

**Univerzita Karlova  
Husitská teologická fakulta**

**Bakalářská práce**

**Péče o seniory s demencí**

**Care of the Seniors with Dementia**

**Vedoucí práce :  
Mgr. Sylvie Stretti**

**Autorka práce :  
Irena Krulichová**

**2011**

Moje poděkování patří paní Mgr. Sylvii Stretti za vedení mé  
bakalářské práce a řediteli sanatoria TOPAS panu MUDr. Alexandrovi  
Kučerovi za poskytnutí podkladů a informací pro zpracování části  
týkající se sanatoria TOPAS.

„ Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Péče o seniory s demencí napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů. “

V Úvalech dne 19. července 2011

## ANOTACE

Tato bakalářská práce .pojednává o demenci, různých druzích demence, jejich projevech a o péči o pacienty s demencí z hlediska současné medicíny, gerontologie a geriatry.

Sestává z části teoretické a z části praktické.

Praktická část je zaměřena na popis a praktické zkušenosti z pobytového sociálního zařízení pro seniory s demencí, které je pod názvem SANATORIUM TOPAS provozováno ve Škvorci na Praze-východ, a kde autorka bakalářské práce také vypomáhala při péči o pacienty.

## ANNOTATION

The present B.A. study deals with dementia, different kinds of dementia, its manifestations, and with the care of patients with dementia from the view-point of actual medicine, gerontology and geriatry.

It consists of the theoretical part and the practical part.

The practical part has been directed to the description and practical experience from a residential social establishment for seniors with dementia which has been run under the name SANATORIUM TOPAS in the town of Škvorec, Praha-východ, and where the author of the present B.A. study was also helping out with care of the patients.

**Klíčová slova** : demence, pacient, Alzheimerova nemoc, multiinfarktová demence, péče o seniory, pečovatel, pobytové sociální zařízení.

**Keywords** : dementia, patient, Alzheimer disease, multiinfarct dementia, care of seniors, attendant, residential social establishment. :

# Obsah

	Strana
Úvod .....	7
<b>Teoretická část</b>	
<b>1. Demence .....</b>	<b>8</b>
1.1 Alzheimerova nemoc .....	8
1.2 Vaskulární demence .....	8
1.3 Výskyt .....	9
1.4 Příčiny .....	9
<b>2. Symptomy a zákony demence .....</b>	<b>11</b>
2.1 První zákon demence .....	11
2.1.1 Narušené ukládání do paměti .....	12
2.1.2 Přímé důsledky .....	12
2.1.3 Nepřímé důsledky .....	13
2.2 Druhý zákon demence : postupná destrukce dlouhodobé paměti ....	14
2.2.1 Důsledky .....	15
<b>3. Život lidí trpících demencí .....</b>	<b>17</b>
3.1 Fáze nastupující demence .....	17
3.2 Fáze potřeby dohledu .....	17
3.3 Fáze potřeby péče .....	18
<b>4. Komunikace s člověkem s demencí .....</b>	<b>20</b>
4.1. Komunikace ve třech fázích demence .....	20
4.2 Jak nejlépe komunikovat s člověkem s demencí .....	20
4.2.1 Verbální komunikace .....	20
4.2.2 Neverbální komunikace .....	21
<b>5. Agresevita, deprese a podezíravost .....</b>	<b>22</b>
5.1 Agresevita .....	22
5.1.1 Prevence .....	22
5.1.2 Přístup pečovatele .....	23
5.2 Deprese .....	23
5.2.1 Přístup k nemocnému .....	24
5.3 Podezíravost .....	24
5.3.1 Přístup k nemocnému .....	24
<b>6. Závislé chování, toulání, noční neklid .....</b>	<b>26</b>
6.1 Závislé chování : „potřeba být stále v něčí společnosti“ .....	26
6.1.1 Patříčné reakce ze strany pečovatele .....	26
6.2 Toulání .....	26

6.2.1	Přístup pečovatele .....	27
6.2.2	Mimořádná opatření .....	27
6.3	Noční neklid .....	27
6.3.1	Přístup ze strany pečovatele .....	28
<b>7.</b>	<b>Pokyny pro pečovatele o lidi s demencí</b> .....	<b>29</b>
7.1	Pokyny pro pečovatele .....	29
7.2	Činnosti pro lidi s začínající demencí .....	30
<b>8.</b>	<b>Shrnutí</b> .....	<b>32</b>

## **Praktická část**

<b>9.</b>	<b>Sanatorium TOPAS</b> .....	<b>33</b>
9.1	Profil společnosti sanatoria TOPAS .....	33
9.2	Co je cílem služeb sanatoria TOPAS .....	33
9.2.1	Sběr informací .....	34
9.2.2	Tvorba ošetřovatelského plánu .....	35
9.2.3	Realizace ošetřovatelské péče .....	36
9.2.4	Efekt poskytované ošetřovatelské péče .....	36
9.2.5	Individuální plán péče .....	37
<b>10.</b>	<b>Charakteristika a zaměření sanatoria TOPAS</b> .....	<b>38</b>
10.1	Zásady poskytování služeb v sanatoriu TOPAS .....	38
10.2.	Druhy poskytované péče .....	39
10.3	Režim dne .....	42
10.4	Postup při přijetí .....	42
10.4.1	Hlavní body smlouvy o pobytu .....	42
10.4.2	Příjem požadavku .....	43
10.4.3	Přijetí klienta .....	43
10.4.4	Ukončení pobytových služeb .....	43
<b>11.</b>	<b>Struktura sanatoria TOPAS</b> .....	<b>45</b>
<b>12.</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>46</b>

**Příloha č. 1** - Příklad tvorby individuálního plánu klienta ( 5 stran )

**Příloha č. 2** - Schéma struktury sanatoria TOPAS

**Příloha č. 3** - Organizační struktura sanatoria TOPAS (2 strany)



## ÚVOD

Vždy jsem měla blízký vztah k lidem a jejich životním osudům a starostem. Moje práce a mé zájmy mě přivedly na myšlenku věnovat se sociální pedagogice a studovat ji jako obor na vysoké škole. Tato možnost se mi otevřela na Husitské teologické fakultě univerzity Karlovy. V místě mého zaměstnání je provozováno sociální zařízení pro seniory a vůbec pro osoby s různými fázemi demence. Toto zařízení pod názvem sanatorium TOPAS poskytuje služby, které vyplňují mezery ve zdravotnickém systému České republiky. Opakovaně jsem sanatorium TOPAS zpočátku navštěvovala na pozvání mé dlouholeté kamarádky, která zde pracuje a její práce ji velmi baví. Poměrně časté návštěvy na jejím pracovišti mě stále více přibližovaly téma péče o seniory a především péče a práce s lidmi s demencí. Při opakovaných návštěvách sanatoria jsem si stále více uvědomovala závažnost problémů spojených s demencí. Ať už se jednalo o problémy spojené s péčí o lidi s demencí v domácím prostředí nebo s umístěním do sociálního zařízení. Péče o seniora s demencí je pro příslušníky jeho rodiny velice náročná a vyčerpávající. Je to zároveň i velký problém pro stát. V České republice je velký nedostatek míst právě pro lidi postižené demencí. To jsem se dověděla od pracovníků sanatoria a i později z odborné literatury. To mě přivedlo na myšlenku se více o tuto oblast zajímat a zvolit si ji jako téma své bakalářské práce. Moje bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické.

V teoretické části jsem se zaměřila hlavně na faktory duševní, tělesné a všeobecně zdravotní, které se mění při procesu stárnutí. Zajímaly mě především poruchy v duševním životě člověka, z nichž zřejmě nejhorší je stav nazývaný demencí. Tento pojem pochází z latiny a doslova znamená „bez myslí“ (H. Buijssen, 2006). Soustředila jsem se také na popis různých způsobů komunikace a na přístup k lidem postiženým různým stupněm demence. Správná komunikace s takto postiženými lidmi a odborný přístup k nim je velice důležitý, protože ovlivňuje další průběh nemoci.

V praktické části této bakalářské práce je podán v základních rysech ucelený obraz fungování pobytového sociálního zařízení, které je provozováno pod názvem sanatorium TOPAS ve Škvorci, Praha-východ. Sanatorium TOPAS je jedním z mála u nás soukromých zařízení, které poskytuje kompletní služby v oblasti péče o lidi s demencí. Jsou zde také uvedeny všeobecné zásady pro vylepšení života klientů (pacientů) sanatoria, aby přežívali svou nemoc v důstojných životních podmínkách, kdy stárnutí má být chápáno jako celoživotní proces.

Cílem mé bakalářské práce bylo se více seznámit s celou problematikou vztahující se k demenci a to mi právě bylo umožněno v sanatoriu TOPAS. V bc. práci jsem se snažila propojit poznatky teoretické i praktické, tak aby mohly být popř. dále využívány. Také jsem si chtěla ověřit, jak se lékařské poznatky z této oblasti skutečně promítají do práce v sociálním zařízení. Vybrala jsem si sanatorium TOPAS z několika důvodů. Jedním z důvodů bylo, že jsem už dříve měla určité informace a představy o tomto zařízení. Dalším důvodem bylo, že toto zařízení se nachází jen několik kilometrů od mého bydliště a to mně umožňovalo častější návštěvy v sanatoriu. A jedním z hlavních důvodů bylo vstřícné chování vedení sanatoria TOPAS k mému zájmu o toto zařízení a život v něm. Personál sanatoria mi umožnil používat různé metody výzkumu, ať už to bylo pozorování, rozhovory s klienty i s personálem, seznámení se s prací sociální pracovnice, seznámení se s agendou, jako např. vedení individuálních plánů klienta, zúčastňování se aktivně práce na ergoterapii apod.

Příprava celé populace na pozdější stadia života by měla být nedílnou součástí sociální politiky státu a měla by zahrnovat faktory tělesné, duševní, kulturní, náboženské, duchovní, ekonomické i zdravotní.



# 1. Demence

Demence je získané chorobné oslabení rozumových schopností, zhloupení, onemocnění mozku, většinou chronického nebo progresivního rázu, podmíněné postižení psychických funkcí, jako je paměť, zvláště přijímání, uchovávání a vybavování nových informací, dále myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnosti učení, řeč a úsudek, při neporušeném vědomí; dochází ke zhoršení kontroly emocí, sociálního chování; narušeny jsou i osobní aktivity denního života, jako je mytí, oblékání, jídlo, osobní hygiena a toaleta; pro stanovení dg. Musejí příznaky trvat nejméně šest měsíců. ( P. Hartl, H. Hartlová 2000 ).

Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc člověka velmi ničí, takže v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím počátku.

Během první fáze, která je poměrně dlouhá, je demence jako taková sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient chodí a pohybuje se, jak byl zvyklý. V konečné fázi nemoci je závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomněl už všechno, co se kdy naučil. Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě.

V tomto stadiu vnímá už jen atmosféru kolem sebe a uspokojuje pouze své nejzákladnější biologické potřeby.

Dlouhou dobu se myslelo, že lidé s demencí jsou nějací „blázni“, že trpí nějakým druhem duševní nemoci. Teprve docela nedávno začalo být zjevné, že jde o dysfunkci mozku. Nemocné jsou nervové buňky v mozku.

## 1.1 Alzheimerova nemoc

V případě **Alzheimerovy nemoci** podle poznatků moderní medicíny nervové buňky sesychají nebo odumírají. (Z. Kalvach a kol. 1995 ). Dá se to přirovnat k jakémusi „podzimu mysli“. Řídící centrum mozku nefunguje tak, jak by mělo.

V počáteční fázi nemoci se pacienti chovají docela normálně, protože většina nervových buněk ještě dokáže dobře fungovat. Mozek má také k dispozici úžasnou rezervu: Když některé nervové buňky selžou, jiné buňky převezmou jejich úkoly, buď částečně, nebo jako celek, a mohou v tom pokračovat velmi dlouhou dobu. Tento proces pokračuje tak dlouho, dokud existují nějaké nervové buňky, kterou mohou zaskočit jako náhradníci. Jestliže již žádné takové buňky v mozku nejsou, dospěje situace ke kritickému bodu a čím větší část mozku to ovlivní, tím výraznější změny nastanou v chování pacienta.

Jednoznačná diagnóza je v podstatě možná až při pitvě. Dokud je pacient naživu, neexistuje žádná spolehlivá metoda, s jejíž pomocí by bylo možné určit povahu a stupeň poškození mozkové tkáně. Demence je proto vždycky pravděpodobná diagnóza. A někdy i nejzkušenější patologové žasnou, když během pitvy u jinak nemocných zjistí, že lidé, kteří po celý život fungovali docela normálně, mají tutéž mozkovou deformaci, kterou nacházejí u nemocných s demencí. (Z. Kalvach a kol.1995).To znamená, že ani po smrti není ve všech případech možné diagnostikovat Alzheimerovu nemoc se stoprocentní jistotou. Demence má mnoho forem a je to hromadný termín podobně jako je tomu u rakoviny, revmatismu nebo nemocí dýchacího systému. Nejběžnější formou demence je Alzheimerova nemoc, pojmenovaná po německém neurologovi Aloisu Alzheimerovi, který ji poprvé popsal v roce 1906. (H. Buijssen 2006).

## 1.2 Vaskulární demence

Po Alzheimerově nemoci je nejběžnější **vaskulární demence**, která představuje asi 15 procent všech případů. Vaskulární demence má různé formy, z nichž nejznámější je tak zvaná **multiinfarktová demence** (MID) (Z. Kalvach 1995). Jak název naznačuje, tato demence se vyvíjí z mnoha malých mozkových infarktů, jež způsobují přerušování zásobování kyslíkem v různých

částech mozku, což má za následek erozi (splachování) mozkové tkáně.

Ve zhruba 15 procentech případů pozorujeme kombinaci dvou nebo více poruch, jež nakonec vedou k demenci. Nejčastěji se objevuje **kombinace Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence**. Když připočítáme Alzheimerovu nemoc v čisté formě k uvedeným 15 procentům, znamená to zhruba 70 procent všech pacientů s demencí trpících Alzheimerovou nemocí. Zbývajících 15 procent představuje dlouhá řada relativně vzácných poruch. Tyto nemoci – Parkinsonova, Pickova, Bingswangerova, Lewy Bodyho a Huntingtonova – se vyskytují častěji u mladších pacientů. Totéž platí o AIDS, který může ve své poslední fázi také způsobovat demenci. (H. Buijssen 2006).

Demence je syndrom - to znamená skupinu symptomů nebo rysů, jež se objevují v kombinaci. Základem nemoci je vždycky ztráta paměti a to v praxi znamená, že vzorec pacientova života prodělává podstatnou změnu. Existuje mnoho typů demence. Každý symptom má svou vlastní příčinu nebo příčiny a svůj vlastní průběh.

### 1.3 Výskyt

O demenci se často mluví jako o „nemoci stáří“, i když se občas vyskytuje také u lidí mladších než 65 let. Mezi 45. a 54. rokem však trpí demencí jen 0,025 procenta populace. U skupiny 65 letých je rozsah výskytu stále ještě menší než jedno procento, ale ve skupině mezi 65. a 70. rokem už stoupá na 2,5 procenta. Potom se každých pět let procento zdvojnásobuje. Nemoc tak převládá mezi velmi starými lidmi. Mezi 85letými a staršími trpí demencí každý pátý. (H. Buijssen 2006). Demence nemusí být nevyhnutelným důsledkem dosažení vysokého věku. Čtyři jedinci z pěti 85letých demencí nebudou trpět Zvyšující se střední délka života v posledních letech má za následek prudký nárůst počtu pacientů s demencí a tento vzrůstající trend zřejmě v dohledné budoucnosti neskončí. Demence se v západním světě již stala jednou z pěti hlavních příčin smrti, a proto se o ní někdy mluví jako o „nemoci století“..(V. Pacovský, P. Sucharda 2002).

### 1.4 Příčiny

V minulosti byly uváděny nejrůznější důvody, které se snažily objasnit, proč se demence objevuje. Jedno populární vysvětlení, jež panovalo dlouhou dobu, tvrdilo, že mozek je poškozen virem. Jiné vysvětlení uvádí otravu kovy, zvláště hliníkem v pitné vodě a jinde. Třetí vysvětlení hledá příčinu v neurotransmiteru acetylcholinu (převaděč acetylcholinu po nervové dráze), což je chemická látka, která má zásadní význam pro fungování mozku.

Z množství různých vysvětlení vyplývá zcela jasně jedno : přesná příčina demence není známá. Navzdory tomu není pochyb, že ve vývoji nemoci hrají roli genetické faktory. Výzkum již dokázal, že přírodní příbuzní lidí s demencí mají dvakrát vyšší riziko, že se u nich vyvine demence, než ostatní. Totéž platí i pro příbuzné lidí s Downovým syndromem. Také u nich je zvýšená pravděpodobnost, že se u nich vyvine demence. Skutečnost, že demence se primárně vyskytuje u starších lidí, naznačuje, že svou roli hraje i stárnutí. (H. Buijssen 2006). Konečně je také známo, že je vyšší riziko vzniku demence u lidí, kteří někdy v životě utrpěli vážné poranění lebky, a u těch, kdo mají chronický vysoký tlak. Pokud jde o chronický vysoký tlak, zvyšuje se riziko výskytu vaskulární demence, ale zdvojnásobuje se také riziko vzniku Alzheimerovy nemoci.

Alzheimerova nemoc i multiinfarktová demence mají mnoho společného, jak pokud jde o symptomy, tak následky. Je však mezi nimi několik významných rozdílů. Zatímco Alzheimerova nemoc se vyvíjí velmi pomalu, multiinfarktová demence často začíná náhle obdobím zmatenosti, jež je patrně důsledkem lehkého infarktu. Potom následuje období mírného zlepšení a stav pacienta zůstává celkem stabilní až do začátku dalšího období zmatenosti. Alzheimerova nemoc postupuje způsobem, který by se dal přirovnat k sestupu po mírném svahu, multiinfarktová demence (MID) spíše připomíná pomalý sestup po schodišti – dva kroky dolů a jeden zpět nahoru a tak dále. (V. Pacovský, P. Sucharda 2002).

Protože MID způsobuje eroze mnoha malých mozkových částic, přičemž okolní oblast je stále schopna docela dobře fungovat, jsou si pacienti s MID často mnohem déle vědomi zhoršování svého stavu než pacienti s Alzheimerovou nemocí. Když někdo s Alzheimerovou nemocí udělá nějakou chybu a je na to upozorněn, jeho reakcí bývá nefalšované překvapení. Nedávná minulost je pro něj černá díra. Podobný incident může vyvolat příznivější reakci u pacienta s MID, který si docela rychle uvědomí, nebo matně vzpomene, co se stalo. Pacienti s MID si patrně uvědomují účinky své nemoci delší dobu. Skutečnost, že lidé s demencí jsou delší dobu diváky svého vlastního úpadku, mívá často za následek, že se u nich vyvine deprese. Pojem demence se obvykle nevztahuje na multiinfarktovou demenci (MID), ale na Alzheimerovu nemoc. (Z. Kalvach a kol. 1995).

## 2. Symptomy a zákony demence

Symptom je příznak, nejčastěji choroby, úkon škodlivý a neúčinný, spojený s utrpením. (P. Hartl, H. Hartlová 2000). Život s partnerem nebo příbuzným trpícím demencí a péče o něho není nic snadného. Chování takového člověka je často pro lidi v jeho okolí nesrozumitelné. Nemocný klade tytéž otázky, nepamatuje si nic z toho, co se událo nedávno, ale vzdálenou minulost si pamatuje velmi jasně. Uráží se, když s ním mluvíte jako s dítětem, všechno zapomíná, ale nikdy to nepřizná atd. Jeho chování je nepředvídatelné. Nicméně, abychom porozuměli mnoha zvláštním aspektům chování člověka s demencí, tedy symptomům demence, nám stačí dva „ zákony demence“ v kombinaci s jistým množstvím jednoduchých psychologických vědomostí.

### 2.1 První zákon demence

Abychom ho objasnili, potřebujeme především říci něco o tom z pozice naší současné vědy, jak funguje normální mechanismus paměti. Vědci zjistili, že člověk má obecně dva druhy paměti : krátkodobou a dlouhodobou. Všechno, co v kterémkoli daném okamžiku slyšíme, vidíme, chutnáme, čicháme nebo pocítujeme (pět smyslů), vstupuje nejprve do naší krátkodobé paměti. V tomto malém prostoru pro záznam setrvává informace maximálně 20 až 30 sekund. Během půl minuty tedy rozhodujeme o tom, která informace je pro nás důležitá a kterou pustíme z hlavy. Když chceme prodloužit dobu zadržení informace, musíme ji přesunout do prostoru dlouhodobé paměti, velkého skladiště, jemuž se běžně říká „paměť“ (Z. Kalvach 1997). Zatímco krátkodobá paměť má velmi malou kapacitu, dlouhodobá paměť nám poskytuje dostatečný prostor, v němž můžeme uchovávat nepředstavitelné množství informací. Ani největší z dnešních moderních počítačů nemůže nabídnout větší paměť. Druhým rysem této naší rozsáhlé paměti je to, že je „celoživotní“. To znamená, že zadržuje veškeré informace, které získá během celého našeho života.

Dalším druhem paměti je paměť, na základě které víme, že známe určité informace, ale nemůžeme si na ně momentálně vzpomenout. A konečně za třetí existuje jakási podvědomá paměť, kterou prakticky v denním životě vůbec nevyužíváme a přesto pro nás uchovává veškeré naše prožitky do nejmenších podrobností a může se někdy projevat ve formě intuice, náhlého vnuknutí, pocitu, že jsme právě probíhající událost někdy předtím zažili apod. (Z. Kalvach 1995).

Přenos nebo ukládání informací z krátkodobé do dlouhodobé paměti není automatický proces. Vyžaduje jisté úsilí. Výzkumy ukázaly, že v našem procesu zapamatování hrají roli různé faktory. Jedním nesporně důležitým faktorem je **pozornost**. Na naši schopnost soustředit se mají největší vliv emoce, příjemné i nepříjemné. Vysoce emocionální událost s námi zůstává po celý život. Nevýrazné informace si také můžeme podržet delší dobu za předpokladu, že v tom směru vyvineme zvláštní úsilí. Klasickou metodou zapamatování je **opakování**. Naši paměti nepomáhá jen opakování, ale také **vizualizace**. Informace, jež dostáváme z obrazu, si podržíme snadněji. Také si můžeme něco lépe zapamatovat, když si to s něčím spojujeme, když se nám vybaví příslušné **asociace**. Čím více toho o určitém předmětu víme, tím lépe si o něm zapamatujeme něco dalšího. Když toho víte hodně například o počítačích, zapamatujete si mnohem víc z toho, co jste četli v novinách nebo viděli v televizi o posledním vývoji v oblasti počítačů, než kdybyste o tom předmětu dosud nevěděli vůbec nic.

Dalším způsobem, jak si něco podržet v paměti, jsou **uspořádané struktury** informací. Pokud si máme zapamatovat slova „banán“, „racek“, „broskev“, „rorýs“ a „rajka“, budeme s tím asi mít potíže, zejména když je budeme brát jako oddělené a na sobě nezávislé pojmy. Tento úkol bude mnohem snadnější, když si rozdělíme těch pět slov do dvou kategorií : dva druhy ovoce (začínající na „b“) a tři druhy ptáků (začínající na „r“). Naše schopnost zapamatovat si nějakou informaci je také značně závislá na tom, zda chápeme její **význam**. Je dobré podávat informace, pokud je to možné, s jistou dávkou **humoru**. Lze si je lépe zapamatovat. Je to něco podobného jako u **asociace**. (D. Klevetová, I. Dlabalová 2008).

## 2.1.1 Narušené ukládání do paměti

Pokud někdo trpí demencí, třeba v důsledku Alzheimerovy nemoci, nedokáže již přenášet informace ze své krátkodobé paměti do dlouhodobé. Jeho schopnost absorbovat informace je narušena a to v praxi znamená, že už si nemocný nedokáže zapamatovat, co se kolem něho dělo před pouhými 30 sekundami. Lidé se však nikdy nechovají stoprocentně podle normy a také tady platí výjimka, která potvrzuje pravidlo. Pokud informace vyvolává množství emocí nebo se často opakuje, je možné, že pacient s demencí z ní alespoň část absorbuje.

## 2.1.2 Přímé důsledky

Fenomén narušeného ukládání do paměti nám umožňuje pohopit mnohé rysy demence. Můžeme tím nyní snadno objasnit známky počínající demence. Jedním z prvních symptomů nemoci je to, že se pacient nedokáže pohybovat v oblasti, která je pro něho nová a neznámá. Jako každý jiný člověk, tak i ten, kdo trpí mírnou formou demence, když prochází po ulicích neznámého města, snaží se zapamatovat si řadu orientačních bodů, jako jsou jména ulic, obchody nebo věž kostela. Avšak ten, kdo trpí demencí, tyto orientační body zase velmi brzy zapomene. Rychle a doslova ztratí cestu.

Také má takový člověk problémy s orientací v čase. Člověk s počínající demencí se bude neustále ptát : „Kolik je hodin ?“ nebo „Co je dnes za den ?“ To znamená, že takovému člověku se informace nevtisknou do paměti. Proto pacienti v počátečním stadiu demence přivádějí lidi kolem sebe do nepříjemné situace, protože stále znovu kladou tutéž otázku. Jakmile začne velké zapomínání, začíná obvykle zároveň s ním i velké hledání. Nemocný přikládá také svému majetku větší význam než v minulosti a snaží se ještě více, aby si ho ukládal na bezpečné místo. A výsledkem je, že tráví velkou část svého času hledáním. Kvůli porouchanému procesu ukládání do paměti se u lidí s demencí velmi rychle objevuje problém s poznáváním nebo zapamatováním si nových lidí, kteří vstoupili do jejich života teprve nedávno.

Svou dlouhodobou paměť nepoužíváme jen k tomu, abychom si udrželi v hlavě podrobnosti minulých událostí. Potřebujeme ji denně, abychom věděli, co musíme udělat teď, co později, příští týden nebo následující měsíc. Nemocný s demencí své záměry a plány zapomíná, protože už nezasahují do jeho dlouhodobé paměti. Demence proto způsobuje rozpad nejen nedávné minulosti, ale i blízké budoucnosti. Lidé trpící demencí podléhají oproti zdravým lidem mnohem kolísavějším náladám a velmi rychle zapomínají, co bylo příčinou jejich hněvu, zármutku, ostudy nebo radosti. (H. Buijssen 2006).

Důsledky si můžeme shrnout do následujících bodů :

- dezorientace v neznámém prostředí ;
- dezorientace v čase ;
- opakované kladení týchž otázek ;
- opakované vyprávění téhož příběhu ;
- pacient rychle ztrácí nit vyprávění ;
- pacient nedokáže odpovědět na žádnou otázku týkající se nedávných událostí ;
- pacient se nedokáže naučit nic nového ;
- pacient rychle ztrácí věci ;
- dezorientace, pokud jde o neznámé lidi ;
- pacient rychle zapomíná na schůzky ;
- časté změny nálad .

### 2.1.3 Nepřímé důsledky

Zejména v počátečních stadiích demence si nemocní často dobře uvědomují, že dělají chyby a že dokážou dělat méně než dřív. Také si všimají, že se méně umějí vyrovnávat s novým a neznámým. Všechno kazí a lopotí se, dokud nemusí úplně přestat kvůli mezerám ve své paměti. A to všechno několikrát denně.

Nové tváře, neznámá prostředí, přátelé, kteří se ptají na něco, co se stalo nedávno. Člověk s demencí ví, že takové situace s sebou přinášejí okamžiky nejistoty a rozpaků. Lidé s demencí dělají, co je v jejich silách, aby se takovým okamžikům vyhnuli. Jedním z takových znaků je to, že nemocný bude raději zůstat doma a vyhýbat se příležitostem, jež by ho uváděly do kontaktu s lidmi, které dobře nezná. Když chrání svůj vlastní soukromý prostor, omezuje tím počet chyb a trapasů. Aby nedělali chyby, podnikají takoví lidé toho méně a vyvíjejí menší iniciativu, než byli zvyklí před deseti nebo více lety. K tomu je nutno dodat, že také rychle zapomínají, co chtěli udělat. Pro některé pacienty s demencí je celodenním zaměstnáním nicnedělání.

Lidé, kteří trpí demencí, se často snaží zakrýt chyby, jichž se dopustili ve společnosti druhých. Když jsou konfrontováni se svými chybami, mohou lhát, což je něco, co by patrně nikdy předtím neudělali. Aby podepřeli svou sebedůvěru, jsou velmi vynalézaví ve vymýšlení různých lží a výmluv. Člověk s demencí bude chtít, aby navenek vypadal dobře, a aby si druzí mysleli, že je s ním všechno v pořádku. Důsledkem toho jsou také ze strany pacienta také vyhýbavé a nic neříkající odpovědi na otázky od jiných osob.

Protože konfrontace nemocného s realitou je bolestná, začne takový člověk často věřit svým vlastním výmyslům. Věří, že jejich paměť funguje dobře, a budou bojovně popírat, že jsou nemocní. Další strategií pacientů, kteří žijí v rodině je, že se snaží přesouvat stále více úkolů na členy rodiny. Ti si pak stěžují na pacientovu lenost nebo apatii, lhostejnost a nedostatek iniciativy, dokud si neuvědomí, že jejich blízký je ve skutečnosti nemocen. Protože život se stává pro pacienta s demencí stále cizější krajinou, přidržuje se tím více blízkých lidí ve svém okolí a následuje je jako dítě.

Na základě toho, že člověk postižený demencí ví, kdo je pro něho klíčová osoba, kterou nechce ztratit z dohledu, můžeme usuzovat, že někde hluboko ve svém nitru ví, že s ním je něco podstatného v nepořádku. Pro člověka v takovém stavu není k úzkosti nikdy daleko. Ta **úzkost** se může u pacienta projevat různě. Jeden člověk bude agresivní, druhý depresivní, třetí podezřavý a tak dále. Ti, kteří měli už před propuknutím nemoci sklon v těžkých dobách obviňovat ze svého neštěstí druhé, to budou dělat i teď a budou mít větší tendenci zlobit se na druhé za chyby, jichž se dopustili. Jinou reakcí v počáteční fázi demence je **podezřavé chování**. Nemocný si myslí, že druzí mu ztěžují život tím, že dělají za jeho zády ošklivé věci. Předmětem podezírání je vždy někdo z bezprostředního okolí. Může to být člen rodiny, zaměstnanec domova nebo léčebny, sociální pracovnice, zdravotník. Často se jako reakce na počáteční stadia demence objevuje také **deprese**, a to zejména u lidí, kteří měli vždycky sklon o sobě pochybovat. Neobviňují nikoho z okolí, ale sami sebe, když se musí vyrovnávat se zhoršujícím se stavem nemoci. Mezi další možné reakce na **frustraci** nebo **existenciální úzkost** patří shromažďování jídla nebo věcí. Pacient se tak připravuje na zlé časy. Dále zde může být fyzický neklid a nervózní chování (chození sem a tam, neschopnost sedět delší dobu), nadměrné jedení, pití či kouření, nebo naopak odmítání přijímat jakýkoli další přísun potravy či tekutin. Je třeba říci, že tyto příznaky se objevují i u normálních lidí, kteří se musí vyrovnávat s nějakým psychickým stresem.

Mnozí lidé s demencí nevykazují jen jednu z výše uvedených reakcí, ale hned několik. Někteří například přecházejí od hněvu k depresi, jiní spojují shromažďování s neklidem a další jsou zase extrémně pasivní a závislí – v takovém případě je jejich jedinou aktivitou jídlo, pití a kouření. Někdo v počátečních stadiích demence nejenže normálně reaguje na úzkost a nejistotu, ale ani další rysy jeho chování se neliší od normálních jedinců. Rozdíl mezi normálními jedinci a jedincem s demencí je v tom, že my děláme chyby nebo na ně nezvykle reagujeme jen občas, zatímco u člověka s demencí se to děje neustále. (G. Mahrová, M. Venglářová 2008).

Nepřímé důsledky narušeného ukládání do paměti je možno shrnout do následujících bodů :

- vyhýbání se kontaktu, stahování se do pozadí ;
- ztráta iniciativy ;
- budování vnějšího zdání : lži a (vychytralé) vyhýbavé odpovědi ;
- popírání zapomnětlivosti ;
- závislost, občas si dokonce činí na někoho nároky ;
- agresivita, deprese, podezřívavost ;
- hromadění věcí ;
- fyzický neklid (chození sem a tam) ;
- nadměrná spotřeba jídla, pití a cigaret ; (H. Buijssen 2006).

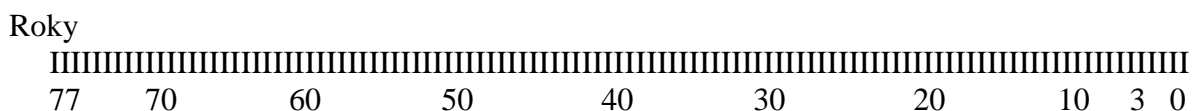
## 2.2 Druhý zákon demence : postupná destrukce dlouhodobé paměti

Na základě prvního zákona demence lze docela dobře objasnit rysy raných stadií demence. První zákon nám už ale nestačí pro vysvětlení toho, co můžeme pozorovat u střední a těžké demence. Na to potřebujeme druhý zákon. Nejprve je nutné říci něco o normální zdravé paměti. Dlouhodobou paměť si můžeme představit jako rozsáhlou knihovnu naplněnou osobními deníky (paměťové soubory). Pro nás nějak význačné události a prožitky máme v paměti seřazeny v přesném pořadí, většinou rok za rokem. Osmdesátiletý člověk, který např. poslední tři roky trpí demencí, si bude z událostí tohoto časového období pamatovat jen velmi málo. Bude však umět velmi dobře upravit o událostech a lidech svého života před demencí.

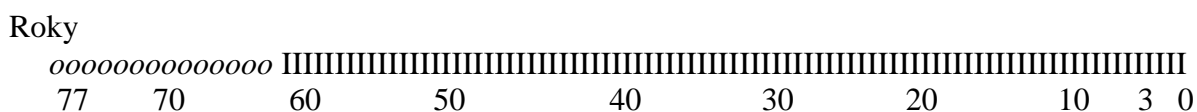
To se bude měnit s tím, jak bude demence postupovat. A tady lze vidět v praxi druhý zákon demence. Dlouhodobá paměť se začíná rozpadat, a to zvláštním způsobem.:Postupně ubývá to zapamatované od časově nejbližších údajů a končí u těch nejvzdálenějších. (Viz obrázek 1) První paměťové soubory (deníky), které se ztrácejí jsou ty, které byly „zapsány“ rok před začátkem demence, pak následuje předcházející rok a tak dále. Poslední přicházejí na řadu vzpomínky z dětství. Ve velmi pokročilém stadiu demence už pacient nemá nic víc než deníky prvních pěti let života. V konečné fázi zmizí i ty a brzy nato pacient umírá. (H. Buijssen 2006).

### Obr. 1 Mizející paměť člověka

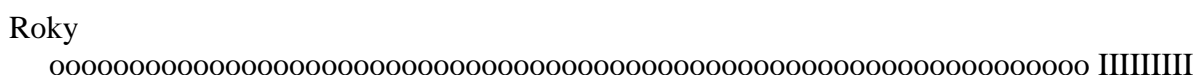
Paměť 77letého člověka bez demence. Paměťové soubory (deníky) z celého jeho života jsou úplné.



**Paměť 77letého člověka s demencí, který ztratil vzpomínky na posledních 17 let. Deníky se začínají hroutit, nejprve ty poslední, potom ty před nimi a tak dále.**



**Paměť člověka v pokročilém stadiu demence. Zůstávají jen vzpomínky na jeho rané dětství.**



(převzato z publikace klinického gerontologa Huuba Buijssena: *Demence*)

Z **druhého zákona demence**, tedy mizejících deníků (paměťových souborů neboli vzpomínek), existují **dvě výjimky**.

Deníky obsahující složitější informace mizí dřív, než by se dalo očekávat podle koncepce mizející paměti. Jde o deníky, které mohou obsahovat počty, účetnictví, vaření, organizování večírků, různé opravy apod. U jednotlivých lidí se to liší a závisí zcela na individuálních zájmech a talentu.

Druhá výjimka je příjemnější. Deníky, jež obsahují rozsáhlá množství (opakujících se) slov zůstávají dostupné delší dobu. Také vzpomínky na důležité události, dobré i špatné, jsou delší dobu ušetřeny procesu destrukce.

### 2.2.1 Důsledky

Srovnání s mizejícími vzpomínkami nám umožňuje chápat mnohé projevy chování člověka v posledním stadiu demence. Zakalená paměť znamená, že nemocný nebude už od jistého okamžiku schopen vykonávat mechanické dovednosti, kterým se naučil v posledních patnácti nebo dvaceti letech svého života. Nebude například schopen používat současné moderní kuchyňské přístroje. Proto se vrací k tomu, co se naučil dříve, třeba při přípravě kávy apod. Bude zametat koberce smetáčkem a lopatkou, protože nebude vědět, jak použít vysavač. Nemocný také může zapomenout, že je v důchodu, a bude chtít odejít do práce. Také může přijít den, kdy už nepozná svůj dům. Člověku s demencí mizejí z paměti pravidla společenského chování a ztrácí zábrany. Snižuje se také postupně schopnost komunikovat prostřednictvím jazyka. Pacient se ptá na jména věcí apod. V poslední fázi demence schopnost konverzovat dosahuje úrovně batolete. Pacienti, kteří nežijí v zemi, kde se narodili, jsou izolovaní, protože nemají kolem sebe nikoho, kdo by rozuměl jejich řeči. Přijde také okamžik, kdy pacient nepozná vlastní ženu a budou pro něho cizinci jeho vlastní děti. Ztráta partnera bývá často kompenzována tím, že si pacient „oživuje“ různé lidi, kteří jsou už mnoho let mrtví. V mizení vzpomínek není žádná logika. Člověk s demencí nemusí poznat svůj vlastní obraz v zrcadle. Když nám paměť odejde, rozpadne se i jádro osobnosti, kterou jsme kdysi byli.

Pacienti s **čistou formou Alzheimerovy nemoci** začnou mít potíže s prováděním složitých úkolů, jako je vaření, nakupování a správa financí. Nebudou schopni se správně oblékat. Nechtějí se mýt. V následující fázi se nebudou umět bez pomoci obléci, vykoupat se a umýt. Později si nebudou pamatovat, co to znamená jít na toaletu. Budou se pomočovat a později neudrží stolicí. Proces eroze paměti se nezastaví ani za tímto bodem. Nevyhnutelně přijde doba, kdy pacient potřebuje pomoc i s jídlem a pitím. V poslední fázi už pacient nemůže ani chodit, jen sedět, až v určitém okamžiku ani to už není možné. Velké mezery v paměti mají za následek zhoršení dobré nálady u pacienta a jeho intelektu. Nepřítomnost paměti znamená nepřítomnost intelektu a naopak. Potřebují se vzájemně jako pán a sluha. Zkrátka dobře, paměť a inteligence se prolínají. Lidé trpící mírnou demencí dříve či později ztratí schopnost řešit i ty nejjednodušší problémy. Také vtipy budou za hranicí jejich chápání. (V. Pacovský, P. Sucharda 2002). Čím dál paměť mizí, tím víc připomíná myšlení člověka s demencí myšlení malého dítěte. Je zde ale jeden rozdíl. Člověk s demencí dokáže uvažovat jen ze své vlastní perspektivy. I když ho může velice obtěžovat pláč a mluvení jiných obyvatel domova, neuvědomuje si, že také druhé může obtěžovat jeho podobné chování. Stále méně dokáže vnímat logické argumenty.

Důsledky mizející paměti můžeme shrnout do následujících bodů :

- ztráta mechanických dovedností (vařit kávu, používat vysavač) ;
- ztráta paměti, pokud jde o poslední a dřívější události (např. člověk s demencí neví, že je v důchodu) ;



- úbytek sociálních dovedností a narušování norem chování (ztráta etikety) ;
- úbytek slovní zásoby, zhoršení schopnosti mluvit (afázie) ;
- dezorientace, pokud jde o lidi, neschopnost poznat partnera a děti ;
- mrtví z minulosti jsou „vzkříšení“ ;
- snížená schopnost samoobsluhy : oblékání, mytí, čištění zubů, chození na toaletu
- změna osobnosti ;
- zhoršení funkce intelektu .(H. Buijssen 2006).

Dva výše popsané zákony demence změni život postiženého člověka zcela a definitivně.

### 3. Život lidí trpících demencí

Museli bychom mít sami demenci, abychom se dozvěděli, co člověk v raných stádiích demence cítí. Navzdory tomuto omezení lze nastínit jakýsi obraz toho, jak může někdo prožívat proces vývoje vlastní demence. Je důležité vědět, jaká je demence v praxi a podle toho zkorrigovat svůj přístup k pacientovi. Pokud si například myslíme, že dokáže ovládat svůj hněv, budeme samozřejmě jednat jinak, než kdybychom měli důvod si myslet, že by se nemusel umět ovládnout.

Existují **tři zdroje**, jež nám poskytují vyhovující představu o „světě“ pacienta s demencí a jak ji prožívá. **Prvním zdrojem** je to, co nám sám sděluje, ať už mluveným nebo psaným slovem. **Druhým zdrojem** je chování pacienta s demencí. Zda pláče, směje se, je rozrušený, klidný, agresivní, mírný atd. **Třetím zdrojem** je naše schopnost si to představit nebo se vžít do jeho situace. Všichni známe ten přechodný stav mezi spánkem a bděním nebo určitou zmatenost při náhlém probuzení ze snu. (O. Matoušek, P. Kodymová, J. Kolářková 2005).

#### 3.1 Fáze nastupující demence

Vyznačuje se zhoršením paměti, pokud jde o události a pamatování si lidí z doby posledních měsíců, tj. demence začíná zapomnětlivostí. Vykonávání složitějších úkolů vyžaduje ze strany člověka s demencí nesmírné úsilí. Frustrace, kterou to způsobuje, se projevuje jako zlost nebo jako sklíčenost. Také se dostávají okamžiky hluboké úzkosti. Ta zmizí, když si člověk třeba pomyslí, že je to v jeho věku normální zapomnětlivost. (V. Franková 2008).

#### 3.2 Fáze potřeby dohledu

Nastupuje tehdy, když mozková porucha ovlivní život člověka tak vážně, že už není schopen zvládat situaci bez pomoci druhých. Je to také fáze, kdy pacient chce zakrýt svůj stav pomocí lží, výmluv atd. Tyto pokusy ale často rozčilují lidi kolem nemocného. Člověk s demencí si zřejmě není vědom svého úpadku, protože výzkum prováděný mezi lidmi, kteří prožili nějakou dramatickou životní událost, a v jejím důsledku jim zůstalo psychické trauma, nás poučil, že psychika člověka je schopna vytvářet ochrannou bariéru proti myšlenkám, které by mu způsobily příliš velkou bolest. V těchto chvílích můžeme slyšet, jak takoví lidé říkají: „mám prázdnou hlavu“, „to nejsem já“, „cítím, že je se mnou něco v nepořádku“ apod.

Alzheimerova nemoc a demence přináší změnu osobnosti. Ale tato změna není úplná. Obvykle se zvýrazní osobní vlastnosti. Spokojení lidé obvykle zůstanou spokojení a nešťastní zůstanou nešťastní. Většina však zůstává někde mezi tím. Ale jako všude, i zde existují výjimky. Někteří pacienti se změni úplně. Příjemný a pohodový člověk se může změnit v tyрана. I opak je možný. Jak někdo prožívá svou nemoc je obvykle určováno tím, jak jednal a reagoval v dřívějších kritických životních situacích. Pokud míval sklon nechat se rychle vyvést z rovnováhy, bude vnímat demenci jako katastrofu. Prožívání nemoci může určovat také to, jak na ni reagují lidé v okolí nemocného. Při demenci se zhoršuje paměť, ale také schopnost myšlení. Pocity mají vládu nad myšlením. U lidí bez demence existuje obvykle mezi pocity a činy doba uvažování, i když třeba jen velmi krátká. Krátké zamyšlení má U člověka s demencí je větší pravděpodobnost, že jeho reakce budou impulzivnější a prudší.

Člověk s demencí bude zažívat pouze takzvané základní pocity, jako je znechucení, smutek, úzkost, radost a důvěra. Pocity vyžadující promýšlení, jako je stud, lítost, mizí. Člověk s demencí už také nemá pocity, které se vztahují k minulosti nebo budoucnosti. Netouží po pomstě, protože si nepamatuje, co mu kdo udělal. Necítí vinu nebo výčitky za něco, co už dávno zapomněl. Z tohoto důvodu člověk s demencí nemá pocity jako je stud, vděčnost, vina, naděje, touha po pomstě a výčitky svědomí.

Ve fázi potřeby dohledu už nedokáže člověk s demencí absorbovat žádné nové informace, ale ještě si pamatuje, co bylo před začátkem nemoci. Následná fáze však vykazuje znaky vážného zhoršení vzpomínek na události před začátkem nemoci a přichází **fáze potřeby péče**. (G. Mahrová, M. Venglářová 2008).

### 3.3 Fáze potřeby péče

Vyznačuje se tím, že mizející paměť způsobuje, že člověk se propadá stále hlouběji do vzpomínek na minulost. A také jeho současná činnost je jimi ovlivněna. Například žena z domácnosti čeká stále, až se děti vrátí ze školy, zemědělec chce jít několikrát denně podojit krávy atd. Když se rozpadnou známé obrysy prostoru a času, je pacient s postupující demencí doslova ztracen v čase a prostoru. Propast mezi světem lidí bez demence a novým, jiným světem pacienta s demencí je už tak velká, že ji nelze překlenout. Pro pacienta je stále obtížnější myslet na to, kdo je, kde je a co dělá. Na začátku demence si ještě pacient uvědomuje své chyby při nějaké činnosti, v pokročilém stadiu jeho myšlení nezajde dál než k úvaze „nestalo se, co jsem chtěl“. U mnoha starších lidí vystupují na povrch bolestné zážitky z minulosti. Automobilová nehoda, přepadení, rozvod, smrt dítěte apod. Psychické bariéry, které nás chrání před záplavou hlubokého zármutku a zoufalství se v pokročilém stadiu demence hroutí. Někaká současná událost může vyvolat událost z minulosti a tehdejší trauma je prožíváno znovu, jako by se stalo teď. Člověk s demencí může najednou přímo uprostřed dne prožívat strašnou noční můru.

S postupující demencí pacient stále více potřebuje podporu druhých lidí kolem sebe. Chápe méně, co se mu říká a proto je stále vnímavější k řeči těla, výrazu obličeje, gestům a tónu hlasu. Pro pacienta je naprosto zásadní, aby cítil, že může důvěřovat lidem kolem sebe. Pak bude spokojený. Když důvěra chybí, bude pociťovat úzkost. Vnímání u pacienta s demencí je narušené. Smysly pacienta sbírají informace jako předtím. Čím víc však pacient chátrá mentálně, tím méně dokáže tyto informace zpracovávat. Ptá se lidí kolem sebe, co oni vidí nebo slyší, ale i odpovědi jsou pro něho často příliš obtížné. Pacient se proto stahuje do sebe. Větší část dne sedí, podřimuje a ospává.

Nastupuje fáze potřeby ošetrovatelské péče. Jako u malého dítěte, zranitelného a závislého na druhých, se i pacientův život v tomto stadiu točí kolem uspokojování jeho základních fyzických potřeb, jídla, pití, odpočinku a tepla, a také emočních potřeb ve formě bezpečí a důvěry. Všechny projevy komunikace z jeho strany (panický křik, volání, vzlyky) směřují k uspokojení těchto potřeb, aby si ho někdo všiml.

Příroda má velmi dobrý lék na to, jak snížit úzkost – neustálou potřebu spánku. Pacient už nemá povědomí o čase. Skutečné je jen to, co se děje tady a teď. Pacient s pokročilou demencí má už tak snížené vědomí, že jeho svět se skládá pouze z jeho vlastního těla. Stěží je schopen chápat, co se děje v jeho okolí. Čich, hmat, chuť jsou nyní důležitějšími smysly než sluch a zrak. Někteří pacienti v této fázi úplně odmítají jíst a pít. Je to možná jejich způsob, jak nám signalizují, že už toho všeho mají dost. V konečné fázi svého života vnímá pacient věci jako ve stavu anestezie nebo snížené bdělosti u lidí bez demence. Už se sám nepoznává. Vlastní tělo pokládá za něco cizího a neznámého. Poslední odchází schopnost usmívat se. Když už se neusmívá, pak smrt není daleko. (E. Malíková 2011).

## 4. Komunikace s člověkem s demencí

Komunikace je dorozumívání, sdělování, při čemž obecně komunikace není specificky lidským jevem, existuje i u živočichů, na rozdíl od jazyka. (P. Hartl, H. Hartlová 2000).

Komunikace je jednání, jehož cílem z hlediska komunikátora je přenos sdělení jedné či více osobám. (Z. Vybíral 2005). V demenci schopnost sdílet zkušenosti s druhými postupně mizí. Je třeba velkého úsilí, aby vysvětlil druhým, co cítí a potřebuje, a aby pochopil, co chtějí říci jemu. Čím pokročilejší je demence, tím větší úsilí musí okolí věnovat, aby se dosáhlo určitého stupně komunikace.

### 4.1. Komunikace ve třech fázích demence

Rozlišujeme komunikaci verbální a neverbální. **Verbální** (slovní) komunikací rozumíme dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka anebo jinými znaky jazykového systému. (Z. Vybíral 2005). **Neverbální** komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy jako doprovod slovní komunikace. K neverbální komunikaci patří např. gesta, postoj těla, výraz tváře, pohledy očí, tělesný kontakt. (Z. Vybíral 2005).

**V prvním stadiu, ve fázi potřeby dohledu**, nedokáže už pacient s demencí mluvit o nedávných událostech a často má potíže najít správná slova. Ve většině případů však pacienti v této fázi demence docela dobře rozumějí, co se jim říká.

**V prostředním stadiu, ve stadiu potřeby péče**, je pro člověka s demencí stále obtížnější zapojit se do jakéhokoliv typu rozhovoru. Nemocný začne třeba povídat odněkud zprostředka a pochopitelně nevidí situaci z hlediska posluchače. Nechápe význam abstraktních pojmů jako „intelligence, politika, myšlenka, šance apod.“. Nerozlišuje mezi přítomnou situací a minulostí. Židle nyní je právě ta z jeho minulosti. Lingvisté by to chápali jako příklad, kdy není žádný rozdíl mezi předmětem a jeho označením (H. Buijssen 2006). Pacient už nedokáže vyprávět logický příběh. Stojí ho obrovské úsilí, když má dát dohromady správnou větu. Uchyluje se k běžným frázím.

**V posledním stadiu demence, ve fázi potřeby ošetrovatelské péče**, přestává pacient mluvit docela. Jeho vyjadřovací schopnosti úplně mizí, až na několik neartikulovaných zvuků. Reaguje pouze na fyzické podněty jako bolest, teplo, chlad nebo pohyb (H. Buijssen 2006)..

### 4.2 Jak nejlépe komunikovat s člověkem trpícím demencí

Mezi základní podmínky patří, že rozhovor nesmí být rušen radiem nebo televizí. Také pečovatelé by měli mít dostatek času pro komunikaci. Je třeba se soustředit při komunikaci výhradně na člověka s demencí a jeho potřeby. V přítomnosti nemocného nemluvte s třetí osobou šeptem. Nemluvte o něm v třetí osobě, např. „On dnes vypadá dobře.“

#### 4.2.1 Verbální komunikace

Rozhovor s nemocným má být stručný a jasný. Totéž platí, má-li si pacient vybrat ze dvou nebo tří možností. Žádost, aby něco udělal, je nejlépe vyslovit těsně předtím, než mají být provedeny. Je moudré tuto žádost vyslovit v prostředí nebo situaci, ve které se bude provádět. Je třeba si ověřovat, zda pacient skutečně žádost pochopil a zda ji provádí, zejména u léků. Člověk s mírnou demencí bude brzy potřebovat pětkrát více času na zpracování informace než lidé bez demence. Je třeba se co nejvíc vyhýbat diskusím, jež vyžadují odpovědi „ano, nebo ne“. Je zbytečné se rozčilovat kvůli věcem, na kterých nezáleží. Samozřejmě jsou okamžiky a situace, kdy musíte pacienta opravit nebo mu něco vysvětlit, například když se snaží obout si levou botu na pravou nohu.

Když mluvíme s pacientem, je důležité, abychom mu vyprávěli, co jsme my dělali, co nás rozesmálo, zarmoutilo, koho jsme navštívili atd. I když pacient úplně všechno nechápe, budou na něho příjemně působit pocity a emoce, jež vyzařují z našeho vyprávění, z výrazu našeho obličeje a z pohybů těla. Sama skutečnost, že mluvíme právě k němu, je mnohem důležitější než naše slova. (D. Klevetová, I. Dlabalová 2008).

## **4.2.2 Neverbální komunikace**

S nemocným je třeba mluvit klidným a vyrovnaným tónem. Hlasitý projev si člověk s demencí často vysvětluje jako hněv a jeho reakcí může být také hněv, smutek, neklid nebo úzkost. Klíčem k pohodové komunikaci je příjemný tón hlasu a úsměv. Obecné pravidlo u pacienta s demencí je, co nejvíc udržovat kontakt očima a nikdy od něho neodvracet své tělo. Je lepší mluvit o věcech, jež zároveň mohou slyšet, vidět, čichat, cítit a hmatat i lidé s demencí. Pokud mluvíte o počasí, je lépe, když pacient stojí u okna.

### **Pohled do minulosti**

Protože vzpomínky ze vzdálené minulosti mohou přetrvávat mnohem déle, doporučujeme rozhovor přímo spojovat s dřívějšími zvyky, zájmy, zálibami a zkušenostmi pacienta s demencí. Můžete např. mluvit o jeho rodičích, sourozencích, školních letech atd. Hlavně o příjemných věcech.

### **Zaměření na city**

Vzpomínky spojené s emocí obecně méně selhávají u lidí s demencí. Možná proto, že city jsou nadčasové, a proto nesídlí v paměti pro informace, ale jejich kořeny jsou ve skutečnosti mnohem hlouběji. I za evidentním nesmyslem v rozhovoru s pacientem můžeme objevit smysl, který bývá zahalen v citu nebo emoci.

### **Když už není možné mluvit**

Proces demence setře časem všechny informace. To znamená, že i rozhovor o dávných událostech přináší pro pacienta neklid. I když už pacient nechápe slova, vnímá ještě řeč vašeho těla. Můžete ho pohladit, usmívat se. Až do úplného konce bude člověk s demencí schopen rozeznat melodii věty. Podobně jako malé děti nebo zvířata i člověk s demencí slyší velmi dobře, zda jsou vaše slova přátelská, nepřátelská nebo smutná, i když význam slov už nechápe. Klidná přítomnost někoho, koho pacient zná a komu důvěřuje, se rovná slovům : „Neboj se, jsem tady, jsi v bezpečí.“ (D. Klevetová, I. Dlabalová 2008).

## 5. Agresivita, deprese a podezíravost

Demenci často doprovázejí změny emocí. Nejčastější problémy pro okolí jsou nálady spojené s agresivitou, depresí a podezíravostí. Druhého člověka můžeme nejlépe pochopit, když se snažíme do něho vcítit, když si představíme sami sebe v jeho situaci.

### 5.1 Agresivita

Agresivita je útočné jednání vůči druhému jedinci vlastního druhu anebo vůči druhému jedinci druhého druhu. (P. Hartl, H. Hartlová 2000). Představte si, že všechno je proti vám. Děláte chyby, něco ztrácíte, nedokážete odpovídat na otázky, zapomínáte, co jste chtěli udělat. Jen zřídka vás někdo pochválí, místo toho se vám připomíná, co všechno jste zkazili. Naštěstí většinu toho, co na vás dopadá, velmi rychle zapomínáte. Ale pocit neštěstí a ublíženosti to ve vás zanechává. Pacient se jaksi cítí v neznámém světě. Lidské chování má obvykle ne jednu ale několik příčin. Obvykle se lidé pro vysvětlení svého chování uchylují k nějakému rozumnému důvodu, například: „Měl jsem moc práce a proto jsem se tak naštvál.“ Další faktory zůstávají skryty pod hladinou našeho podvědomí.

**První příčina** agresivního chování jako důsledek narušeného ukládání do paměti je frustrace. Agresivita je normální lidská reakce na obtížnou situaci.

**Druhá příčina** agresivity může být také reakce na zármutek, stud nebo i nějakou jinou méně významnou emoci. I lidé bez demence často obtížně o těchto věcech mluví. Hněv se projeví mnohem snadněji než smutek nebo stud.

**Třetí příčina** agresivity souvisí se snížením mentálních schopností člověka s demencí. Není schopen správně hodnotit situaci. Přátelské podávání ruky může chápat jako útok a přiměřeně reaguje.

**Čtvrtá příčina** agresivity v demenci spočívá v dětství konkrétního člověka. Některé děti ve věku od pěti do patnácti let jsou nesmírně vznětlivé. I malý nevhodný podnět může být příčinou akutního výbuchu hněvu. Až později se dítě v životě naučí jednat jinak. Když žádáme pacienta s demencí, aby ovládl svůj hněv, žádáme po něm ve skutečnosti příliš mnoho. Někteří lidé s demencí byli vznětliví a výbušní po většinu svého života a v demenci se tento charakterový rys jen zintenzivní. (H. Buijssen 2006).

#### 5.1.1 Prevence

Jestliže se u lidí s demencí máme vyrovnávat s agresivitou, musíme myslet na dvě věci : nediskutovat a nenapomínat. Nejlepší taktika je agresivním výbuchům zabránit. Proto musíme zjistit zdroje a příčiny agresivity. K tomu účelu je dobré použít zápisník.

##### Příklad metodické registrace

---

Čas	7.00
Okolnosti před incidentem	V ložnici říkám Otovi, že je čas, aby vstal a oblékl se. Snažím se ho postavit na nohy tím, že ho jemně Tahám za paži.
Otova reakce	Nadává.
Moje reakce	Snažím se pomocí mírného přemlouvání povzbudit Otu, aby vstal a oblékl se.
Výsledek mé reakce	Ota si přetahuje přikrývku přes hlavu a pak mi Sprostě nadává.

---

Z toho může vyplývat, že je třeba posunout dobu buzení o něco později. Nebo naopak chodit dříve spát a vstávat dříve. Druhá možnost je postupné buzení např. rozhrnutím záclony nebo tiše pustit radio. Po určité krátké době mohou lidé takto postupně probouzení být přístupnější rannímu vstávání. Další možností je mluvit o něčem, co pacienta zajímá a kvůli čemu je ochoten vstát. (H. Buijssen 2006).

### 5.1.2 Přístup pečovatele

Pečovatel si musí dobře všimnout, jaké chování z jejich strany vyvolává zlostnou reakci u pacienta. Může to být nevlídné slovo, náznak podrážděnosti, povýšený způsob řeči, obviňující poznámka atd. Pečovatel může podat svou žádost jako přátelský návrh atd. Přátelský úsměv nebo slovo může zlikvidovat odpor ze strany pacienta.

Jeden z nejlepších způsobů, jak uklidnit rozhněvaného člověka je, brát jeho hněv vážně. Jinou možností je oddělit pacienta od zdroje stresu tím, že ho vezmete za ruku, dotknete se ho nebo ho obejmete. To platí pro některé pacienty. Jiní potřebují rozumný odstup a klidně na ně mluvit. Také pomalá mluva má uklidňující účinek.

Další možností je nechat pacienta chvíli samotného a vrátit se třeba za patnáct minut.

Ať zvolí pečovatel jakoukoli taktiku, jedna věc je zcela zásadní. Musí zůstat klidný.

Hněv nikdy nezpůsobí událost nebo akce někoho jiného, ale hněv způsobují výhradně myšlenky, jež událost vyvolává v naší mysli.

Když budete myslet, že pacient dělá něco schválně, budete se hněvat. Když budete myslet, že na vině je jeho nemoc, pak pravděpodobně nebudete cítit žádnou zlost. Dýchejte zhluboka, počítejte do deseti. Když nic nepomáhá, nechte pacientovi předepsat sedativa. Ale to je skutečně poslední možnost. Agresivita u pacienta je signálem, že nemocný nechce kapitulovat. Je to tedy spíše normální reakce než abnormální.

#### Mezi pokyny pro pečovatele může patřit :

- více naslouchejte než mluvíte ;
- než k nemocnému promluvíte, dovolte mu chodit nebo jinak se pohybovat, aby mohl uvolnit napětí ;
- zeptejte se pacienta, co od vás chce ;
- ujistěte se, že mu nijak nebráníte v cestě. Pociť, že je v pasti, může agresivitu zvýšit.

(E. Malíková 2011).

## 5.2 Deprese

Deprese je chorobný smutek, skleslost, vnitřní napětí, nerozhodnost, spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů, ztrátou zájmů a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním, ztráta energie, poruchy spánku a nechutenství ; je chorobný, jestliže nepřiměřeně dlouho trvá nebo má nepříznivý vliv na lidské chování. (P. Hartl, H. Hartlová 2000). Lidé, postižení mozkovou příhodou v oblasti centra řeči, často nedokážou najít správná slova, aby vyjádřili svoje myšlenky. Říkají : „podej mi lžičku“, ale ve skutečnosti chtějí vidličku. Slyší, že říkají špatné slovo, ale nemohou tomu zabránit. Většina lidí s touto poruchou, mívá okamžiky hluboké melancholie. Lidé s demencí často bojují se stejným problémem.

Deprese, stejně jako agresivita, je velmi často výrazem bezmocnosti a úzkosti. Nemocný si uvědomuje, že příčina jeho neúspěšných aktivit je v něm a to ho rozrušuje. To platí zejména u pacienta, který dříve byl méně sebevědomý. Deprese je ve skutečnosti vždy odrazem hněvu proti sobě. U Alzheimerovy nemoci to bude v její počáteční fázi. V případě méně běžné multiinfarktové demence to však bude přetrvávat až do období potřeby péče (střední fáze). Deprese je vždy vyvolána rozporem mezi touhou a skutečností. Nemocný například chce jít domů, ale nemůže si vzpomenout, jak se to má udělat a dokonce ani neví, jak má své přání sdělit lidem kolem sebe. (V. Pacovský, P. Sucharda 2002).

## 5.2.1 Přístup k nemocnému

Každý člověk s demencí a v depresi si uvědomuje svou situaci jinak. Strategie odvádění pozornosti obvykle má opačný účinek na ty, kteří si své chyby uvědomují. Nemocný cítí, že ho nebereme vážně a jeho zoufalství se může ještě prohloubit. Odvádění pozornosti může ale dobře působit u člověka, který si svůj stav uvědomuje jen omezeně. Uznání a přijetí osobních emocí ze strany pečovatele jsou prvotní a nezbytné kroky k tomu, abychom pomohli člověku, který si se sebou neví rady. Skutečný zájem a pozornost se nemusí vyjadřovat jen slovy. Člověk s demencí se často uklidní jemným dotykem, pohlazením, sezením vedle něho a očním kontaktem. Pacient musí mít pocit, že není odepsaný a někdo druhý má o něho zájem. To je nejlepší lék na depresi.

Pečovatel se musí snažit rozptýlit smutek a trudnomyslnost pacienta tím, že jeho myšlení obrátí jiným směrem. Může to být oblíbený koníček pacienta nebo nějaká příjemná činnost. Lidé trpící depresí by chtěli být aktivní, ale nemohou. Zatímco agresivní pacient má energie nazbyt, člověk v depresi zápasí s vlastní neschopností provést cokoli. Také komplimenty jsou osvědčenou metodou, jak pacientovi zvednout náladu. Pochválit vlasy atd. Na náladu člověka má také úsměv a smích. Někteří lidé s demencí doslova září radostí, když je pozdravíte s úsměvem. I rozhovor o běžných věcech kolem nich pomáhá k vylepšení nálady.

Když je zasmušilost trvalá a delší než čtrnáct dní, můžeme mluvit o onemocnění depresí. To je závažná psychická nemoc. Postižený člověk si uvědomuje situaci, ale není schopen se z ní sám dostat. V případě trvalé deprese je potřebná pomoc psychiatra. Nyní jsou dostupné léky, které jsou ve většině případů účinné.

## 5.3 Podezíravost

Pacient může podezírat svou ženu z nevěry jen proto, že ji z okna viděl bavit se chvíli se sousedem. Pacient v tomto případě chce slyšet ujištění ze strany manželky, že ona má jen jeho a že ho potřebuje. Nebo má pacient pocit, že je v cizím domě a když chce odejít, dveře jsou zamčené. Něco není v pořádku. Více než polovina nemocných demencí vykazuje kratší nebo delší dobu symptomy podezíravosti. Vysoce postrádají důvěru v druhé lidi. Podezíravost je ve skutečnosti skrytá sestra agresivity. Podezíravý člověk kromě toho myslí, že příčinou této situace je druhá osoba. Větší sklon k tomuto mívají lidé, kteří v minulosti byli dominantní a nadměrně sebevědomí. Už v minulosti nedůvěřovali a nyní mají o to větší pochybnosti. Podezíravost se také může vyvinout u lidí s demencí v důsledku neschopnosti posoudit nebo zvládat situaci, ve které se nyní nacházejí. (H. Buijssen 2006).

### 5.3.1 Přístup k nemocnému

První věc, kterou je třeba udělat, když člověk s demencí vysloví nějaké obvinění je ověřit, zda obvinění je nebo není oprávněné. Člověk s demencí nemusí vždy lhát. Přístup pečovatele má být takový, že se třeba jakoby zúčastní hledání odcizené věci apod. Pokud v pečovateli vidí pacient někoho, s kým měl v minulosti spor, pak je lépe nechat pacienta chvíli o samotě v naději, že emoce u pacienta pominou.

#### **Možnosti, jak se vypořádat s podezíravostí u pacienta :**

- vyhýbat se zdůrazňování chyb a nedostatků pacienta a mluvit tak, že vše bude v pořádku ;
- ověřte, zda pacient vás dobře slyší a vidí, aby nedošlo ke špatnému pochopení ;
- vyhýbejte se šeptání ;
- ověřte, zda podezíravost nevyvolávají léky. Občas k tomu dochází u léků na Parkinsonovu nemoc ;
- informujte každého, kdo přichází s pacientem do styku, o jeho sklonu k podezíravosti a



- obviňování. Lidé by mohli od pacienta uraženě odejít ;
- snažte se odvést pacientovo myšlení od toho, co ho trápí. Např. mu zazpívejte jeho oblíbenou písničku.  
(D. Klevetová, I. Dlabalová 2008).

## 6 Závislé chování, toulání a noční neklid

Pro pečovatele je důležité, aby si uvědomili, že chování tohoto druhu je symptomem demence. Člověk, který se takto projevuje, si nemůže pomoci, aby to nedělal, a proto není důvod, abychom k tomu opakovaně obraceli jeho pozornost.

### 6.1 Závislé chování : „ potřeba být stále v něčí společnosti “

Normální člověk potřebuje být někdy sám. Soukromí je jednou ze základních lidských potřeb. Pacient s demencí však často nenechá partnera nebo pečovatele o samotě ani na vteřinu a také nechce, aby on sám byl necháván o samotě. (E. Malíková 2011).

Abychom pochopili situaci nemocného, můžeme si představit, že jsme na výletě, jdeme po označené stezce, máme průvodce a mapu. Najednou padne hustá mlha, takže vidíte jen málo před sebe, ale máte průvodce, který je si jistý sám sebou. Proto se i pacient cítí bezpečně. Ale váš průvodce najednou zmizí, neozývá se na volání. Propadáte panice, ztrácíte pojem o čase. Najednou se průvodce znovu objeví a vy pocítíte obrovskou úlevu. Ale ve vás přetrvává dlouho pocit paniky a zoufalství. Dále budete svého průvodce pečlivě hlídat.

Výše uvedený popis nastiňuje vnitřní pocity pacienta s demencí a vysvětluje, proč si neustále hlídá svého pečovatele. Závislé chování, které je běžné u pacientů s demencí, tedy pramení z hlubokého pocitu nejistoty a nedostatku bezpečí a je způsobováno tím, že se paměť rozpadá na všech stranách. Člověk v **počátečním stadiu demence** už nezná cestu svým životem, ale uvědomuje si, že pečovatel ví, co se děje. Proto nemocný vyžaduje jeho stálou přítomnost. Pacient vnímá čas odlišně od nás. Minuta mu může připadat jako hodina.

#### 6.1.1 Patříčné reakce ze strany pečovatele

Pečovatel musí správně chápat pocity pacienta. Jinak by měl tendenci přisuzovat mu špatné chování, jako například: „Pořád chce být středem pozornosti“ , „Nechce se zabavit sám“, „Nedůvěřuje mi, a proto mě pořád sleduje“. ( E. Malíková 2011). Aby se vyhnul závislému chování, je třeba, aby pečovatel zajistil, že se v co nejrannějším stadiu o pacienta staralo více lidí, a aby si na to pacient zvykl. Pokud toto nelze zajistit, měl by pečovatel pacientovi říci předem, proč odchází z místnosti a co bude dělat. Někdy pomáhá, když pečovatel pacientovi pustí video, na kterém je zachycen, takže pacient pečovatele stále vidí a slyší. Pokud to ještě nemocný zvládá, měl by ho pečovatel stimulovat k nějaké vhodné činnosti nebo koníčkům. Pokud jde o problémy s chováním u demence, neexistuje jedno účinné řešení. Pečovatel musí počítat s tím, že přijde o větší část svého soukromí a svobody.

### 6.2 Toulání

Sklon pacientů s demencí vycházet z domu a nekonečně se toulat je pro pečovatele velký problém. Toulání má svůj význam a účel. Zatímco někteří lidé s demencí jsou apatičtější a pasivnější než před počátkem demence, jiní nemocní s demencí zase mají hodně energie. Mají neodolatelnou touhu jít na procházku. To se týká hlavně těch, kteří jsou jinak zdraví a fyzicky ve formě.

Chůze pomáhá pacientovi vyrovnávat se s úzkostí a dalšími emocemi. Tělesné cvičení uvolňuje fyzické a emoční napětí. To platí i pro lidi bez demence v období stresu. Je také možné, že potřeba nemocného chodit vyplývá z jeho dřívějšího způsobu života nebo zaměstnání. Touha chodit může také být vyvolána fyzickým neklidem v důsledku bolesti, zácpy nebo léky. Podobně může působit káva, cigarety, společenské kontakty, hezký výhled. Potřeba chodit může pramenit z potřeby pacienta uniknout z prostředí, které může vnímat jako nepříjemné. Někteří pacienti, pokud jsou v domově, nechodí do společenské místnosti domova, protože „nechtějí sedět se všemi těmi blázný“.

Poslední častou příčinou toulavého chování je, že pacient s demencí vnímá prostředí, ve kterém se nachází, jako neznámé. Myšlenkami žije ve vzdálené minulosti. Hledá místo, kde se narodil, rodiče atd. Není „doma“ ve svém současném prostředí.

### **6.2.1 Přístup pečovatele**

Pokud je u pacienta zvyk toulání sice nepříjemný, ale pacient dokáže najít cestu domů, pak to ještě není skutečný problém. Monotónní chození, bloumání po bytě, lomcování klikou je výrazem pacientovy potřeby cvičení. Pečovatel by měl chodit s pacientem dvakrát denně na procházku a zaujmout jeho mysl nějakou činností, která také pomůže vydávat energii. I domácí trenážér může pomáhat. V domovech pečovatelé umožňují svým obyvatelům chodit velmi dlouho a do sytosti. Pokud je fyzický neklid ve zdravotním problému, musí zasáhnout lékař.

Původ neklidu může být také hledání účinné stimulace nebo naopak vyvarování se nežádoucí stimulace. Obtížnější situace je, když toulání je vyjádřením pacientovy odhodlané snahy být někde jinde. (E. Malíková 2011). První možností je dovolit pacientovi, aby dělal, co chce a jít s ním. Po nějaké době chození, ježdění na kole nebo vozem pacient sám velmi často naznačí, že se chce vrátit, odkud přišel. Ovšem toto řešení není vždy proveditelné. Ani v domácích podmínkách, ani v domově. Jinou strategií ze strany pečovatele může být nevinná lež. Říci pacientovi například, že máma a táta nejsou dnes doma, jeli na návštěvu ke strýčkovi apod. Když nepomáhá nic a pacient se chozením vyčerpává, jsou dostupné různé léky na utlumení a uklidnění. Je třeba opatrnost v podávání, protože mají vliv na stabilitu a rovnováhu.

### **6.2.2 Mimořádná opatření**

V domácí situaci není možné, aby pečovatel byl neustále s pacientem. Pokud má být pacient chráněn před zraněním a před zblouděním, je nutné zamknout dveře, vyměnit zámky atd. Nebo je možné schovat věci, které si pacient bere na procházku. Také je možné instalovat nějaký alarm, který upozorní, kdyby se nemocnému podařilo nepozorovaně odejít. Dále je třeba zajistit, aby pacient u sebe nenosil větší částky peněz.

Pacient by měl mít u sebe kartičku se jménem, adresou, číslem telefonu atd. Pokud jde ven, mohl by mít na oblečení reflexní pásku. Na vesnici se lidé většinou znají a budou pacienta proto znát. Ve městě je vhodné informovat lidi z okolí o mentálním stavu pacienta. Mezi ně patří zaměstnanci obchodů, restaurací nebo místní policie. Je užitečné dát jim fotografii z poslední doby. (E. Malíková 2011).

### **6.3 Noční neklid**

Nespavost a vstávání v noci se objevují u demence dosti často. Souvisí to s prvním zákonem demence, tedy s neschopností absorbovat dojmy nebo informace. Člověk s demencí si pamatuje věci třeba jen 30 sekund. Vzbudí se třeba ve 4 hod. ráno, potřebuje se vymočit, vykoná potřebu, ale už zapomněl, že před krátkou dobou ještě spal. Pak vidí, že má na sobě pyžamo a dospěje k závěru, že už spal a může být vzhůru. Má žízeň a uvaří si čaj. Je ticho a proto pustí nahlas rádio a probudí ostatní v domě nebo i sousedy.

Je možné, že v noci vyplouvají na povrch bolestné emoce a myšlenky, které narušují spánek pacienta s demencí. To platí většinou i u lidí bez demence. Malé denní starosti se v noci změní ve velké. Jinou příčinou nočního neklidu může být to, že lidé s demencí nevnímají tak ostře rozdíl mezi bděním, spánkem a sněním. Možná také méně pociťují stav unavenosti a svěžesti. Lidé s demencí mohou být v noci neklidní i proto, že chodí brzy spát. To platí zvláště pro pacienty v domovech. V noci je tam méně personálu a tak pacienti jdou brzy do postele. Kromě toho je zjištěno, že biologické hodiny v mozku, jakýsi malý budík, přestane v procesu demence fungovat.

Příčinou nočního neklidu může být nadbytek nebo nedostatek některých chemických látek v mozku. Je známo, že hormon noradrenalin (přenášec nervových vzruchů) může způsobovat depresi a zároveň velkou potřebu spánku. U případů Alzheimerovy nemoci bývá často významný nedostatek tohoto neurotransmiteru. Mnozí pacienti s demencí proto většinu dne prodávají. A proto mají sklon se v noci budit.

### 6.3.1 Přístup ze strany pečovatele

Řešení problému nočního neklidu není jednoduché. Někdy řešení neexistuje. Pečovatel musí vyvinout velké sebeovládání, aby se se situací vypořádal. Projevy zlosti vedou k tomu, že pacient jde do postele ve špatné náladě a naděje pro pečovatele, že znovu usne, je mizivá.

**Následující opatření**, která platí i pro lidi bez demence, pokud mají problémy se spaním, mohou často pomoci i pacientům s demencí, aby se v noci dobře vyspali : (H.Buijssen 2006)

- po páté hodině odpoledne se vyhýbejte kofeinu ;
- ověřte u lékaře, zda nespavost nezpůsobují nějaké léky ;
- pověste v ložnici husté závěsy, aby pacient nevnímal úplňk nebo svítání ;
- zajistěte, aby pacient měl pohodlnou matraci, správnou teplotu a vlhkost ;
- zajistěte, aby neměl příliš těsné noční oblečení ;
- nedovolte pacientovi přes den příliš dřimat ;
- postarejte se, aby na konci dne pacient neabsorboval příliš mnoho dojmů a událostí, aby nemusel vyvinout mimořádné mentální a fyzické úsilí ;
- snažte se vybudovat stálý režim spánku, aby pacient chodil v určité době do postele a ve stanovenou dobu se budil ;
- trochu teplého mléka nebo troška alkoholu může pomoci jemně uspat ;
- přiměřte pacienta s demencí, aby šel před spaním na toaletu. Umístěte mu u postele noční lampičku. Stojí za zmínku, že staří lidé nemají nejmenší problém s používáním nočníku, nočnickové židle nebo „bažanta“ u postele.
- zajistěte, aby pacient neměl v noci v dohledu a v dosahu oblečení, které nosil ve dne ;
- posledním prostředkem mohou být léky pro spaní. Musíme je používat jen zřídka a nikdy déle než dva nebo tři týdny nepřerušeně. Potom mají opačný účinek a také jsou návykové.

## 7. Pokyny pro pečovatele o lidi s demencí

Tato kapitola obsahuje pokyny pro činnost pečovatele ve vztahu k pacientovi a také některé podněty, jak vtáhnout člověka s demencí do přiměřených činností.

### 7.1 Pokyny pro pečovatele

H. Buijssen považuje za důležité zaměřit se na níže uvedené přístupy k člověku s demencí.

#### **Posilujte paměť pacienta s demencí**

V časném stadiu demence stojí za to vtáhnout nemocného do činností, které posilují jeho paměť. Pacient si například může napsat na list papíru seznam denních úkolů a přeškrtnout každý úkol, jakmile ho splní. Pokud pacient bydlí ještě sám, může mu pečovatel v kalendáři vyznačit, kdo a kdy přijde. Potřebná telefonní čísla by měla být napsána na papíru vedle telefonu. Pro lepší orientaci může být toaleta a koupelna označena kresbou nebo fotografií.

#### **Přizpůsobte se pomalejšímu rytmu pacienta**

Pomalejší je konání i myšlení pacienta. Pacient s demencí téměř vždy okamžitě zapomene, co viděl nebo slyšel. Proto ráno při oblékání bude zkoumat jednotlivé části oděvu. Vidí je jako poprvé a musí zjistit, k čemu jsou a jak je použít. Pacient může ztratit souvislost, neví, zda se svléká nebo obléká. Snadno se rozptýlí, protože ho může zcela zaujmout naprostý detail.

#### **Berte vážně jeho fantazie a úzkosti**

Nepředstírejte, že vidíte a slyšíte, co pacient, ale snažte se ho uklidnit slovy tím, že mu navrhnete řešení pro jeho představu. (Například poslat pryč divného muže v rohu pokoje apod.)

#### **Neučte pacienta novým věcem**

To by bylo zbytečné plýtvání energií. Pro pacienta se stávají příliš složitými i činnosti, které dříve znal (stlaní postele, používání příboru). Interval jeho paměti je příliš krátký, schopnost pamatovat si rychle mizí. Změnit osobnost pacienta není možné. Jednejte podle povahy pacienta. U hrdých pacientů dělají zázraky dobře volená slova, která neznějí jako příkaz, ale jako oznámení, žádost apod. Místo „pojď na čaj“ řeknete „připravila jsem šálek čaje“ nebo „mohl bys jít na čaj, kdybys chtěl“ apod.

#### **Vyhýbejte se konfrontaci**

Nevytýkejte pacientovi chyby přímo, ale volte ohleduplná slova, aby neztratil svou důstojnost.

#### **Řád, pravidelnost a odpočinek**

Pacienti s demencí mají velkou potřebu na vše výše uvedené. Každodenní rutina má proto být: vstávání, mytí a oblékání, snídaně, nákup, káva, odpočinek, drobné práce v domě, oběd, procházka, úklid, krátký spánek, čaj, příprava jídla, aperitiv, večeře, odpočinek, spánek. Demenci provází místní dezorientace a proto neměňte bezprostřední okolí pacienta. Pacient musí snadno najít věci, které jsou pro něho důležité. Jinak může dojít ke stresu, který se může projevit až později jinak, třeba problémy s usnutím, nočním neklidem nebo únavou.

#### **Nežádejte příliš mnoho ani příliš málo**

Požadujte to, co člověk s demencí dokáže. I lidé bez demence potřebují cítit, že jsou schopní, tím spíše lidé s demencí. Nespěchejte s prováděním činností u lidí s demencí. Člověk s demencí se možná nedokáže oblékat s takovou rutinou jako dřív, ale dokáže na sebe navléci jednotlivé části oblečení bez pomoci. Oblečení má být rozložené ve stejném pořadí pro osvěžení paměti a pečovatel může klidným způsobem udílet nezbytné rady.

### **Jedněte s pacientem jako s dospělým**

Berte člověka s demencí vážně. Nemluvte o něm v jeho přítomnosti s třetí osobou. Můžete mu dovolit, aby si nechal peněženku. Dává mu to pocit jistoty.

### **Nezapomínejte na humor**

Pacienta s demencí potěší úsměv, ale nesmí mít pocit, že se mu někdo vysmívá. Hranice mezi štěstím a smutkem je velmi tenká. Humor brzdí agresivitu a napětí, zahání chmurnou náladu. Ne příliš vážný přístup je často nejlepší způsob jednání s člověkem s demencí.

### **Neberte si emoční výbuchy osobně**

Tyto emoce nejsou často míněny osobně, ale jsou výrazem bezmocnosti. Člověk s demencí ví, že ztrácí vládu nad svým životem. Tento pocit vyvolává agresivitu, zármutek, apatii atd. Pečovatel se musí snažit obrátit mysl pacienta od těchto pocitů k něčemu jinému. Ovšem je třeba jednat opatrně. Člověk s demencí je si vědom svého mentálního úpadku a snaha pečovatele může vyznít jako důkaz, že pacienta neberete vážně.

### **Pamatujte, že stále je možné se radovat**

Pečovatel si nesmí myslet, že je jedno, co řekne nebo udělá, protože pacient to stejně za chvíli zapomene. Člověk s demencí má pořád v sobě schopnost být šťastný. Jenže si ty šťastné chvíle nepamatuje tak dobře jako kdysi. Ani lidé bez demence to nedokážou. Někteří odborníci pokládají za nejdůležitější znak mentálního zdraví schopnost člověka soustředit se plně na prožívanou chvíli, aniž by myslel na zítřek nebo na včerejšek.

## **7.2 Činnosti pro lidi s začínající demencí**

Nuda a celodenní nečinnost nejsou dobré pro nikoho a tím spíše nejsou dobré pro lidi s počínající demencí. Aktivní zapojení do nějaké činnosti a její dokončení přispívá k budování sebedůvěry a pocitu, že máme svůj život pod kontrolou. Proto je nutné, aby pacient se mohl zapojit do činností, které mu nabídnou potěšení a povzbuzení. Není však snadné přimět pacienta, aby pracoval. Důvodem je skutečnost, že kvůli symptomům jeho nemoci, jako je snížená schopnost vyrovnávat se s hlukem a stresem, neschopnost soustředit se, potíže s posuzováním, co se kolem něho děje, problém jednat podle instrukcí a snížená schopnost absorbovat informace, je pro pacienta téměř nemožné naučit se čemukoliv novému. Dalším problémem je to, že v počátečních stádiích demence se mohou pacientovy schopnosti den ode dne měnit.

**Při splnění následujících podmínek by mělo být možné vést člověka s demencí k tomu, aby byl zaměstnaný a aktivní.**

Pečovatel by měl převzít iniciativu.

Naplánovat činnost na takovou denní dobu, kdy člověk s demencí mívá nejvíc energie a je přístupný ke spolupráci.

- Je třeba se soustředit na to, co pacient ještě dokáže dělat, a nenutit ho do něčeho, co nedokáže. Činnost sama je důležitější než její výsledek.
- Vyberte činnosti vhodné pro dospělé lidi, nikoli pro děti.
- Okamžitě přerušete práci, jestliže vyvolává neklid.
- Upřednostňujte činnosti, které pacient rád dělal v minulosti.
- Nabídněte pomoc, ale nepřebírejte jeho úkol.
- Rozdělte činnost do jednoduchých kroků.
- Buďte opatrní u činností s použitím nůžek nebo jehly. Je třeba stálý dohled.
- Navštěvujte obchody, restaurace nebo knihovny, když je tam málo lidí. Při častých návštěvách můžete diskrétně informovat personál o stavu pacienta.
- Zavádějte nové činnosti s vědomím, že rozsah pozornosti pacienta je omezený.

- Vyhýbejte se činnostem, které vyžadují rozhodování. Mohlo by to vyvolat stres.
- V domě utírat prach, vysávat, zametat, skládat prádlo, prostírat, leštit nábytek, zalévat květiny.
- Na zahradě nebo vůbec venku může pacient okopávat, sázet květiny, zalévat, plít.
- Pokud jde o ruční práce může vyšívát, navlékat korále, hrát stolní hry, dělat koláže.
- Pokud má pacient zájem o hudbu, může poslouchat svoji oblíbenou hudbu, navštěvovat vhodné koncerty.
- Příjemné vzpomínky oživit prohlížením fotografií, sledováním rodinných videí apod.
- Ve volném čase si pacient může prohlížet výlohy obchodů, jít na procházku, navštěvovat sportovní akce, sledovat filmy, ale kde není násilí, cvičit vsedě na židli apod., navštěvovat přátele, jít s přáteli třeba do hospody, starat se o domácí zvíře apod. (D. Klevetová, I. Dlabalová, 2008).

## 8. Shrnutí

Na závěr teoretické části mé bakalářské práce bych chtěla připomenout, že složení lidské populace se v současné době mění. Na celém světě přibývá starších lidí. Stále více lidí se dožívá vysokého věku. Stáří je další vývojová etapa lidského života. Stáří není konec života. Je řada seniorů, kteří si udržují své fyzické, psychické a společenské aktivity. Všem ale není tato schopnost dána. Mnozí senioři jsou velmi závislí na péči své rodiny nebo zdravotní a sociální instituce. Je třeba naučit se chápat a respektovat potřeby stárnoucího člověka a jednat s ním jako s plnohodnotným občanem. Cílem veškeré péče by mělo být prožít laskavý a spokojený život v kterékoli etapě života.



## 9. Sanatorium TOPAS

V praktické části mé bakalářské práce jsem si kladla za cíl ověřit si, jak je v praxi uplatňována péče o lidi s demencí přímo ve zdravotnickém zařízení. Chtěla jsem zjistit, jak vypadá prakticky v zařízení tohoto typu péče o lidi s různým stupněm demence, jak jsou uspokojovány jejich potřeby, rozvíjeny kognitivní funkce, (kognitivní znamená poznávací, též vnímající, hodnotící, vztahující se k poznávacím procesům - P. Hartl, H. Hartlová, 2000), co všechno zahrnuje práce personálu, ať už se jedná hlavně o zaměstnance na ergoterapii, zdravotní sestry, sociální pracovníci a další personál.

Vybrala jsem si sanatorium TOPAS, protože je to jedno z mála nestátních zdravotnických zařízení, kde je poskytována komplexní péče lidem s různým stupněm demence. Dalším důvodem, proč jsem si vybrala sanatorium TOPAS, byla možnost častých návštěv tohoto zařízení vzhledem k tomu, že se nalézá jen několik málo kilometrů od mého bydliště, a podstatným důvodem byla vstřícnost, jak ze strany vedení sanatoria, tak jeho zaměstnanců. Mohla jsem zde využívat různé metody práce, které jsem pak zúročila při psaní mé bc. práce. Bylo mi umožněno provádět různá pozorování, rozhovory s klienty (slovo klient je v sanatoriu TOPAS běžně používáno pro lidi s demencí, kteří jsou zde umístěni) i zaměstnanci, zúčastňovat se aktivně práce na ergoterapii, seznámit se s prací sociální pracovníce, pomáhat se zajišťováním a aktivní účastí při dalších akcích, které jsou v sanatoriu pravidelně organizovány (výlety, pořádání výstav atd.).

Sanatorium TOPAS tak splňovalo požadavky, které jsem měla na zdravotnické zařízení, abych si mohla ověřit v praxi poznatky, o kterých píše v teoretické části bakalářské práce.

### 9.1. Profil společnosti sanatoria TOPAS

Sanatorium TOPAS, s.r.o. je společnost založená v roce 1994 provozující nestátní zdravotnické zařízení se zaměřením na různé typy gerontopsychiatrie (P. Hartl, H. Hartlová, 2000). Do sanatoria TOPAS přicházejí pacienti postižení různými typy demencí, zejména demencí Alzheimerova typu.

Sanatorium TOPAS má k dispozici 80 lůžek pro zdravotnickou péči a 45 lůžek sociálních. Tato lůžka jsou v podstatě stále obsazena. Sanatorium se zaměřuje výhradně na psychické poruchy, ale většina klientů má kromě toho i jiné zdravotní potíže, tj. trpí nejen duševní poruchou, ale řadou dalších tělesných postižení. Vzhledem k tomu, že choroby nelze oddělovat, musí léčení probíhat komplexně. Proto je takovým pacientům poskytována všestranná péče a kromě léčení při použití účelných léků se provádí režimová terapie a rehabilitace. Důležitým prvkem v komplexu léčení zaujímá psychoterapie, která je zaměřena na opětovné vzdělávání (redukaci) a resocializaci (navazování vhodných kontaktů s jinými pacienty). V neposlední řadě se také jedná o zapojení rodiny klienta (P. Hartl, H. Hartlová, 2000).

Sanatorium TOPAS umožňuje též pobyt klientům, kteří jsou postiženi nějakým problémem onkologického charakteru a jejich umístění v případě postižení Alzheimerovou chorobou je v České republice problematické. Klienti jsou umístěni ve dvoulůžkových nebo třílůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením. Všichni mají své vlastní oblečení, o které je zde postaráno, pokud jde o praní a žehlení. Sanatorium Topas poskytuje klientům též nadstandardní ubytování a služby, které nesouvisí s poskytováním zdravotní péče hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění. Topas zaručuje klientům vysokou úroveň poskytovaných sociálních služeb (dle informací poskytnutých společností Topas).

### 9.2 Co je cílem služeb sanatoria TOPAS

Pracovníci sanatoria Topas se snaží zajistit individuální přístup ke klientům s ohledem na jejich celkový zdravotní stav, na jejich potřeby a přání. Aby bylo možné brzdit progresi choroby, snaží se pracovníci Topasu rozvíjet vrozené schopnosti a dovednosti klientů s možností, že si

pacient sám zvolí činnost, která mu bude vyhovovat. Ze strany pracovníků TOPASu je věnována značná pozornost tomu, aby se u klientů rozvíjely a podporovaly přirozené sociální vazby.

Celkově je prostředí vybaveno tak, aby bylo pro klienty naprosto bezpečné.

Pokud to klienti duševně zvládají, je v zařízení TOPAS zajištěna možnost společenského a kulturního vyžití. Snahou je vytvořit prostředí, které svou atmosférou připomíná spíše domov než nějaké léčebné zařízení. V široké míře se u klientů podporuje rozvíjení základních dovedností a návyků, ovšem s ohledem na sníženou soběstačnost klientů. Tyto činnosti příznivě ovlivňují fungování mozkové činnosti a brzdí rozvíjení základní choroby. Pacienti nejsou nijak omezováni ve svých dalších potřebách a je jim umožněno využívání vnějších zdrojů, institucí a veřejných služeb.

Ošetrovatelská péče je klientům poskytována v souladu se zásadami ošetrovatelského procesu a zohledňuje specifické odlišnosti geriatrického ošetrovatelství. Vlastně se vytvářejí **dva druhy plánů : ošetrovatelský a individuální**. Oba plány mají mnoho společných znaků. Ošetrovatelský proces vychází z holistického (celek zohledňujícího) pojetí a podle vybraného ošetrovatelského modelu hodnotí jednotlivé oblasti důležité pro zdraví a nezabývá se jen konkrétní a ošetrovatelskou problematikou.

V ošetrovatelském plánu může nejlépe **sestra** zjistit i informace, které se netýkají jen vlastního zdravotního stavu, ale všeho, co tento stav ovlivňuje. Stejně tak musí **klíčový pracovník** před tvorbou individuálního plánu získat co nejvíce informací o klientovi, musí zhodnotit zjištěné informace a navázat na ošetrovatelský plán. V ošetrovatelském plánu sestra upřesňuje aktuální nebo potenciální problémy a rizika, jimiž je pacient ohrožen. Klíčový pracovník eviduje problémy klienta a deficit jeho potřeb. Na rozdíl od ošetrovatelských diagnóz, které je třeba řešit, má klíčový pracovník před sebou stanovený osobní cíl klienta a přehled jeho problémů a potřeb. Pro potřebu tvorby ošetrovatelského plánu sestra projednává s klientem možnosti ovlivnění jeho zdravotního stavu a jiných problémů zařazením vhodných činností do plánu. Objasňuje jejich význam, smysl a očekávaný přínos. Diskutuje s klientem o jeho názorech a zjišťuje, zda souhlasí nebo ne. Pokud souhlasí, zařadí dohodnuté intervence do ošetrovatelského plánu. V tomto případě i klíčový pracovník postupuje stejně a dohodnutá opatření pojme do individuálního plánu.

Sestra i klíčový pracovník organizačně zajistí vlastní realizaci ošetrovatelského a individuálního plánu včetně přenosu informací na další zainteresované pracovníky a sami se na realizaci podílejí a sledují její efekt. Sestra společně s klientem hodnotí účinek péče. Pokud se intervence potvrdily jako účinné, ale problém nebyl dosud vyřešen, pokračuje se v jejich realizaci. Po úspěšném vyřešení problému jsou intervence k němu ukončeny. Jestliže problém přetrvává nebo byl vyřešen jen částečně, sestra spolu s klientem projedná nový návrh opatření do ošetrovatelského plánu. Klíčový pracovník rovněž hodnotí s klientem efekt realizovaného individuálního plánu. V úspěšných opatřeních se pokračuje, neúspěšná musí být nahrazena novými.

Ošetrovatelská péče je klientům v pobytových sociálních zařízeních poskytována na základě ošetrovatelského plánu. Realizace ošetrovatelského plánu musí zahrnovat všechny jeho fáze (E. Malíková, 2011) :

1. sběr informací a zhodnocení/posouzení klienta;
2. stanovení ošetrovatelských diagnóz ;
3. tvorba ošetrovatelského plánu (plánování ošetrovatelské péče) ;
4. realizace ošetrovatelské péče ;
5. hodnocení efektu poskytované ošetrovatelské péče .

## 9.2.1 Sběr informací pro ošetřující personál

Při sběru informací se odpovědi klienta musí týkat každodenního života, oblasti zdravotní, biofyzikální, emocionální, socioekonomické, kulturní i náboženské (duchovní).

Informace získává sestra pomocí všech standardních způsobů : studiem dostupné zdravotnické dokumentace, z výsledků laboratorních testů, rozhovorem s klientem, jeho příbuznými nebo blízkými osobami, pozorováním. Zjištěné informace sestra zapíše do formuláře. Při rozhovoru musí sestra dodržet všechny zásady efektivní komunikace se seniory. Získání důvěry klienta při

prvním kontaktu a rozhovoru se sestrou vytváří předpoklad k navázání dobrého partnerského vztahu podporujícího aktivní přístup klienta. Proto sestra dodržuje potřebný osvědčený postup a tyto zásady :

- Nejdříve si prostuduje dostupnou zdravotnickou a ošetrovatelskou dokumentaci klienta, zjistí co nejvíce informací.
- Na rozhovor si vymezí dostatek času a předem projedná s klientem dobu a místo konání.
- Klientovi nesděljuje všechny informace, které již získala.
- Zohledňuje omezení klienta (smyslové poruchy, poruchy paměti a koncentrace, imobilitu atd.).
- Objasní význam a smysl plánování ošetrovatelské péče, poukáže na jeho přínos.
- Chová se taktně, citlivě, projevuje empatický přístup a používá techniku aktivního naslouchání.
- Citlivě volí komunikační techniky a oboustranně využívá neverbální projevy (u klienta je pozoruje k analýze, sama jimi podporuje efekt verbálního sdělení).
- Vystupuje profesionálně, klidně a vyrovnaně. Usiluje o to, aby získala klientovu důvěru.
- Nepoužívá odborné termíny, hovoří srozumitelně, nezlehčuje ani nezveličuje zdravotní či jiné problémy klienta.
- Svým chováním projevuje respekt klientovi jako partnerovi.
- Sleduje únavu klienta a jeho schopnost koncentrovat se na rozhovor. Při známkách únavy a poklesu koncentrace ukončí rozhovor a pokračuje v něm později.
- Zodpoví klientovi jeho dotazy.
- Pokud klient projevuje obavy, podporuje ho podle potřeby v dalším konkrétnějším vyjádření včetně popisu či uvolnění emocí. Neusiluje jen o odstranění obav. Volí validační přístup.
- Objasní klientovi další postup plánování ošetrovatelské péče.

Fyzikální vyšetření provádí sestra komplexně. Funkční geriatrické vyšetření je nezbytné. Poskytuje informace o fyzických a psychických schopnostech klienta ve vztahu k jeho soběstačnosti a sociální situaci. Vyšetření se provádí pomocí dotazníků a testů, o kterých se zde nebudeme blíže zmiňovat, protože jsou specificky odborné.

Na základě sběru informací stanoví sestra aktuální ošetrovatelské problémy klienta a formuluje je jako **ošetrovatelské diagnózy**. Posouzením a analýzou situace a stavu klienta vyhodnotí možná rizika, která zapíše jako potenciální ošetrovatelské diagnózy. U klientů s nestabilitou zdravotního stavu může být v ošetrovatelských plánech celá řada ošetrovatelských diagnóz. Doporučuje se rozdělení do dvou kategorií : diagnózy vztahující se na tělesné potřeby a diagnózy vztahující se na psychické a sociální potřeby klientů (E. Malíková, 2011).

## 9.2.2 Tvorba ošetrovatelského plánu

Při tvorbě ošetrovatelského plánu je potřebné zohlednit počet ošetrovatelských diagnóz a jejich naléhavost. Vytvořené ošetrovatelské diagnózy sestra zapisuje do formuláře ošetrovatelského plánu. Ošetrovatelské diagnózy sestra zapisuje podle naléhavosti, závažnosti, pokročilosti problémů atd. buď do krátkodobého, nebo do dlouhodobého ošetrovatelského plánu. Společně s klientem stanoví cíl, kterého má být dosaženo. I zde, stejně jako při tvorbě individuálního plánu, je velmi důležité, aby stanovený cíl byl pro klienta reálný, dosažitelný a motivující. Jinak by výsledek mohl být opačný.

### 9.2.3 Realizace ošetrovatelské péče

Při realizaci ošetrovatelské péče sestra standardně dodržuje vypracovaný plán a provádí jednotlivé činnosti v dohodnuté frekvenci a rozsahu. Dohlíží na to, zda vše provádějí i další pracovníci. Při realizaci klientovi vhodně připomíná, co je smyslem prováděné konkrétní činnosti, a všímá si efektu intervence i reakcí klienta na ně. Pokud klient projeví jakoukoliv svou nespokojenost, zkoumá její příčinu a cíleně ji řeší. Současně pečlivě sleduje, zda nedošlo k nějaké důležité změně ve zdravotním stavu klienta či jiných okolnostech, které by vyžadovaly přerušování, změnu či úpravu vykonávaných intervencí. Včasné pátrání, diagnostika a řešení mohou zabránit mnohdy zbytečnému zhoršení zdravotního stavu a ošetrovatelským problémům. Všechny změny, které sestra v ošetrovatelském plánu provede, musí zapsat do ošetrovatelské dokumentace.

Pokud je to možné a funguje spolupráce s rodinou či jinou blízkou osobou klienta, sestra usiluje od počátku o jejich zapojení a spoluúčast. Jejich podpora je pro klienta hodně důležitá a motivující. Dále jen samotný fakt, že sestra informuje příbuzné a další blízké osoby o postupu, reakcích a efektu, má několik pozitivních aspektů. Přínos spolupráce s rodinou a jinými blízkými osobami může vést k následujícím výsledkům :

Zlepšují se vztahy mezi příbuznými a pracovníky zařízení.

Příbuzní se mohou na základě dohody se sestrou podílet na realizaci ošetrovatelského plánu stejně jako při plnění plánu individuálního.

Pomoc příbuzných vede k jejich pocitu uspokojení, že mohou být prospěšní členy své rodiny i během jeho pobytu v zařízení a nejsou jen pasivními účastníky, sledujícími práci jiných.

Sestra, která vystupuje profesionálně, umí referovat příbuzným o poskytované péči, zaujmout je a získat pro spolupráci, automaticky probouzí a zvyšuje respekt. Přispívá tak ke zvýšení ocenění její náročné práce v očích jednotlivců a podílí se na budování prestiže své profese v rámci společnosti.

### 9.2.4 Efekt poskytované ošetrovatelské péče

V dohodnutém termínu sestra společně s klientem hodnotí efekt poskytované ošetrovatelské péče. Dává prostor klientovi na jeho vyjádření a respektuje jeho sdělení. Jde o velmi důležitou část v plánování ošetrovatelské péče, která mnohdy není zcela doceněna a u seniorů je často velmi náročná a komplikovaná. Proto hodnocení se může jevit jako činnost náročná a neefektivní.

**Nejčastější důvody problematického rozhovoru a hodnocení péče s klientem jsou následující :**

- Nedostatek času, někdy i nevhodné podmínky – narušení soukromí při projednávání apod.
- Poruchy paměti a koncentrace, tedy snížení kognitivních funkcí – klient zapomene, co bylo dohodnuto, jaká péče mu byla poskytována, jak velký byl jeho problém před zahájením ošetrovatelských intervencí, a neuvědomuje si, k jak velkému zlepšení došlo, popírá dohodnutý ošetrovatelský plán apod.
- Změny nálad, psychická nestabilita, momentální přítomnost obtěžujících symptomů (bolest, trávící obtíže, problém s vyprazdňováním – zácpa, únava po nekvalitním spánku, strach před plánovanou hospitalizací, operací, vyšetřením v nemocnici apod.) – vedou k celkové nespokojenosti klienta, kterou vyjadřuje kritickým zhodnocením poskytované ošetrovatelské péče. Jde o zástupný problém, který musí sestra správně chápat a neměla by projevenou kritiku vztahovat na svoji osobu.
- Pokročilost syndromu demence, která neumožňuje klientovi již správně chápat, porozumět a objektivně se vyjádřit. Požadovat sdělení názoru od klienta je pro něho v tomto stavu nesmírně zatěžující a především degradující. Klient si uvědomuje, že se po něm něco chce, a není schopen požadavku vyhovět. To ponižuje jeho lidskou důstojnost a snižuje jeho sebevědomí a seberepekt.

- Někdy i náhlá ztráta zájmu a ochoty spolupracovat ze strany klienta v důsledku aktuální nepříznivé situace (např. po neshodě s příbuznými, po zklamání z léčebných postupů ve zdravotnickém zařízení, nedosažení zlepšení zdraví podle prognózy lékařů atd.).
- Úkolem sestry je zjistit příčinu problematického jednání, a pokud je řešitelná, usilovat o její nápravu (např. klidové prostředí, rozhovor v jiném termínu s dostatkem času apod.). Při náhlém zhoršení kognitivních funkcí klienta projednává sestra plán s blízkou osobou. Negativní postoje klienta mají vždy svou příčinu. Proto v dané situaci není prioritou projednání ošetrovatelského plánu, ale vyslechnutí klienta, volba vhodných komunikačních technik, hlavně aktivního naslouchání, a poskytnutí empatické podpory. Opět se osvědčuje validační přístup. Do ošetrovatelského plánu sestra zapíše, že z důvodu osobního problému klienta nebylo možné projednat zhodnocení, ale s klientem byl veden cílený rozhovor. Zhodnocení je provedeno a zapsáno v nejbližším možném náhradním termínu.

## 9.2.5 Individuální plán péče

Individuální plán péče vychází ze zhodnocení zdravotního a duševního stavu klienta, odhadu jeho soběstačnosti a posouzení potřeb. Plán stanoví nejzávažnější problémy klienta a postupné kroky, které mohou napomoci zlepšit jeho aktuální stav např. pomocí rehabilitace, ošetrovatelské péče, podáváním vhodnějších léků, výživou, psychoterapií, změnou fyzického prostředí, úpravou kontaktů s rodinou nebo s jinými pacienty, vytvořením příležitostí k různým aktivitám apod. Také se může alespoň zlepšit kvalita života klienta vhodnějším nastavením hladiny podnětů, paliativní péčí (péče, která vede ke zmírnění potíží, aniž se ovšem odstraní základní problém, P. Hartl, H. Hartlová, 2000), intenzivnější komunikací a podporou vztahů.

Plán též stanoví časový horizont a úkoly pro jednotlivé členy pečovatelského týmu. Plán umožňuje pravidelné hodnocení stavu a změn v potřebách klienta a stanovení nového konkrétního cíle. Při sestavování individuálního plánu péče je třeba zapojit i klienta samotného, pokud si uvědomuje, co pro sebe může a chce udělat. Péče o člověka s demencí je velmi náročná a vyžaduje i speciální kvalifikaci.

Zařízení sanatoria TOPAS má i optimální, architektonicky upravené prostředí, takže splňuje podmínky specializovaného zařízení pro pacienty s demencí. Plán péče musí zvažovat, zda pacienta s demencí separovat, či integrovat, a je třeba mít vždy na paměti zájem pacienta, aby byla podpořena jeho důstojnost, spokojenost, pocit zvládnutí potřebných činností a pocit úspěchu v každodenním životě, kde má možnost využít své zachované schopnosti, kde najde individuální péči a pečovatele, kteří s ním dokážou komunikovat a rozumějí jeho problematickému chování, kde je prostředí, které v něm nevyvolá agresi a jiné nepříznivé reakce. Takovéto chráněné a podpůrné prostředí je v sanatoriu TOPAS vytvořeno. Pokud je klient většinu svého času trávil odpočíváním na lůžku, nebo pokud je s těžkým postižením a s omezením v pohybu nebo v komunikaci, potom hraje důležitou úlohu celé sociální prostředí, které zprostředkovává takovému člověku kontakt se světem – rodina, celý pečovatelský tým a bývalí známí a přátelé. Sociální prostředí je důležité i pro navázání kontaktu a pro komunikaci s lidmi, které mají podobné problémy. Je totiž zdrojem účinné stimulace, která probouzí i v jedinci s většími omezeními v komunikaci prožitky vjemů a pocitů, na které může reagovat.

Trénovaný sociální pracovník či pečovatel nadaný empatií dokáže rozpoznat i ty nejjednodušší, takřka neznatelné iniciativy těžce postiženého člověka, dokáže je přijmout a reagovat na ně. Sociální pracovník takto naváže kontakt, což je důležitý prvek lidské aktivity. Existuje celá řada terapeutických přístupů, které začínají na úrovni navázání kontaktu, aby jej dále rozvíjely a umožnily tak člověku s postižením prožívat slast, emoci, vztah, což jsou pocity, které jsou důležité pro zlepšení kvality jeho života. Činnosti a komunikace zde jen zdánlivě nejsou přítomné. Tam, kde člověk vnímá podněty a je schopen na ně reagovat, tam je přítomna i komunikace a činnost. Činnost se nemusí nutně projevovat navenek, být objektivně pozorovatelná. Činností je i duševní práce, přemýšlení, meditace nebo prostě vnímání krásných nebo příjemných věcí nebo podnětů.

## 10. Charakteristika a zaměření sanatoria TOPAS

TOPAS je nestátním zdravotnickým zařízením, které se zaměřuje na komplexní péči o seniory v oboru gerontopsychiatrie. Gerontopsychiatrie je součást psychiatrie, která se zabývá duševními poruchami a chorobami ve stáří. (P. Hartl, H. Hartlová, 2000).

V sanatoriu je hospitalizováno kolem 90 a 95 procent klientů s diagnózou duševní poruchy, při čemž ve většině případů se jedná o demenci v důsledku Alzheimerovy choroby. Objekt sanatoria TOPAS sestává ze dvou budov. V původní staré budově je celkem 7 pokojů jednolůžkových, 10 pokojů dvoulůžkových, 15 pokojů třílůžkových a 3 pokoje čtyřlůžkové. Na většině pokojů je sociální zařízení. Sanatorium může umístit až 84 klientů. V nové budově, která se nazývá Penzion, je kapacita 42 lůžek. 15 pokojů je dvoulůžkových a 5 pokojů je třílůžkových. Pokoje jsou vybaveny sociálním zařízením. Celkem je v sanatoriu k dispozici 126 lůžek. Přístup do obou budov je bezbariérový. Jsou zde rampy pro vozíčkáře a výtahy.

Péče o klienty je komplexní. Kromě léčení farmaky se uplatňuje jiný vhodný režim. K aktivizačním programům patří vhodná rehabilitace, muzikoterapie, pracovní terapie, terapie tancem a v neposlední řadě snahou o zapojení rodiny klienta do celého procesu. Všichni klienti mají své vlastní oblečení. K péči o klienta patří pochopitelně i manikúra, pedikúra a vzhledem k tomu, že většina klientů jsou především ženy, také veškeré kadeřnické služby. Pokoje jsou vybaveny omyvatelným nábytkem, každý klient má svoji šatní skříň, noční stolek a lůžko. Na pokoji mohou mít klienti svoje obrázky, květinovou výzdobu apod. Návštěvy jsou denně od 8 hodin do 17 hodin.

### 10.1 Zásady poskytování služeb v sanatoriu TOPAS

Služby v Topasu jsou poskytovány v souladu s Listinou základních práv a svobod a v souladu s Deklarací práv osob s duševním postižením. Dále v souladu s Evropskou chartou pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují. Dále se uplatňuje deklarace Alzheimer Europe, Charta práv pacientů, Etický kodex práv pacientů a Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb.

Principem poskytované péče je chovat se podle nejnovějších poznatků medicíny a ošetrovatelství, schopnost dávat najevo city a schopnost empatie. Služby jsou poskytovány všem klientům, kteří vyhovují cílům sanatoria Topas, bez ohledu na pohlaví, sexuální orientaci, náboženské vyznání, národnost apod. Je respektováno soukromí klientů. Ošetrovatelé se snaží o individuální přístup k jednotlivým klientům při zachování jejich lidské důstojnosti. Klientům sanatoria TOPAS je zaručena vysoká úroveň poskytovaných sociálních služeb. V roce 2005 byl zaveden systém managementu jakosti v souladu s požadavky mezinárodní normy ISO 9001:2000. Tento systém managementu jakosti byl úspěšně ověřen rakouskou společností ÖQS (Quality Austria), (dle podkladů vedení sanatoria Topas)..

Spolu s příchodem člověka do zařízení vzniká adaptační plán, který lze také nazvat individuálním pečovatelským plánem. Tento plán pomůže všem zúčastněným v úspěšném zvládnutí tohoto náročného období. Je třeba, aby nový klient dostal dostatek informací o prostředí, kde bude žít, ovšem v takové míře, aby klient tyto informace chápal. Tím může být značně podpořena snaha klienta o navázání nových přátelských a sousedských vztahů a kontaktů, takže se stane jakýmsi členem určité skupiny lidí se společnými zájmy apod. Tímto způsobem si také nový klient přisvojí svůj určitý prostor, může ho vybavit dle svých zálib, aby mu vyhovoval jako jednotlivci. Tím se mu dostane příležitost vykonávat aktivity, které mu připadají smysluplné. V tomto procesu může velmi účinně pomoci rodina, přátelé, sousedé z původního bydliště, kteří mohou přinášet informace, předměty, vzpomínky, a propojit tak úspěšně to, co bylo, s tím, co je nyní. Opět vše závisí na tom, jak dalece pacient vnímá nové prostředí a jaký je stav jeho paměti.

### **Klientům je poskytováno :**

Ubytování.

Úklid, praní, žehlení a drobné opravy ložního a osobního prádla.

Zajištění celodenní stravy.

Pomoc při zvládnání běžných úkonů při péči o vlastní osobu.

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Sociálně terapeutické činnosti.

Aktivizační činnosti.

Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

### **Sanatorium Topas neposkytuje služby :**

Osobám, které netrpí žádnou duševní poruchou.

Osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytování akutní zdravotní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Osobám, které z důvodů infekční nebo parazitární nemoci nejsou schopné pobývat v zařízení sociálních služeb.

Osobám, které ohrožují sebe a své okolí kvůli akutní nebo chronické závislosti na návykových látkách.

Osobám s agresivním chováním vůči ostatním klientům a vůči personálu.

## **10.2 Druhy poskytované péče**

**Arteterapie** – jedná se o skupinovou práci s klienty , při které se využívá výtvarný projev jednotlivých klientů.

**Ergoterapie** – což je skupinová práce s klienty vedoucí k zachování soběstačnosti v rámci denních činností, procvičování jemné motoriky atd.

**Fyzioterapie** - představuje pohybový režim. Jedná se o pravidelné cvičení s klienty s ohledem na jejich možnosti pohybu.

**Muzikoterapie** – je součástí relaxace. Zpěv a pohyb s hudbou celkově úspěšně aktivizují mozkovou činnost.

**Petterapie** – využívání zvířat jako společníků pro klienty má blahodárný vliv na zmírnění pocitů osamělosti a společenské izolace.

**Psychoterapie** - působením na myšlení a náladu klientů se pečovatelé snaží odstranit nebo alespoň zmírnit nástup pocitů bezmoci a zoufalství vyplývající z neschopnosti vyrovnat se s příznaky nemoci. Psychoterapie je léčení duševních chorob slovem, gestem, mimikou, případně úpravou prostředí (P. Hartl, H. Hartlová, 2000).

**Reminiscenční terapie** - tato metoda je velice důležitá u klientů, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale ještě si velmi dobře vybavují události, které se staly před dlouhou dobou. Reminiscence je uvolnění vzpomínek z dávné minulosti (P. Hartl, H. Hartlová, 2000).

**Sociální trénink** - pro klienty, kteří trpí duševními chorobami, je velmi prospěšné navazovat

kontakty s jinými klienty, protože si mohou navzájem sdělovat své dojmy a všeobecně je to stimuluje k činnostem.

**Validace** – při této metodě se pečovatel snaží následovat člověka postiženého demencí do jeho vnitřního světa, porozumět tomuto světu, pojmenovat ho a potvrdit (E. Malíková, 2011).

O rozšíření **validace** v péči o seniory se zasloužila americká sociální pracovníce Naomi Failová (1993). Jde o přístup vycházející z humanistické psychologie a opírá se o toleranci, vcítění a empatické naslouchání (H. Buijssen, 2006). Validace se uplatňuje v práci se seniory s poruchami kognitivních (poznávacích) funkcí, převšim s demencí. Vychází se z předpokladu, že i takoví lidé se potřebují vyrovnat se svým životem, bilancovat, ospravedlňovat a uzavřít svou minulost. Odtud mohou plynout některé zvláštnosti chování takových postižených lidí, kterým běžný pozorovatel nemusí rozumět. Úkolem sociálního pracovníka či pečovatele je vzít tyto projevy vážně, hledat jejich příčiny a zdroje v minulosti člověka, ve vnitřních pocitech, které takový člověk prožívá a nemůže je dobře vyjádřit. U lidí s demencí mohou emočně podbarvené vzpomínky z raného dětství či mládí v jejich vědomí nahrazovat to, co je poškozeno nemocí. Takový člověk třeba pláče, bolestně nařiká, volá maminku, chtěl by odejít domů nebo jet za nějakým příbuzným, hledá ztracené předměty, útočí a obviňuje, chová panenku. Tím, že pečovatel přijímá takové chování, dává tomuto chování smysl a cenu. Vnímá je jako způsob, jímž nemocný člověk uspokojuje svoje potřeby.

#### **Validovat znamená :**

Dávat hodnotu každému projevu člověka.

Respektovat člověka v jeho původních společenských vztazích a úlohách.

Komunikovat s pacientem o jeho tématu, nevnučovat mu jiná.

Orientovat se spolu s klientem v jeho „světě“, přijmout jeho chápání času, zážitky, emoce a pocity, prostředí – není nutná orientace v realitě.

Potvrzovat, brát na vědomí city jiných lidí jako pravé a pravdivé, přijmout momentální emoci či myšlenku, kterou klient projeví, sledovat ji a dále rozvíjet, provázet takového člověka mlhou zapomínání, nekorigovat a nekritizovat.

Škála konkrétních validačních technik zahrnuje užívání jednoduchých bezpečných otázek, jako např. Kdo ? Co ? Kde ?. Dále je třeba navodit pocit důvěry a blízkosti, používat tichý, hlubší hlas, doteky, zrcadlení, parafrázování a opakování vlastními slovy, užívání polarit (Jak to bolelo ? Kdy to bylo nejhorší ?). Vhodné je vyvolání reminiscence (vzpomínek, ohlasů) použitím starých fotografií, popisováním pocitů a využitím smyslových vjemů, při čemž lze klást otázky, jako např. Měla jste ji hodně ráda ? Jak to vypadalo ? Jaký to byl zvuk ? Je to ostrá bolest ? Je možné vyvolávat i představy opačných pocitů, jako např. Stane se někdy, že vám váš soused nevezme věci ? (H. Buijssen, 2006). Důležité je vybudování pocitu důvěry a bezpečí, věnování pozornosti, intenzivní kontakt. Validace vede k tomu, že se oslabuje neklidné a útočné chování, obviňování a nařikání, obnovuje se pocit rovnováhy a klidu. I u lidí, kteří již přestávají být v kontaktu s okolím, lze při souvislé validaci pozorovat změny ve fyzickém vzhledu, jež naznačují snížení úzkosti, což se projeví uvolněním svalů, zklidněním pohybů očí a stejnoměrnějším dechem.

Validace pomáhá k obnovení pocitů vlastní ceny, dodává sílu a podporuje to, co je v člověku zdravé. Vědomí vlastního smysluplného „já“ snižuje stres, úzkost, depresi. Když se lidé cítí silní a hodnotní, nepotřebují unikat do fantazií a do minulosti. Vrací se jim kontrola dospělého člověka, zlepšuje se řeč, obnovují se společenské interakce, kontakt se sebou samým a tím i pocit spokojenosti, klidu a bezpečí. Nemoc sice nezmizí, ale v jakémkoli jejím stadiu nebo u jakéhokoli druhu postižení lze pomocí validace podstatným způsobem zlepšit u klienta kvalitu života.

Metodou podobnou validaci je **preterapie**, která rovněž umožňuje navázat kontakt a budovat vztah s lidmi, kteří obtížně komunikují nebo nemohou komunikovat vůbec. Preterapie patří k metodám, které vycházejí z tradic humanistické psychologie. Jejím autorem je přímý žák C.



Rogerse, profesor G. Prouty (H. Buijssen, 2006). Někdy je velice obtížné poskytovat pomoc lidem, u kterých se nám většinou nedaří vstoupit do jejich vnitřního světa a rozumět jejich potřebám. Možnosti takových lidí navázat kontakt s okolím, komunikovat a sdělovat tak své potřeby, přání a obavy jsou silně narušeny jak jejich zdravotním stavem, tak vnějšími podmínkami jejich života. Je prokázáno, že lékaři, zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovníci věnují daleko méně pozornosti lidem, kteří nekomunikují nebo komunikují jen s obtížemi. Nemluví s nimi, nereagují na neverbální projevy, neptají se jich, nesnaží se naslouchat, hovoří o nich v jejich přítomnosti, chovají se tak, jako by tito lidé byli hluchí.

Preterapie nabízí techniky, pomocí kterých může pečovatel podpořit nemocného člověka, aby vyjádřil to, co prožívá uvnitř. Pracovník zde má možnost vyjádřit, že vnitřnímu stavu klienta rozumí, i když běžné komunikační prostředky selhávají. Výhodiskem preterapie je důsledné uplatňování přístupu orientovaného na klienta (pacienta). Profesionální pracovníci jsou trénováni v trpělivé snaze navázat kontakt s těmito pacienty tím, že reagují na jejich nejjemnější iniciativy. Posilují u klienta kontakt s realitou, kontakt se sebou samým a kontakt s druhými osobami. U preterapie lze nalézt prvky validačních postupů, jako je zrcadlení, kladení otázek, blízkost, doteky. Kontakt je však mnohem intenzivněji propracován a prohlubován tak, aby klient (pacient) mohl vyjádřit svoji vnitřně prožívanou zkušenost. Preterapie vychází z předpokladu, že člověk, který si může uvědomovat svůj vnitřní svět, může lépe zvládat stres a může si uchovat autonomii a kontrolu. Tomuto uvědomování napomáhá jednoduché reflektování toho, co u klienta pracovník vnímá. Jde o techniku tak zvaných kontaktních reflexí (rozjímání, úvah), které lze uplatnit v každodenní práci např. s lidmi s demencí, s těžkou depresí, psychózou nebo jiným typem postižení.

Reflexe slov a zvuků, které člověk použije, reflexe prostředí a situací, v nichž se nachází, reflexe výrazu a pohybů tváře a očí, fyzická i verbální reflexe pozice a pohybů těla i reflexe toho, co se opakuje, představuje pět základních technik, které pomáhají terapeutovi nebo jinému pracovníkovi navázat psychologický kontakt s klientem a vyjádřit porozumění tomu, co se s klientem děje uvnitř. Reflexe tohoto stavu napomáhají nemocnému člověku, aby si uvědomil své vlastní pocity, kde je, co se s ním a kolem něho děje, aby mohl tyto pocity s terapeutem sdílet. Preterapie tak může pomoci tomu, že člověk znovu objeví slovo, kterým dokáže své pocity, ale i potřeby či přání vyjádřit. Personálu pomáhají preterapeutické techniky pojmenovávat pacientovi to, co s ním dělají, i to, jak on to cítí a jak reaguje. Je to metoda, která umožňuje jednoduché „bytí s člověkem“, a je jí proto možné uplatnit i v paliativní péči, tedy v péči, která sice neléčí základní onemocnění, ale zmírňuje průvodní příznaky.

**Videotrénink interakcí.** Videotrénink interakcí zkr. VTI je certifikovaná metoda pro práci s rodinou a klienty, spočívá v natáčení běžných denních situací videokamerou, následnou analýzou komunikací a podporou pozitivních komunikačních prvků (P. Hartl, H. Hartlová, 2000) Je metodou dobře využitelnou při zlepšování péče a sociální práce s lidmi, kteří mají problémy s komunikací. Běžná interakce pečovatele (zdravotní sestry, lékaře, sociálního pracovníka, rodinného příslušníka) s pacientem je zde snímána kamerou. I velmi krátký videozáznam pak umožňuje podrobnou analýzu komunikace a hledání možností, posilování a rozvoj pozitivních komunikačních dovedností, hledání cest k řešení problémových situací, k navázání účinného kontaktu a k lepší spolupráci s pacientem. Je podpořen pocit zvládnutí situace na straně pečovatele a kvalitnější péče zase zvýší pocit kontroly a uvědomování si sama sebe na straně klienta.

**Využití vzpomínek** ve všeobecné práci se seniory rozšířila v Evropě Angličanka Pam Schweizerová, původním povoláním herečka. Ovšem její záměry a aktivity se hodí spíše pro seniory, kteří nejsou postiženi demencí nebo jiným vážným postižením (H. Buijssen, 2006). Na druhé straně je prokázáno, že práce se vzpomínkami (reminiscenční aktivity – P. Hartl, H. Hartlová, 2000) všeobecně zlepšuje psychický, funkční a zdravotní stav seniorů. Podstata zlepšení tkví v tom, že si staří lidé uvědomují, že :

- Jejich život má cenu, že byl plný událostí, které jsou důležité a mohou být sděleny druhým ;

potvrzují si svou vlastní identitu a kontinuitu svého života .

- Zaměstnávají své myšlení a paměť.
- Uspokojují potřebu předat zkušenost mladší generaci a tím mít podíl na pokračování života.

Pokud je to proveditelné, má velký význam společné vzpomínání ve skupině, ale to většinou nelze realizovat, protože se v zařízení scházejí lidé z různých míst a různých věkových skupin. Vzpomínání je metodou validace, umožňuje hodnocení, životní bilancování. Vzpomínání oslovuje vnímání člověka. Vzpomínky, pokud jsou spojeny s příjemnými zážitky, přinášejí také příjemné pocity, přinášejí prožitky situací tak, jak proběhly kdysi dávno, včetně tehdejších smyslových vjemů a emocí. Vzpomínání je důležitým zdrojem informací pro personál, posiluje vztah mezi pečovatelem a klientem tím, že se z objektu péčování stává subjekt, skutečný člověk s vlastní historií, se zvládnutými i nezvládnutými životními úkoly, s významnými úlohami, které vykonával, se vztahy, které prožíval, stává se osobností, která zaslouží úctu, zájem, soucit a lásku. Reminiscenční aktivity většinou probíhají při každodenním individuálním kontaktu pracovníků s klientem, ale také při kontaktech s jinými klienty.

### **10.3 Režim dne**

Vzhledem k typu onemocnění klientů je denní režim nezbytný a je součástí terapie. Ve většině případů klienti sami nejsou schopni si organizovat režim dne a svoje denní aktivity.

Klienti rovněž nemají pocit hladu, žízně apod. a proto také nepocítují potřebu se najíst, napít atd.

Po ranní hygieně jsou klienti v péči terapeutek, které jim zajišťují společnost, péči, ergoterapii a celodenní aktivizační programy. Během této péče personál zajišťuje podávání léků, výměnu inkontinentních pomůcek, doprovází klienty na lékařské vyšetření a pomáhá jim při zvládnání všech běžných úkonů péče o vlastní osobu. Kvůli bezpečnosti a zdravotnímu stavu klientů není možné, aby klienti mohli odejít ze sanatoria. Dveře jsou opatřeny vstupním bezdotykovým systémem, recepce se pro veřejnost uzavírá v 19.00 hod. Ve výjimečných případech je návštěva u klienta umožněna i po této době, ovšem dveře jsou ovládány službu konajícím personálem. V objektu a mimo objekt sanatoria je nainstalován kamerový systém, který monitoruje bezprostřední okolí budovy, vstupní halu, chodby a prostor pro ergoterapii. Kamerový systém je v nepřetržitém provozu. Záznamy z kamerového systému jsou využívány k zajištění bezpečnosti a kontrole pohybu klientů. V noci jsou každé dvě hodiny pokoje šetrně kontrolovány zdravotnickým personálem z důvodu bezpečí a zdravotního stavu klientů postižených duševní chorobou.

### **10.4 Postup při přijetí**

Zájemce o službu v sanatoriu Topas je před uzavřením dohody seznámen se všemi podmínkami poskytování služby. Pracovnice sanatoria zjišťuje, co zájemce od služby očekává, jaké osobní cíle bude služba naplňovat a jaká bude konkrétní forma a rozsah služeb, které bude sanatorium poskytovat. Osobní cíle musí vycházet z možností a schopností zájemce o službu. Prvotní kontakt probíhá na základě telefonické domluvy, na jejímž základě proběhne prohlídka zařízení Topasu. Sociální pracovnice zodpoví ochotně veškeré dotazy. Při přijetí je sepsána dohoda o poskytování služeb v sanatoriu Topas, ve které jsou specifikovány veškeré náležitosti včetně ceny za pobyt.

#### **10.4.1 Hlavní body smlouvy o pobytu**

Smlouva o poskytování sociální služby mezi poskytovatelem a klientem vychází ze Zákona o sociálních službách (Z108/2006Sb) a má písemnou formu. Smlouva obsahuje označení smluvních stran, to znamená název a adresu zařízení sociálních služeb, jméno, příjmení a adresu klienta.

Ve smlouvě je vymezen druh a rozsah poskytované sociální služby, způsob úhrady za

poskytovanou službu, místo a čas jejího poskytování. Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem sociálních služeb, důvody výpovědi, výpovědní lhůta a doba platnosti smlouvy. Jakákoliv změna ve smlouvě či odstoupení od smlouvy musí být provedena písemnou formou. Klienti, kteří jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům nebo v této způsobilosti částečně omezeni a tudíž tuto dohodu nepodepisují, musí být s jejím obsahem přiměřeně srozuměni. Souhlas se všemi údaji, které jsou uvedeny ve smlouvě, je stvrzen podpisem ředitele nebo jinou pověřenou osobou a podpisem klienta. Pokud je klient zbaven či omezen ve způsobilosti k právním úkonům, podepisuje tuto smlouvu zákonný zástupce. Smlouvu o pobytu lze na vyžádání zaslat (Dle podkladů vedení sanatoria Topas)

#### **10.4.2 Příjem požadavku**

Komunikaci s potenciálním klientem (nebo jeho zástupcem) týkající se předávání informací o poskytovaných službách sanatoria TOPAS zajišťuje sociální pracovnice. Požadavky rodin potenciálních klientů jsou přijímány zpravidla telefonicky, e-mailem, nebo poštou.

Sociální pracovnice posoudí a přezkoumá požadavky klienta (nebo jeho zástupce). Pokud jsou požadavky po přezkoumání reálné, zajistí sociální pracovnice osobní schůzku s klientem (nebo jeho zástupcem) v prostorách sanatoria. Během této schůzky jsou klientovi (nebo jeho zástupci) sděleny komplexní informace spojené s pobytem klientů a orientační částka za poskytované služby. Sociální pracovnice také zjistí základní informace o klientovi, tj. zdravotní stav, diagnózu, rok narození, zdravotní pojišťovnu a kontakt na klienta (nebo jeho zástupce). Pokud jsou podmínky pro klienta přijatelné, sociální pracovnice zaeviduje žádost klienta.

#### **10.4.3 Přijetí klienta**

Sociální pracovnice průběžně monitoruje volná lůžka sanatoria. Pokud dojde k uvolnění místa v sanatoriu, sociální pracovnice kontaktuje klienta nebo jeho zástupce. Za návrh, sestavení, přezkoumání a uzavření smlouvy s klientem odpovídá ředitel společnosti nebo jím pověřený pracovník. Během přípravy smlouvy je dojednána konečná cena za poskytované služby. Návrh smlouvy je předán klientovi ke schválení. Případné výhrady ke smlouvě jsou na místě upraveny ředitelem společnosti nebo jím pověřeným pracovníkem. Schválená smlouva je předána sociální pracovnici, která založí osobní složku klienta. Asistentka vedení vytvoří nový účet pro klienta v aplikaci netwinmed. Do aplikace netwinmed se zaznamenává veškerá agenda spojená s pobytem klienta – umístění, průběh léčby. Informace o příjmu nového klienta je předána službu konající sestrou pracovníkům -kuchyně. V případě, že má klient dietní opatření, je tato skutečnost konzultována s nutriční terapeutkou. Službu konající sestra provede příjem klienta na určený pokoj, převezme zdravotní kartu klienta a založí ošetřovatelskou dokumentaci. Vedoucí ergoterapie provede příjem klienta na ergoterapii a vyplní příjmový dotazník. Ošetřující lékař provede vstupní vyšetření a zaznamená údaje do složky klienta. (Dle podkladů vedení sanatoria Topas).

#### **10.4.4 Ukončení poskytovaných služeb**

**Přeložení :** Lékař zodpovídá za průběžné sledování zdravotního stavu klienta. Informace jsou zaznamenány do aplikace netwinmed (platí pro provozovnu Škvorec) a dekurzu. Pokud dojde během léčby k náhlému zhoršení zdravotního stavu, které vyžaduje hospitalizaci v nemocnici, vypracuje lékař překládovou zprávu, která je předána doprovodu při převozu. Sestra ve službě připraví sesterskou překládovou zprávu. Službu konající sestra zajistí telefonicky převoz klienta do jiného zdravotnického zařízení a lékař informuje o změně zdravotního stavu osobu, kterou si klient určil, aby byla informována. Klientovi, který se vrátí z jiného zdravotnického zařízení je nadále poskytována služba v souladu se stanovenými postupy.

**Propuštění :** V průběhu pobytu může klient nebo jeho zástupce požádat o propuštění a převzetí do domácí péče. Ošetřující lékař vypracuje propouštěcí / překladovou zprávu se souhrnnými informacemi o průběhu léčby. Sestra zajistí předání osobních věcí a klient je propuštěn do domácího ošetřování. Účet klienta v aplikaci netwinmed je asistentkou vedení uzavřen. Veškerá data jsou automaticky archivována na serveru společnosti. Asistentka provede konečné vyúčtování služeb je asistentkou vedení uzavřen. Veškerá data jsou automaticky archivována na serveru společnosti. Asistentka provede konečné vyúčtování služeb.

**Ukončení služby :**

V průběhu pobytu klienta je poskytována ošetřujícím personálem specializovaná ošetrovatelská péče v souladu s pracovními náplněmi a harmonogramy prací. Každá mimořádná událost v chování, jednání a ve zdravotním stavu klienta je okamžitě nahlášena lékaři ve službě. Každá mimořádná událost musí být zaznamenána ošetřujícím personálem. Zdravotní stav je průběžně monitorován ošetřujícím lékařem. Změny zdravotního stavu a průběh léčby je zaznamenáván do dekurzů. Při úmrtí klienta je službu konajícím lékařem kontaktována rodina klienta. Lékař provede prohlídku zemřelého klienta a vyhotoví 4 kopie zprávy – List o prohlídce mrtvého, zajistí kontaktování pohřební služby. Při odvozu zemřelého předá 3 kopie zprávy. Sestra zajistí předání osobních věcí a případných cenností. Účet klienta v aplikaci netwinmed je asistentkou vedení uzavřen. Veškerá data jsou automaticky archivována na serveru společnosti. Asistentka vedení provede vyúčtování služeb. Kompletní zdravotní karta zemřelého klienta je založena do skladu archiválií, kde zůstává dostupná lékařům pro pozdější referenci, popř. odborné konzultace.

## **11. Struktura sanatoria TOPAS**

**Organizační struktura společnosti sanatorium TOPAS, s.r.o. – provozovna Škvorec (schéma)**

Viz Přílohy 2 a 3

## 12. Závěr

V bakalářské práci jsem se snažila přiblížit a popsat nemoc zvanou demence. Zajímala jsem se o příčiny vzniku této nemoci, o její příznaky, průběh a možnosti, jak lidem postiženým demencí usnadnit život s touto nemocí.

V teoretické části jsem se zajímala především o nemoc samotnou. Zaměřila jsem se na příčiny vzniku, symptomy a průběh nemoci. Stěžejním tématem teoretické části pro mě byl život lidí trpících demencí, způsoby komunikace a přístup k těmto lidem. Způsob komunikace a přístup k lidem s demencí je totiž velice důležitý, protože může ovlivnit další průběh nemoci. Je proto důležité, aby pečovatelé o tyto lidi byli náležitě připraveni, pokud jde o znalosti této problematiky, protože jedině tak mohou skutečně zlepšit život lidem postiženým demencí.

V praktické části jsem se soustředila na zjišťování, jak jsou tyto teoretické poznatky využívány v konkrétním zdravotnickém zařízení pro lidi s demencí. Měla jsem možnost seznámit se se skutečnými příběhy a osudy lidí s touto nemocí a také poznat práci pečovatelů o tyto lidi. Přesvědčila jsem se, že poznatky o této nemoci jsou skutečně dnes a denně využívány pracovníky daného zařízení. Viděla jsem, jak je práce s těmito klienty mnohdy velmi náročná po psychické i fyzické stránce, ale také jsem měla možnost vidět i výsledky jejich náročného snažení.

Vybrala jsem si toto téma mé bc. práce také z důvodu, že mám dojem, že je to téma společností dosti opomíjené. Ale v dnešní době se stává tato problematika dosti aktuální vzhledem k tomu, že stále více přibývá lidí, kteří se dožívají stále vyššího věku.

# Seznam použité literatury

## **Prameny :**

Buijssen, H. : *Demence* . Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.

Franková, V. : *Paní Anežka má demenci - příručka pro pečovatele o lidi s demencí*. Praha : Galén, 1. vydání. ISBN 978-80-7262-683-5.

Hartl, P. , Hartlová, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

Kalvach, Z. a kolektiv : *Výbrané kapitoly z geriatry a medicíny chronických stavů* II.díl. Praha: Karolinum, 1995.. ISBN 80-7184-001-7.

Kalvach, Z. a kolektiv : *Úvod do gerontologie a geriatry*, I.díl. *Gerontologie obecná a aplikovaná*. Praha: Karolinum,1997. ISBN 80-7184-366-0.

Klvetová, D., Dlabalová, I. : *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

Mahrová, G., Venglářová, M. a kol : *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

## **Malíková, E. :**

*Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1. vydání, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková, J. (eds.) : *Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

Pacovský, V., Sucharda, P. : *Úvod do medicíny. (Učebnice pro bakalářské a magisterské studium zdravotnických, paramedicínských a sociálních oborů)*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0414-0.

Vybíral, Z. : *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.

Písemné podklady a informace ze strany vedení sanatoria TOPAS

Příloha č1 – na 1 stranu  
Příloha č.2 na 2 strany  
příloha č.3 na 5 stran