ve svém domácím prostředí a aby mohly co nejdéle vést smysluplný život.

.

1. Terminologické vymezení sociální práce

1.1 Sociální práce

1.1.1 Definice

„Sociální práce je společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.“ (MATOUŠEK a kol., 2001, s. 11)

1.1.2 Cíle sociální práce

Cíle vymezila Americká asociace sociálních pracovníků. Je to podpora schopnosti klienta při řešení problému, přizpůsobení se nárokům a vývoj klienta. Dále je cílem zprostředkování klientovi kontakt s agenturami, které mu poskytnou zdroje, služby a různé potřebné příležitosti. Sociální práce také napomáhá tomu, aby systémy, které podporují klienty, pracovaly efektivně a humánně. A posledním cílem je rozvoj a zlepšování sociální politiky. (Matoušek a kol., 2008)

1.2 Sociální pracovník

„Sociální pracovník pracuje:

- *s klienty, s jejich rodinami, příp. za svůj případ považuje celou rodinu;*
- *s přirozenými skupinami, např. s partami mládeže na městském sídlišti;*
- *s uměle vytvořenými skupinami, jakými jsou např. školní třídy nebo skupiny lidí trávící život v ústavu sociální péče či ve vězení;*
- *s organizacemi, buď řídí činnost agentur poskytujících sociální služby, nebo vstupuje jako expert do organizací a pomáhá v nich řešit problémy, které je kompetentní řešit, např. formou supervize;*
- *s místními komunitami, tj. s lidmi žijícími v jednom místě;*
- *jako expert i při přípravě některých zákonů a vyhlášek, v jiných případech se jako oponent k takovým návrhům vyjadřuje.“* (Matoušek a kol., 2008, s. 13)

1.2.1 Kompetence sociálního pracovníka

Rada pro vzdělávání v sociální práci je formuluje takto:

- uplatňování dovednosti kritického myšlení v pracovním kontextu a umění uplatňování teorie v praxi
- práce v souladu s etikou sociální práce
- schopnost profesionálního využívání vlastní osobnosti
- porozumění různým formám útlaku a znalost strategií, kterými je možno dosáhnout sociální a ekonomické spravedlnosti
- znát historii sociální práce a současnou podobu

- uplatňování svých znalostí při práci s cílovými skupinami
- uplatňování svých znalostí při práci se specifickými problémy
- kritická analýza a uplatňování znalostí biopsychosociálních činitelů ovlivňujících vývoj jedince, porozumění interakci mezi jednotlivci a sociálními systémy
- analýza vlivu sociální politiky na život klientů, sociálních pracovníků i sociálních organizací, prokázání schopnosti ovlivňovat zásady sociální politiky
- hodnocení výsledků relevantního výzkumu a uplatňování v praxi
- umění zhodnocení vlastní činnosti a činnosti jiných subjektů
- komunikace s různými typy klientů, kolegů a s veřejností
- umění poskytovat supervizi a konzultace v oblasti vlastní specializace
- umění práce ve struktuře organizace a v systému poskytování sociálních služeb a prosazování nutných organizačních změn

„Sociální pracovník by měl dokázat ve prospěch svého klienta mobilizovat zdroje různých druhů, lidské i materiální.“ (Matoušek a kol., 2008, s. 16) Přirozenou podporou je rodina, přátelé, místní komunita, zdrojem je stát, který představují správní orgány, orgány samosprávy, různé organizace a kulturní a vzdělávací instituce.

1.2.2 Přístupy k praxi

Defenzivní praxe spočívá v práci sociálního pracovníka, kterou vykonává podle předpisů a plní své povinnosti, které stanovil zaměstnavatel či zákon. Sociální pracovník si přetváří klienta tak, aby vyhovoval těmto postupům, místo toho, aby se pracovník přizpůsobil klientovým potřebám.

Reflektivní praxe znamená, že sociální pracovník se snaží své znalosti, hodnoty a dovednosti využívat v praxi. Takovýto sociální pracovník je schopný nést odpovědnost za svá rozhodnutí.

1.2.3 Typy sociálních pracovníků

Angažovaný sociální pracovník projevuje své osobní morální hodnoty. S klienty pracuje s respektem a s empatií. Chápe své poslání tak, že má o klienta pečovat a jedná s ním jako s přítelem. Zde se ale může vytvořit osobní vztah s klientem nebo může dojít k syndromu vyhoření.

Radikální také projevuje osobní hodnoty, ale jedná tak, protože se snaží o změnu v zákonech a praxi, které se mu zdají nespravedlivé.

Byrokratický pracovník manipuluje s klienty, aby je mohl změnit. Vytváří si iluzi péče o klienta.

Profesionální je ve svém oboru vzdělaný, řídí se etickým kodexem. Důležité jsou pro něj zájmy a práva klienta. Tento sociální pracovník považuje klienta za aktivního spolupracovníka.

1.2.4 Předpoklady a dovednosti sociálního pracovníka

Zdatnost a inteligence – pomáhání druhým je těžké a vysilující, pracovník by proto měl respektovat své tělo a udržovat se v dobré fyzické kondici. Také by se měl snažit stále si doplňovat své znalosti. Také je důležité mít sociální a emoční inteligenci.

Přitažlivost – nevyplývá jen z fyzického vzhledu, ale také z různých myšlenkových a rozumových příbuzností. Může být také přitažlivý pro svou pověst nebo pro jeho jednání s klienty.

Důvěryhodnost – *„S. R. Strong (1968) uvádí, že důvěryhodnost se skládá z toho, jak klient vnímá pracovníkův smysl pro čestnost, jeho sociální roli, srdečnost a otevřenost i nízkou motivaci pro osobní prospěch.“* (Matoušek a kol., 2008, s. 53) Složky, které napomáhají důvěryhodnosti pracovníka, jsou:

- diskrétnost – to, co klient řekne, se nikdo jiný nedozví

- spolehlivost – to, co pracovník řekne, je pravda

- využívání moci – pracovník se bude klientovi věnovat, pokud se mu svěří

- porozumění – pracovník se snaží klienta pochopit, pokud klient o sobě vypráví

Důvěryhodnost má podobné zdroje jako přitažlivost. Jde tedy o vzhled, pověst, chování pracovníka.

Komunikační dovednosti – jsou velmi důležité pro navázání vztahu s klientem a řešení jeho problému. *„Ke čtyřem základním dovednostem v této oblasti G. Egan (1986) počítá:*

- *fyzickou přítomnost – často pracovník účelně pomáhá klientovi už jen tím, že se s ním setkává, fyzicky i psychologicky;*

- *naslouchání – představuje schopnost přijímat a rozumět signálům, které klient vysílá, ať již jde o signály verbální, neverbální, vyjádřené otevřeně, nebo skrytě;*

- *empatii – představuje vhled do světa klienta, vcítění se do jeho uvažování a pocitů, do jeho problémů; představuje schopnost reagovat na jeho chování s porozuměním;*

- *analýzu klientových prožitků – schopnost nalézt, vyjádřit a popsat klientovy zážitky, chování a pocity, což vše umožňuje během zvládání klientových problémů pracovat konstruktivně.“* (Matoušek a kol., 2008, s. 53)

Dobrým sociálním pracovníkem je ten, u něhož jsou jeho neverbální projevy harmonizované s tím, co říká, bez přílišného přemýšlení.

Velmi důležité je zúčastněné naslouchání. Cílem je porozumění. Má tři složky. První je umění pozorovat neverbální projevy klienta, dále schopnost naslouchání a chápání klientova verbálního sdělení a poslední složkou je sledování všech projevů klienta i mimo poradenský rozhovor.

Empatie je podle Matouška umění se vcítit do pocitů a jednání druhé osoby, je to součást emoční inteligence. Je spojena s nasloucháním a vnímáním neverbální komunikace. Vyvíjí se od útlého věku a může se rozvíjet tréninkem. Je velmi důležitá pro úspěšnou práci s klientem.

1.3 Profesní etika

1.3.1 Pojmy související s profesní etikou

Morálka usměrňuje lidské jednání, slouží k rozlišování správného a nesprávného a podle toho jedinec jedná. Má individuální i sociální podobu. Vyžaduje někdy kritickou revizi, která přispívá k vývoji morálky v rámci sociálního řádu.

Hodnoty vycházejí z morálky. Jsou normativními standartami, které ovlivňují naše rozhodování v jednání.

Etika studuje morálku a rozumově odůvodňuje morální jednání. Je to věda, která zkoumá hodnoty a mravní jednání jednotlivce i celé společnosti.

Profese je povolání, které je podložené odbornou přípravou.

1.3.2 Etické teorie

Teorie přirozeného zákona je ovlivněna náboženskou tradicí judaismu, křesťanství a řeckou filozofií. *„Cílem je kultivace lidské přirozenosti směrem k dokonalosti skrze přirozený mravní zákon, který je daný Bohem. Tento zákon je věčný a neměnný, je obsažený v přírodě i v představě Boha.“* (Matoušek a kol., 2008, s. 26) Tato teorie v sobě obsahuje přirozené ctnosti a kontext příkazů a milosrdenství od Boha.

Deontika je naukou o povinnostech. Je zde přesvědčení o tom, že jednání je morální nebo nemorální samo o sobě a je nezávislé na následcích. Důležitý je úmysl a ne jednání.

Utilitarismus vyjadřuje, že žádné jednání není ani dobré ani špatné. Důležité jsou následky. Člověk by se měl snažit vytvořit co nejvíce dobra pro všechny, kterých se toto jednání týká.

Antiopresivní teorie analyzuje zdroje útlaku některých menšin a prosazuje řešení těchto problémů za aktivní účasti takto postižených

1.3.3 Etický kodex

Etický kodex v České republice vydala Společnost sociálních pracovníků v roce 1995. Etický kodex je důležitý především proto, aby vymezil hranice a kompetence sociálního pracovníka, ochránil klienty před zneužitím moci a ochránil sociální pracovníky před syndromem vyhoření.

1.4 Syndrom vyhoření

1.4.1 Definice

„Syndrom vyhoření je soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu. Pracovníkem zde míníme jak profesionála, tak dobrovolníka." (Matoušek a kol., 2008, s. 55) Tento syndrom k pomáhajícím profesím patří, prakticky u každého pracovníka se po nějaké době objeví některé projevy. Příčinou vzniku syndromu vyhoření je kladení zvláštních nároků na pracovníka, vyžadujících intenzivní kontakt s lidmi, kteří využívají sociální služby.

1.4.2 Vznik syndromu vyhoření

„K rozvoji syndromu vyhoření specificky přispívají pracoviště:

- *kde není věnována pozornost potřebám personálu;*
- *kde noví členové nejsou zacvičeni personálem zkušeným;*
- *kde neexistují plány osobního rozvoje;*
- *kde chybí supervize;*
- *kde pracovník nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, na jaké potíže při práci narazil, a poradit se sním o možných řešeních;*
- *v nichž vládne soupeřivá atmosféra;*

- *v nichž spolu rivalizuje několik znepřátelených skupin pracovníků (které navíc do svých konfliktů zaplétají i klienty);*
- *se silnou byrokratickou kontrolou chování personálu, příp. i klientů.“* (Matoušek a kol., 2008, s. 57)

Významným faktorem je míra zátěže, jíž představuje počet klientů, se kterými musí pracovník pracovat v určitém období. Pokud pracovník očekává plnou seberealizaci, je spokojený jen, když je mu dán potřebný prostor a přijatelné množství pravidel požadovaných v organizaci.

1.4.3 Projevy syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se projevuje změnou chování sociálního pracovníka. Může vzniknout velmi rychle po té, co pracovník nastoupí do zaměstnání.

Projevy tohoto syndromu podle Matouška jsou:

- neangažovaný vztah ke klientům, pracovník se snaží vyhýbat delším a intenzivním kontaktům s klienty
- lpění na zavedených postupech, pracovník ztrácí citlivost pro potřeby klientů a schopnost přistupovat k práci tvořivě
- pracovník věnuje své práci jen nutné minimum energie
- preferuje administrativní činnosti před těmi, které vyžadují kontakt s klientem
- při uvažování o účinnosti služby nebo o budoucnosti klientů je skeptický
- má často pracovní neschopnost nebo neplacené volno
- omezuje kontakt s kolegy
- má pocity vyčerpání

- ojediněle zneužívá klienty

Syndrom vyhoření se může vyvíjet stupňováním těchto projevů nebo se může projevovat v cyklech.

1.4.4 Prevence syndromu vyhoření

„Prevencí syndromu vyhoření je:

- *kvalitní příprava na profesi zahrnující výcvik v potřebných sociálních dovednostech i dostatečně dlouhou praxi s klientelou srovnatelného typu, s jakou se pak pracovník setká v instituci, kde bude působit;*
- *jasná definice poslání organizace a metod práce, s nimiž se nastupující pracovník důkladně seznámí;*
- *jasná definice personální role pracovníka a náplně práce;*
- *existence systému zácviku nových pracovníků;*
- *možnost využít profesionálního poradenství poskytovaného zkušeným odborníkem ve vlastní instituci nebo jinde;*
- *existence programů osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání pracovníků ze strany instituce, v níž jsou zaměstnáni;*
- *průběžná supervize;*
- *případové konference v jedné instituci nebo s účastí pracovníků několika spolupracujících institucí;*
- *omezení počtu případů, s nimiž je jeden pracovník v kontaktu během určité doby;*
- *nasazení více pracovníků v náročných programech se skupinami klientů;*

- *organizování programů, při nichž se klienti dostanou do jiného prostředí (např. pobytů v přírodě) a personál při nich může objevit jejich skryté charakteristiky;*
- *omezení administrativní zátěže spojené s prací s klienty;*
- *omezení pracovního úvazku;*
- *kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi, jež nezahrnují přímou práci s klienty.“* (Matoušek a kol., 2008, s. 58)

1.5 Syndrom pomáhajících

„Syndrom pomáhajících je podle W. Schmidbauera (2000) specifická narcistická porucha, jejímž prostřednictvím pracovník v pomáhající profesi řeší, většinou nevědomě, své rané trauma odmítnutého dítěte. Trpí hladem po porozumění a po uznání. Pokud je pomáhající profese provozována bez supervize, jen prohlubuje tuto nekončící a nenasytnou touhu po vděčnosti a obdivu. Syndromem pomáhajících podle Schmidbauera netrpí jen jednotlivci, ale celé instituce – zdravotnické, pedagogické a sociální.“ (Matoušek a kol., 2008, s. 59)

V povolání pomáhajícího je důležitá soustavná supervize, protože při této práci se nemůže řídit pouze svědomím. Jediným prostředkem v předcházení syndromu pomáhajících je dlouhodobý a důkladný výcvik a soustavná supervize, která bude po celou dobu vykonávání pomáhající profese.

1.6 Případová práce

Pro případovou práci je nejdůležitější pochopit jedince a všechny faktory, které ho ovlivňují (těmi jsou rodina, společnost i kultura). Důležité jsou také role, které člověk zastává ve své kultuře, ve své sociální skupině, ve které žije. Každý člověk je jedinečný a má právo se sám rozhodovat, z toho musí sociální pracovník vycházet.

Práce sociálního pracovníka spočívá v zprostředkovávání potřebných sociálních služeb klientům. Proto pracovník musí znát nejrůznější sociální instituce, jejich poslání a možnosti, aby na ně mohl klienta odkázat. Také musí znát a být napojen na jiné odborníky, kteří se specializují na určité typy klientů a mají možnost jim lépe pomoci.

1.7 Komunikace s klientem

Rozhovor je dorozumíváním mezi dvěma nebo více lidmi. Je důležité, aby lidé, kteří spolu hovoří, se navzájem pochopili nebo si poskytli rady či zpětnou vazbu. Projev jedince musíme vždy vnímat jako celek, protože nejde jen o verbální komunikaci, ale i o neverbální.

V případové práci je rozhovor důležitý proto, aby sociální pracovník zjistil, co klient potřebuje a co je schopný pro řešení svého problému udělat. Sociální pracovník se musí naučit naslouchat, a aby mohl dále klienta povzbuzovat, musí umět aktivní naslouchání.

Aktivní naslouchání poskytuje klientovi zpětnou vazbu. Děje se tak objasňováním, reflektováním nebo shrnováním. Díky aktivnímu naslouchání si sociální pracovník může ujasnit, co klient skutečně potřebuje, jaký je jeho skutečný problém. Klient tak získá potřebnou zpětnou vazbu, může se lépe vyjádřit a dostává se mu pocitu porozumění.

Neverbální komunikace doprovází mluvený projev člověka a může o něm mnoho prozradit, protože je většinou bezděčné. Neverbální komunikace dokresluje příběh klienta, který potřebuje pomoc.

2. Potřeby seniorů a práce s nimi

Seniorem se člověk stává po dosažení 65 let věku. V naší společnosti se bohužel stále ještě někteří lidé domnívají, že senior je neaktivní a neproduktivní. A také se předpokládá, že bude mít zdravotní potíže a ztratí svou soběstačnost. Pro společnost jsou, podle jejich názoru, takovýto jedinci zbyteční a jsou pro ni zátěží.

Je ale důležité vědět, že věk sám o sobě nezpůsobuje zvýšenou potřebu péče. Ta je důležitá až v různých situacích, které způsobují sociální nebo zdravotní problémy. Proto se sociální práce musí zaměřit na nejvíce ohrožené staré lidi, kterými jsou velmi staří, osamělí, dlouhodobě nemocní, propuštění z nemocnice, trpící demencí nebo ti, kteří jsou vystavováni špatnému zacházení.

Práce sociálních pracovníků spočívá v péči o ty seniory, u kterých jejich zdravotní stav způsobuje pokles různých funkčních schopností organismu a soběstačnosti. To omezuje schopnost člověka uspokojovat své potřeby a udržovat kontrolu nad svým životem, na kterou byl zvyklý.

Sociální práce se seniory má určité zvláštnosti a problémy. Musíme si uvědomit, že nelze mít ostrou hranici mezi sociální a zdravotní péčí, protože často zhoršení zdravotního stavu může vést k větší potřebě sociální péče. Proto by se měla sociální a zdravotnická péče prolínat. Ale může to být i naopak, sociální změny můžou mít velkou zátěž na jeho zdraví. Sociální práce musí být kvalitní i tehdy, kdy má klient problémy s komunikací, kterou mu způsobil jeho zdravotní stav. Nejdůležitější při práci se seniorem je vytvořit pocit bezpečí a jistoty, protože to jsou nejzákladnější potřeby těchto lidí. Často je také důležité, aby sociální pracovník pracoval s rodinou klienta a pomohl pečujícím rodinným příslušníkům.

2.1 Potřeby seniorů

S přibývajícím věkem se mohou objevit i nějaké životní změny. Každá zátěž ovlivňuje uspokojování potřeb a tyto potřeby se mohou měnit.

U seniorů jde o potřebu místa, která vyjadřuje potřebu mít své místo v životě. Dále potřeba bezpečí a ochrany, díky ní může být senior sám sebou a může se spolehnout, že pokud bude potřebovat pomoc, bude mu poskytnuta. Potřeba podpory seniora povzbuzuje a dovoluje mu vyslovit svá přání. U seniorů je to především podpora citová, tělesná, společenská a finanční. Potřeba péče a výživy není jen přijímání jídla, ale jde o podněty pro život, to znamená, že senior potřebuje vhodnou péči, a také by mu měly být poskytnuty důležité informace. A dále je tu potřeba hranic a limitů. To znamená, že senior potřebuje znát hranice vlastních možností, co umí a co dokáže změnit. To pak vede k pocitu důvěry ve své schopnosti, senior má pak pocit spokojenosti, je vyrovnaný.

2.2 Práce se seniory ve zdravotnických zařízeních

Představa lékařů je taková, že práce sociálního pracovníka je mezi pacientem a jeho rodinou. Senior, který je přijat do nemocnice, je ohrožený svým zdravotním stavem a tento stav může vést k trvalému snížení jeho soběstačnosti. Pokud je pacient z lékařského hlediska stabilizován, je dále potřeba zajistit mu dostatek další zdravotní péče, dostatek informací a zajistit mu návrat do jeho přirozeného prostředí nebo přechod do jiné instituce. Těchto rozhodovacích procesů by se měl účastnit i pacient. Pak by mělo následovat konkrétní řešení situace pacienta. Protože pokud proces propuštění pacienta z nemocnice není zvládnut, může dojít ke zhoršení zdravotního stavu, k další hospitalizaci a k prohloubení nesoběstačnosti seniora. Proto musí být řešení pacientovi situace komplexní a musí být posilovány a respektovány klientovy zachované schopnosti. Proto musí být v celém procesu respektována přání pacienta nebo jeho rodiny.

2.3 Propuštění pacienta z akutní péče

,,Proces propouštění by měl svým tempem, způsobem komunikace, způsobem podávání informací, způsobem zapojení dalších osob a formou následné péče odpovídat potřebám a zdravotnímu stavu pacienta. Jeho základem by měl být propouštěcí plán, jehož tvorba má začínat již přijetím rizikového pacienta na lůžko.'' (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005, s. 166) Podle možností by se měl tohoto procesu účastnit i sám pacient.

Propuštění pacienta by mělo být odborně kvalifikované a citlivé, mělo by respektovat pacientovu důstojnost, právo na dostatek informací a právo se rozhodovat.

Sociální pracovník musí správně zvážit, jaká jsou sociální rizika, která mohou ovlivnit propuštění pacienta. Musí také být zvážena potřeba a nejvhodnější způsob následné zdravotní péče.

Pokud není návrat pacienta do jeho přirozeného prostředí možný, musí se najít jiné řešení. Ve většině případů to bývá umístění pacienta do zařízení sociální péče. Sociální pracovník proto musí mít přehled o těchto zařízeních sociální péče a musí mít co nejvíce informací o jejich službách, charakteru, dostupnosti a kvalitě.

Sociální pracovník musí pacienta při přechodu do zařízení sociální péče dobře připravit, protože se jedná o velkou změnu v životě seniora. Musí pacienta podpořit a poskytnou mu dostatek informací. Pokud pacient spolupracuje, dobrovolně se pro přechod rozhodne a má možnost si vybrat vhodné zařízení, je to dobrý předpoklad k zvládnutí adaptačního procesu. Protože adaptace na nové prostředí u staršího člověka je velmi riziková, měla by se tomu věnovat náležitá pozornost. Nejdůležitější je zájem pacienta nikoli institucí.

2.4 Práce s rodinou seniora

Pokud se má pacient vrátit do domácího prostředí, musí se také pracovat s jeho rodinou. Rodina by měla být zapojena do celého procesu a měla by být u sestavování plánu propuštění pacienta. Plán propuštění by měl být založen na spolupráci s rodinou a musí respektovat potřeby pacienta, ale i jeho rodiny.

Rodiny musí být informovány o možnostech finanční podpory, na které mají nárok, a jak je lze žádat. Sociální pracovník musí rodině poskytnout kompletní informace o dalších službách a zdrojích pomoci. Měl by jí pomoci a povzbudit k tomu, aby vytvořila nejvhodnější podmínky pro to, aby nemocný senior mohl co nejdéle setrvat v domácím prostředí.

Pečující rodinní příslušníci potřebují péči stejně jako nemocí senioři, a proto by se jim sociální pracovníci měli věnovat.

2.5 Sociální práce se seniorem

Sociální pracovník pomáhá seniorům řešit jejich životní situaci a podporuje pacienta a jeho rodinu v jejich rozhodnutích. Jen pacient má právo rozhodnout, jak bude řešena jeho budoucnost. Možnost volby, i když jen v drobných záležitostech, posiluje v člověku pocit kontroly nad svým životem.

Pro práci s klientem je velmi důležitý rozhovor. Senioři mají velkou tendenci vyprávět svůj životní příběh, hodnotit a vyrovnávat se s ním. Chtějí se vypovídat ze svých trápení a problémů. Díky rozhovoru může sociální pracovník získat mnoho důležitých informací o klientovi a rozlišovat důležité věci a osoby v jeho životě. Pomocí rozhovoru si také sociální pracovník může ověřit, jak senior porozuměl instrukcím a informacím od lékařů.

Senioři někdy neodhadnou své možnosti a odmítají sociální služby. Je zapotřebí, aby sociální pracovník získal jeho důvěru, informoval ho, aby mohl lépe porozumět své situaci, a přesvědčil ho o vhodnosti pomoci.

Důležitým článkem při rozhodování o budoucnosti seniora je jeho rodina a měla by u toho být přítomna. Nejbližší příbuzní mají právo převzít odpovědnost v rozhodování za seniora, pokud jeho zdravotní stav brání v tom, aby pacient sám za sebe kompetentně rozhodoval.

„Záležitosti týkající se právní ochrany seniorů a pomoc při řešení i jiných složitých právních, finančních či majetkových záležitostí pacienta nebo klienta jsou – spolu s vyhledáváním možností následné sociální péče – vyhrazenou doménou sociálních

pracovníků v nemocnici, ale i v jiných institucích.'' (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005, s.171)

Pokud je sociální práce se seniory kvalitní, ukáže se to na spokojenosti klientů. Jejich zdravotní stav je relativně dobrý a nepotřebují tolik využívat zdravotnických a sociálních služeb. Kvalita péče pomáhá k tomu, že více seniorů může zůstat v domácím prostředí, jsou aktivní a účastní se společenského života.

3. Demence

3.1 Definice demence

,,Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.'' (Pidrman, 2007, s. 9).

Demence tedy není důsledkem stárnutí. Mohou ji způsobit různé faktory. Při demenci se sníží intelektová a paměťová úroveň oproti té, která byla před onemocněním. Dále bývají různě porušeny i další psychické funkce, jakými jsou kognitivní procesy nebo emoce. Mění se také osobnost jedince, trpí depresemi, změnami nálad, poruchami spánku.

Demence je většinou nevratným procesem. Pokud je však včas diagnostikována, lze ji farmakologicky i nefarmakologicky zpomalit nebo na dlouhou dobu zastavit.

3.2 Formy demence

Podle Romana Jiráka (Demence a jiné poruchy paměti, 2009) lze demence dělit do dvou skupin podle příčiny:

1. Atroficko – degenerativní
2. Sekundární demence. Tyto demence můžeme rozdělit do dvou podskupin:
    - vaskulární demence
    - ostatní demence

Atroficko – degenerativní demence tvoří největší část z celkového počtu těchto onemocnění, asi 60%. Nejčastější je Alzheimerova nemoc.

Sekundární demence jsou zapříčiněny různými onemocněními, úrazy, infekcemi a jinými poruchami, které postihují mozek. Tvoří je asi 10% z celkového počtu demencí.

Vaskulární demence tvoří přibližně 20%. Nejčastější je demence na podkladě mnoha drobných infarktů mozku.

3.3 Sekundární demence

1) Demence infekčního původu

,,Některé infekční choroby postihují mozkovou tkáň a někdy zároveň mozkové pleny mohou vyvolat demenci'' (Jirák, 2009, s. 57).

,,V naší populaci se dříve vyskytovaly různé formy postižení mozku leutickou infekcí (syfilis) (Jirák, 2009, s. 57). I dnes se s ní můžeme setkat, souvisí s růstem prostituce. Nejčastější formou je progresivní paralýza, která se objeví po dlouhé době od nákazy touto infekcí. Toto onemocnění může mít různé projevy, může se podobat Alzheimerově nemoci nebo se může podobat demenci s depresemi, dále se mohou objevit neurologické problémy, např.: poruchy chůze.

Další formou jsou gummata mozku, způsobují demenci a někdy i neurologické problémy.

Další formou je obliterující endarteriitida, která se podobá vaskulární demenci.

Infekční nemocí, která může vyvolat demenci, je AIDS. S touto formou demence se setkáme hlavně u populace středního věku, může se ale objevit i u seniorů.

2) Lidské prionové nemoci

„Prionové nemoci představují skupinu neurodegenerativních onemocnění, která postihují lidi i zvířata. Jejich společným znakem jsou těžké změny v mozkové tkáni. Mají dlouhou inkubační dobu, rychle progredují, jsou smrtelné.“ (Jirák, 2009, s. 58).

Creutzfeldtova – Jakobova nemoc je nejčastější z těchto nemocí. Začátek nemoci je ve věku kolem šedesáti let. Nemoc trvá přibližně osm měsíců. U některých případů se na začátku nemoci neobjeví specifické znaky, jakými jsou např.: různé bolesti, únava, deprese. Až v dalších měsících se rozvine do těžké demence. Přitom se objeví i neurologické problémy: třes, křeče, závratě.

3.4 Vaskulární demence

Máme několik typů těchto demencí:

Vaskulární demence s náhlým začátkem, která vzniká na podkladě infarktů v mozku, na místech, které jsou důležitá pro paměť, např.: po cévní mozkové příhodě.

Multiinfarktová demence, která vzniká při infarktech v mozkové kůře a bílé hmotě. Průběh je kolísavý. Osobnost těchto lidí je poměrně dlouho zachovaná, uvědomují si, že mají poruchy paměti, a proto jsou často postiženi depresemi.

Převážně podkorová vaskulární demence, která vzniká více u lidí s vysokým tlakem, se projevuje poruchami funkcí nutných k výkonu. Tito lidé trpí poruchou jemné motoriky, často mají deprese. Postižení je v bílé hmotě mozkové a šedé hmotě mozkové v oblasti bazálních ganglií.

3.5 Atroficko – degenerativní demence

1) Demence s Lewiho tělísky

   Toto onemocnění má projevy podobné Alzheimerově a Parkinsonově nemoci. Nejspíše je to druhá nejčastější demence po Alzheimerově nemoci. Často je za ní zaměňována. Začátek nemoci bývá mezi 75 a 80 lety.

2) Parkinsonova demence

   Při tomto onemocnění je postižena motorika, řeč je také motoricky postižena, ale jazykové schopnosti nebývají porušeny

3) Alzheimerova demence

   V tomto případě jsou postiženy kognitivní funkce, motorika je postižena mnohem méně.

3.6 Další rozdělení demencí

Mnestická demence – můžeme ji pozorovat v oblasti paměti pacienta

Apercepční demence – v této formě dominují poruchy vnímání

Strukturální demence – u této formy je zasažena celá osobnost pacienta

Traumatická demence – toto onemocnění vzniká po mnohých poraněních mozku

Presenilní demence – jde o předčasnou demenci

Demence boxerů – vzniká po opakovaných úderech do hlavy

3.7 Stadia demence

Mírná demence – toto je počáteční stadium. Projevuje se lehkými poruchami paměti, objevuje se amnézie různých běžných pojmů, zhoršuje se orientace, začínají problémy se psaním a početními úkony.

Střední demence – narůstají potíže s krátkodobou, ale i dlouhodobou pamětí, objevuje se porucha řeči. Pacient už není schopen zvládat své osobní vztahy a záležitosti a neuvědomuje si své potíže.

Těžká demence – ta je posledním stadiem. Narůstají potíže s pamětí a orientací. Pacient není schopen komunikace a má labilní oční kontakt, většinou už je upoután na lůžko.

3.8 Diagnostika demence

„Diagnostika demence je proces, na kterém se významně podílí několik rovnocenných složek – pacientem a pečovatelem počínaje a lékařem, který všechny výsledky a informace shrne a vysloví diagnózu, konče. Demenci nelze diagnostikovat či vyloučit „ode dveří“.“ (Jirák, 2009, s. 25)

Procesu určování demence se účastní pacient a pečující osoba, kteří sestaví anamnézu. Pacient, který trpí demencí, si často své potíže neuvědomuje nebo nepřipouští. Proto je velmi důležitá další osoba (pečující osoba nebo rodinný příslušník), která tyto příznaky objektivizuje. V anamnéze je důležité hledat možné úrazy hlavy, různá onemocnění, která mohou způsobit demenci, mozkové příhody, psychické změny a deprese, léky, které mohou paměť zhoršovat a různé poruchy psychické nebo neurologické u příbuzných v přímé linii.

Následuje řada somatických vyšetření, jakými jsou EKG, vyšetření krve, neurologická vyšetření, jaterní testy atd.

Dále se vyšetří poznávací funkce, ve kterých se testují funkce, které jsou narušené. Jsou to paměť krátkodobá i dlouhodobá, řečové schopnosti, schopnosti orientace, schopnosti obsluhy věcí běžného života, poznávací funkce, schopnost naplánovat a dokončit úkol a změny osobnosti a chování jedince. Důležité je také to, zda si pacient své potíže uvědomuje či nikoli. Jedinci trpící demencí si často své problémy neuvědomují. Testy, kterými se jednotlivé složky poznávacích funkcí vyšetřují, provádí lékař nebo psycholog/psychiatr. Sám test však diagnózu neurčí, protože je pro pacienta stresující. Proto je nutné ho na testování připravit. Nejčastěji se používá test MMSE, kterým ale nelze diagnostikovat všechny demence, např.: ty, které se zpočátku neprojevují poruchami paměti. Tento test zkoumá orientační schopnosti pacienta, paměť krátkodobou i dlouhodobou (pacient si má zapamatovat nějaká slova a zopakovat hned a také po nějaké době), početní schopnosti (např.: odečítat od sta sedm), poznávací funkce a pojmenovávání předmětů, splnění úkolu, překreslování obrázku a

schopnost zopakovat větu. (Jirák, 2009) Další metodou pro vyšetření jsou: Wechslerova škála paměti, při níž se zjišťuje orientace, logická paměť, zapamatování si slov, uspořádání písmen a čísel. WAB zkoumá řečové funkce. Další používaný je test řečové plynulosti. Také se používá Stroopův test, kterým se posuzuje míra pozornosti, mentální pružnost, psychomotorické tempo a přizpůsobení se zátěži.

Dále se ještě provádí vyšetření zobrazovacími technikami, jako jsou magnetická rezonance a CT mozku nebo EEG.

3.9 Prevence demence

Jak už bylo řečeno, demence je většinou nevratný proces, proto je prevence velmi důležitá. Záleží hodně na tom, jaký život člověk vede. U lidí, kteří vedou aktivní život, je onemocnění mnohem méně pravděpodobné. Průběh onemocnění je také mnohem pomalejší u lidí s aktivním životním stylem a trénovaným intelektem.

Nejdůležitější je tedy trénink mozku. Učení se novým věcem je velmi účinné. Další velmi dobrou variantou jsou křížovky nebo hry náročné na pozornost, jako je pexeso, šachy nebo karetní hry. Další vhodnou aktivitou je cestování a pěší turistika. Rozhodně našemu mozku neprospívá nečinnost. A pokud člověk trpí depresí, měl by ji léčit, protože činnost mozku se díky ní utlumí.

Další velmi důležitou složkou prevence je sociální síť jedince. Člověk by měl být aktivní při styku s přáteli a s ostatními lidmi kolem sebe a měl by se snažit s nimi spolupracovat. A také by měl navazovat nové vztahy.

Velmi dobré v prevenci demence je i fyzické cvičení, které zlepšuje pružnost a odolnost jedince.

4. Alzheimerova demence

Alzheimerova nemoc je v Evropské unii nejčastějším typem demence. V České republice zahrnuje 1,2% populace. Rizikovým faktorem pro její vznik je věk.

4.1 Charakteristika Alzheimerovy demence

„Alzheimerova nemoc je progresivní neurodegenerativní onemocnění s dominujícími mnestickými a intelektovými poruchami a s výrazným úpadkem osobnosti.“ (Psychiatrie pro praxi, 2001, s. 69)

Charakteristické je i funkční postižení. Jsou to poruchy kognitivních funkcí, jako je paměť, vnímání, pozornost nebo intelekt. Dále pak poruchy aktivit denního života. Později se přidružují poruchy chování, neklid, deprese, poruchy spánku, úzkosti nebo poruchy příjmu potravy. Také jsou časté poruchy motoriky a hybnosti.

4.2 Stadia Alzheimerovy demence

Alzheimerovu nemoc můžeme rozdělit do tří stadií – lehké, střední a těžké.

Lehké stadium – v tomto stadiu se objevují spíše poruchy kognitivních funkcí. Také už se přidružují některé poruchy denního života, zvláště ty náročnější, které vyžadují pozornost. Můžou se projevit i deprese, které jsou reakcí na to, že si postižený člověk své potíže uvědomuje.

Střední stadium – ve středním stadiu se dále prohlubují poruchy kognitivních funkcí a pacient si svou nemoc přestává uvědomovat. Výrazně se prohlubují potíže s aktivitami denního života. V tomto stadiu se většinou objeví i poruchy v chování.

Těžké stadium – v tomto stadiu jsou už poruchy kognitivních funkcí v takové míře, že pacienti jsou často dezorientovaní v místě i čase a nepoznávají své příbuzné či své okolí. Většinou nemocní bývají plně odkázáni na péči svého okolí.

4.3 Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou demencí

Poruchy chování mívají různou podobu. Mohou být s agresivitou nebo bez agresivity.

Pokud jsou bez agresivity, projevuje se především agitovanost – neustálý neklid, který může být drobný, ale i výraznější. Také pacienti na sebe mohou nevhodně a nepřiměřeně upoutávat pozornost, vydávat různé skřeky nebo odcházejí z domova či nemocnice nebo jiného zařízení.

Projevy poruch chování s agresivitou mohou být namířeny proti věcem, ale i lidem. Agresivita může být jen verbální, ale nemusí. Nemocný může klít, nadávat, ničit věci. Ale také může napadat lidi ve svém okolí, často to jsou příbuzní nebo lidé, kteří ho ošetřují.

U pacientů s Alzheimerovou nemocí se v pozdějších stadiích objevují i přidružené psychotické příznaky. Nejčastějším příznakem jsou bludy. Velmi často se těmto lidem zdá, že jim někdo krade peníze nebo oblečení. Také mívají halucinace, mohou vidět cizí osoby, které k nim chodí do bytu. Někdy se vyskytují i iluze. (Jirák, Psychiatrie pro praxi 2008/9)

Také se vyskytují deprese. U pacientů s Alzheimerovou demencí bývají velmi časté. Jejich četnost bývá 20 – 50 %, ale může to být i více, protože často se stává, že se deprese vůbec nerozpozná. Hlavně v prvních stádiích se objevuje, protože pacient si uvědomuje své obtíže.

4.4 Terapie Alzheimerovy demence

V terapii Alzheimerovy nemoci jsou používány farmakologické i nefarmakologické aspekty. Oba aspekty jsou velmi důležité.

4.4.1 Farmakologické aspekty terapie Alzheimerovy demence

Včasná diagnóza a nasazení správných léků jsou pro vývoj demence zásadní. Pokud se Alzheimerova choroba diagnostikuje včas, pravděpodobně se dají projevy nemoci zpomalit a pacient může déle setrvat v domácím prostředí a vést kvalitní život.

Prostředkem pro léčbu demence je zasažení do metabolizmu mozkových mediátorů - ovlivnění acetylcholinu a ovlivnění ostatních mediátorových systémů.

Velmi důležité je zpomalení katabolismu acetylcholinu pomocí blokátorů. Dále se pak ovlivňuje acetylcholin pomocí jiných mediátorů centrálního nervového systému.

Cílem této léčby je zlepšení nebo udržení stavu pacienta, snaha o zhoršování nemoci pomalejším tempem, což vede ke zlepšení nebo alespoň k udržení kvality života.

Další léčba závisí na stavu pacienta, pokud má jiné nemoci. Pokud se u nemocného projevují problémy v chování, je také třeba nasadit vhodnou léčbu. (Jirák, Psychiatrie pro praxi 2002/2)

4.4.2 Nefarmakologické aspekty terapie Alzheimerovy demence

Nejdůležitější je včasná diagnóza Alzheimerovy nemoci, podpora pacienta, poskytnutí informací a navázání kontaktu s ním. Včasná diagnóza a zavedení farmakologické léčby vedou k uspokojivému zachování funkčního stavu pacienta.

Bohužel většina lidí vyhledává lékařskou pomoc až v pozdějších stádiích onemocnění, kdy se symptomy projevují více. Proto musíme dbát na informování a vzdělávání naší společnosti. Pokud lékař stanoví diagnózu, měl by členům rodiny poskytnout veškeré informace, které se týkají této nemoci, aby se rodina mohla co nejlépe s touto situací vyrovnat.

Pokud je Alzheimerova demence diagnostikována, musíme dbát na to, abychom co nejdéle zachovali kognitivní funkce pacienta nebo je i zlepšili. Výbornou pomůckou je cvičení paměti, které je dobré i pro zdravé seniory. U pacientů s Alzheimerovou nemocí je však šetrnější a říká se tomu kognitivní rehabilitace. Jsou to různé zjednodušené praktiky, jako jsou slovní hry, skládání obrazců nebo doplňování slov. Existují již sešity s názvem „Cvičte si svůj mozek‘‘, ve kterém jsou různé úlohy pro trénování paměti i pro kognitivní rehabilitaci. (Holmerová, Janečková, Vaňková, Veleta, Psychiatrie pro praxi 2005/4)

Pro zdravé seniory, ale hlavně pro pacienty s Alzheimerovou demencí, kteří trpí poruchou krátkodobé paměti, je velmi důležitá práce se vzpomínkami. Nazýváme jí reminiscenční

terapií. Pro zdravé seniory má preventivní význam. Jedná se o terapii, ve které se využívá vzpomínek pacienta a vybavování si jich pomocí různých podnětů. Lidé s Alzheimerovou demencí, ačkoli mají problém s krátkodobou pamětí, si tyto vzpomínky vybavují velmi dobře. Cílem této terapie je nejen zlepšení stavu pacienta, ale také zlepšení komunikace a jeho lidské důstojnosti. Metody jsou různé, může to být vyprávění příběhů, povídání si nad starými fotografiemi nebo předvádění nějakých činností. Ale může sem být zařazen i zpěv nebo tanec.

Důležitá je také orientace v realitě. Může být skupinová nebo individuální. Jde o diskuzi, kdy s pacientem hovoříme o datu a místě, kde se nachází. Velmi užitečná je nástěnka, kde je napsáno datum, roční období, kdo má svátek, denní harmonogram aj.

Prostředí pro tyto pacienty by mělo být přehledné a pro ně předvídatelné, hlavně v různých zařízeních. Pacient by měl mít pocit bezpečí a soukromí. Dobré je různé označení místností, nějaké nápovědy, kde se nachází, třeba barevné rozlišení.

Velký význam má i zachování soběstačnosti v denním životě, protože tím dodáváme pacientům sebedůvěru a můžeme onemocnění zpomalit. Musíme je vést k tomu, aby sami vykonávali aktivity denního života. Pokud je toto aplikováno kvalifikovaně a citlivě, může to vést i ke zlepšení soběstačnosti pacienta.

Lifestyle approach – je vzájemné sdělení si pečujících o životních návycích pacienta, jaký je jeho denní režim, v kolik hodin vstává, jak je zvyklý se oblékat, jestli potřebuje v oblékání pomoci, jestli jí příborem nebo už jen rukou, jak vykonává toaletu… Pokud toto není respektováno, může to vést u pacienta k neklidu, agresivitě nebo jiným situacím, které pak mohou způsobit zhoršení stavu pacienta.

U pacientů s Alzheimerovou demencí se často vyskytují problémy v chování, jako agresivita či agitovanost. V těchto případech je nutné informovat pečující osoby a zaměřit se na jejich edukaci. Velmi pomáhá videotrénink interakcí, kdy se pořizují záznamy z péče o tyto osoby. Cílem je zlepšení přístupu ke klientům a komunikace s nimi. Dále je velmi dobrá metoda simulated presence. Pacienti s Alzheimerovou nemocí mohou být stresováni a dezorientováni, když jsou přijati do nějakého zařízení. Často pomáhá videozáznam s výpovědí rodinného příslušníka nebo záznam z jeho domácího prostředí či s vykonáváním jeho obvyklé činnosti.

Velmi důležité je, aby tito pacienti měli svůj denní režim. Pro každého klienta a nejlépe s ním by měl být vytvořen denní plán, ve kterém bude moci dělat různé aktivity přiměřené jeho schopnostem. Pacient tak získá pocit důležitosti a užitečnosti. Pokud je toto opomíjeno, může to vést právě k nevhodnému chování, jako je agitovanost či agresivita, nebo dokonce ke zhoršení stavu klienta.

Cílem nefarmakologické terapie pacientů s Alzheimerovou demencí je zlepšení kvality života a zlepšení komunikace mezi klientem a ošetřujícími osobami. Ve většině případů pacient vnímá více, než se může terapeutovi zdát. Proto se klade důraz na nonverbální komunikaci, laskavost, přiměřené podněty pro všechny jeho smysly a individuální přístup k němu.

Validace je velmi užitečná v práci s pacienty s Alzheimerovou nemocí, ve které je kladen důraz na zachování a posílení důstojnosti klienta. Při této metodě je důležité přijetí pacientova tématu a pracování s ním pomocí empatie a pozorného naslouchání.

Habilitační terapie také respektují důstojnost a potřeby těchto pacientů. Tato terapie se zaměřuje na jednotlivé složky potřeb klientů, jakými jsou prostředí, stimulace k aktivitě a uspokojení z ní nebo komunikace s nimi.

Také stimulační a aktivizační metody jsou velmi důležité. Patří sem muzikoterapie nebo pohybové terapie, pet terapie nebo arteterapie.

Všechny demence včetně Alzheimerovi nemoci se postupně zhoršují, až dojde k poslednímu stadiu. V této fázi demence jsou pacienti natolik závislí, že vyžadují náročnou ošetřovatelskou péči. Tehdy je zapotřebí přizpůsobit i metody terapie.

Empatické ošetřovatelství zde hraje svou nezastupitelnou roli. Pracovník se učí jednat s pacientem pomocí empatie, snaží se pochopit jeho projevy, musí pracovat se vztahem a energií, snaží se navázat s klientem kontakt, protože při terminálních stadiích demence nastávají různá omezení v komunikaci.

Paliativní péče – v terminálních fázích demence je velmi důležitá. Měla by se zaměřit na zlepšení kvality života pacienta, nikoli se jen snažit prodloužit jeho život. Kvalita života závisí na vhodné farmakologické léčbě, ale také na vhodných aktivitách pacienta, pro něj

významných. Může to být hudba, nebo otevřené okno, které dodává pacientovy dostatek podnětů k pozorování.

Nemělo by se zapomínat na podporu pečujících rodin, protože to vede k prodloužení pobytu pacienta v domácím prostředí a oddaluje se tím přechod pacienta do nějaké instituce. Rodinám by mělo být k dispozici poradenství, edukační programy či svépomocné skupiny.

4.5 Práce se seniory s Alzheimerovou demencí

Ve chvíli, kdy je u člena rodiny diagnostikována Alzheimerova demence, rodinu čeká dlouhodobá péče o něj. Proto se musí rodině věnovat náležitá pozornost.

Nabídka služeb pro tyto osoby je dnes už docela dobrá, velkou roli v této oblasti hraje Česká alzheimerovská společnost. Její pobočky působí jako poradenská a informační centra pro pečující rodiny, poskytují písemné materiály. U těchto poboček jsou obvykle i jiné služby, jako denní centrum či rezidenční péče.

„Péče o člověka s demencí je však natolik náročná, vyžadující speciální kvalifikaci a chráněné, optimálně architektonicky upravené prostředí, že se nejlépe osvědčuje péče ve specializovaných zařízeních nebo alespoň na samostatných odděleních DD.“ (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005, s. 183)

Dobrým řešením pro péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí, o které se rodina stará v jeho domácím prostředí, jsou denní stacionáře. Rodina tak má možnost si odpočinout nebo dále docházet do svého zaměstnání a o svého nemocného příbuzného se stará večer a o víkendech.

Zařízení, ve kterém žijí pacienti s demencí, by mělo být bezpečné a mělo by evokovat pocit domova. Toaleta by měla být snadno dostupná a nábytek bezpečný a pohodlný.

Aktivity by měly být vhodné a přiměřené stavu nemocného. Nejlepší jsou ty aktivity, které mají pacienti zafixované v dlouhodobé paměti, které dělali celý život. Dále jsou to aktivity, které podporují kognitivní funkce a tělesnou zdatnost.

4.5.1 Terapie s pacienty s Alzheimerovou demencí

Velmi důležitá je edukace klienta i jeho rodiny o této nemoci.

Poté musí pracovník vnímat a využít zachovaných dovedností nemocného a pracovat s nimi, povzbuzovat ho v jeho činnostech. Pracovník se musí snažit posilovat pacientovo sebevědomí a snažit se zachovat jeho samostatnost a rozšiřovat komunikaci s ním. Dále by pracovník měl podporovat rodinu nemocného a povzbuzovat ji.

4.5.2 Komunikace s pacienty s Alzheimerovou demencí

Tito lidé mají zvláštní potřebu komunikace, která vyplívá z jejich onemocnění. Pacienti jsou emočně závislí, nejsou schopni dělat ústupky, přizpůsobit se.

Nejdůležitější při komunikaci s pacienty s demencí je vytvořit partnerství, pocit jistoty a důvěry.

Protože je pacient emočně závislý, odpovědnost za porozumění a pochopení v komunikaci nese pracovník. Musí zde být zdvořilost a otevřenost. Vše lze říci několika způsoby. Může to být řečeno tak, aby to v pacientovi vyvolávalo radost nebo zneklidnění. Pro nemocného mají i drobné výpovědi velký emocionální význam.

Důležitý je i způsob pokládání otázek. Je vhodné nepokládat otevřené otázky, protože na ně je třeba formulovat odpověď, čehož pacient s demencí není schopen. Lepší jsou uzavřené otázky nebo ty, na které mohou být alternativní odpovědi.

Je zapotřebí mluvit s nemocným o jeho obtížích. Otevřenost ale vytváří důvěru mezi pracovníkem a pacientem, sníží se pacientova úzkost, pomalu se buduje partnerství mezi nimi.

Pokud si pečovatel uvědomí komunikační deficity nemocného, porozumí jim a porozumí také všem důsledkům kognitivních poruch. Pečovatel nemůže spoléhat pouze na svou intuici, protože ta vede ke stupňování frustrace všech zúčastněných.

Pracovník se musí snažit minimalizovat účinky demence na klientovu paměť, měl by být přímý a upřímný, neměl by mluvit s ironií nebo v hádankách. Pokud pacient něčemu neporozumí, pečovatel musí umět přeformulovat svou výpověď, měl by to samé říci jinými slovy, tak aby nemocný pochopil, co mu pečovatel sděluje. Měl by používat pravostranné věty, tak aby kopírovaly sled času, nikoli naopak, to nemocného mate.

Pokud to jde, musíme udržovat oční kontakt, ten je pro navázání důvěry a smysluplnou komunikaci důležitý. Také oskulace nesmí být opomíjena. Porozumění zvýší úměrná gesta. Gestikulace je ještě více důležitá v případech, kdy pacient více ztrácí schopnost porozumět mluvené řeči, gesta mu pomáhají lépe pochopit, co je mu sdělováno.

4.5.3 Motivace pacientů s Alzheimerovou demencí

Motivace je proměnlivá. Pohybuje se v kruhu. Pacient se pohybuje v různých fázích motivace různě dlouho. Proto musí pracovník správně odhadnout, ve které fázi se klient zrovna nachází.

Prekontemplace – je období před uvažováním o změně. V tomto období si klienti často ještě neuvědomují své obtíže, může je způsobovat i neinformovanost nebo nedostatečný kontakt s realitou. V této fázi musí pracovník informovat klienta, vyvolat v něm pochyby v jeho chování a náhledu na situaci, v rozhovoru však musí převládat vstřícnost a empatie.

Kontemplace – toto je období, kdy už klient o změně uvažuje. Klient je ochoten připustit si, že jeho chování není správné a že může být i rizikové.

Rozhodování – Klient je ochoten přistoupit ke změně a uvažovat o ní.

Akce – Klient v této fázi změnu realizuje. Důležitý je zde vztah s terapeutem.

Udržení změny – v této fázi se testuje pacientova vůle, při této fázi se může nemocný vrátit do svého domácího prostředí či do nějakého zařízení.

Relaps – toto je přechodný stav, kdy se klient vrátí k nechtěnému modelu chování.

Principem motivace pacienta s Alzheimerovou demencí je hlavně empatie, laskavý přístup k němu. Terapeut by měl podporovat vlastní schopnosti klienta, vyhýbat se argumentacím, otočit nebo dokonce využít odpor nemocného.

5. Mini – mental state examination (MMSE)

5.1 Charakteristika

Pomocí tohoto testu se diagnostikuje demence.

Test je rozdělen na několik částí, každá z těchto částí se zaměřuje na jinou kognitivní funkci, tak aby bylo možné zaměřit se na ně jednotlivě a aby diagnóza byla co nejpřesnější. Těmito částmi jsou orientace, zapamatování, pozornost a počítání, paměť a výbavnost, pojmenování, opakování, třístupňový příkaz, čtení a splnění příkazu, psaní, obkreslování.

Při tomto testu lékař nebo terapeut pokládá otázky nebo mu dává příkazy a pacient má na splnění každého úkolu jednu minutu. Za každý správně splněný úkol dostane jeden bod.

Maximální počet bodů je třicet. Pokud klient dosáhne 30 až 27 bodů, je v normě a není tedy nemocný. Pokud má 26 až 25, je na hranici a je tedy lepší tohoto člověka dále sledovat. 24 – 18 bodů značí lehkou demenci. 17 – 6 bodů je už střední stadium demence. Pokud má pacient méně než 6 bodů, jedná se o těžké stadium onemocnění.

Někdy se k tomuto testu také přidává kresba hodin, kdy pacient má sám namalovat hodinový ciferník a potom na něm vyznačit zadaný čas.

Na základě tohoto testu se stanovuje diagnóza demence a její stadium. Tento test je také důležitý pro předepsání správných léků. Tento test také slouží k dalšímu posouzení postupu demence, jestli se nemoc zhoršuje či je úspěšně zpomalena.

5.2 MMSE dotazník

Měla jsem možnost vypracovat takovýto dotazník s paní X narozenou roku 1927, která je hospitalizována v Psychiatrické léčebně v Bohnicích na gerontologickém oddělení 2 roky. Tato pacientka má Alzheimerovu demenci ve středním stadiu. K tomuto testu jsme také připojili kreslení hodin.

První část je věnována orientaci. Na jejím základě zjistíme, jak se pacient orientuje v čase a prostoru. Pokud ale seniora vytrhneme z jeho domácího prostředí a hospitalizujeme ho, může být značně dezorientovaný, aniž by trpěl demencí, proto je zapotřebí, aby měl možnost se zklidnit a zorientovat a poté teprve přistoupit k diagnostice. V případě, že jde o zjišťování postupu nemoci, je důležité, aby s pacienty v zařízení, ve kterém se nacházejí, byla prováděna terapie, kdy budou mít možnost se zorientovat v čase i prostředí. Na oddělení, kde je pacientka umístěna, se každý den provádí skupinová terapie, při které si povídají o tom, jaký je den, jaké je datum, kde jsou, v jakém městě. Je tedy vidět, že paní X je i přes toto vše stále značně dezorientovaná.

Druhá část se zaměřuje na zapamatování. Jde o bezprostřední reprodukci tří předmětů. V tomto úkolu se pacientka orientovala, získala na sebedůvěře a měla chuť dále pracovat.

Třetí je pozornost a počítání. Můžeme zvolit buď odečítání sedmi od sta, nebo hláskování slova pozpátku. Obojí je velmi náročné na pozornost. Zde jsme zvolili hláskování slova POKRM. To nám ukazuje, že v této oblasti má paní X už větší potíže.

Čtvrtá část je na paměť, kdy by si pacient měl vybavit všechny tři předměty z části druhé. Pacienti se střední a těžkou demencí si tyto předměty většinou nevybaví. Pro jejich povzbuzení a motivaci je dobré jim dodatečně napovědět, protože potom často nemají chuť dále spolupracovat a raději se vymluví na to, že nevědí a dále se nesnaží. Tady si pacientka už nevěděla rady a nechtěla pokračovat, poté co jsem jí ale napověděla nějakými gesty, znovu nabyla sebedůvěru.

Pátým bodem je pojmenovávání předmětů, které klientovi ukážeme. To paní X nedělalo žádný problém.

V šesté části by měl pacient zopakovat větu, kterou mu řekneme. Ani zde neměla pacientka potíže.

Příloha č. 1 – MMSE 1. strana

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION - ZÁZNAMOVÝ LIST

Jméno / rok narození	Datum vyšetření	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
paní X	den	21							
	měsíc	7							
	rok	2010							

1. ORIENTACE

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Jaký den v týdnu je dnes?	0							
Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum?	0							
Který měsíc v roce je nyní?	0							
Který rok je nyní?	0							
Jaké je nyní roční období?	1							
Ve kterém státě jsme?	1							
Ve kterém okrese jsme?	0							
Ve kterém městě jsme	1							
Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnické zařízení)	0							
Ve kterém poschodí se nacházíme?	0							

2. ZAPAMATOVÁNÍ

			1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Bezprostřední reprodukce tří předmětů:	citron	lopata	1							
	klíč	šátek	1							
	babička	váza	1							

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

			1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Opakované odečítání čísla 7 od čísla 100 nebo hláskování slova POKRM pozpátku	100									
	93	M	1							
	86	R	0							
	79	K	1							
	72	O	0							
	65	P	0							

4. PAMĚŤ, VÝBAVNOST

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Reprodukce tří předmětů z bodu 2:	lopata	0							
	šátek	0							
	váza	1							

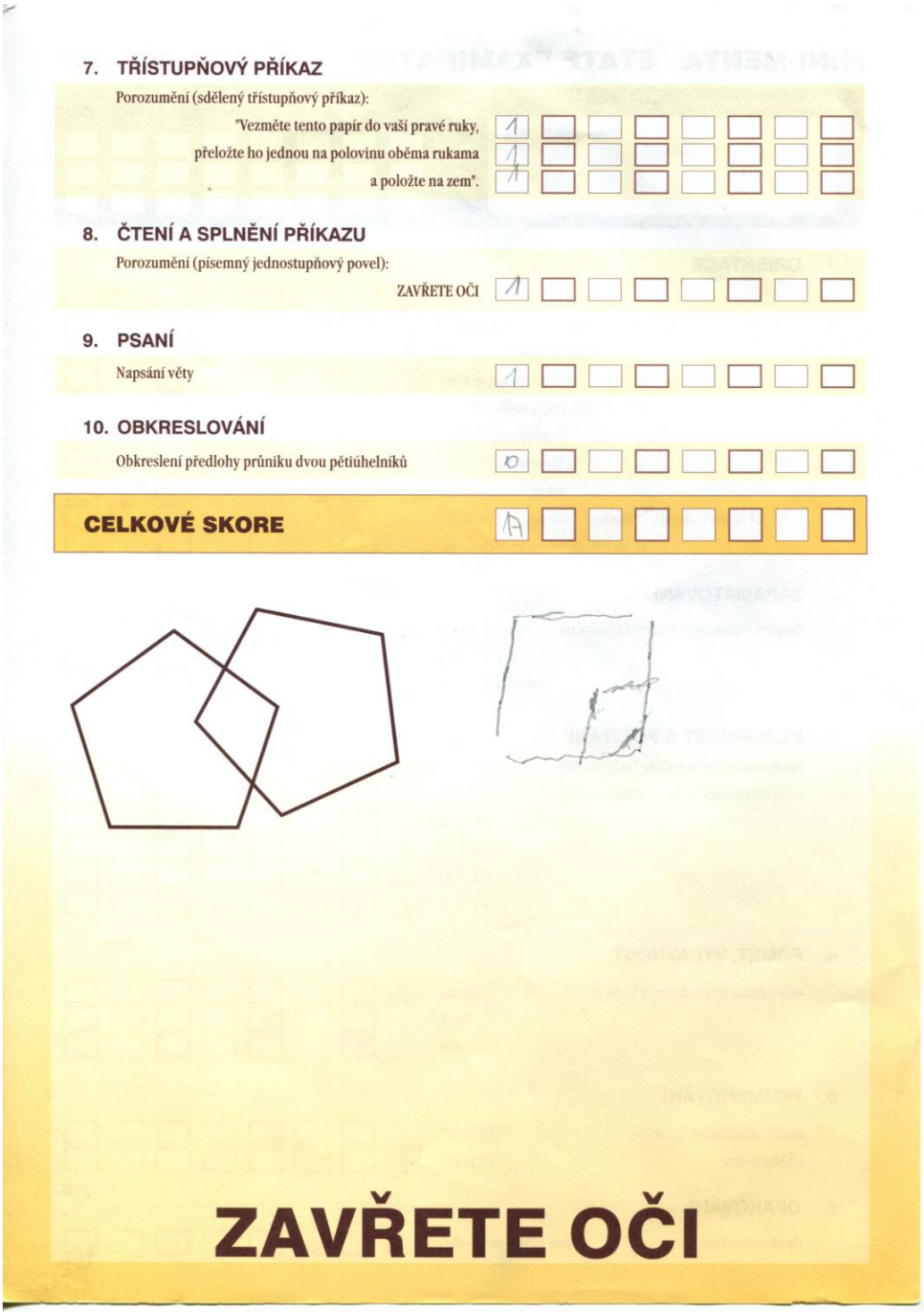
5. POJMENOVÁNÍ

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Ukažte náramkové hodinky:	"Co je to?"	1							
Ukažte tužku:	"Co je to?"	1							

6. OPAKOVÁNÍ

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Opakování věty:	"Žádné kdyby anebo ale".	1							

Příloha č. 2 – MMSE 2. strana



7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Porozumění (sdělený třístupňový příkaz):	
"Vezměte tento papír do vaší pravé ruky,	1
přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama	1
a položte na zem".	1

8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

Porozumění (písemný jednostupňový povel):	
ZAVŘETE OČI	1

9. PSANÍ

Napsání věty	1

10. OBKRESLOVÁNÍ

Obkreslení předlohy průniku dvou pětiúhelníků	0

CELKOVÉ SKORE	4

ZAVŘETE OČI

V sedmé části je třístupňový příkaz. Zjišťujeme, jak pacient porozumí tomu, co říkáme.

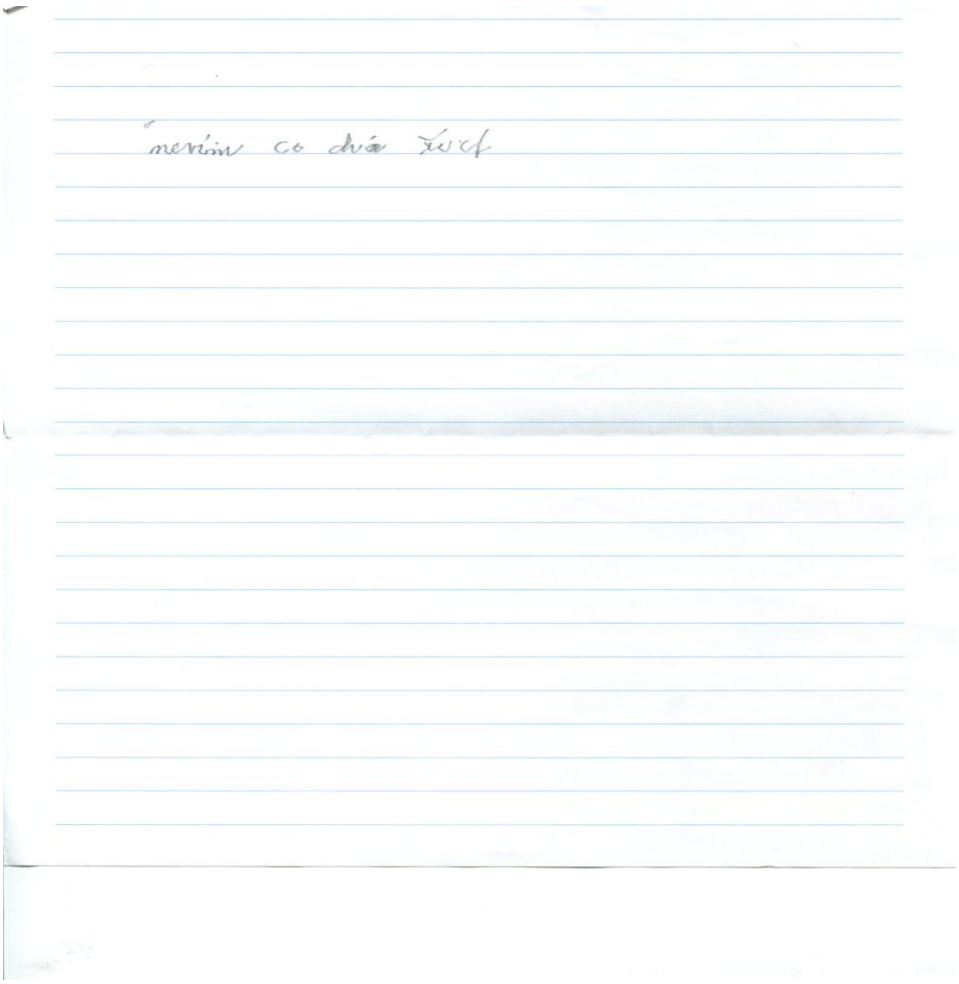
Osmá část je zaměřena na porozumění psanému textu. Klient by měl splnit jednoduchý příkaz, který je napsaný.

V sedmém ani osmém úkolu neměla pacientka problémy. Velmi pohotově splnila, co se po ní žádalo.

Devátá část je psaní. Pacient má napsat větu. Problémem může být to, že klient neví, co má psát, jako tomu bylo v případě této paní. To nám ukazuje příloha č. 3.

Poslední částí tohoto testu je obkreslování předlohy. Zde je vidět, že pacientka není schopná správně rozeznat tvary a obkreslit je. Byla pěvně přesvědčena, že je to tak správně.

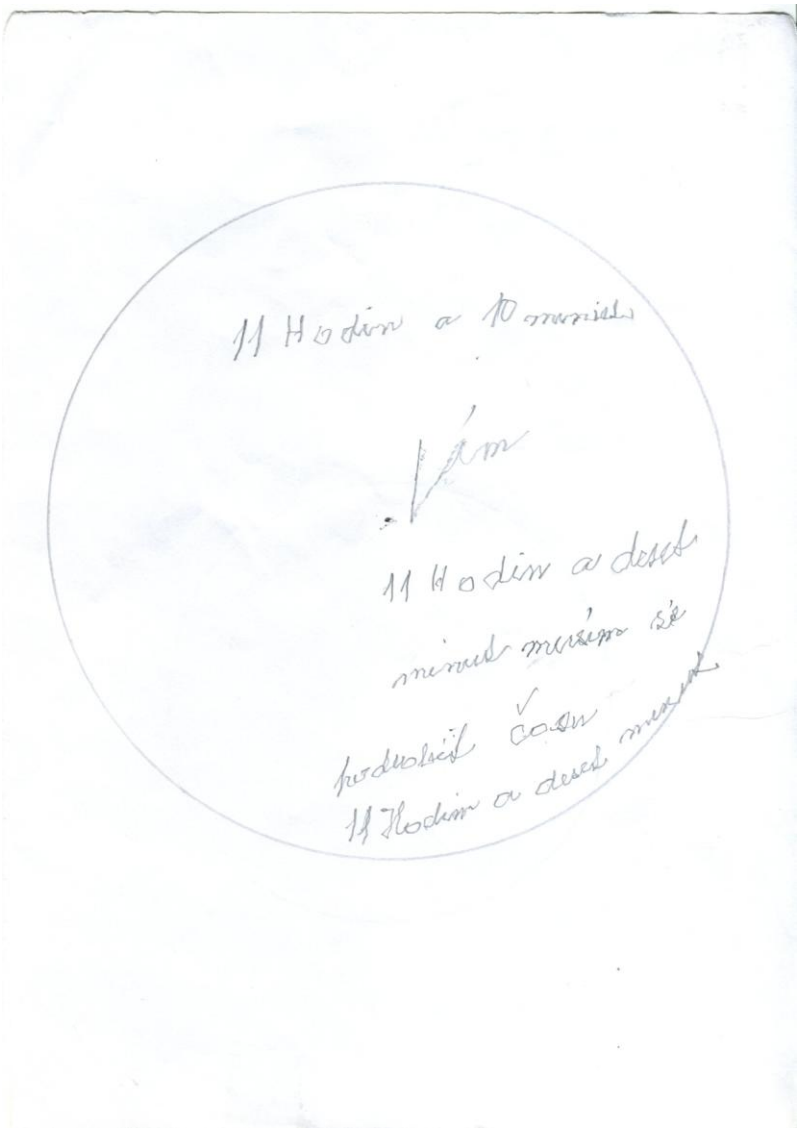
Příloha č. 3 – Věta, kterou napsala paní X při plnění devátého úkolu



Připojila jsem k MMSE ještě kresbu hodin. Zde je dobře vidět, že pacientka není schopna namalovat ani ciferník. Poté co jsem jí řekla, že má vyznačit 11 hodin a 10 minut, pečlivě si

to zapsala, ale už nedokázala nakreslit správně hodinové ručičky, to je dobře vidět v příloze č. 4. Po chvíli tápání mi řekla, že neví a přestala spolupracovat.

Příloha č. 4 – Kresba hodinového ciferníku



Pacientka získala 17 bodů, což odpovídá střednímu stadiu Alzheimerovy nemoci.

Paní X nemá tedy problém s porozuměním, psaním a zapamatováním. Problémy se ale objevují při orientaci v prostoru a čase nebo při výbavnosti.

Bohužel informace o dalším průběhu nemoci nejsou dostupné.

MMSE je krátký a přehledný test, díky němuž můžeme velmi spolehlivě zjistit, jestli klient trpí demencí a jakým stupněm. Musí být krátký, protože pacient se snadno a rychle unaví. Tento test by však měl být prováděn v klidu, aby nemocný měl pocit bezpečí a důvěry, aby nedocházelo ke zkreslení výsledků a tím ke špatné diagnóze.

Závěr

Díky možnosti praxe v Psychiatrické léčebně v Bohnicích jsem mohla poznat různé příběhy lidí, kteří trpí Alzheimerovou nemocí, ale i jinými formami demence. Uvědomila jsem si, že práce s těmito pacienty a péče o ně je velmi náročná, ale také důležitá. Protože pokud s nimi provádíme terapii, víme, jak s nimi jednat, můžou tito lidé vést celkem plnohodnotný život. Pokud se s nimi jedná citlivě a s ohledem na jejich lidskou důstojnost a právo na sebeurčení, můžou být chvíle s nimi prožívané velmi příjemné jak pro pacienty samotné, tak i pro terapeuty, sociální pracovníky i lékaře.

Spousta pacientů umístěných v této léčebně přišla k lékaři příliš pozdě a jejich onemocnění už bylo v pozdějším stadiu demence.

Dbejme tedy na informovanost a edukovanost naší společnosti, aby demence mohla být rozpoznána co nejdříve. A aby takto nemocní lidé mohli déle žít plnohodnotný život v domácím prostředí, musíme se věnovat i jejich rodinám, protože jsou to právě oni, kdo nesou to těžké břemeno péče.

Jak už jsem jednou uvedla, správným přístupem, laskavým a odborným jednáním s pacienty s demencí můžeme prožít příjemné chvíle i s lidmi, kteří trpí onemocněním v posledních stadiích. Myslím, že na to by se nemělo zapomínat.

Resumé

Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou nemocí

Anna Otavová

Bakalářská práce popisuje problematiku Alzheimerovy demence. V úvodu jsou vymezeny některé pojmy důležité pro sociální práci. Dále se tato práce věnuje demenci obecně a jejím dalším druhům. Tato práce se zabývá Alzheimerovou nemocí, především terapií této nemoci a práci s lidmi, kteří Alzheimerovou demencí trpí. V závěru práce řeší test MMSE, který byl vypracovaný s pacientkou s Alzheimerovou nemocí. Pomocí tohoto testu je demence diagnostikována.

Summary

Social work with people with Alzheimer's disease

Anna Otavová

Bachelor's work describes problems with Alzheimer's dementia. In the introduction are defined some important conceptions for social work. This work is devoted to dementia universal and another sorts of this. This work engages in Alzeimer's disease, above in all therapy of this disease and work with people, who suffer from Alzheimer's disease. In finish this work solved MMSE test, what was worked up with patient who suffer from Alzheimer's disease. By means of this test is dementia diagnosed.

Použitá literatura:

Monograife:

1. DUŠKOVÁ K., HASALÍKOVÁ M. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou.* Pfizer, 2010
2. JIRÁK R. A KOUKOLÍK F. *Alzheimerova nemoc a další demence.* Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3
3. JIRÁK R., HOLMEROVÁ I. *Demence a jiné poruchy paměti.* Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454
4. JIRÁK R. *Demence.* Maxdorf, 1999. ISBN 80-85800-44-6
5. KALVACH A KOL. *Geriatrie a gerontologie.* Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6
6. KLEVETOVÁ D. A DLABALOVÁ I. *Motivační prvky při práci se seniory.* Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9
7. MATOUŠEK O. A KOL. *Metody a řízení sociální práce.* Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8
8. MATOUŠEK O. A KOL. *Základy sociální práce.* Portál, 2001, 2007. ISBN

   978-80-7367-331-4
9. MATOUŠEK O., KODYMOVÁ P., KOLÁČKOVÁ J. *Sociální práce v praxi.* Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
10. PIDRMAN V. *Demence.* Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5

Internetové zdroje

1. Časopis Psychiatrie pro praxi – on-line na www.prakticka-medicina.cz

   - Psychiatrie pro praxi 2001/2: TOPINKOVÁ E. *Zlepšení diagnózy demence v primární péči – role mezioborové spolupráce*
   - Psychiatrie pro praxi 2002/2: JIRÁK R. *Současné trendy v kognitivní farmakoterapii Alzheimerovy choroby*
   - Psychiatrie pro praxi 2002/4: PIDRMAN V., BOUČEK J. *Dlouhodobá léčba demence*
   - Psychiatrie pro praxi 2005/4: HOLMEROVÁ I., JANEČKOVÁ H., VAŇKOVÁ H., VELETA P. *Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené*
   - Psychiatrie pro praxi 2008/9: JIRÁK R. *Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou chorobou*

2. HORT J. *Alzheimerova choroba a prevence* – dostupné on-line na www.tretivek.cz

Seznam příloh

Příloha č. 1: MMSE 1. strana (obrázek) s. 40

Příloha č. 2: MMSE 2. strana (obrázek) s. 41

Příloha č. 3: Věta, kterou napsala paní X při plnění devátého úkolu (obrázek) s. 42

Příloha č. 4: Kresba hodinového ciferníku (obrázek) s. 43