

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2010

Martina Čížová

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Martina Čížová

Péče o seniory v počátečním stádiu demence
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Petřeková

2010

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně a všechny použité prameny a literaturu jsem uvedla v závěrečném seznamu.

V Olomouci dne 27. 4. 2010

.....

Martina Čížová

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Miroslavě Petřekové za její pomoc, vedení, připomínky a především obrovskou trpělivost, kterou mi během psaní této práce věnovala.

Obsah

ÚVOD.....	6
1 STÁŘÍ A DEMENCE	8
1.1 Pojem stáří	8
1.2 Demence	9
1.3 Příčiny demence.....	10
1.4 Typy demence.....	11
1.5 Stádia demence	11
1.6 Příznaky demence	12
1.6.1 Aktivity denního života	12
1.6.2 Behaviorální změny	13
1.6.3 Kognitivní změny	14
1.6.4 Diferencionální diagnostika demence	16
1.7 Diagnostika demence.....	18
2 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB U SENIORŮ V POČÁTEČNÍM STÁDIU DEMENCE.....	19
2.1 Maslowova hierarchie potřeb	20
2.2 Fyziologické potřeby	21
2.2.1 Potřeba výživy	22
2.2.2 Potřeba vyprazdňování	24
2.2.3 Potřeba odpočinku a spánku	26
2.2.4 Potřeba vyhýbat se bolesti	27
2.2.5 Potřeba pohybu	29
2.2.6 Potřeba čistoty	31
2.2.7 Sexuální potřeby	34
2.3 Potřeba pocitu jistoty a bezpečí	35
2.3.1 Validační terapie.....	40
2.3.2 Orientace realitou	40
2.3.3 Komunikace.....	41
2.4 Potřeba lásky a sounáležitosti.....	45
2.5 Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty	49
2.5.1 Potřeba sebeúcty	50
2.5.2 Potřeba úcty	51

2.5.3 Ergoterapie.....	53
2.6 Potřeby kognitivní	54
2.7 Estetické potřeby	56
2.8 Potřeby spirituální.....	57
2.9 Potřeba seberealizace.....	59
2.10 Potřeby pečovatele.....	60
3 FORMY PÉČE VHODNÉ PRO SENIORA V POČÁTEČNÍM STÁDIU DEMENCE.....	64
3.1 Péče v domácím prostředí.....	64
3.1.1 Využití zdravotnických služeb	66
3.1.2 Využití sociálních služeb.....	66
3.2 Péče v ústavních zařízeních	68
3.2.1 Péče ve zdravotnických zařízeních.....	69
3.2.2 Péče v sociálních zařízeních	70
ZÁVĚR.....	72
BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM	75
SEZNAM PŘÍLOH	83

Úvod

Mezi lidmi panuje mýtus, že následkem procesu stárnutí je demence. Toto onemocnění se totiž projevuje mimo jiné zapomínáním, které je ve stáří typičtější než v nižším věku. Paměť u starších lidí opravdu slábne. O demenci však můžeme začít hovořit až poté, co se zapomínání stane spíše pravidlem než výjimkou. Je nutné si uvědomit, že demence je onemocnění, nikoliv příznak stáří.

Problematikou demence se zabývá řada vědních disciplín, jako například lékařství (psychologie, psychiatrie a geriatric), speciální pedagogika a v neposlední řadě sociální práce. Významný pedagog Oldřich Matoušek v jedné ze svých publikací uvádí, že sociální práce musí směřovat především ke starým lidem, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem soběstačnosti. Ta může být snížena z důvodu poruch hybnosti, smyslového vnímání nebo demence. Smyslem sociální práce se seniory je pomoci jim dosáhnout co největší míry samostatnosti.¹ Senior v počátečním stádiu demence si plně nebo částečně uvědomuje, že zapomíná, nebo někdy neví, kde se zrovna nachází. Takový stav má na jeho psychiku neblahý dopad. Přemýšlí, jak v důsledku nemoci bude vypadat za pár let. Ke snížení jeho sebeúcty také často přispívají příbuzní a mnohdy i profesionální pečovatelé, kteří ustavičně svými otázkami a vyžadováním odpovědí naznačují, že je „mimo“ a domnívají se, že neustálým naléháním povzbudí jeho vybavování. Senior tak sebe vnímá jako hloupého, protože si nic nepamatuje.² Tuto práci bych tedy chtěla věnovat sociálním pracovníkům a rodinným i profesionálním pečovatelům. Může jim být rádcem při péči o seniory v počátečním stádiu demence.

Na téma demence bylo vydáno nemalé množství knih a stejně tak byla publikována celá řada článků v časopisech. Osobně jsem se však nejčastěji setkala jen s takovými, které pojednávají o tom, co to demence je, jaké jsou její typy, stadia a jak se projevuje. Pokud se literatura zabývá péčí, nerozděluje ji dle vývoje nemoci. Přitom demence je onemocnění progresivní, což znamená, že se neustále zhoršuje. Každá fáze má tedy odlišné příznaky. Proto jsem se rozhodla napsat práci, která se bude

¹ Srov. MATOUŠEK, O. a kol., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha 2005, Portál, s. 163 -164.

² Srov. HERMANOVÁ, M., PROKOP, J. ONDRÁČKOVÁ, K., *Vybrané kapitoly z péče o seniory*, Brno 2008, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 16.

věnovat péči o seniora v konkrétním stádiu. Za cíl jsem si stanovila zjistit, jaké jsou možnosti péče o seniory v počátečním stádiu demence.

Při snaze splnit tento cíl budu vycházet v první řadě z odborné literatury, dále z článků zveřejněných na internetu, zákona o sociálních službách a podkladů, které mi poskytla Česká alzheimerovská společnost. Má práce je neempirická, vypracovaná analýzou dokumentů a literatury.

Práce je členěna do tří kapitol. V první kapitole bych ráda vytvořila patřičné teoretické základy. Nejprve se pokusím charakterizovat období stáří a poté se zaměřím na syndrom demence, na jeho příčiny, příznaky a stadia. Je důležité „zákonům“ demence dobře porozumět, jelikož v následující druhé kapitole se zaměřím na potřeby seniora a způsoby jejich uspokojování v počátečním stádiu demence. Ve třetí kapitole pak popíšu, jakými formami lze péči o tohoto seniora realizovat.

1 Stáří a demence

Jak je zdůrazněno v úvodu, tato práce je soustředěna na péči o seniora, u kterého se objevila demence. Demence se stářím velmi úzce souvisí. Dokonce se o ní často mluví jako o nemoci stáří. Proto považuji za nutné alespoň stručně charakterizovat toto období života. Následně uvedu základní informace o syndromu demence, které jsou stěžejní pro celou práci.

1.1 Pojem stáří

Lidé se do všech vývojových stádií dostávají postupnými nezvratnými biologickými pochody, jimž se souhrnně říká stárnutí. Následkem jsou změny po stránce biologické, psychologické i sociální.³ Stáří je poslední etapou lidského vývoje. Stejně jako ostatní vývojová stádia, má i ono své specifické znaky, které se odlišují od předchozích životních etap.⁴ Vymezit období stáří ale není zdaleka tak jednoduché, jak by se mohlo zdát. Podle mnoha psychologů je člověk tak starý, jak staře myslí. Poslední fáze života se tedy podle nich neurčuje podle věku, ale především podle funkcí duševního a tělesného stavu. Lze tedy říci, že dokud je člověk schopen se učit, přijímat nové názory a získávat nové zkušenosti, je poměrně mladý.⁵ Také záleží na tom, s kým svůj věk člověk srovnává. Pro osmdesátiletou ženu je padesátiletý muž mladík, kdežto pro žáky základní školy je to stařec.⁶ Většina autorů však stáří určuje podle věku – používá členění dle Světové zdravotnické organizace:

- 45-59 let: střední věk,
- 60-74 let: vyšší věk nebo rané stáří,
- 75-89 let: pokročilý věk, senium,
- 90 a více let: dlouhověkost.⁷

Z tohoto dělení je patrné, že osoby starší 75 - ti let jsou považovány za staré (za seniory, geronty). V poslední době se stále častěji užívá i jiného členění, kdy jsou

³ Srov. JOBÁNKOVÁ, M., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*, Praha 2004, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 113.

⁴ Srov. PACOVSKÝ, V., *O stárnutí a stáří*, Praha 1990, Avicentrum, s. 30.

⁵ Srov. ŠTILEC, M., *Program aktivního stylu života pro seniory*, Praha 2004, Portál, s. 12.

⁶ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 23.

⁷ Srov. JEDLIČKA, V., *Praktická gerontologie*, Brno 1991, Grafia- Zlín, s. 7.

za seniory považování osoby už od 65 let, označují se jako mladí senioři. V této práci budu označením senior nazývat osobu nad 65 let.⁸

1.2 Demence⁹

O problematice demence je napsáno hojné množství literatury a z toho důvodu existuje i vysoký počet definic. Mají však jedno společné – sdělují, že demence se vyznačuje úbytkem paměťových funkcí. Ráda bych zde uvedla definici, kterou obsahuje desátá Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.

„Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“¹⁰

Demence není označována jako nemoc ale jako syndrom. Je to z toho důvodu, že se o nemoc v pravém slova smyslu nejedná. Jde o celou řadu dílčích onemocnění s odlišnými příčinami, klinickým obrazem i průběhem.¹¹

Jak bylo řečeno v definici výše, při syndromu demence dochází k narušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí. To ovlivňuje především kognitivní funkce mozku, tedy funkce spojené s poznáváním (paměť, myšlení, orientace, chápání, učení,...).¹² Proto demence patří k nejzávažnějším a především nejčastějším poruchám ve stáří. Neznamená to však, že být starý rovná se být dementní¹³

⁸ Srov. MÜHLPACHR, P., *Gerontopedagogika*, Brno 2004, Masarykova univerzita v Brně, s. 21.

⁹ Tato kapitola je zkrácenou verzí první kapitoly absolventské práce ČÍŽOVÁ, M., 2010, *Péče o seniory v rozvinutém stádiu demence*, [Práce odevzdaná na CARITAS, VOŠ v dubnu 2010].

¹⁰ JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F., *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*, Praha 2004, Galén, s. 19.

¹¹ Srov. TOPINKOVÁ, E., *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Praha 1999, Pharma, s. 9.

¹² Srov. HORT, J., JIRÁK, R., *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. stol. nebylo*, Praha 2007, MediMedia Information, s. 7.

¹³ Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Praha 2006, Grada Publishing, a.s., s. 190.

Je přirozené, že spolu s tělesným stárnutím, člověk stárne i psychicky. Aktivita mozkových buněk je pomalejší, takže i psychická činnost člověka je zpomalena.¹⁴ Procento výskytu demence tedy roste úměrně s věkem. Každých pět let, počínaje 60. rokem věku, se zdvojnásobí.¹⁵

Z demografického hlediska představuje demence neopomenutelný problém především pro rozvinuté země. V těchto zemích totiž stoupá počet starých obyvatel a z toho vyplývá, že roste i počet případů onemocnění demencí.¹⁶

1.3 Příčiny demence

„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 uvádí otravu kovy, zvláště hliníkem (v pitné vodě). Třetí vysvětlení hledá příčinu v neurotransmiteru acetylcholinu, chemické látce, která má zásadní význam pro fungování mozku.“¹⁷

Z množství různých výkladů příčin jasně vyplývá, že pravá příčina nemoci není známa. Existuje však mnoho poznatků o rizikových faktorech demence. K nim patří zejména věk (lidé nad 60 let), pohlaví (demencí trpí zejména ženy nad 60 let), genetické faktory, vzdělání (demencí jsou ohroženi spíše osoby s nižším vzděláním), cévní mozkové příhody, kouření, alkohol, poranění hlavy (jakýkoli úraz, jehož důsledkem je ztráta vědomí alespoň na patnáct minut), protizánětlivé léky, deprese či různá infekční onemocnění, k nimž patří například AIDS, syfilis apod. Podle posledních průzkumů je také prokázáno, že osoby věnující se společenským aktivitám méně často onemocní demencí. Jako nejúčinnější se ukazuje zabývání se hlavolamy a křížovkami či kulturní a společenský život.¹⁸

¹⁴ Srov. ŘÍČAN, P., *Cesta životem*, Praha 2004, Portál, s. 337.

¹⁵ Srov. KOUKOLÍK, F., *Mozek a jeho duše*, Praha 2005, Galén, s. 210.

¹⁶ Srov. HAMILTON-STUART, I., *Psychologie stárnutí*, Praha 1999, Portál, s. 178.

¹⁷ BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 18.

¹⁸ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 12-14.

1.4 Typy demence¹⁹

Jak již bylo zmíněno, syndrom demence zastupuje hned několik různých chorob. Podle toho, které choroby to jsou, jej můžeme dělit následujícím způsobem: Atroficko – degenerativní demence (Alzheimerova choroba), vaskulární demence a sekundární demence (např. poúrazové demence).²⁰

Někdy se také objevuje dělení na dvě základní skupiny, přičemž vaskulární demence je součástí skupiny sekundární demence.²¹ Podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jsou demence rozděleny následovně: Alzheimerova choroba, vaskulární demence, demence u chorob klasifikovaných jinde a nespecifické demence.²²

1.5 Stádia demence

Syndrom demence je onemocnění, které se neustále rozvíjí - tzn. je progresivní. Na základě úbytku kognitivních funkcí a omezením aktivit denního života ho lze rozdělit do tří období, které se liší trváním a závažností:²³

Lehká demence se projevuje především poruchou orientace (datum), poruchou řeči, zhoršeného náhledu (zhoršená schopnost hodnotit situace), omezením sociálních aktivit, častými změnami chování nebo náladami. Senior s lehkou demencí mívá potíže s pravidelným užíváním léků a v neposlední řadě při zvládnání finančních záležitostí.²⁴

Středně těžká demence označuje druhé stádium demence, ve kterém dochází k dezorientaci v čase i místě (člověk se ztrácí na známých místech), poruchy řeči jsou výraznější stejně jako poruchy paměti. Senior v této fázi již ztrácí náhled a má potíže se zvládnáním běžných domácích prací a dodržováním hygieny. Časté jsou také nápadné poruchy chování.²⁵

Těžká demence je fáze, kdy má senior vážně poškozenou krátkodobou i dlouhodobou paměť, nedokáže sám dodržovat hygienické návyky a stává se závislým

¹⁹ Tato kapitola je zkrácenou verzí první kapitoly absolventské práce ČÍŽOVÁ, M., 2010, *Péče o seniory v rozvinutém stádiu demence*, [Práce odevzdaná na CARITAS, VOŠ v dubnu 2010].

²⁰ Srov. JEDLIČKA, V., *Praktická gerontologie*, Brno 1991, Grafia- Zlín, s. 125.

²¹ Srov. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J., *Psychiatrie*, Praha 2004, Tigis, s. 469.

²² HERMANOVÁ, M., HERMAN, J., PROKOP, J., ROZMARÝMOVÁ, H., *Aktuální kapitoly z péče o seniory*, Brno 2008, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 36.

²³ Srov. HERMANOVÁ, M., HERMAN, J., PROKOP, J., ROZMARÝMOVÁ, H., *Aktuální kapitoly z péče o seniory*, Brno 2008, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 38.

²⁴ Srov. TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*, Praha 2005, Galén, s. 138.

²⁵ Srov. TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*, Praha 2005, Galén, s. 138.

na pomoci druhých osob. Pro tuto fázi demence je typický nechtěný únik moči a (nebo) stolice a upoutání na lůžko.²⁶

V praxi se také využívá stupnice **Reisbergovy skupiny**, která demenci dělí do sedmi stádií a z toho důvodu se řadí mezi nepřesnější.²⁷ Avšak se srozumitelnějším dělením na tři stupně podle závažnosti onemocnění jsem se setkávala nejčastěji. Někteří autoři stadia demence dokonce pojmenovávají dle stupně vývoje nemoci. Tato práce je orientována na péči o seniora, kdy je demence, co se rozvoje týče, teprve v počátku – tzn. v prvním stádiu. Následně tedy budu vycházet z terminologie, která je uváděna v knize Mgr. Holmerové. Ta první stádium demence nazývá fází počáteční neboli počínající demence.²⁸

1.6 Příznaky demence

Pro včasnou diagnostiku demence mohou pomoci příznaky poruch paměti a řeči. Je důležité všimnout si těchto prvních změn signalizujících demenci a mít na paměti, že to nejsou běžné projevy stáří. Pro určení míry postižení jednotlivých funkcí člověka se užívá ABC dělení. Přehledně rozděluje jednotlivé příznaky syndromu demence. A označuje poruchy při aktivitách denního života, B behaviorální změny a C kognitivní poruchy.²⁹

V této kapitole blíže charakterizují jednotlivé příznaky a především jejich míru závažnosti, která se vyskytuje v počáteční demenci.

1.6.1 Aktivity denního života

Činnosti neboli aktivity denního života zahrnují celou škálu různých dovedností, schopností a způsobů jednání nemocného, které se jeví jako zcela běžné. Jde například o schopnost nakládat s penězi, schopnost telefonovat, udržovat stravovací návyky apod.³⁰ Kvůli demenci dochází k funkčnímu omezení při každodenních aktivitách. Během našeho vývoje si nervová soustava vytvořila obrovské množství vzorců

²⁶ Srov. TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*, Praha 2005, Galén, s. 138.

²⁷ Srov. HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D., *Demence a poruchy paměti*, Praha 1999, Grada Publishing, s. 13.

²⁸ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 34.

²⁹ Srov. PIDRMAN, V., *Demence pro praktické lékaře*, Praha 2005, Maxdorf, s. 18-20.

³⁰ Srov. PIDRMAN, V., *Demence pro praktické lékaře*, Praha 2005, Maxdorf, s. 20.

pohybových aktivit, které podle potřeby automaticky využívá. Díky tomu nemusíme na vykonávanou činnost myslet pořad. Děláme ji automaticky. Správné používání těchto vzorců zajišťuje tzv. výkonová funkce. U osob s demencí je však porušena. Jakmile se činnost skládá z více fází či se automatický vzorec spustí ve špatnou chvíli, nastává problém.³¹

V prvním stádiu začíná mít osoba postižená demencí potíže s údržbou domácnosti, proto se domácím činnostem raději vyhýbá. Oblékání věnuje také méně pozornosti.³² Po každém ukončení jednoho kroku se senior musí rozmyslet co dál, aby činnost mohl dokončit, což je velmi zdlouhavé a namáhavé.³³

1.6.2 Behaviorální změny

V průběhu demence se vyskytují také behaviorální změny. Zahrnují nejen poruchy chování, ale i jiné chorobné projevy, k nimž patří vznětlivost, úzkost, neklid, deprese či naopak velmi povznesenou náladu. Jde však o stav, který je většinou případů terapeuticky zvládnutelný.³⁴

Poruchy emotivity se objevují již na počátku demence a jsou velmi nápadné v celkovém citovém ladění (tupě euforické, depresivní nebo úzkostně laděné) a také ve zhoršení kontroly emocí. Zvyšuje se sklon k emoční labilitě a afektivním výbuchům. Osobnost se člověku s demencí nemění úplně, ale jisté osobnostní rysy se mohou více zvýraznit. Např. nedůvěřivý člověk se může stát až podezřívavý a ohleduplný člověk ještě ohleduplnější. Některé osobnosti se mohou ale změnit úplně – pohodový člověk se stane např. despotickým nebo naopak. Člověk s demencí v této fázi ztrácí pocity vztahující se k minulosti či budoucnosti. Je to dáno tím, že si např. nevzpomíná na podlost od přítele, tudíž netouží po odplatě. Nebo další příklad – necítí výčitky svědomí, jelikož neví za co. V této fázi nemocný člověk ztrácí pocity jako stud, vděčnost, naděje či výčitky svědomí. Zůstávají mu „jen“ základní pocity.³⁵

K behaviorálním poruchám patří také změny sexuálního chování nemocného člověka. Můžou se projevit jako nepřiměřené požadavky vůči pečujícímu partnerovi. Ten bývá často zaskočen do té míry, že se skutečností nechce zabývat. Přitom tento

³¹ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 40-42.

³² Srov. PIDRMAN, V., *Demence*, Praha 2007, Grada Publishing, s. 40.

³³ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 42.

³⁴ Srov. PIDRMAN, V., *Demence pro praktické lékaře*, Praha 2005, Maxdorf, s. 20 – 21.

³⁵ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 48-49.

příznak lze významně ovlivnit prostřednictvím užívání vhodných léků či jinými postupy.³⁶

1.6.3 Kognitivní změny

Poruchy kognitivních funkcí bývají velmi nápadné a často se objevují jako první příznaky demence. Pod pojem kognitivní funkce řadíme paměť, úsudek a myšlení, schopnost orientace, schopnost soustředit se, vyjadřovat se a rozumět mluvené řeči.³⁷

Asi k nejvýraznějším poruchám dochází v **oblasti paměti**, kterou dělíme na dlouhodobou a krátkodobou. Všechno, co v kterémkoliv okamžiku vnímáme některým ze svých smyslů, vstupuje nejprve do krátkodobé paměti. Během půl minuty je proveden výběr. Důležitou informaci přesuneme do dlouhodobé paměti, nepodstatnou zapomeneme. Zatímco krátkodobá paměť má velmi malou kapacitu, dlouhodobá je téměř neomezená. Trpí-li člověk demencí, má porušen „přenos“ z krátkodobé do dlouhodobé paměti. Míra poškození závisí samozřejmě na současném stádiu choroby.³⁸

V prvním stupni senior s demencí pravidelně zapomíná nedávné situace a nové informace.³⁹ Zapomnětlivost se tak stává více pravidlem než výjimkou. Postižený člověk si uvědomuje, že něco není v pořádku. Snaží se však zachovat si image člověka zcela zdravého, a proto používá různých lží a únikových triků. To, že si nemocný zapomínání uvědomuje, však naopak pravidlem není.⁴⁰

Poruchy motoriky se projevují sníženou schopností hybnosti a tím člověka omezují vykonávat různé aktivity. Jednou z forem poruch motoriky je apraxie. Při ní senior s demencí činnosti vykonávat může, ale neví jak. Jedná se i jednoduché úkony, jako je např. nalití sklenice vody, odemčení dveří či použití vidličky.⁴¹

³⁶ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 27.

³⁷ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 17.

³⁸ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*. Praha 2006, Portál, s. 19-22.

³⁹ Srov. HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J., *Kinezioterapie demencí*, Praha 2005, Triton, s. 17.

⁴⁰ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 44-45.

⁴¹ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 91.

V první fázi se výrazné poruchy motoriky neobjevují, pohyby člověka jsou pouze pomalejší. Činnosti, které se skládají z více kroků, trvají mnohem déle. Obvykle je však zvládnou vykonat sami bez pomoci druhé osoby.⁴²

Poruchy řeči se vyznačují špatným porozuměním mluvené i psané řeči, nebo při jejím tvoření. Poruše tvorby řeči se říká afázie. Při vystupňované afázii není člověk schopen tvořit srozumitelnou řeč, vymýšlí si, komolí slova nebo hovoří gramaticky špatně.⁴³ **Při poruchách jazyka** může dojít k problémům s porozuměním složitým větám. Pro účelnou komunikaci v tomto případě je vhodné užívat synonyma či popis dané věci. Projevuje-li se porucha jazyka neschopností nalézt správná slova pro vyjádření myšlenky, senior užívá slova jiná, která podobně znějí. To však mnohdy může působit pro druhého nesrozumitelně až legračně. Někdy také nemocný nahrazuje slova ukazovacími zájmeny.⁴⁴

V prvním stádiu pociťuje osoba postižená demencí pouze občasné výše uvedené problémy s řečí. Především se zhoršuje plynulost mluvy, která se nejvíce projevuje ve spontánním vyjádření.⁴⁵

Poruchy učení znemožňují získání nových dovedností. Často se také stává, že senior postižený demencí reaguje na nové skutečnosti způsobem, který už dříve použil na skutečnosti podobné. Příkladem může být snaha uplatnit pravidla známé hry na novou.⁴⁶ Vzhledem k tomu, že senior s demencí zapomíná nedávné události, jak je zmíněno již výše, je schopnost učení velmi nízká. Tuto skutečnost podporuje i fakt, že udržet pozornost a nevšímat si rušivých podnětů je pro nemocného seniora téměř nemožné.⁴⁷

Vlivem zhoršení paměti dochází také k **poruchám orientace**. V prvním stádiu demence se nemocní špatně orientují na neznámých místech, mohou se i ztratit. Tam, kde to však znají, se orientují bez potíží.⁴⁸

⁴² Srov. CALLONE, P. a kol., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 50-51.

⁴³ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 21.

⁴⁴ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 27-28.

⁴⁵ Srov. HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J., *Kinezioterapie demencí*, Praha 2005, Triton, s. 18.

⁴⁶ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 23-24.

⁴⁷ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 29.

⁴⁸ Srov. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J., *Psychiatrie*, Praha 2004, TIGIS, s. 470.

K raným projevům demence patří **porucha motivace**. Motivace je pro život nesmírně důležitá. Nutí uspokojovat potřeby související nejen s přežitím organismu, ale i se sociální a pracovní existencí člověka. Není proto divu, že ji někteří autoři nazývají hybnou pákou.⁴⁹ V počátečním stádiu demence senior ztrácí zájmy a přestává udržovat sociální kontakty. Ztrácí motivaci k návštěvám svých přátel či rodiny.⁵⁰ Pravděpodobným důvodem je, že se v některých věcech již nevyznají. Například televizní pořady přestávají sledovat, protože jim unikají podstatné souvislosti, a proto nerozumí ději.⁵¹

1.6.4 Diferencionální diagnostika demence⁵²

Za příznaky demence mohou být často označovány i poruchy, které demenci připomínají, ale jsou spíše jen projevem stáří nebo jiné nemoci. V literatuře je najdeme pod označením non-demence, nebo také pseudodemence.

K poruchám připomínajícím demenci patří benigní stařecká zapomnětlivost, což je věkově vázaná paměťová porucha. Člověk má problém s vybavováním si jmen a uvědomováním si toho, kde se nachází. Také se mohou objevit potíže při časovém zařazování zážitků, jež si normálně pamatuje.⁵³

Při vypjatých situacích - např. úmrtí blízkého člověka, závažná nemoc, přestěhování do nového prostředí apod. se senior často chová roztržitě nebo má dekoncentrované myšlení. V tomto případě je pro správnou diagnostiku nejlepší objektivní anamnéza od okolí postiženého a sledování v delším časovém úseku. V případě, že by byla stanovena chybná diagnóza a senior by byl umístěn do sociálního ústavu či na gerontopsychiatrické oddělení neprávem, by mohlo totiž dojít k jeho izolaci a následně skutečně způsobit nesoběstačnost.⁵⁴

⁴⁹ Srov. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 35.

⁵⁰ Srov. BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol., *Gerontopsychiatrie*, Praha 1994, Grada Avicentrum, s. 244.

⁵¹ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H., *Alzheimerova nemoc v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*, Pfitzer 2004, s. 21.

⁵² Tato kapitola je zkrácenou verzí první kapitoly absolventské práce ČÍŽOVÁ, M., 2010, *Péče o seniory v rozvinutém stádiu demence*, [Práce odevzdaná na CARITAS, VOŠ v dubnu 2010].

⁵³ Srov. RŮŽIČKA, E., *Diferencionální diagnostika a léčba demencí*, Praha 2003, Galén, s. 30.

⁵⁴ HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D., *Demence a poruchy paměti*, Havlíčkův Brod 1999, Grada Publishing, s. 15.

Může se stát, že příznaky demence zastíní deprese. Ta doprovází až 50% případů demence, a proto je velmi obtížné určit správnou diagnózu. Základní rozdíly jsou následující: Deprese má náhlý začátek a rychlejší ústup (týdny, měsíce), kdežto demence se rozvíjí pomalu (několik měsíců až let) a vyhlídky do budoucna jsou negativní - není šance na uzdravení. Senior s depresí si také připouští výpadky paměti na rozdíl od seniora s demencí, který si je neuvědomuje nebo se je snaží zatajit. U depresí se objevuje úzkostná nálada, poruchy spánku, poruchy chuti a sebevražedné myšlenky. U demence se spíše setkáme s nespoluprací, nesnášenlivostí až nenávisť, emoční nestabilitou, zmateností, dezorientací a sníženou bdělostí.⁵⁵

Demenci také připomíná delirium, což je kvalitativní porucha vědomí, při níž vzniká porucha pozornosti a člověku se snižuje schopnost uvědomovat si své okolí. Demenci připomíná z toho důvodu, že osoba v tomto stavu má zhoršenou paměť a neorientuje se v čase.⁵⁶ Příznaky deliria: zhoršení vědomí a pozornosti, zkreslené vnímání, iluze či halucinace, psychomotorické poruchy, emoční poruchy, poruchy cyklu spánek – bdění.⁵⁷

Také nesprávně podávané léky mohou vést k řadě komplikací a mohou připomínat demenci. Správně podávaný lék je takový, který je indikován na základě dobře určené diagnózy. Lékař se musí zajímat o všechny léčiva, která pacient již užívá, což souvisí se znalostí všech onemocnění, kterými pacient trpí.⁵⁸

K dalším příznakům připomínajícím demenci patří např. intoxikace návykovými látkami a především abstinenci příznaky (které však na rozdíl od demence brzy odezní). Dalším příznakem může být silné napětí a svalová ztuhlost, která vede k únavovému syndromu. Ten demenci připomíná zejména kvůli zpomalenému jednání. Avšak lidé postižení únavovým syndromem mají, na rozdíl od postižených demencí, úspěch ve výkonostních testech.⁵⁹

⁵⁵ Srov. PIDRMAN, V., *Demence pro praktické lékaře*, Praha 2005, Maxdorf, s. 28-30.

⁵⁶ Srov. RŮŽIČKA, E., *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*, Praha 2003, Galén, s. 30.

⁵⁷ Srov. PLEVOVÁ, J., BELOLOUCKÝ, Z., *Psychofarmakoterapie vyššího věku*, Praha 2000, Grada Publishing, s. 23.

⁵⁸ Srov. PIDRMAN, V., *Demence pro praktické lékaře*, Praha 2005, Maxdorf, s. 31-32.

⁵⁹ Srov. HORT, J., JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. stol. nebylo*, Praha, MediMedia Information, s. 21.

1.7 Diagnostika demence

Diagnostika demence je proces, na kterém se významně podílí pacient spolu s pečovatelem a lékařem. Aby lékař mohl určit, zda se o demenci opravdu jedná, musí příznaky prozkoumat. V první řadě se prověřují informace od nemocného i jeho blízkého - lékař uskutečňuje tzv. **anamnézu**. Dále se provádí vyšetření tělesného stavu nemocného, ke kterému se využívají různé přístroje, zejména **zobrazovací techniky**.⁶⁰

Vyšetření kognitivních funkcí se realizuje pomocí standardizovaných škál: **test MMSE** (zkoumá základní orientaci časem, místě a prostorem, schopnost vštípit si a vybavit 3 věci a jednoduché řečové schopnosti. Každý úkol je bodován a na základě konečného množství bodů ohodnocen-viz příloha č. 1) a **test kreslení hodin** (pacient dostane za úkol nakreslit hodiny. Správnost či nedokonalost provedení je jedním z diagnostických kritérií – viz příloha č. 2).⁶¹

Test MMSE (Mini-Mental State Examination) slouží zejména ke stanovení střední a těžké Alzheimerovy choroby. Jiné podoby demence však neurčí. Proto se také užívá **Hachinskeho skóre**, které spolehlivě diagnostikuje vaskulární demenci.⁶²

⁶⁰ Srov. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol., *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*, Praha 2009, Grada Publishing, s. 25.

⁶¹ Srov. HERMANOVÁ, M., HERMAN, J., PROKOP, J., ROZMARÝMOVÁ, H., *Aktuální kapitoly z péče o seniory*, Brno 2008, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 41, 49-51.

⁶² KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R., *Diagnostika a léčení syndromu demence*, Praha 1999, Grada Publishing, s. 13 -14.

2 Uspokojování potřeb u seniorů v počátečním stádiu demence

V této kapitole se pokusím charakterizovat jednotlivé lidské potřeby a následně popsat způsoby, jakými je senior v počátečním stádiu demence může upokojoovat. Některé je schopen naplnit sám, k jiným mu musí dopomoci druhá osoba.

Druhou osobu, která seniorovi pomáhá se zvládáním každodenních činností, budu také označovat **pečovatelem**. „Pečovat o někoho znamená pomáhat nemocnému nebo zdravému jedinci v udržování jeho dobrého zdravotního stavu nebo usilovat o opětné dosažení jeho úplného zdraví (či s ním být v posledních chvílích jeho života) vykonáváním činností, kterých by se zhostil sám, kdyby k tomu měl sílu, vůli nebo kdyby měl potřebné znalosti. Tyto činnosti jsou vykonávány takovým způsobem, aby to dotyčnému člověku pomohlo co možná nejrychleji znovu nabýt nezávislosti.“⁶³

Péče nespočívá jen v odborné technické manipulaci, ale především ve vztahu nemocného a pečujícího. Vztah musí být součástí péče. Člověk v něm musí být pojmut jako jedinečná bytost.⁶⁴ Péči lze také definovat jako pomoc formou asistence, podpory, ulehčení a zmocnění ve zdraví, při zlepšování kvality života a při střetu s nemocí, postižením nebo hrozbou smrti. Pečování je zcela přirozenou součástí života.⁶⁵

Cílem péče by mělo být uspokojení všech potřeb seniora. Po celou dobu onemocnění by péče měla směřovat k udržení co nejvyšší míry soběstačnosti či sebezpečí (péče zajišťovaná vlastními silami). Měla by vždy seniora spíše motivovat, ne spočívat v tom, že druhá osoba vykoná činnost za něj.⁶⁶

Použité pojmy (motivace, potřeby) bych ráda vysvětlila, protože se budou v práci vyskytovat i nadále. **Motivace** je souhrnné pojmenování pro motivy a jejich působení. Motiv lze definovat jako faktor, který uvádí do pohybu jakoukoli činnost či proces. Jedná se nejen o pohyb fyzický, ale i o pohyb myšlenek, představ, přání, rozhodnutí atd. Motiv je cokoli, co vede k aktivitě jedince, počínaje potřebou potravy, jež nás nutí

⁶³ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 64.

⁶⁴ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 65.

⁶⁵ Srov. KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*, Praha 2007, Grada Publishing, s. 43.

⁶⁶ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 40- 41.

senajist. Často se o motivu mluví jako **potřebě**,⁶⁷ protože ta, jako projev nedostatku vyjadřuje stav organismu, který startuje proces motivace.⁶⁸

2.1 Maslowova hierarchie potřeb

Při zpracovávání celé třetí kapitoly budu vycházet z dělení potřeb, které popsal americký psycholog Abraham Maslow, s jehož klasifikací jsem se při studiu odborné literatury setkávala nejčastěji.

Abraham Maslow vychází z teorie, která na člověka pohlíží jako na holistickou bytost.⁶⁹ „Holistický přístup vyžaduje orientaci na biologické, psychické, sociální a spirituální aspekty ve zdraví i nemoci.“⁷⁰ Všechny tyto sféry člověka tvoří jednotu, celek. Proto se také holistickému přístupu říká komplexní.⁷¹

Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je stupňovitě uspořádán, protože některé motivy jsou silnější než jiné. Lidé jsou tedy motivováni hierarchickým systémem potřeb. Každá z nich je v každém případě výrazem jedince. Neexistuje například potřeba žaludku. Vždy je to jedinec, kdo touží po jídle. Je-li hladový, projevuje se to v celé jeho osobě - ve vnímání, myšlení, cítění i chtění. Jakmile potřebu uspokojí, objeví se druhá. Pro lidskou osobu je charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje. Maslow řadí potřeby dle naléhavosti – člověk například netouží zkrášlovat svoji domácnost, má-li prázdný žaludek. Neuspokojené tzv. nižší potřeby převládají a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými tzv. vyššími potřebami. Potřeba seberealizace, hierarchicky postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení všech jiných potřeb. Vyšší potřeby se objevují až postupem věku (např. seberealizace se projevuje až v adolescenci) a přetrvávají i ve stáří.⁷²

V Maslowově pyramidě jsou potřeby řazeny od základních k vývojově vyšším (viz příloha č. 3): potřeby fyziologické, potřeby jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty, kognitivní, estetické a potřeby seberealizace. K vyšším potřebám

⁶⁷ Srov. ŘÍČAN, P., *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*, Praha 2010, Grada, s. 96.

⁶⁸ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 11.

⁶⁹ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 13.

⁷⁰ PÁVKOVÁ, S., *Modely ošetrovatelství v kostce*, Praha 2006, Grada Publishing, s. 16.

⁷¹ Srov. KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*, Praha 2007, Grada Publishing, s. 35.

⁷² Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 14.

řadí tento psycholog tzv. metapotřeby, které vyjasňují různé specifické snahy seberealizující se osoby. Vyjadřují potřebu vyššího duchovního života, touhu přesáhnout sebe sama a hledání smyslu života.⁷³

2.2 Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby jsou považovány za úplně základní. Maslow je řadí na úplně nejspodnější stupeň své pyramidy. Pokud by je člověk neuspokojil a ani v nejbližší době by to nemohl napravit, byl by ohrožen na životě. Lidé tyto potřeby raději uspokojují ještě dříve, než se stanou aktuálními tím, že dodržují určitý denní rytmus (pravidelné stravování apod.)⁷⁴

Ve fázi počáteční demence může senior uspokojit své biologické potřeby jen zčásti. V této situaci musí být pečovatel mimořádně vnímavý a zvažovat všechny možnosti a schopnosti postiženého. Je třeba dbát na to, aby nevykonal veškerou činnost za něj. Na druhou stranu však po něm nesmí být žádáno příliš. Senior v tomto stádiu demence si plně nebo částečně uvědomuje, že něco není v pořádku a mohlo by pro něj být ponižující, kdyby určitý úkon nezvládl. Stále je však třeba sledovat jeho stav.⁷⁵ Jak je uvedeno výše, demence je onemocnění progresivní, a tudíž se seniorova schopnost vykonávat samostatnou činnost postupně snižuje. Úroveň sebezpečí a soběstačnosti lze hodnotit pomocí pozorování nemocného, rozhovorem s ním, popřípadě s rodinnými příslušníky.⁷⁶ „Pro posouzení soběstačnosti pacientů s demencí je možné použít různé škály, nejběžnější jsou škály podle Katze, Lawtona nebo Barthelové. Pomocí nich hodnotíme soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života (IADL), jedná se o ty činnosti, které jsou potřebné k samostatnému nezávislému životu. Soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách hodnotíme prostřednictvím testů základních sebeobslužných aktivit denního života (ADL).“⁷⁷ (Test podle Barthelové viz příloha č. 6). Ve všech testech se hodnotí samostatnost provedení jednotlivých činností,

⁷³ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 14-15.

⁷⁴ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 14.

⁷⁵ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 43.

⁷⁶ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 21.

⁷⁷ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 16.

popřípadě potřeba dopomoci. Celkové skóre pak slouží ke zhodnocení závažnosti postižení a potřeby péče.⁷⁸

2.2.1 Potřeba výživy

Potřeba výživy zahrnuje potřebu jídla a tekutin. Jejím naplněním nedochází pouze k uspokojení žaludku a doplnění energie. Příjem potravy je u člověka spojen i s potřebami psychosociálními. Vyvolává totiž pocity spokojenosti a radosti (kladné emocionální ladění) a také vzbuzuje určité nároky na osoby, s nimiž chce člověk jíst, na prostředí i na estetičnost podávané stravy.⁷⁹

Potřeba nasycení

Vzorcem uspokojování základních biologických potřeb je jejich redukce. To znamená, že pocit hladu se sníží nasycením.⁸⁰ Senioři s demencí mají zvýšený energetický výdej, tudíž i příjem potravy by měl být větší.⁸¹ V důsledku této nemoci však senior na pravidelné stravování často zapomíná a dochází k podvýživě – k **malnutrice**.⁸²

Malnutrice je závažný (nejen) geriatrický syndrom, který vede ke snížení tělesné hmotnosti a svalové hmoty provázený úbytkem svalové síly. K pozdějším projevům patří především zvýšená únava, závratě s následnými pády a horší hojení ran.⁸³ Hlavními příčinami můžou být žvýkací potíže spojené se špatně padnoucí protézou, neznalost správné výživy, chudoba či ztráta soběstačnosti, snížený pocit hladu a žízeň a především výše zmíněná zapomnětlivost zapříčiněná demencí.⁸⁴

I přesto, že je nemocný v počátečním stádiu demence ještě schopný určité sebezpeče, pomoc druhé osoby přesto potřebuje. Senior může stále aktivně udržovat sociální kontakty. Při návštěvě restaurace se však mohou objevit potíže. Je pro něj

⁷⁸ Srov. TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*, Praha 2005, Galén, s. 213.

⁷⁹ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 82.

⁸⁰ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, Praha 1995, Academia, s. 126.

⁸¹ Srov. PIDRMAN, V., *Demence*, Praha 2007, Grada Publishing, s. 156.

⁸² Srov. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ I., *Motivační prvky při práci se seniory*, Havlíčkův Brod 2006, Grada Publishing, s. 151.

⁸³ Srov. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kol., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 163.

⁸⁴ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ I., *Motivační prvky při práci se seniory*, Havlíčkův Brod 2006, Grada Publishing, s. 151.

náročné nabídku v jídelníčku přečíst a následně se rozhodnout, jaké jídlo si objednat. Proto je vhodné, aby mu druhá osoba s výběrem poradila. Pečovatel musí být trpělivý, protože senior ve většině případů pomoc odmítá.⁸⁵

Jak je uvedeno výše, jídlo nemá být jen zdrojem energie, ale i potěšením. Staří lidé mají rádi potraviny, kterými se stravovali v dřívější době, jelikož je často mají spojené s příjemnými vzpomínkami. Mezi oblíbené patří polévky, jídla z brambor, pokrmy ze zabijačky, chléb, pivo, mléčné výrobky a koláče. Ty většinou evokují svátek, oslavu nebo nějakou odměnu, kterou si člověk dopřává při pocitu, že si to zaslouží. S postupem věku chuť slábně, je však stále aktivní. Někdy je tedy třeba bramborové placky více osolit a puding více osladit. Jídlo je spojeno s významnou událostí, která podléhá určitým rituálům a zvyklostem. Od rána se vše točí kolem přípravy oběda. Vůně zaplňují celý dům a probouzejí staré vzpomínky. Zejména u žen představovalo vaření a příprava jídla jednu z hlavních životních náplní a zdroj uznání. Proto bychom se měli snažit zapojit zejména seniorky s demencí co nejvíce do příprav jídla. Důležité je také společné stolování, jež navozuje pocit sdílení (stůl je místo, kde se schází rodina a hosté). Podstatnou roli také hraje společné stravování v domovech pro seniory. To, že člověk přichází do jídelny, ho nutí, aby se upravil a udržoval kontakty s ostatními (senioři s demencí často nerozumí některým skutečnostem, což navozuje nejistotu, a proto raději nevychází z pokoje). Jídlo má zkrátka velký citový význam. Někdy je u nemocných důležitější překročit pravidla vyvážené stravy, pokud jídlo pozitivně ovlivní jejich psychický stav.⁸⁶

V počátečním stádiu demence není výjimkou problémové chování. Proto seniora do ničeho nenutíme, jelikož by to v něm mohlo vyvolat agresi. Například pokud si přeje jíst lžící, nepřesvědčujeme ho o tom, že příbor je vhodnější. Mohlo by následovat až vzteklé shzení talíře ze stolu.⁸⁷

⁸⁵ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 70.

⁸⁶ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 100-106.

⁸⁷ Srov. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol., *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*, Praha 2009, Grada Publishing, s. 25.

Potřeba tekutin

Motivem k pití je pocit žízně, v němž se uplatňují i dojmy z vyprahlosti ústní dutiny. Tekutiny organismus přijímá i z jídla (zejména polévky a zeleniny). Intenzita pocitu žízně nemusí odpovídat skutečné potřebě vody,⁸⁸ což platí zejména u seniorů. U nich totiž dochází ke snížení fyziologického pocitu žízně.⁸⁹

Při nedostatečném množství vody v těle vzniká **dehydratace**. Tento syndrom může způsobit závratě, pády i zmatenost spojenou s halucinacemi. Při vysokém deficitu tekutin se objevují i potíže s činností srdce.⁹⁰ Proto je u osob s demencí nutné aktivně kontrolovat příjem tekutin (denně až dva litry).⁹¹ Není totiž neobvyklé, že senior v tomto stádiu tvrdí, že pitný režim dodržuje.⁹²

Staří lidé jsou většinou zvyklí pít kávu a čaj. Pečovatel by se měl snažit, umožnit jim jejich rituály dodržovat. Mnoho seniorů například rádo pije před spaním bylinkový čaj.⁹³

2.2.2 Potřeba vyprazdňování

Vyprazdňování moče a stolice definuje magistra Trachterová: „Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu, základní, biologickou potřebou člověka. Témata vyměšování a vyprazdňování jsou často tabuizována. Souvisí to s blízkostí vývodných cest močových a análního otvoru s pohlavními orgány. Vyprazdňování zasahuje intimní sféru člověka, lidé mají zábrany o problémech s vyprazdňováním mluvit.“⁹⁴

Způsob naplňování této potřeby je individuální, zvláště co se týče vyprazdňování stolice. Pro někoho je optimální norma dvakrát denně, pro jiného jednou za dva dny.

⁸⁸ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Lidské emoce*, Praha 2000, Academia, s. 282.

⁸⁹ Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Praha 2006, Grada Publishing, s. 202.

⁹⁰ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kol., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 278, 283.

⁹¹ Srov. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kol., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 158.

⁹² BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 44.

⁹³ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 101

⁹⁴ TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 95.

Nutnost uspokojit tuto potřebu se však může měnit v závislosti na nemoci, fyzické aktivitě a pohybu (viz kapitola „potřeba pohybu“) a složení stravy.⁹⁵

Jak jsem již zmínila v kapitole s názvem Potřeba výživy, složení stravy a dodržování pitného režimu je ve vyšším věku velmi důležité. Pro zabezpečení objemu stolice se doporučuje pravidelné stravování a konzumace tmavého pečiva a zeleniny. (Pravidelnost stravování musí zajistit pečovatel, jelikož senior má již problémy s orientací v čase. Také plnohodnotnou výživu musí zabezpečit druhá osoba. Chuť se seniorovi totiž snižuje). Některé potraviny zase zvyšují potřebu močení. Například salát, meloun či vařené obilniny. Nepřijímá-li senior dostatečné množství tekutin, jí nepravidelně a fyzická aktivita je velmi nízká, může dojít k **zácpě**, která se projevuje jako nepříjemné a obtížné vyprazdňování malého množství tuhé stolice nebo úplné zastavení vylučování po určitou dobu.⁹⁶

Dalším projevem demence spojeným s vylučováním je **inkontinence**. U některých pacientů přichází relativně záhy, u některých až v pokročilých stádiích. Inkontinence moči se objevuje dříve než inkontinence stolice.⁹⁷ Vzhledem k tomu, že se tato práce týká prvního stádia demence, v následujících řádcích se budu věnovat inkontinenci močové. „Inkontinence moči je podle definice ICS (International Continence Society) stavem nedobrovolného úniku moči a představuje medicínsko-psychologický a sociálně právní problém.“⁹⁸ U pacienta s demencí může mít mnoho příčin – senior nucený na močení často špatně vyhodnotí, mnohokrát zapomene, nenajde toalety, nestihne se zavčas svléci, splete si místo vykonávání potřeby vylučování apod. Základem je si uvědomit, že hlavní příčinou inkontinence je podstata choroby, tedy porucha kognitivních funkcí, potažmo chování pacienta. Také při nervozitě a neklidu (například při očekávání návštěvy) je nucený na močení častější. Nebo naopak pocit potřeby vyprázdnění se bývá příčinou neklidu.⁹⁹

⁹⁵ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 95-98.

⁹⁶ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 97 – 99.

⁹⁷ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 109.

⁹⁸ CHROMÝ, K., HONZÁK R. a kol., *Somatizace a funkční poruchy*, Praha 2005, Grada Publishing, s. 172.

⁹⁹ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 109.

Proto je vždy důležité u pacientů s demencí vytvořit takový režim, aby k pomoci docházelo co nejméně. Stejně jako u naplňování potřeb výživy, je i při vylučování nutný určitý řád. Například umožnit pacientovi se každé dvě hodiny vymočit. Tento režim snižuje spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci, které jsou sice důležité, ale představují spíše jakousi pojistku. Cílem péče je udržet seniora co nejdéle kontinentním.¹⁰⁰

2.2.3 Potřeba odpočinku a spánku

Pro zachování tělesného i psychického zdraví je nezbytný odpočinek a spánek. Pod pojmem **odpočinek** si většina lidí představuje „nícnedělání“, což není tak zcela pravda. Odpočinek znamená především relaxaci bez emočního napětí a úzkosti. Naplňování potřeby odpočinku je u každého individuální. Někdo si zajde na procházku, jiný se věnuje četbě knih či poslouchá hudbu. Cílem odpočinku je navození pozitivních emocí.¹⁰¹ **Spánek** je definován jako aktivní děj, během kterého probíhá několik změn.¹⁰² Asi po dvou hodinách dochází k aktivizaci organismu – srdeční tep je nepravidelný, dech je rychlejší a roste spotřeba kyslíku.¹⁰³

Mezi nejčastější problémy se spánkem patří tzv. **insomnie**, která je charakterizována jako subjektivně vnímaný úbytek kvality nebo délky spánku. Podstatné je zde zmíněné subjektivní vnímání. Insomnie se objevuje zejména při změně prostředí a denního rytmu (hospitalizace).¹⁰⁴ Další potíží je tzv. **spánková inverze**, která znamená narušení rytmu spánek - bdění. Senior ve dne pospává a v noci bdí. Tato porucha představuje velkou zátěž zejména pro pečujícího.¹⁰⁵

U seniorů jsou **poruchy spánku** velmi časté, jak je uváděno v knize od předních českých lékařů věnujících se problematice demence. „Ve stáří dochází ke změnám ve struktuře spánku, staří lidé často hůře usínají, častěji se v noci probouzejí, časněji se budí. U demence jsou tyto změny ještě markantnější. Mohou se objevit i noční stavy zmatenosti (deliria), kdy nemocný vstává, bloudí po bytě, budí ostatní, může křičet

¹⁰⁰ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol., *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*, Praha 2009, Grada Publishing, s. 109.

¹⁰¹ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 69-70.

¹⁰² Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 69.

¹⁰³ Srov. BORZOVÁ, C. a kol., *Nespavost a jiné poruchy spánku*, Praha 2009, Grada Publishing, s. 13.

¹⁰⁴ Srov. KLENER, P., *Propedeutika ve vnitřním lékařství*, Praha 2003, Galén, s. 36.

¹⁰⁵ Srov. PIDRMAN, V., *Demence*, Praha 2007, Grada Publishing, s. 84-85.

apod.“¹⁰⁶ V noci totiž často vyplouvají na povrch bolestné myšlenky, které narušují spánek. Jinou příčinou může být to, že lidé trpící demencí nevnímají tak výrazně rozdíl mezi bděním a sněním. Kvůli zesláblé fyzické citlivosti méně pociťují rozdíl mezi stavem únavy a čilosti. Příčinou nočního neklidu též může být nadbytek nebo nedostatek chemických látek v mozku. Některé léky totiž mohou vyvolat depresi či vysokou potřebu spánku. Pokud senior celý den prodříme, není divu, že se v noci budí.¹⁰⁷

Předcházet potížím se spánkem se dá několika následujícími způsoby. Osoba v počátečním stádiu demence je schopna samostatného pohybu, proto by jej pečovatel měl povzbuzovat k co největší aktivitě během dne, a to bez ohledu na to, o jakou aktivitu jde. Např. společné procházky, pomoc při úklidu či vaření, povídání si apod. Pokud možno nepodporovat odpočinek po obědě ve formě spánku. Důležité je také dodržování pravidelného denního rytmu – to znamená pokoušet se, aby nemocný chodil spát vždy ve stejnou dobu, aby se mu uléhání na lůžko změnilo v jakýsi rituál. Samozřejmostí je místnost vyvětrat, zajistit ticho, nepodávat před spánkem těžkou stravu a příliš mnoho tekutin.¹⁰⁸ Naopak se snažíme seniora přinutit, aby šel před ulehnutím na toaletu, aby ho potřeba vylučování nebudila. V místě lůžka je vhodné umístit lampičku. Ta mu poskytne ujišťující orientační bod a zabrání dalším zmatkům a úzkosti, kdyby chtěl jít na toaletu během noci. Pokud by tato doporučení nezabrala, lékař může předepsat léky na spaní, které jsou však návykové, proto se doporučuje nepravidelné užívání.¹⁰⁹

2.2.4 Potřeba vyhýbat se bolesti

Ve většině světových jazyků existuje pro bolest pouze jediný výraz, který musí vyjádřit celou řadu pocitů – od bolesti fyzické až po bolest psychickou. Je tedy náročné vytvořit definici bolesti. Přesto se ji Světová zdravotnická organizace spolu s Mezinárodní společností pro studium a léčbu bolesti pokusila vytvořit: Bolest je nepříjemný smyslový a emoční prožitek, který je spojen se skutečným nebo

¹⁰⁶ HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D., *Demence a poruchy paměti*, Praha 1999, Grada Publishing, s. 76.

¹⁰⁷ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 96-97.

¹⁰⁸ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H., *Alzheimerova nemoc v rodině*, Pfitzer 2008, s. 43.

¹⁰⁹ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 98 – 99.

eventuálním poškozením tkáně. Stav seniora v počátečním stádiu demence lépe vystihuje tato definice: Bolest je to, co nemocný říká a existuje vždy, když to tvrdí.¹¹⁰

U seniorů v první fázi demence není těžké zjistit, zda bolestí trpí. Stačí se zeptat – bolí vás něco? A kde? Pacienti s počáteční demencí dokážou odpovědět. Přesto však dle mnoha světových studií zůstává bolest u seniorů nerozpoznána a neléčena, což výrazně zhoršuje kvalitu života. Zároveň může být přehlédnutelným signálem závažné choroby, která také může zůstat nepovšimnuta. Příkladem může být studie zahrnující třináct tisíc pacientů s onkologickým onemocněním v italských léčebnách dlouhodobě nemocných – 38% pacientů starších 65 let uvádělo každodenní bolest, více než čtvrtina z nich však nedostávala žádné tišící léky. Největší riziko, že zůstanou bez léčby, je opakovaně zjišťováno u seniorů starších 85 let a u seniorů s demencí zejména v pokročilém stádiu, jelikož bolest nedokážou dát slovně najevo.¹¹¹

Bolest může být i psychická, tzn., že senior může pociťovat nějaký strach či úzkost. Tyto dva pojmy neznamenaají totéž. **Úzkost** nemá žádný předmět. Je to nepříjemný duševní stav doprovázený předtuchou nejasného nebezpečí. Naopak **strach** je vždy obavou z něčeho konkrétního, z určité hrozby.¹¹² Senioři v počátečním stádiu demence si uvědomují, že se s nimi něco děje. Vidí chyby, kterých se dopouštějí. Zklamání, které pak následuje, se za některých podmínek projeví jako zlost, za jiných sklíčenost. Také ovšem nastanou okamžiky hluboké úzkosti – strach z ochabování mysli. Úzkost a strach můžou dokonce přerůst v agresivitu. Senioři s počáteční demencí totiž mají pocit, že je všechno proti nim. Pořád dělají něco špatně, nic se jim nedaří. Pokud se jim něčeho podaří dosáhnout, zřídka se jim dostane pochvaly. Pocity ublíženosti, neštěstí a úzkosti jsou tedy téměř na denním pořádku.¹¹³

Těchto pocitů se senior může zbavit s pomocí pečující osoby. Starý člověk v tomto stádiu demence je do jisté míry závislý na denní rutině. Tato zásadovost je důležitá pro zmírnění stresu, který člověk, vzhledem ke zhoršování paměti, prožívá. Proto dodržujeme denní řád a respektujeme, že seniorovi trvají některé činnosti déle než dříve. Nespěcháme mu na pomoc ihned, jakmile mu např. uklízení trvá delší dobu.

¹¹⁰ Srov. HERMANOVÁ, M., PROKOP, J. ONDRÁČKOVÁ, K., *Vybrané kapitoly z péče o seniory*, Brno 2008, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 22.

¹¹¹ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 105.

¹¹² Srov. NAKONEČNÝ, M., *Lidské emoce*, Praha 2000, Academia, s. 241.

¹¹³ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 44, 71-72.

Nezbavujeme ho samostatnosti větami typu „to nemůžeš“ apod. Spíše zdůrazňujeme, co dělat může. Např. spolupráce v kuchyni – pomoc při mytí či utírání nádobí u něj může vyvolat pocit užitečnosti a uspokojení. Jeho oblečení je vhodné vyrovnat do hromádek tak, aby senior věděl, jak se správně obléknout. To umožní správný výběr a postup a především zvýší pacientovo sebehodnocení – zvládl se obléci sám a správně.¹¹⁴

2.2.5 Potřeba pohybu

Pohyb neboli tělesná aktivita je základní potřebou všech živých bytostí. Lidé se musí pohybovat, aby si zajistili i další potřeby. Pohyblivost je základem pro samostatnost. Člověk, který se nemůže sám pohybovat, se stává závislým na pomoci druhých. Každý jedinec má individuální nároky na kvalitu pohybové aktivity i na způsob, jak tuto potřebu naplnit.¹¹⁵

Pohyb u seniorů má několik významů. Zvyšuje výkonnost orgánů (lepší prokrvení kůže, lepší hybnost kloubů, udržení kvality srdce), chrání před nemocemi (zlepšení kvality spánku, udržení optimální hmotnosti, snížení bolesti pohybového aparátu), navození pozitivních emocí (uvolnění duševního napětí), prodloužení délky života (úmrtnost osob s malou pohybovou aktivitou je prokazatelně dvojnásobně vyšší).¹¹⁶

Bohužel ne všichni senioři jsou schopni samostatné pohybové aktivity. Ovlivnit ji mohou zejména následující faktory: vyšší věk, nemoci (např. pohybového aparátu), demence, finanční možnosti, atd.¹¹⁷

„Něco dělat“ je pro mnoho osob synonymem slov „být naživu“. Převážná většina lidí pokračuje v činnosti, kterou si vybrali a to tak dlouho, dokud nezemřou. Důsledkem demence však člověk ztrácí schopnost vykonávat nějakou činnost o mnoho let dříve, než je na to tělo připraveno. Senior v počátečním stádiu demence si to velmi dobře uvědomuje, a proto se občas může cítit bezcenně, závisle a smutně. Potřebuje program

¹¹⁴ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 50 – 51.

¹¹⁵ Srov. HERMANOVÁ, M., PROKOP, J. ONDRÁČKOVÁ, K., *Vybrané kapitoly z péče o seniory*, Brno 2008, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 33.

¹¹⁶ Srov. HERMANOVÁ, M., PROKOP, J. ONDRÁČKOVÁ, K., *Vybrané kapitoly z péče o seniory*, Brno 2008, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 33.

¹¹⁷ Srov. HERMANOVÁ, M., PROKOP, J. ONDRÁČKOVÁ, K., *Vybrané kapitoly z péče o seniory*, Brno 2008, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 34.

činností a životní zkušenosti, které by u něj obnovily pocit, že je stále ceněný, užitečný a přijímán jako zodpovědný. Pečující musí vytvořit takovou náplň dne, která umožní seniorovi s demencí plně využít zbývajících sil.¹¹⁸

Každá činnost musí mít nějaký cíl a především její vykonávání musí být dobrovolné. Což bývá problémem především v ústavních zařízeních. Senioři jsou na společné cvičení dotlačeni personálem. V domácím prostředí je to jednodušší. Pokud se seniorovi nechce např. na procházku nyní, může s ním jít pečovatel za chvíli, jelikož se stará „jen“ o něj. Také pro vykonávání domácích prací je domov vhodnější. Senior může pomáhat s úklidem, s přípravou jídla, na zahradě apod., což ve většině organizací není možné.¹¹⁹ Pečovatel by měl nabízet ty aktivity, které senior dělal v minulosti. Ne však hry určené pro děti, jelikož i lidé s demencí by se mohli urazit. Také je důležité vybírat takové aktivity, které nevyžadují rozhodování. Mohly by seniorovi způsobit značný stres. Činnost nemocnému nepřebíráme, spíše ji provádíme s ním. Tak navodíme lepší atmosféru.¹²⁰

Ráda bych zde také zdůraznila již výše zmíněnou prospěšnost procházek a chůze, která bývá definována jako nejzdravější aktivita po dobu celého života. Prospívá kondici, svalům, srdci a je prevencí obezity.¹²¹ Kromě toho také zlepšuje psychickou pohodu. Odbourává smutnou náladu, dodává energii a vyvolává příjemné emoce,¹²² což je pro člověka v prvním stádiu demence, který v důsledku uvědomování si své nemoci bývá často úzkostný, velmi podstatné. Procházky mají podobný účinek jako cvičení, jedná se o komplexní pohyb. Přiměřeně dlouhá procházka navodí u osob s demencí zdravou únavu a pohyb na čerstvém vzduchu zlepší kvalitu spánku. Důležité jsou během procházky podněty, kterých někdy staří lidé mají nedostatek. Chůze je přirozený pohyb konaný v přirozeném prostředí. Před procházkou je nutno věnovat pozornost vhodnému obutí seniora, který může mít v důsledku nemoci narušenou termoregulaci – bývají spíše zimomřiví. Tudíž by základem měly být teplé boty

¹¹⁸ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 148, 150.

¹¹⁹ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 153, 156.

¹²⁰ BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 108.

¹²¹ Srov. *Chůze: vhodný pohyb pro každého* [online]. Poslední revize 29. 9. 2006 [cit. 21. 03. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.tretivek.cz/200609/chuze-pohyb-vhodny-pro-kazdeho/>

¹²² Srov. SOVOVÁ, E., ZAPLETALOVÁ, B., CYPRIANOVÁ, H., *100 plus 1 otázek a odpovědí o chůzi, nejen nordické*, Praha 2008, Grad Publishing, s. 19.

s prostornou špičkou a dostatek oblečení. Raději více vrstev, které mohou v případě potřeby odložit.¹²³

Někteří senioři s demencí stále popochází sem a tam. To se ale někdy projevuje až v pozdějších stádiích. Jiní pacienti již v počátečním stádiu bloudí a ztrácejí se.¹²⁴ Senioři se neustálým přecházením mimo jiné zbavují přebytečné energie. Příjemného fyzického pohybu lze dosáhnout také pomocí houpací židle, či rotopedu. Pohybem kloubů a svalů se seniorům dostává senzorické zpětné vazby.¹²⁵

Potřebu pohybu také senior v počátečním stádiu demence může uspokojovat záměrným aktivním pohybovým cvičením – tzv. kinezioterapií. Pečující předcvičuje a senior (nejčastěji) sedící na židli pohyby opakuje. V zařízeních je vždy zaměstnán fyzioterapeut. Předcvičující při slovním vedení vždy volí jednoduché pokyny, kterým senioři rozumí. Např. nepoužívá označení pravá – levá. Při všech cvičebních technikách (posilování oslabených svalů, protahování, uvolňování pomocí hudby apod.) je potřebné nemocného slovně podporovat a pokyny trpělivě opakovat.¹²⁶ „Vhodné formy pohybu pro seniory, které by splnily tyto náležitosti, jsou zvláště pohyby pomalé, vědomé, klidně a soustředěně prováděné. Příhodné jsou také doteky na povrchu těla, poklepy, masáže, automasáže.“¹²⁷

2.2.6 Potřeba čistoty

Potřeba čistoty neboli také hygieny, je základní potřebou člověka. Je to soubor pravidel a postupů potřebných k podpoře a ochraně zdraví. Vytváří se postupně od nejútlejšího věku, každý však tuto potřebu vyjadřuje jinak. To, co je pro někoho standard v péči o tělo, může druhý považovat za nedostačující. Potřebu hygieny můžeme definovat ze tří pohledů – biologická rovina (hygienická péče podporující čistotu, která brání vzniku infekcí), psychologická (vykonávání hygieny napomáhá relaxaci a uvolnění, navozuje pozitivní emoce – pocit spokojenosti) a také sociální rovina (hygienu je předpokladem pozitivních mezilidských vztahů a podmínkou

¹²³ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 204.

¹²⁴ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 78.

¹²⁵ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 141.

¹²⁶ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 151-154, 189.

¹²⁷ ŠTILEC, M., *Program aktivního stylu života pro seniory*, Praha 2004, Portál, s. 25.

příjemného prostředí). Senior v počátečním stádiu demence má změněné nároky na hygienu i oblékání. Zapomíná na péči o zuby, nekoupe se, protože se cítí slabý. Nevidí ani ušpiněný oděv ani necítí zápach. Snenior při péči o tělo a oblékání často potřebuje podporu, pomoc, ale především velmi taktní přístup.¹²⁸

Někteří senioři v počátečním stádiu demence jsou schopni žít a pečovat o sebe a domácnost relativně samostatně, potřebují jen určité návody a pomůcky, upomínky a cedulky. Pokud zatím nepotřebují pečovatele, je nutné jim občas alespoň zatelefonovat a například ohleduplně připomenout čas koupele (pro většinu starých lidí jedenkrát týdně), návštěvu lékaře apod.¹²⁹ Pokud se pečovatel setká poprvé se svým klientem, může podle vzhledu poznat dosavadní způsob uspokojování potřeby čistoty. Značně zanedbaný zevnějšek může signalizovat neschopnost sebezpeče v oblasti hygieny a oblékání. Tyto deficity neupozorňují nejen na syndrom demence, ale také na snížení pohybových schopností, kvůli kterým senior nemůže hygienický úkon vykonat.¹³⁰ Pečovatel by měl být vnímavý a vědět tedy, jaké jsou pohybové schopnosti daného člověka a přizpůsobit jim svou péči. Někdy může být nedostatečné dodržování hygieny otázkou neschopnosti jeho samostatného vykonávání (strach z uklouznutí, neschopnost překonat bariéru vany...). Úkolem pečovatele je v tomto případě umístit do koupelny protiskluzovou podložku, madla či speciální sedačku do vany (senioři nejsou obvykle zvyklí na sprchu). Důvod použití těchto prostředků samozřejmě nesmí zapomenout vysvětlit. Ne všichni senioři s demencí se však pomůcky naučí používat.¹³¹ Senioři v prvním stádiu demence si o pomoc při hygieně mohou říci sami, avšak mnoho z nich tak neučiní z důvodu studu. Téměř každý člověk může pociťovat nejistotu a rozpaky, má-li před druhým vykonávat nějakou intimní činnost, jakou provádění hygieny určitě je.¹³²

¹²⁸ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 51 – 53.

¹²⁹ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 34.

¹³⁰ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 56.

¹³¹ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 144 – 145.

¹³² Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 105.

Péče o tělo

Senior v počátečním stádiu demence potřebuje, jak už jsem se několikrát zmínila, určitý řád. Tuto potřebu bychom se měli snažit uspokojovat co nejvíce a zavést tedy každodenní rutinu: např. vstávání, mytí a oblékání, snídaně...¹³³ Hygienu tedy provádíme vždy ve stejný čas. Pečovatel by se měl snažit dodržovat hygienické návyky, na které byl senior zvyklý. Staří lidé mohou být např. naučeni na koupel jednou týdně. Každodenní sprcha je nedávnou vymožeností.¹³⁴ Při dopomoci s péčí o tělo, dává pečovatel seniorovi s demencí jasné a jednoduché instrukce.¹³⁵ Senior s demencí má totiž, jak jsem již popisovala v druhé kapitole, porušen automatický vzorec chování. Proto pro něj například takové čištění zubů může představovat velký problém, jelikož se skládá z více kroků (uchopení kartáčku do ruky – který konec uchopit? Jak vymačkat zubní pastu? Kterou stranou tuby směřovat ke kartáčku apod.). Bez rad druhé osoby by se tedy mohlo například stát, že by senior správný postup popletl a zubní pasta by se do úst vůbec nedostala. Některým seniorům v počátečním stádiu demence trvají komplexní úkoly déle, ale zvládnou je sami.¹³⁶ Pečovatel na seniora může tedy dohlížet (důležitý je individuální přístup) a při správně provedeném úkonu ho může pochválit, povzbudit.¹³⁷ Musí také stále kontrolovat, zda je okolí pro provádění hygieny bezpečné. Sleduje, zda si senior nepotřebuje při mytí sednout a zda pro něj nebude vhodnější zvýšené sedátko na toaletu či madla do sprchy nebo vany.¹³⁸ Podstatou hygienické péče o seniora v počátečním stádiu demence je brát ho vážně a jednat s ním jako s dospělým. Každý člověk může pociťovat rozpaky, např. když se svléká před koupelí.¹³⁹

Oblékání

Pečující by měl seniorovi umožnit nosit to, v čem se cítí příjemně. Důležité je posilování samostatnosti v tom smyslu, že mu nachystá oblečení v takovém pořadí, v jakém se obléká, aby nedošlo k omylům. Jak je zmíněno výše, senior by snadno mohl

¹³³ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 104.

¹³⁴ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 37.

¹³⁵ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 60.

¹³⁶ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 40 – 41.

¹³⁷ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 60.

¹³⁸ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 68.

¹³⁹ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 105.

poplést kroky a spodní prádlo např. navléct na horní oděv. Nejvhodnější oděv je takový, který má zapínání vepředu (či žádné) a široké rukávy, aby oblékání bylo co nejsnadnější. V žádném případě se na seniora nesmí spěchat a zbytečně ho tak rozrušovat. Jelikož má senior v počátečním stádiu demence potíže s udržení pozornosti, měl by se pečovatel snažit o odstranění rušivých elementů při konání této činnosti.¹⁴⁰

2.2.7 Sexuální potřeby¹⁴¹

Ke vztahům mezi muži a ženami ve stáří patří i sexualita, která je definována jako souhrn životních projevů, které vyplývají ze skutečnosti, že člověk je pohlavní bytost a jako taková cítí, myslí a jedná.¹⁴² Jde o ožehavé téma zkomplikované předsudky, že sexuální život od čtyřicítky slábne a v pozdějším věku se jedná už o cosi nemístného a neestetického. Lidé se často domnívají, že sexuální projevy gerontů znamenají nějakou chorobu, při níž dochází k úbytku zábran. Přitom pohlavního styku jsou někteří senioři schopni i v 80-ti letech. Sexuální život má však poněkud jiný význam než v mládí. Jde spíše o ujištění se o hodnotě vlastního těla a jeho vitality. Sexuální aktivita tlumí úzkost, pozvedá náladu a je výrazem něhy, vřelosti, solidarity a citové i fyzické blízkosti. Poskytuje pocit bezpečí, vyjadřuje úctu, důvěrnost a intimitu. Je tedy podstatnou součástí lidského života. Současné zdůrazňování sexuálních potřeb ve stáří je historicky novým fenoménem.¹⁴³

Při demenci může dojít k úbytku zájmu o sexuální život, nebo naopak k sexuální hyperaktivitě či nepřiměřeným projevům sexuality, jako např. exhibicionismus,¹⁴⁴ což je sexuální odchylka spočívající v odhalování pohlavního ústrojí.¹⁴⁵ U některých osob s demencí dochází ke ztrátě zábran. Tito senioři se své sexuální touhy snaží uplatnit na pečovateli či jiných lidech.¹⁴⁶

¹⁴⁰ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 60 – 61.

¹⁴¹ Tato kapitola je zkrácenou verzí druhé kapitoly absolventské práce ČÍŽOVÁ, M., 2010, *Péče o seniory v rozvinutém stádiu demence*, [Práce odevzdaná na CARITAS, VOŠ v dubnu 2010].

¹⁴² Srov. NAKONEČNÝ, M., *Motivace lidského chování*, Praha 1997, Academia, s. 191.

¹⁴³ Srov. ŘÍČAN, P., *Cesta životem*, Praha 2004, Portál, s. 353-355.

¹⁴⁴ Srov. BAŠTECKÝ, J., KÚMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol., *Gerontopsychiatrie*, Praha 1994, Grada Avicentrum, s. 244.

¹⁴⁵ Srov. Exhibicionismus [online]. Poslední revize neuvedena [cit. 13. února 2010]. Dostupný na WWW: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/exhibicionismus>

¹⁴⁶ Srov. HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., NIKLOVÁ, D., *Na pomoc pečujícím rodinám*, Praha 2001, Česká Alzheimerovská společnost, s. 17.

2.3 Potřeba pocitu jistoty a bezpečí

Tyto dvě základní lidské potřeby souvisí s přežitím jedince, jelikož zahrnují pud sebezáchovy a snahu vyhnout se ohrožení. Potřeba jistoty a bezpečí vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu, potřebu ochránce atd. Pocit neuspokojení projevuje každý, stejně jako u ostatních potřeb, individuálně. Některá vyjádření mohou být druhým lidem prospěšná, jiná ne – agrese, únik, izolace apod.¹⁴⁷ Potřeba jistoty a bezpečí je úzce spojena s potřebou vyhýbat se bolesti, kterou popisují v podkapitole 3.2.4.

Lze rozlišit tři stupně potřeby bezpečí a jistoty. První je **potřeba ekonomického zabezpečení**. Člověk potřebuje vědět, že má dost peněz na živobytí. Při pocitu nedostatku může být postižen pronikavou úzkostí a strachem z budoucnosti, které jsou následkem kruté zkušenosti s nouzí. **Potřeba fyzického bezpečí** se objevuje zejména u starých lidí, kteří se hůře pohybují a mívají strach z pádu. Potřebu fyzického bezpečí mohou posílit kompenzační pomůcky – chodítko, hole – nebo také nabídnuté rámě druhé osoby. **Potřeba psychického bezpečí** se u seniorů s demencí v počátečním stádiu naplňuje zejména časově orientačními body dne. Tito lidé totiž pro psychickou pohodu vyžadují dodržování určité rutiny, jako například vstávání pokaždé ve stejnou dobu, následně snídaně apod.¹⁴⁸ V následujících odstavcích vylíčím, jak senioři mohou jednotlivé položky potřeby jistoty a bezpečí naplňovat.

Potřeba ekonomického zabezpečení

V České republice je u seniorů potřeba ekonomického zabezpečení zajištěna také pravidelným vyplácením důchodu, na který má podle zákona právo každý občan, splnili-li určité podmínky (věk, potřebná doba pojištění apod.).¹⁴⁹ K časným příznakům demence patří obtíže při řešení náročnějších finančních záležitostí. Později se tyto problémy rozšiřují a objevují se i při základních počtech.¹⁵⁰ Senior v počátečním stádiu si tedy může uspořádat všechny své právní a finanční záležitosti tak, aby vyhovovaly

¹⁴⁷ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 141-142.

¹⁴⁸ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 38.

¹⁴⁹ Srov. PŘIB, J., KEPKOVÁ, M., NIEDERLE, P., VOJNAR, V., STEINICHOVÁ, L., *Průvodce sociálními dávkami 2010*, Praha 2010, BMSS-START, s. 26.

¹⁵⁰ Srov. PIDRMAN, V., *Demence pro praktické lékaře*, Praha 2005, Maxdorf, s. 21.

jeho potřebám v budoucnu, kdy jeho nemoc bude již rozvinutá. Senior si uvědomuje, že je vážně nemocen a chce si zajistit dlouhodobou péči.¹⁵¹

Potřeba fyzického bezpečí a jistoty

Pocit jistoty a bezpečí umožňuje člověku získání důvěry, která je neopomenutelná ve vztahu pečující – senior. Proto by druhá osoba měla umožnit nemocnému tuto potřebu naplnit.¹⁵² „Někteří starší lidé jsou rádi, když na jejich postel připevníme zvýšené postranice, aby měli jistotu, že nespádnou a budou tak moci dobře spát. Jiní se však naopak budou cítit zábrany omezování. Pokud chceme někomu umístit nad postel zábrany nebo přivázat někoho k vozíčku apod., musíme si vždy položit otázku, zda cílem těchto opatření není dodat pocit bezpečí spíš nám než ošetřovanému starému člověku.“¹⁵³

Při demenci je však poškozena paměť, úsudek a kontrola energie, což způsobuje, že se senior chová někdy tak, že je to nebezpečné. Prostředí domova či ústavu, které má podporovat „normální“ život, je plné rizik. Elektrické a plynové spotřebiče mohou spustit známé vzorce chování, které jsou pro seniora s demencí nebezpečné. Ohrožující je také noční toulání. Jako prevence před fyzickým úrazem se doporučuje noční osvětlení všech prostorů (zejména v ústavním zařízení). Zamknutí hlavního vchodu se jeví jako nevhodné. Člověk konfrontovaný s přáním vyjít ven dveřmi, které nejdou otevřít, může reagovat výbuchem hněvu. Při páčení dveří se navíc může poranit. Proto je vhodnější vstup zamaskovat. Potencionálně nebezpečné jednání se neomezuje jen na osoby s demencí. I zdravý člověk má jisté zvyky, ve kterých je obsaženo riziko. Přejeme-li si někam dosáhnout, často vylezeme na vrátnou stoličku. Když vylézáme z vany, použijeme držátko na mýdlo apod. Přehlédneme-li něco, může mít naše chování neblahé následky. Senior s demencí riskuje stále. Nedokáže provést rychlou akci k omezení škody, když už k nehodě došlo. Může zapomenout zapnutou žehličku na žehlicím prkně či nechat vodu na sporáku vřít tak dlouho, dokud se nevypaří apod. Aby senior s v počáteční fázi demenci mohl v domácnosti i nadále bezrizikově fungovat, potřebuje neustálý dohled. Což u něj však může vyvolat negativní pocity,

¹⁵¹ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 53 – 54.

¹⁵² Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 141.

¹⁵³ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 37.

jak jsem se již zmiňovala výše (pocit neschopnosti, neužitečnosti apod.). Proto vznikly zařízení a přístroje s vestavěnými bezpečnostními prvky. Například detektor kouře, žehličky s automatickým vypínáním, regulátory teploty vody, které mohou být instalovány do kohoutků. Výhoda těchto aparátů spočívá v tom, že omezuje potencionální nebezpečí, aniž by měnily navykklé vzorce chování a omezovaly nezávislost seniora s demencí. Zajištění potřeby fyzického bezpečí a jistoty tedy nespočívá v omezování přístupu do potencionálně nebezpečných zón, ale spíše v podpoře bezpečných a smysluplných činností s využitím vhodných pomůcek.¹⁵⁴

Potřeba psychického bezpečí a jistoty

Porucha paměti, úsudku a schopnosti řešit některé problémy snižuje u seniorů s demencí odolnost vůči stresům (zatížení) z dezorientace. Čím je porucha hlubší, tím více závisí udržení psychické pohody na prostředí. To by mělo podporovat orientaci starého člověka s demencí, poskytovat mu fyzické bezpečí a podpořit jeho schopnost vybavit si některé skutečnosti. Jakýkoliv mechanismus, který zdokonalí orientaci, přidá nemocnému pocit bezpečí a jistoty. Pomoci může například nalepení barevné pásky kolem hrany vany, která poskytne náповědu, jak rozpoznat její tvar a hloubku. V domově pro seniory (někdy i v domácím prostředí) může být užitečné označit dveře psanými instrukcemi a upomínkami. V dalším stádiu demence tato označení mohou na zmatenosti seniora jen přidat, proto je důležité pečlivě sledovat změny v jeho chování, které naznačí progresi onemocnění. V tomto případě je užitečnější nechat dveře do místností jako je záchod či koupelna otevřené. Pocit jistoty a bezpečí dále může pomoci uspokojit multisenzorická stimulační – čím více smyslů daná situace zapojí, tím jasněji bude vnímána a pochopena. Například – z kuchyně se linou libé vůně a zvuky, jako když někdo vaří. V den, kdy se pere, je dům provoněn pracím práškem apod.¹⁵⁵

Pocit jistoty a bezpečí můžou například narušovat zrcadla. Nemocný může být zmatený při pohledu na sebe. Chybně chápány mohou být také lesklé podlahy, jež můžou působit jako mokré či deformovat vnímání hloubky a vzdálenosti.¹⁵⁶ Dalším problémem může být hlučné prostředí. Pokud je během rozhovoru zapnutá televize

¹⁵⁴ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 141 – 144.

¹⁵⁵ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 144- 145.

¹⁵⁶ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 145.

či je puštěná hlasitá hudba, může nemocný reagovat podrážděně. Pokud bývá často zlostný a agresivní, je třeba zvážit, zda okolní prostředí není příliš hlučné či skupina osob kolem něj příliš velká.¹⁵⁷

Reakcí na neuspokojenou potřebu jistoty a bezpečí může být agresivní chování, agitovanost, izolace, deprese, podezřavost, neklidné přecházení (viz kapitola 3.2.5) a velmi často závislostní chování. Tyto důsledky se následně pokusím stručně charakterizovat.

Agresivní chování bývá nejčastěji projevem úzkosti a obranného jednání v situaci, které senior nerozumí. Slovní agresivita se většinou vyskytuje u žen. U mužů je častější fyzické napadání.¹⁵⁸

Agitovanost se projevuje jako neklid nemocného. Nejčastěji bývá reakcí na novou situaci, zejména na změnu bydliště (ústavní péče). Neznámé prostředí způsobuje dezorientaci a tím i snižuje pocit jistoty. Pro zklidnění pacienta se doporučuje učinit prostředí, kde pacient s demencí žije, přehlednější a především určit pravidelný řád (seniorovi dodává jistotu, protože ví, co bude následovat). Při neúspěchu těchto opatření je třeba přistoupit k medikaci.¹⁵⁹

Izolace může být východiskem pro seniora s demencí, který nerozumí všemu, co se děje v sociální rovině. Chtěl by si s ostatními povídat, ale neví, jak navázat kontakt. Raději tedy sedí a dívá se do prázdna. Zmatené prostředí může způsobit, že se raději stáhne do ústraní.¹⁶⁰

Deprese je definována jako syndrom smutku, skleslosti, bezzájemnosti, s celkovým útlumem aktivity.¹⁶¹ Bývá také nazývána jako onemocnění duše i těla.¹⁶² Toto onemocnění je zároveň příznak celého prvního stádia demence, který je doprovázen úzkostnými náladami. Člověk si uvědomuje, že už některé situace není schopen zvládat. Depresi lze zmírnit muzikoterapií a reminiscencí (podrobněji viz

¹⁵⁷ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 71, 74 – 75.

¹⁵⁸ Srov. PIDRMAN, V., *Demence*, Praha 2007, Grada Publishing, s. 81- 82.

¹⁵⁹ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 83- 85.

¹⁶⁰ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 69.

¹⁶¹ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Lidské emoce*, Praha 2000, Academia, s. 244.

¹⁶² Srov. ANDRES, M., *Deprese*, Praha 2001, Jan Vašut, s. 3.

níže), vhodnými aktivitami ve volném čase, vytvořením pravidelného režimu, účastí ve společnosti.¹⁶³

Podezíravost jde ruku v ruce s agresivitou. Agresivní člověk s demencí dává najevo zlost, za to, co se mu děje. Podezíravý přidává navíc obvinění, že za tuto situaci může např. pečovatel. Pro lepší pochopení podezíravosti u seniorů uvádím dva příklady. Senior v počátečním stádiu demence ví, že dělá chyby, což vyvolává pocity nejistoty, úzkosti a paniky. Klade si často otázky – co můžu svému blízkému v tomto stavu nabídnout? Určitě mě opustí. Následně svou manželku obviní z toho, že je mu nevěrná, když si povídá se sousedem. Druhým příkladem může být senior, který vždy překypoval sebevědomím. Všechny úspěchy připisoval pokaždé jen svému vlastnímu úsilí. Vlivem demence se mu již však nedaří tak, jako dřív. Peněženku, kterou stále míval ve nitřní kapse, nemůže najít. Ani na sekundu si nepomyslí, že by ji mohl dát jinam. Spíše ho napadne, že to udělal někdo jiný.¹⁶⁴

Závislé chování se objevuje zejména jako reakce na nové prostředí (ústavní zařízení). Člověk má pocit osamocení a tím, že se upne na nějakou osobu, dává najevo svou potřebu kontaktu. Je to také výraz nejistoty a hledání ujištění a pomoci.¹⁶⁵

Z příznaků neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí plyne, že nejvhodnější péče je v domácím prostředí, kde se senior v počátečním stádiu demence orientuje, a díky tomu se cítí bezpečně. V domě, kde starý člověk s demencí žije, je tedy nutné prostředí příliš neupravovat. Spíše je vhodnější místo bydliště vybavit příjemnými předměty, které představují „staré“ klidné časy. Cílem je zachování orientace, která vede k uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Pomoci může validační terapie a orientace realitou.¹⁶⁶ Tuto potřebu může též podpořit správně zvolená komunikace pečujícího.¹⁶⁷

¹⁶³ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 25, 73.

¹⁶⁴ BUIJSSEN, H., *Demence*. Praha 2006, Portál, s. 83.

¹⁶⁵ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, Praha 2007, Grada Publishing, s. 42.

¹⁶⁶ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 145 – 146.

¹⁶⁷ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 64, 68.

2.3.1 Validáčn terapie¹⁶⁸

Validační terapie je soubor přístupů vycházejících z filozofie, který se domnívá, že každé chování člověka s demencí má nějakou příčinu v souvislosti se vzpomínkami na minulost.¹⁶⁹ Cílovou skupinou validace jsou tedy velmi staří lidé, nedostatečně orientovaní a dezorientovaní v důsledku různých forem demence.¹⁷⁰ Zakladatelkou je americká sociální pracovnice Feilová, která říká, že dezorientovaní senioři se musí smířit se životem, aby mohli v klidu zemřít. Pečovatel musí brát na vědomí příčiny chování seniora a tím jim dávat smysl. Cílem validace je brát pacienta takového jaký je – s jeho pocity i vlastním světem. V žádném případě jeho myšlenky nevyvracet. Senior tak získává důvěru a jistotu, což vede ke snížení stresu.¹⁷¹

Jednou z metod validace je **reminiscence**, což je pojem označující práci se vzpomínkami. Bylo prokázáno, že tato terapie zlepšuje psychický, funkční a zdravotní stav seniorů.¹⁷² Technika se využívá jen tehdy, má-li senior ještě zachované kognitivní funkce a uvědomuje si alespoň některé události z minulosti. Pomůckou pro reminiscenci jsou rodinné fotografie či vzpomínkové krabice, kde jsou uloženy předměty, ke kterým měl nemocný v minulosti nějaký vztah. Často se stává, že i nějaký zvuk (zvonění telefonu) vyvolá vzpomínku. Pečovatel by měl sledovat, jak nemocný na tento podnět reaguje, zda např. seniorovy pohyby nepřipomínají zvednutí sluchátka.¹⁷³

2.3.2 Orientace realitou

„Orientace realitou je jedním z nejstarších přístupů k pacientům s demencí, avšak je třeba říci, že v současné době používáme jen některé prvky orientace realitou, nikoliv celkový přístup jako takový. Orientace realitou vznikla z původní reakce pečujících na stav, kdy je člověk s demencí dezorientován, a z poněkud mylné domněnky, že nejlepší cestou je nabízet člověku s demencí řešení, pomůcky a upomínky k tomu,

¹⁶⁸ Tato kapitola je zkrácenou verzí druhé kapitoly absolventské práce ČÍŽOVÁ, M., 2010, *Pěče o seniory v rozvinutém stádiu demence*, [Práce odevzdan na CARITAS, VOŠ v dubnu 2010].

¹⁶⁹ Srov. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 114.

¹⁷⁰ Srov. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O., *Autonomie ve stří a strategie jejího zachování*, Ostrava 2004, Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, s. 244-246.

¹⁷¹ Srov. RHEINVALDOVÁ, E., *Novodob péče o seniory*, Praha 1999, Grada Publishing, s. 42.

¹⁷² Srov. MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha 2005, Portál, s. 188.

¹⁷³ Srov. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 114.

aby se mu usnadnila orientace. Další zkušenosti ukázaly, že tento předpoklad byl do značné míry mylný.¹⁷⁴

U některých seniorů totiž může zhoršovat behaviorální a psychologické příznaky, provokovat agresivitu, agitovanost a úzkost, zejména v případech, kdy je necitlivě aplikována.¹⁷⁵ Seniori s demencí (i v počátečním stádiu) si mnohdy interpretují realitu jiným způsobem. Často mají představu, že jejich blízcí ještě žijí a očekávají je. Pokud jim sdělíme, jak tomu doopravdy je, ještě více se rozteskní, ale záhy na naše vysvětlení zapomenou a přetrvává jen pocit smutku. V takovém případě je lepší využít metodu validace, která myšlenky nevyvrací, ale pracuje s nimi¹⁷⁶ (viz výše).

Pro zlepšení seniorovy orientace může tedy pečovatel využít dobře čitelné kalendáře s označením aktuálního data,¹⁷⁷ nástěnky s tématem aktuálního ročního období (v ústavním zařízení nástěnky se jménem, jehož nositelé mají daný den svátek).¹⁷⁸ Technika by se měla začít používat už ráno při vstávání, kdy pečovatel informuje seniora s demencí, že už je ráno, kolik je hodin, kde se nacházejí a co se právě bude dít. S množstvím zpráv by to však neměl nepřehánět, aby ho zbytečně nezahltil. Důležitou součástí orientace realitou je také oslovení pacienta správným způsobem, což znamená – paní, pane a příjmení. V zásadě však vždy platí, že respektujeme oslovení, jaké si starý člověk přeje (v případě rodinného příslušníka většinou oslovujeme, jak jsme byli zvyklí dříve). Oslovení je neopomenutelný nástroj k podpoře seniorovy sebedůvěry a důstojnosti.¹⁷⁹ Způsob komunikace je zde velmi důležitý, proto se mu budu následně věnovat.

2.3.3 Komunikace

Komunikaci lze definovat jako aktivní vědomý proces dorozumívání, sdělování informací, myšlenek, emocí a postojů. Komunikace může být vyjádřena verbálně

¹⁷⁴ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol., *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*, Praha 2009, Grada Publishing, s. 95.

¹⁷⁵ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 174.

¹⁷⁶ Srov. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol., *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*, Praha 2009, Grada Publishing, s. 95 – 96.

¹⁷⁷ Srov. PIDRMAN, V., *Demence*, Praha 2007, Grada Publishing, s. 153.

¹⁷⁸ Srov. *Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené* [online]. Poslední revize červen 2005 [cit. 28. 3. 2010]. Dostupný na WWW: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1762

¹⁷⁹ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 175.

(slovy) nebo neverbálně (pohled, dotek apod.).¹⁸⁰ Potřeba dorozumívat se je typická pro všechny živé tvory. Pichaud a Thareauová k tomu dodávají: „Každý člověk potřebuje mluvit, potřebuje, aby ho někdo slyšel a poslouchal, aby měl pocit sounáležitosti s ostatními lidmi, a mohl tak existovat.“¹⁸¹ Kvůli demenci však vznikají v komunikaci překážky (senior v první fázi demence není například schopen porozumět signálům, kterými mu ostatní dávají najevo, že s ním chtějí navázat kontakt). Čím více jich je přítomno, tím více člověk trpící demencí potřebuje vědět, že je přijímán, milován, že je tu někdo, s kým se může cítit jistě a v bezpečí. Vztah se však formuje jedině skrze komunikaci.¹⁸² To je důvod, proč ji zařazují pod potřebu jistoty a bezpečí, i přesto, že komunikace je podpůrný prostředek pro naplnění i jiných potřeb.

Nejdříve je poškozena verbální složka komunikace, což může způsobit, že se senior v počátečním stádiu demence stává osamocen a izolován, přestože je obklopen lidmi.¹⁸³ V první fázi demence totiž nedokáže starý člověk mluvit o nedávných událostech a často má potíže najít vhodná slova. V jakémkoli rozhovoru se bude stále více uchýlovat ke slovům, která podobně zní, nebo bude užívat ukazovací zájmena.¹⁸⁴ Často se tedy posluchačům některé informace jeví jako nesrozumitelné, když například slovo „les“ zamění za „ples“ nebo mluví o „tentononc“. Pokud chce senior vyjádřit svoji myšlenku, používá také velmi rozsáhlé popisy. V počátečním stádiu se nám jeho projev může zdát grandiózní, neboť osoba vypadá nadmiru vzdělaně. Později však zjistíme, že jen není schopna mluvit k věci. Dalším příznakem poruchy jazyka jsou také problémy se správnou smysluplnou skladbou věty.¹⁸⁵ Mnohdy tyto poruchy svádí k tomu, aby si ostatní mysleli, že pokud se senior špatně vyjadřuje, špatně také rozumí.¹⁸⁶ Což není vždy pravda a v žádném případě to neznamena užívat

¹⁸⁰ Srov. KOBĚRSKÁ, P., *Společnou cestou: Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*, Praha 2003, Portál, s. 10.

¹⁸¹ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 82.

¹⁸² Srov. KOBĚRSKÁ, P., *Společnou cestou: Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*, Praha 2003, Portál, s. 10.

¹⁸³ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 68.

¹⁸⁴ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 60.

¹⁸⁵ ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 28, 133.

¹⁸⁶ Srov. KOBĚRSKÁ, P., *Společnou cestou: Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*, Praha 2003, Portál, s. 22.

způsob komunikace hodící se spíše k dětem.¹⁸⁷ Vhodnější je se držet následujících pravidel.

Nejprve nemocného oslovíme jménem, což opakovaně děláme i v průběhu hovoru. Snažíme se ho opatrně vrátit do reality tím, že mu sdělujeme jisté skutečnosti (dnes je čtvrtek apod.). Využíváme tedy terapii orientace realitou.¹⁸⁸ Při mluvě se vyhýbáme odborným výrazům, frázím, ale ironickým narážkám. Pokud používáme přímá pojmenování, nevyužíváme zájmena a pokud to je možné, tak předměty, o nichž hovoříme, ukazujeme. Samozřejmě, že senior nemusí vždy pochopit naši myšlenku. V tom případě použijeme jinou formulaci a neopakujeme stejné výrazy.¹⁸⁹ Po jednotlivých sděleních je nutné dát seniorovi dostatek času na odpověď. Důležité je omezit hluky z okolí (zavřít okno apod.), aby seniora zbytečně nerozrušovaly. Hlavní zásadou při komunikaci s osobami s demencí je nepoučovat, nevyvracet a nekritizovat.¹⁹⁰ Návštěvy je tedy třeba dopředu upozornit na přicházející změny v komunikaci a doporučit jim dodržování potřebných zásad.¹⁹¹

Osoby s demencí jsou velmi citlivé na **neverbální signály**.¹⁹² Především vnímají naši náladu, která se projevuje zejména v našem hlasu. Raději mluvíme nižším klidným tónem, jelikož vyšší by mohl pacienta dráždit.¹⁹³ Člověk s demencí si často hlasitý projev vysvětluje jako hněv a jeho reakcí může být také hněv, smutek nebo úzkost.¹⁹⁴ Neopomenutelnou součástí rozhovoru by měl být dotyk. Pečovatel si musí uvědomit, že láskyplné gesto uklidňuje a zmírňuje agresivitu. Pohledem jeho význam ještě zvýrazníme. Navázat s někým vztah znamená nejprve si vyměnit pohled, kterým můžeme dát najevo emoce a vyjádřit, že nám senior není lhostejný.¹⁹⁵ Obecné pravidlo při jednání s lidmi s demencí je, co nejvíce udržovat kontakt očima co nejméně

¹⁸⁷ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 40.

¹⁸⁸ Srov. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ I., *Motivační prvky při práci se seniory*, Havlíčkův Brod 2006, Grada Publishing, s. 113.

¹⁸⁹ Srov. HERMANOVÁ, M., HERMAN, J., PROKOP, J., ROZPRÝMOVÁ, H., *Aktuální kapitoly z péče o seniory*, Brno 2008, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 14.

¹⁹⁰ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 70-71, 184.

¹⁹¹ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 69.

¹⁹² Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, Praha 2002, Portál, s. 116.

¹⁹³ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 70.

¹⁹⁴ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 65.

¹⁹⁵ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 96 – 97.

se k němu stavět zády. Pokud druhý člověk zůstane v zorném poli, senior reaguje pružněji. Některé geronty navíc může rozrušit, když na ně promluvíme a oni nás nevidí. Protože nedokážou vnímat situaci okamžitě, pociťují úzkost.¹⁹⁶ V neposlední řadě je vhodné při komunikaci s osobou trpící demencí používat gesta, která by měla doprovázet jasné, jednoznačné instrukce.¹⁹⁷

Pro zdokonalení péče o seniory, kteří mají potíže s komunikací, doporučuje významný pedagog Matoušek tzv. **videotrénink interakcí**. „Běžná interakce pečovatele (zdravotní sestry, lékaře, sociálního pracovníka, rodinného příslušníka) s pacientem/klientem je zde snímána kamerou. I velmi krátký videozáznam pak umožňuje detailní analýzu komunikace a hledání možností, posilování a rozvoj pozitivních komunikačních dovedností, hledání cest k řešení problematických situací, k navázání účinného kontaktu a k lepší spolupráci s klientem. Podpoří pocit zvládnutí na straně pracovníka a prostřednictvím kvalitnější péče i pocit kontroly a identity na straně klienta/pacienta.“¹⁹⁸

Komunikaci může podpořit **bazální stimulaci**, která má jisté principy. Na pacienta je pohlíženo jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií, s určitými schopnostmi a individualitou. Cílem bazální stimulace je podpořit a umožnit seniorovi vnímat okolní svět. Tímto způsobem se podporuje jeho vlastní identita a navázání komunikace s okolím. Bazální stimulace pomáhá ke zvládnutí orientace v prostoru a čase a k celkovému zlepšení všech funkcí organismu.¹⁹⁹ Tato metoda se snaží kompenzovat nedostatek vlastních vjemů. Užívá k tomu techniky somatické, vestibulární, vibrační, orální a taktilně haptické, dále optické, poslechové a čichové stimulace.²⁰⁰ Tato terapie je spíše vhodná ve druhém a třetím stádiu demence.²⁰¹

¹⁹⁶ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 66.

¹⁹⁷ Srov. KOBĚRSKÁ, P., *Společnou cestou: Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*, Praha 2003, Portál, s. 33.

¹⁹⁸ MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha 2005, Portál, s. 187 – 188.

¹⁹⁹ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 250 – 251.

²⁰⁰ Srov. *Co je bazální stimulace* [online]. Poslední revize neuvědlena [cit. 15. 3. 2010]. Dostupný na WWW: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php

²⁰¹ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 250.

2.4 Potřeba lásky a sounáležitosti

Tato potřeba také bývá označována za afiliační, neboť se projevuje v potřebě někam či někomu náležet, patřit k nějaké skupině,²⁰² ať už jde o rodinu, skupinu přátel, či klub. Problémy nastávají, když se starý člověk přestěhuje do jiného města, ale také tehdy, když už není možné (např. ze zdravotních důvodů) zúčastňovat se setkávání vrstevníků nebo navštěvovat přátele či rodinu. Pocit, že člověk už nepřísluší k žádné skupině, je zvláště bolestný a je obtížné se s ním vyrovnat.²⁰³ Potřeba lásky vyjadřuje potřebu milovat a být milován a potřebu náklonnosti. Vystupuje do popředí zejména u seniorů, kteří jsou osamoceni.²⁰⁴

Pocit sounáležitosti

Pocit sounáležitosti mohou senioři s demencí naplňovat nejen v rodině, ale také například v klubu pro seniory²⁰⁵ nebo také v zařízení, kde vznikají **skupiny**. Skupinové práci s osobami s demencí však zatím nebylo věnováno mnoho pozornosti. Snad je to dáno tím, že potřeby každého takového nemocného jsou velmi speciální a skupinová práce s nimi může být velmi náročná. Přesto je však potřebná. Senior s demencí, obzvláště na jejím počátku, mívá často pocity osamocení. Společný pozitivní zážitek je pro něj nadmíru cenný. Senior se stává součástí skupiny a tím se naplňuje potřeba sounáležitosti. Jako člen společenství získává moc, kontrolu a možnost něco změnit. Ve skupině sobě rovných nachází senior spojence a sám sebe. Každý jednatel dostává od společenství zpětnou vazbu, která může vyjadřovat přijetí či odmítnutí. Ráda bych zde zdůraznila, že pro seniory s demencí jsou vhodnější skupiny stejně nemocných, jelikož zpětná vazba, kterou dostávají od náhodně vzniklé skupiny, bývá často negativní.²⁰⁶

Obyvatelé domova pro seniory (ale i např. léčebny pro dlouhodobě nemocné, denní péče) se většinou scházejí kvůli nějaké činnosti a rozvíjejí se na základě společného zájmu. Shromažďují se, aby si vyměnili informace a řešili společné problémy. Jakýkoliv skupinový cíl (ruční práce, zájem o umění) navozuje pocity

²⁰² Srov. LINHART, J. PETRUSEK, M., *Velký sociologický slovník*, Praha 1996, Karolinum, s. 817.

²⁰³ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 39.

²⁰⁴ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 14.

²⁰⁵ Srov. MARTINEK, M. a kol., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, Jabok 2008, s. 95.

²⁰⁶ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 168.

spoluúčasti. Skupina, v níž by se senior s demencí cítil dobře, je taková, která mu umožní, aby v ní byl a účastnil se pouze toho, na co se sám cítí. Skupina, která nejlépe funguje tímto způsobem, je společenství přátel, neboť v ní není předem stanoven nějaký program. Ten by neměl být nikdy nucen žádným vedoucím. Protože účastníci trpí poruchou vzhledu a paměti, musí se jim sdělit (a často opakovat), že jsou zde proto, aby byli ve společnosti přátel. Pokaždé, když se sejdou, znovu se navzájem představí. Pocit sounáležitosti ve skupině se u každého projevuje individuálně – někdy dříve, někdy později. Každopádně se neobjeví ihned, jakmile se skupina poprvé sejde. Podstatná je zde role vedoucího – většinou někoho z personálu. Ovlivňuje vývoj celé skupiny a umožňuje komunikaci mezi členy. Působí také jako model správného společenského chování. V žádném případě na seniory nespěchá, musí jim poskytnout dostatek času na získání jistoty. Přesto, že skupina vždy začíná svoji činnost bez předem daného řádu, výsledky bývají zřetelně pozitivní. Členové se postupem času projevují spontánně, mohou zkusit staré dovednosti.²⁰⁷

Pocit sounáležitosti se může naplnit i u společného stravování s rodinou, nebo ostatními seniory v nějakém zařízení. Společné jídlo je výrazem přátelství, soudržnosti i dobrého společenství. Stůl pro mnoho lidí znamená mnohem více než jen místo, kde přijímá jídlo. V případě zařízení je velmi významný přístup personálu. Měl by se snažit, aby senioři nejedli sami na pokojích, ale v jídelně, kde by pospolu měli sedět ti, kteří mají stejný handicap. Každé zařízení se však rozhoduje jinak. Především záleží na skupině pracovníků, jaký zasedací pořádek určí. Nutno si uvědomit, že pro některé staré lidi znamená stravování spíše dřinu než potěšení. Seniorům, kteří žijí doma sami, často připomíná doba jídla jejich samotu.²⁰⁸

Ve skupině je možno rovněž provádět různé aktivity, jako je **společný zpěv** nebo **poslech hudby**. Snad od nepaměti jsou hudba a rytmus používány jako léčebné prostředky, které zvyšují citlivost vnímání člověka. Ten se díky zpěvu a hudbě stává více společenským, snáze pociťuje pocit sounáležitosti se skupinou.²⁰⁹ „Muzikoterapie využívá jako léčebného faktoru hudbu, a to jak jejího poslechu, tak i aktivního provozování. Podněcuje tvořivý proces směrem k jednotě fyzických, emocionálních, rozumových a duchovních sil v člověku ve sféře nezávislosti, svobody ke změně,

²⁰⁷ Srov. ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 168 – 171.

²⁰⁸ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 100- 103.

²⁰⁹ Srov. ŠIMANOVSKÝ, Z., *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*, Praha 1998, Portál, s. 17.

adaptability, vyrovnanosti a osobností integrace.²¹⁰ Využívá se i k uspokojení jiných potřeb, např. některé biologické potřeby (potřeba pohybu – tanec), potřeba komunikovat (zpěv procvičuje řeč a rozvíjí sluchové schopnosti),²¹¹ emocionálních a kognitivních, sociálních (láska, sounáležitost) nebo spirituálních.²¹² Hudba léčí, říká nám všeobecně známé rčení. Zejména u seniorů v počátečním stádiu napomáhá k psychické pohodě, umožňuje posílit jeho sebevědomí a zmírnit úzkost, neboť právě texty písní a melodie zůstávají v jeho paměti nejdéle. Z tohoto důvodu je vhodné volit známé lidové písně, prvorepublikové, filmové hity atd. Správně zvolená hudba (k poslechu, ke zpěvu či pohybu) je velmi důležitá. Vhodná je skupinová muzikoterapie, neboť stupňuje pocit sounáležitosti.²¹³

Potřeba lásky

Podle profesora Nakonečného je láska vnímána dvěma způsoby. Láska jako vztah je předmětem sociální psychologie, láska jako cit je předmětem psychologie emocí. Láska jako cit i jako vztah je velmi diferencovaný jev. Hovoří se o lásce erotické, rodičovské, charitativní – o lásce k člověku, k národu, ke zvířatům apod.²¹⁴

Potřeba lásky velmi úzce souvisí z výše popisovanou potřebou sounáležitosti. Vzhledem k současným převládajícím postojům naší společnosti ke stáří a demenci, je důležité stále připomínat, že člověk s demencí má stále schopnost sebereflexe a potřebu být užitečným členem skupiny.²¹⁵ Je velmi významné, aby s člověkem druzí nebo alespoň jeden člověk počítal, protože podstatou života, je být zde pro někoho.²¹⁶ Neopomenutelný je tady také vztah pečovatele a seniora s demencí. Přístup pečujícího by měl vždy být laskavý, tolerantní a především by měl podporovat seniora na počátku demence, aby v rámci svých možností mohl pokračovat v produktivním

²¹⁰ VYMĚTAL, J. a kol., *Speciální psychoterapie*, Praha 2007, Grada Publishing, s. 284.

²¹¹ Srov. *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus* [online]. Poslední revize 2007 [cit. 20. 3. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.muzikoterapie.cz/?p=obsah/clanky/zvuk-a-hudba-jako-prostredok-muzikoterapeutickeho-pusobeni-na-lidsky-organizmus>

²¹² Srov. KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol., *Základy muzikoterapie*, Praha 2009, Grada Publishing, s. 26.

²¹³ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 227 – 228.

²¹⁴ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, Praha 1995, Academia, s. 311.

²¹⁵ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 40.

²¹⁶ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVA, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 39.

životě.²¹⁷ Základem je přijmout osobnost seniora se všemi lidskými aspekty, i když ji demence v mnohém změnila. To je předpokladem toho, že se nemocný člověk musí cítit dobře, je rád viděn a vítán. Zájem pečovatele o něj musí být opravdový. Někdy postačí jen úsměv a pacient se cítí příznivě a dobře.²¹⁸ Potřeba lásky se naplňuje jedinečně ve vztahu. Proto by měl pečovatel seniora podporovat v udržování kontaktů s přáteli. To, že starý člověk jich má mnohdy méně než dříve, neznamená, že u něj neexistují sociální vztahy. Podstatná je jejich kvalita, nikoli kvantita.²¹⁹

Potřeba lásky se naplňuje také správnou komunikací, zejména jejím neverbálním prvkem, kterým je **dotek**. Někdy je dokonce hmat jediným možným prostředkem komunikace. Například při zhoršení sluchu a zraku. Dotek má nesmírný význam. Člověk jím dává druhému najevo svou blízkost, která ho může uklidnit a ubezpečit. Komunikace dotykem je také projevem lásky. Nejen staří lidé potřebují, aby je někdo pohladil a objal.²²⁰

Přesto senioři bývají velmi často osamoceni. Způsobem, jak uspokojit potřebu dotyku a lásky může být **zooterapie**. „Terapie obecně je souborem opatření, které slouží k příznivému ovlivnění stavu klienta. Základem pro zooterapie v geriatrických zařízeních se stal poznatek, že nejspolehlivějším a často jediným přítelem člověka v osamění a v nemoci je zvíře.“²²¹ Zooterapie (lze se setkat také s názvem animoterapie) je tedy terapie pomocí a částečně i prostřednictvím jakýchkoli druhů zvířat. Vždy ale musí jít o vybraná a pro určitý typ nemoci vhodná zvířata. V poslední době dochází k rozvoji canisterapie, která k terapii využívá speciálně vybrané a vycvičené psy.²²²

Canisterapie poskytuje příležitosti k setkávání seniorů s demencí a prostřednictvím psa dochází ke sblížení ve skupině. Už jen pouhá přítomnost psa napomáhá navazovat konverzaci a získat tak nová přátelství. Základním předpokladem úspěšné terapie je navázání dobrého terapeutického vztahu. Pečovatel mnohdy může mít potíže se získáním seniorovy důvěry nebo ho motivovat. Pes nemá žádné problémy

²¹⁷ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 41.

²¹⁸ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 64.

²¹⁹ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 77.

²²⁰ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 88.

²²¹ VELEMLÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice 2007, Dona, s. 135.

²²² Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Praha 2006, Grada Publishing, s. 143.

s jejím získáním. Je to dáno tím, že se zvíře chová přirozeně, na nic si nehraje, nic nepředstírá a je snáze čitelné. Canisterapie potlačuje negativní emoce, což se projevuje zejména na výrazu obličeje seniorů a jejich snaze o komunikaci. Tato forma terapie zcela nenásilnou formou motivuje seniora s demencí chodit na procházky (vodí psa na vodítku), nutí ho více se verbálně vyjadřovat (povely psovi) a trénuje jeho paměť (plemeno psa, krmení atd.). Senioři si psa mohou hladit, čímž uspokojují potřebu dotyku a procvičují jemnou motoriku. Při hlazení se dostavuje prožitek slasti v zanedbávané hmatové stimulaci, tedy možnost pomazlit se a vzájemně se přitulit. Seniorům se díky této terapii zlepšuje úchopová funkce ruky (nasazování vodítka, házení míčku psovi apod.). Canisterapie má tedy u seniorů s demencí velký význam. Přispívá k trénování kognitivních funkcí (pozornost, paměť, vizuální vnímání), vzbuzuje zájem, dodává pocit úspěchu, vede k procvičování jemné motoriky, navozuje příjemné emoce a významně ovlivňuje kvalitu života seniora v počátečním stádiu demence.²²³

Do zařízení může tedy chodit v domluvený čas terapeut s canisterapeutickým psem. Není však výjimkou, že do zařízení může být zvíře přivedeno spolu s návštěvou příbuzných či známých. Díky společnosti zvířat mohou být vzájemné vazby posíleny. Některé organizace dokonce chovají některá zvířátka (rybičky, kočky – felinoterapie, fretky apod.). Přítomnost zvířat zmírňuje potíže s adaptačním stresem u nově příchozích seniorů. Zvíře může samozřejmě chovat i sám senior v domácnosti, pokud mu pečující občas připomene krmení apod.²²⁴

2.5 Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty

Maslow říká, že tyto potřeby se propojují. „Jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny, vystupuje v situacích ztráty

²²³ Srov. VELEMLÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice 2007, Dona, s. 137 – 140.

²²⁴ Srov. NARANDŽIČ, Z., *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit: Praktický průvodce pro veřejnost, pedagogiky i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*, Praha 2006, Albatros, s. 21 – 22, 64, 130.

respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.²²⁵

2.5.1 Potřeba sebeúcty

Člověk v počátečním stádiu demence si je vědom úpadku některých svých schopností. Aby mohl naplnit potřebu sebeúcty, snaží se vykonávat činnosti, které byly dříve samozřejmostí. Ne všechno se mu však daří, jak je zmíněno výše. Proto může propadat depresi. Pečující by ho tedy měl vystavovat jen takovým činnostem, které zvládne. Základním pravidlem tedy je umožnit člověku, kterému je pomáháno, aby si co nejvíce věcí udělal sám, to znamená, aby neztratil autonomii.²²⁶

Pojem **autonomie** znamená být nezávislý, samostatný v rozhodování, ale i v konání činností. Obecně lze autonomii rozdělit do tří oblastí. První je **oblast zdravotního stavu** (míra závislosti na lékařské a ošetrovatelské péči) a schopnost pohybu. Ke druhé oblasti se řadí **schopnost sebeobsluhy a soběstačnosti** (osobní hygiena, výživa, vaření, praní, úklid, domácí práce, údržba bytu apod.). Třetí je **oblast psychická**, která v rámci autonomie hraje nejvýznamnější roli. Zahrnuje schopnost samostatného/nesamostatného rozhodování, organizaci a náplň vlastního času (určitá struktura/chaos), schopnost či neschopnost vnímání a udržování sociálních kontaktů, orientace a reálného náhledu na sebe i své možnosti. Ke ztrátě autonomie může dojít dobrovolně či nedobrovolně. U seniorů s demencí dochází v důsledku nemoci k postupnému nedobrovolnému úbytku autonomie. V počátečním stádiu se jedná zejména o oblast psychickou. Senior má potíže s rozhodováním, ztrácí se na neznámých místech atd.²²⁷

To, jak se nemocný vnímá, ovlivňuje zejména pečovatel. Seniorovi může zvýšit sebehodnocení (a naplnit potřebu uznání) pochvalou a tím, že mu poskytne podmínky k co nejdelšímu zachování autonomie, což ovlivňuje i způsob komunikace. Sebehodnocení může seniorovi také zvýšit **arteterapie**. „Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním včetně hudby, poezie a prózy, tance a výtvarného umění,

²²⁵ TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 14.

²²⁶ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha 1998, Portál, s. 42.

²²⁷ Srov. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O., *Autonomie ve stáří a strategie jejího zachování*, Ostrava 2004, Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, s. 46 – 48.

v užším smyslu slova pak léčbu výtvarným umění. Představuje soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života.²²⁸

V zařízeních ale i domácnostech je dobré čas od času pořádat oslavy všeho druhu. Seniorům takové akce dávají určitou životní náplň a zabraňují ztrátě motivace pečovat o sebe. Slaví-li se něčí narozeniny, mohou danému člověku zvýšit sebeúctu. Personál (či rodina) tak ukazuje, že si seniora váží a má před jejich věkem a zkušenostmi úctu.²²⁹ Dalším způsobem jak naplnit potřebu uznání a sebeúcty je tedy stálý kontakt se sociální skupinou. Senior v počátečním stádiu demence může být velmi společensky činný a zúčastňovat se společenských aktivit, které vyžadují upravený vzhled. Pečující by měl seniorovi s dodržováním této zásady dopomoci. Být dobře upravený totiž přispívá k udržení lidské důstojnosti a sebeúcty. A v neposlední řadě k dobrému pocitu pečovatele.²³⁰

Východiskem pro uspokojování (nejen) této potřeby je vztah pečujícího se seniorem. Osoby s demencí potřebují zejména sociální oporu, protože jsou si nejistí a často trpí sníženou sebedůvěrou. Je nutné ho podporovat v soběstačnosti, zaměřit se zejména na neverbální komunikaci (lidé s demencí reagují na náladu pečovatele) a pokusit se vytěžit z jeho dosavadních schopností co nejvíce.²³¹

2.5.2 Potřeba úcty ²³²

Každý potřebuje mít pocit, že ostatní k němu chovají úctu. Tato potřeba vyjadřuje touhu po respektu a důstojnosti. V rámci projektu Důstojnost a starší Evropané byl zpracován model zabývající se důstojností. Dělí ji na čtyři typy²³³, které v následujících odstavcích stručně popíšu.

²²⁸ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 214.

²²⁹ RHEINVALDOVÁ, E., *Novodobá péče o seniory*, Praha 1999, Grada Publishing, s. 55.

²³⁰ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 52 – 53.

²³¹ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 62 – 64.

²³² Tato kapitola je zkrácenou verzí druhé kapitoly absolventské práce ČÍŽOVÁ, M., 2010, *Péče o seniory v rozvinutém stádiu demence*, [Práce odevzdaná na CARITAS, VOŠ v dubnu 2010].

²³³ Srov. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*, Praha 2004, Cesta domů, s. 12.

Důstojnost zásluh je odrazem skutečnosti, že v mnoha zemích je přístup k člověku závislý na jeho ekonomickém a sociálním postavení. Senioři mohou být z odchodu do důchodu vyřazeni z ekonomického, ale i z širšího začlenění do společnosti, což mohou prožívat jako ztrátu důstojnosti.²³⁴

Důstojnost mravní síly souvisí s vnímáním mravních zásad člověka. Lidé, kteří v souladu s nimi dokážou žít, pocítují určitou důstojnost. Tento typ důstojnosti se vyskytuje u každého individuálně v různé míře – může být vysoký, nízký, nebo žádný. Senioři, jimž není poskytnuta péče na jisté úrovni, mohou mít pocit ztráty své důstojnosti.²³⁵

Důstojnost osobní identity je ve spojitosti se starými lidmi typ nejvýznamnější. Tuto důstojnost poškozují různé fyzické zásahy (poranění) a psychologické újmy, k nimž patří např. ponižování, bránění ve styku s jinými lidmi, nepřiměřené obnažování během intimních úkonů, nevhodné až hanlivé oslovování apod. Tyto újmy působí nemocnému úzkosti a vnímání sebe sama jako bezmocného v rukou druhých. Pokud je však důstojnost osobní identity přítomna, znamená to většinou pocit úplné lidské bytosti s uspokojením pocitu jistoty, bezpečí a lásky. Senior s těžkou demencí je zcela odkázán na pomoc druhých. V tomto případě je riziko ztráty tohoto typu důstojnosti největší.²³⁶

Německy označený typ důstojnosti Menschenwürde odkazuje na křesťanské pojetí lidského tvora, které říká, že člověk je stvořen k obrazu Božímu. Tento pohled vysvětluje mravní požadavek úcty vůči všem bytostem bez ohledu na jejich sociální, duševní či tělesný stav. Tvrdí, že důstojnost vyrůstá z celkového pojetí lidství. Dále je Menschenwürde vymezeno v souvislosti s třemi charakteristikami lidské bytosti. První popisuje člověka jako bytost, která v průběhu svého vývoje získala kontrolu nad tělesnými funkcemi. Ztráta této kontroly (např. inkontinence, neschopnost pohybu apod.) může vést ke snížení důstojnosti, pokud postiženému nepomůže druhá osoba snížit pocit zahanbení. Druhá charakteristika říká, že lidské bytí je postaveno na schopnosti rozumět sám sobě prostřednictvím vytváření smysluplných příběhů

²³⁴ Srov. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*, Praha 2004, Cesta domů, s. 12.

²³⁵ Srov. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*, Praha 2004, Cesta domů, s. 12.

²³⁶ Srov. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*, Praha 2004, Cesta domů, s. 13.

o vlastním životě. Stárnutí a s ním spojené nemoci mohou ohrozit schopnost tyto příběhy vytvářet a omezit tak seniorovu autonomii. Tyto hrozby ještě navíc umocňují tradiční předsudky o stáří ve většině evropských kultur. Třetí pojetí vidí lidskou bytost jako společenskou s potřebou respektu a sebeúcty. Respektují-li člověka druzí lidé, dávají mu tak důvod k sebeúctě. Pro seniory je velmi těžké udržet si sebeúctu, neboť bývají izolováni od vnější společnosti.²³⁷ Pro upřesnění pojetí důstojnosti u starého člověka přikládám do příloh obrázek znázorňující model důstojnosti (příloha č. 4).

V první fázi demence si senior plně nebo částečně uvědomuje svůj stav. Je si vědom toho, že zapomíná, že zrovna neví kde je, i když to před chvílí věděl. „Takový stav má na pacientovu sebeúctu katastrofický dopad. Uvažuje o tom, kam to ještě povede, jak bude jeho onemocnění pokračovat, dívá se kolem sebe a vidí, jak lidé se stejným onemocněním vypadají, jak se chovají. Přispívají k tomu také příbuzní, kteří pacientovi neustále svými otázkami a vyžadováním se odpovědí naznačují, že je zcela ‚mimo‘, a domnívají se, že naléháním povzbudí vybavování. Efekt je ale zcela opačný a vede k ponížení člověka. Tomu se tím ukazuje, že je hloupý, protože si nic nepamatuje.“ Pečující, ale i ostatní lidé, kteří se seniorem přijdou do styku, by se těchto komunikačních chyb měli vyvarovat. Zásady komunikace s člověkem trpícím demencí uvádím v podkapitole 2.2.3.

2.5.3 Ergoterapie

Potřebu úcty, ocenění a zejména potřebu užitečnosti může naplnit provádění pracovních činností. Vykonávání běžných věcí se souhrnně označuje jako ergoterapie. Česká asociace ergoterapeutů vydala v roce 2008 následující definici. „Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity.“²³⁸ Ergoterapie se odvolává na základní potřebu každého člověka, kterou je možnost provádět činnosti, jež chce nebo potřebuje vykonávat. Pokud se člověk nemůže zapojit do každodenních

²³⁷ Srov. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*, Praha 2004, Cesta domů, s. 13 -14.

²³⁸ JELÍNKOVÁ, J., *Ergoterapie*, Praha 2009, Portál, s. 13.

úkonů, může dojít ke zvýšení závislosti na okolí a tím pádem i ke zhoršení kvality života.²³⁹

Cíle ergoterapie jsou zaměřeny na udržení, rozvoj, podporu nebo kompenzaci ztráty dovedností v oblasti senzomotorické, kognitivní, psychické nebo sociální. Prostřednictvím zapojení do nějaké aktivity si senioři zachovávají své schopnosti a udržují pozitivní náladu. Je totiž přirozenou potřebou člověka přispívat do společnosti, cítit se oceňovaný a užitečný, zachovat si důstojnost a respekt.²⁴⁰ Ergoterapie u seniorů v počátečním stádiu demence znamená zejména posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem. Soběstačnost se vztahuje na všední denní činnosti, které lze rozdělit na činnosti základní - osobní hygiena, použití WC, oblékání, svlékání a sebenasyćení a činnosti instrumentální. To jsou činnosti, které není nutné provádět denně. Patří sem schopnost připravit jídlo, manipulace s klíči, telefonování atd. Na zjišťování zvládnutí všech těchto činností se používají různé testy. Nejpoužívanější je Barthelův test (viz příloha č. 6). Rodinný pečující či profesionální pracovník – v tomto případě ergoterapeut – provádí se seniorem činnosti dle zjištěného postižení. Například cílené praktické činnosti a postupy, které zvyšují svalovou sílu, koordinaci, rozsah pohybu kloubu apod. (ruční práce, sbírání nádobí, zalévání květin). Ergoterapeut dále navrhuje, jaké pomůcky jsou vhodné pro seniora s demencí, a poskytuje poradenství v oblasti úprav domácího prostředí.²⁴¹

2.6 Potřeby kognitivní

Potřeby kognitivní zahrnují potřebu získávání nových poznatků a potřebu rozumět.²⁴² Zejména u starých lidí vystupuje do popředí potřeba být informován o tom, co se děje v jeho městě, co dělají jeho blízcí, apod.²⁴³ Syndrom demence však postihuje zejména kognitivní funkce, ke kterým se řadí paměť, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnost učení a úsudek.²⁴⁴ Senior v počátečním stádiu stále pocítuje

²³⁹ Srov. JELÍNKOVÁ, J., *Ergoterapie*, Praha 2009, Portál, s. 14.

²⁴⁰ Srov. JELÍNKOVÁ, J., *Ergoterapie*, Praha 2009, Portál, s. 14 – 15.

²⁴¹ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 142 – 144.

²⁴² Srov. ZACHAROVÁ, E. HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*, Praha 2007, Grada Publishing, s. 130.

²⁴³ Srov. MARTINEK, M. a kol., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, Jabok 2008, s. 95.

²⁴⁴ Srov. HORT, J., JIRÁK, R., *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. stol. nebylo*, Praha, MediMedia, s. 7.

potřebu být informován, avšak poznávat a učit se novým věcem již nedokáže. Pozornost je spíše nutné soustředit na zachování stávajících funkcí.

Kromě ergoterapie, muzikoterapie a arteterapie, které blíže popisují v předchozích řádcích, se k zachování kognitivních schopností využívá také tzv. **kognitivní trénink**, který pomáhá zlepšit fungování jednotlivých úrovní kognitivních funkcí.²⁴⁵ U seniora v počátečním stádiu demence je také podstatné dodržování určitého režimu, což znamená, že trénování kognitivních funkcí bude vždy následovat například vždy po večeři (dobu je ale nutné stanovit spolu se seniorem, jelikož jedině on ví, kdy se cítí nejlépe). Kognitivní trénink zahrnuje každodenní posezení a shrnutí, co se daný den stalo, hlasité čtení různých časopisů, psaní (dopisů), nácvik konkrétních činností (nákup, oblékání), věnování se společenským aktivitám jako je pexeso apod., opakování si záchytných bodů, čímž si senior s demencí trénuje prostorovou orientaci. Díky těmto cvičením se prodlužuje samostatnost seniora s demencí a zvyšuje kvalita jeho života. K nedílné součásti kognitivního tréninku patří cvičení paměti.²⁴⁶

U seniorů v počátečním stádiu se spíše procvičuje krátkodobá paměť, jelikož dlouhodobá bývá zachována déle. Důležitou zásadou je volit jednotlivá cvičení tak, aby odpovídala možnostem pacientů, dařila se jim a zajímala je.²⁴⁷ Ke kognitivnímu tréninku lze využít různých pomůcek – křížovky, sudoku, vědomostní soutěže atd. Například Alzheimerovská společnost vydala pracovní karty určené pro trénování paměti seniorů s demencí. Pro názornou představu příkládám některé ukázky do příloh (č. 5).

Kognitivním tréninkem lze nazvat i komunikaci s ostatními lidmi. Senioři totiž rádi vzpomínají, čemuž se věnuje terapie zvaná reminiscence (viz kapitola 3.3.1). Staří lidé kladně reagují na otázky týkající se jejich dětství, školy, koníčků, manželství, oblíbených filmů, životních událostí (přátelství, svatba), jídel a receptů, rodinných vazeb a podobně. O těchto tématech velmi rádi hovoří, čímž si trénují paměť, myšlení a v neposlední řadě řeč. Zejména pečující, jelikož se seniorem tráví nejvíce času, by se měl naučit naslouchat a držet se zásady – nekritizovat a nehodnotit.²⁴⁸ U seniora

²⁴⁵ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 158.

²⁴⁶ Srov. PREIS, M., KUČEROVÁ, H. a kol., *Neuropsychologie v neurologii*, Praha 2006, Grada Publishing, s. 163 – 164.

²⁴⁷ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 161.

²⁴⁸ Srov. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ I., *Motivační prvky při práci se seniory*, Havlíčkův Brod 2006, Grada Publishing, s. 109, 111.

s demencí by zbytečné kárání mohlo vyvolat pocity méněcennosti a úzkosti, která by mohla přejít až v agresi.²⁴⁹

Kognitivní potřeby lze naplnit dostatečně podnětným prostředím, které využívá **senzorická stimulace**. Tento terapeutický přístup vychází z toho, že informace, které si člověk ukládá do paměti, je třeba nejprve zachytit smyslovými orgány. V mozku je pro každý smysl (zrak, sluch, čich, chuť, hmat) vyhrazena určitá oblast. V procesu stárnutí dochází ke snižování funkčnosti všech smyslových orgánů. Pokud jsou však stimulovány, regrese je pomalejší. Hmatová stimulace je vhodná zejména pro ženy v počátečním stádiu demence. Jedná se o ohmatávání kousků různých látek různých struktur buď za kontroly zraku, nebo se zavřenýma očima. Tuto aktivitu je možno spojit s reminiscenční terapií, neboť pacientky mohou debatovat o tom, co jim materiál připomíná, a by se z něj dalo vyrobit. Při čichové stimulaci rovněž převládají ženy. Jedná se o čichání k různým kořením s cílem poznat, o jaký druh se jde. Zraková stimulace se provádí za pomoci barevných kartiček či nakreslených různých geometrických tvarů. Senior v počátečním stádiu demence má za úkol hledat stejné barvy či tvary v místnosti, kde trénink probíhá.²⁵⁰

2.7 Estetické potřeby

Potřeby estetické vyjadřují touhu po objektech, které jsou estetické, což znamená nejen smyslové krásno dané určitými tvary, barvami, zvuky, pohyby, dotyky, ale také krásu umění či nějakého činu. Je velmi těžké říci, co tvoří obsah pocitu krásy, protože je to zážitek velmi specifického druhu, tvrdí profesor Nakonečný.²⁵¹

Naplnit estetické potřeby u seniora v počátečním stádiu demence může i prostředí, které dotváří určitou atmosféru (domácí nebo ústavní).²⁵² Prostředí by mělo usnadňovat orientaci seniora, tudíž by v něm nemělo docházet k razantním změnám. Avšak pomůcky sloužící k orientaci (označení, šipky) by měly respektovat zásady přiměřenosti a vkusu. V žádném případě by prostředí nemělo působit dětinským dojmem. Není ale důvod, proč by domov či pokoj v zařízení, neměl být vymalován či označen

²⁴⁹ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 76 – 77.

²⁵⁰ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 172 – 173.

²⁵¹ Srov. NAKONEČNÝ, M., *Lidské emoce*, Praha 2000, Academia, s. 298.

²⁵² Srov. KULKA, J., *Psychologie umění*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 373.

veselými barvami.²⁵³ „Světlo a barva jsou dva základní pojmy neoddělitelně spojené s naším životem, protože jsou pro nás na energii bohatými, životními impulsy, a tím i základem krásného, plného života v harmonii, zdraví a blaženosti.“²⁵⁴ Barvy, stejně jako světlo, mají velký vliv na duševní, ale i celkový zdravotní stav člověka, což je dokázáno výzkumy psychologických studií.²⁵⁵ V místnostech, kde se senior s demencí zdržuje, by proto mělo být dostatek oken a na stěnách příjemné odstíny barev. Stejně důležité jsou také procházky za denního světla, jak je uvedeno výše. Mnohdy se rodinní příslušníci či zařízení snaží s dobrým úmyslem vybavit prostředí vkusně a moderně, což ale pro seniory v počátečním stádiu demence může znamenat ztrátu pocitu jistoty a bezpečí, jelikož se zcela změní, na co byli zvyklí. Také na ně může působit chladně, nelaskavě a nepřehledně.²⁵⁶

Pokud byl senior zvyklý zúčastňovat se kulturních aktivit (a neztratil vlivem demence motivaci), může potřebu krásna uspokojovat prohlídkami muzeí, zámků, galerií či zajít do kina nebo zoo. V důsledku nemoci však senior nemůže tyto návštěvy vykonávat sám. Nejvhodnějším řešením by bylo, kdyby se senior domluvil se svým stejně starým avšak zdravým přítelem.²⁵⁷ Pečující by si mohl odpočinout a věnovat se vlastním koníčkům. Dostatek odpočinku se pozitivně odrazí na přístupu k nemocnému seniorovi. Blíže se potřebám pečovatele se budu věnovat později.

2.8 Potřeby spirituální

Tuto vyšší potřebu řadí Maslow k tzv. metapotřebám, které jsou ve srovnání se základními potřebami méně naléhavé. Vyjadřují potřebu přesáhnout sebe sama, hledání smyslu života směrem k duchovní sféře, která přesahuje smyslové a rozumové poznání. Je to touha po nejvyšším smyslu.²⁵⁸ Duchovní neboli spirituální potřeby jsou velmi těžké na odhad, protože není snadné je změřit a mnohdy se jim přikládá menší

²⁵³ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 178.

²⁵⁴ HULKE, W., *Magie barev: kniha o léčivé moci barev a jejich působení na lidské tělo, duši a ducha*, Praha 1996, Pragma, s. 11.

²⁵⁵ Srov. HULKE, W., *Magie barev: kniha o léčivé moci barev a jejich působení na lidské tělo, duši a ducha*, Praha 1996, Pragma, s. 37.

²⁵⁶ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 178.

²⁵⁷ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 52 – 53.

²⁵⁸ Srov. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 14 – 15.

význam, než ve skutečnosti mohou mít. Navíc spirituální potřeby seniorů, kteří stojí mimo náboženský systém církví, jsou v běžném kontaktu hůře zaznamenatelné, neboť se zpravidla neprojeví navenek. Náboženství je velmi často se spiritualitou spojováno.²⁵⁹ „Náboženství má spiritualitu jako své jádro. Ve spiritualitě jde o hledání něčeho, co nás přesahuje, spiritualita je hledáním posvátna. Nemusí se však vždy jednat o hledání Boha, ale i o otázky pravdy nebo smyslu života.“²⁶⁰

Potřeby spirituální vyvstávají zejména v období stáří a nemoci. Výsledky výzkumů ukazují, že existuje jasná vazba mezi zdravotním stavem starých lidí a účastí na náboženském životě. Nábožensky založení senioři vykazují nižší výskyt depresí, úzkostí či různých závislostí. Pečovatel by tedy měl respektovat holistický pohled na seniora s demencí, neboť i spirituální faktory mohou významným způsobem ovlivnit průběh onemocnění.²⁶¹ Kromě respektu je důležitá i podpora dodržování náboženských zvyklostí, což zahrnuje umožnění účasti na bohoslužbách, návštěvy kněze či přijímání různých svátostí.²⁶²

Může se stát, že nábožensky založený senior pečujícího požádá, aby si s ním promluvil o duchovních potřebách (časté sou dotazy týkající se smrti) nebo se s ním pomodlil. Pokud se jedná o někoho z personálu v nějakém zařízení, často se stává, že kvůli ostychu odmítnou. O vyjádření této potřeby by pracovník měl informovat kněze či rodinu. Řešením také může být pastorační pracovník. Tato profese je v Česku zatím málo obvyklá. Jedná se o pracovníka teologicky vzdělaného, orientujícího se v tradičních i netradičních náboženských směrech, s dostatečnými znalostmi psychologie, který poskytuje duchovní oporu. Týká-li se žádosti o modlitbu a duchovní rozhovor rodiny, je to většinou jednodušší. Blízcí příbuzní většinou spirituální potřeby svého nemocného seniora znají.²⁶³ Jedná-li se o **křesťanský zaměřenou rodinu**, společná modlitba většinou vypadá tak, že se Bohu svěří těžkosti spojené s nemocí seniora. Následky nemoci by se však neměly nějak přibarvovat, ale uvést, jak tomu ve skutečnosti je – tedy jak to vidí sám senior s demencí v počáteční

²⁵⁹ Srov. BURELOVÁ, M., *Duchovní potřeby seniorů*, Brno 2009, Diplomová práce. Masarykova univerzita – lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., s. 18.

²⁶⁰ BURELOVÁ, M., *Duchovní potřeby seniorů*, Brno 2009, Diplomová práce. Masarykova univerzita – lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., s. 22.

²⁶¹ Srov. Spirituální potřeby seniorské populace v ČR [online], Poslední revize neuvedena. [cit. 2. 4. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.hospice.cz/hospice1/data/spirit.htm>

²⁶² Srov. MARTINEK, M., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, Praha 2008, JABOK, s. 99.

²⁶³ Srov. <http://www.hospice.cz/hospice1/data/spirit.htm>

fázi. To mu umožňuje ujasnit si, co se vlastně děje. Jak je uvedeno výše, v prvním stádiu nemoci bývá starý člověk často úzkostný až depresivní. Může mít pocit, že ho nikdo nemá rád. V takových případech je na místě přímluvná modlitba za to, aby senior poznal, že Bůh miluje všechny – i ty, kteří jsou nemocní.²⁶⁴

Senioři v počátečním stádiu demence potřebují cítit oporu v pečovateli, neboť často trpí nejistotou, úzkostí a sníženou sebedůvěrou.²⁶⁵ Pečující tak často zastupuje roli duchovního. Základním principem neodborné spirituální péče je **umění aktivně naslouchat**.²⁶⁶ „Toto umění naslouchat nutí toho, kdo s pacientem hovoří, v první řadě odložit vše, co o pacientovi předem ví, co o něm slyšel a co si o něm myslí. Týká se to tzv. předsudků, předem získaných informací atd. Jen tak si může ve svém srdci (nejen v hlavě) vytvořit prostor k nezaujatému vyposlechnutí všech bíd a nouzí pacienta, s nímž hovoří. Termínem předsudky se přitom rozumí představy, soudy a úsudky, které o někom máme, dříve nežli si získáme takovéto představy, soudy a úsudky z vlastní zkušenosti.“²⁶⁷ Souhrnně lze spirituální přístup k seniorovi s demencí charakterizovat jako takové jednání, ve kterém je respektována jeho jedinečnost. Součástí je také důstojné doprovázení v jeho obtížích a utrpení.²⁶⁸

2.9 Potřeba seberealizace

Potřeba seberealizace, někdy také sebeaktualizace, se projevuje jako snaha realizovat své schopnosti a záměry (vlastní potenciál), člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. Musí sám u sebe nacházet uspokojení a být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře. Potřeba seberealizace je v Maslowově pyramidě hierarchicky postavená nejvýše – tzn., že vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Seberealizující se jedinci musí být tedy všeobecně spokojeni a duševně zcela zdraví.²⁶⁹

Příznaky demence jsou často přisuzovány věku starého člověka. Senior tedy může pokračovat v aktivitách, kterým se doposud věnoval i přesto, že ho můžou překvapit některé jisté potíže (zapomínání atd.). Může tedy nadále pokračovat v seberealizaci

²⁶⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Křesťanská péče o nemocné*, Praha 1991, Advent, s. 52.

²⁶⁵ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 64.

²⁶⁶ Srov. *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR* [online]. Poslední revize neuvedena.

[cit. 2. 4. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.hospice.cz/hospice1/data/spirit.htm>

²⁶⁷ KŘIVOHLAVÝ, J., *Křesťanská péče o nemocné*, Praha 1991, Advent, s. 32.

²⁶⁸ Srov. MARTINEK, M., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, Praha 2008, JABOK, s. 144.

²⁶⁹ Srov. TRACHTEROVÁ, E. a kol., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 14.

například v různých vzdělávacích aktivitách, ke kterým patří různé přednášky, kurzy, univerzity třetího věku, poznávací zájezdy a tak dále. Vzdělávací aktivity v seniorském věku se mnohdy prolínají s aktivitami využívajícími metod speciální pedagogiky, aktivitami relaxačními a terapeutickými, jelikož mohou mít podobné cíle. Další možnost dělení vzdělávacích aktivit je podle druhu převažující aktivity při samotném procesu vzdělávání. Může převažovat buď percepční složka (přednášky, koncerty, návštěvy výstav), senzomotorická složka (osvojování dovedností) či kognitivní složka (hlavolamy, trénink paměti).²⁷⁰

Je velmi těžké určit, do jaké míry senioři v počátečním stádiu demence v důsledku snížení funkcí spojených s pamětí, myšlením, orientací, chápáním, učením atd. pociťují potřebu seberealizace.²⁷¹

2.10 Potřeby pečovatele

Senior v počátečním stádiu je stále relativně samostatný. Avšak převážně zapomínání, které se postupně stává pravidlem než výjimkou a potíže s řešením komplexních úloh, ho dostávají do situace, kdy potřebuje dohled a podporu a postupně i dopomoc při některých činnostech. Nápomocný by mu vždy měl být pečovatel.²⁷² Jak uvádí doc. Růžička, „součástí terapie musí být vždy péče o pečovatele pacientů, většinou o rodinné příslušníky. Jejich zátěž je extrémní – jedná se o zátěž psychickou, tělesnou i ekonomickou.“²⁷³ Přístup pečovatele k seniorovi s demencí je závislý na míře, jakou uspokojuje sám své potřeby. Zařazení této podkapitoly tedy považuji za oprávněné a nezbytné.

Pro většinu onemocnění, která způsobují demenci, zatím neexistuje léčba. I ty nejmodernější léky mohou pouze zpomalit průběh onemocnění či zmírnit některé příznaky (poruchy chování apod.). Proces demence trvá v průměru zhruba sedm let. Tato nemoc ovlivňuje nejenom postiženého člověka, ale i blízké kolem něj.²⁷⁴ Vidí,

²⁷⁰ Srov. SÝKOROVÁ, D., CHYTLIL, O., *Autonomie ve stáří a strategie jejího zachování*, Ostrava 2004, Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, s. 254 – 255.

²⁷¹ Srov. GRBAVČICOVÁ, M., *Celostní přístup k člověku s Alzheimerovou nemocí (v zařízení)*. Olomouc, 2008, Absolventská práce. CARITAS - Vyšší odborná škola sociální v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Snášel s. 56.

²⁷² Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 111.

²⁷³ RŮŽIČKA, E., *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*, Praha 2003, Galén, s. 81.

²⁷⁴ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 111.

jak jejich člen ztrácí určité schopnosti a postupně chřadne. Proto se dá utrpení pečující rodiny srovnat s utrpením pacienta samotného.²⁷⁵

Rodina tedy postupně ztrácí svého nemocného blízkého a **rodinný pečující** následně svoji svobodu. Musí být seniorovi v počátečním stádiu stále nablízku. Stále totiž přibývá okamžiků, kdy potřebuje jistou kontrolu.²⁷⁶ Aby pečovatel mohl poskytovat kvalitní péči, nesmí se plně podřídit jen potřebám seniora, s čímž souhlasí i autorka knihy *Úspěšná péče o člověka s demencí*. „Jak je domov postupně upravován tak, aby se přizpůsobil péči o pacienty s kognitivní poruchou, a jak přibývá času, který pečovatel téměř výhradně věnuje péči o dotyčného jedince, vzrůstá potřeba osobního nerušeného času a prostoru. Tato potřeba nerušeného času a prostoru, kdy mohou být o samotě, je reflektována ve zprávách pečovatelů, kteří se musí vyrovnávat s napětím a vytvářet situace, ve kterých lze osobu, o kterou pečují, dočasně ignorovat nebo se jí vzdálit.“²⁷⁷ Pečující musí mít i pro sebe dostatek volného času, aby se mohl věnovat svým koníčkům. Bude-li dostatečně odpočatý, bude i adekvátněji reagovat na změny nálad seniora v počátečním stádiu a snáze dokáže vytvořit atmosféru klidu a bezpečí, která je v péči o člověka s demencí velmi důležitá. Na dobrém emocionálním stavu pečovatele tedy závisí skoro vše.²⁷⁸

Pro udržení dobrého psychického, ale i fyzického stavu pečovatele se doporučuje několik zásad. Jako základní princip péče o člověka v počátečním stádiu demence bych označila radu, která říká, že pečující by měl dopřát stejnou dávku tolerance, odpuštění, pochopení, jakou poskytuje lidem, o něž se stará, také sám sobě.²⁷⁹ Většinu pečovatelů totiž pronásledují pocity viny. Přestože vědí, že jejich příbuzný trpí nevléčitelnou progresivní nemocí, jsou odhodláni vynaložit nesmírné úsilí, aby ho podporovali a zmírnili jeho utrpení a izolaci. Chtějí vidět svého blízkého šťastného. Pokud k tomu nedojde, cítí to jako vlastní selhání.²⁸⁰ Jako prevence těchto negativních pocitů se doporučuje komunikace. Pečující často nechce druhé zatěžovat a na sdělování příjemných pocitů mnohdy nemívá čas. Díky rozhovoru se mu však uleví a také může

²⁷⁵ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 245.

²⁷⁶ Srov. CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha 2008, Grada Publishing, s. 61.

²⁷⁷ ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 146.

²⁷⁸ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H., *Alzheimerova nemoc v rodině*, Pfitzer 2004, s. 92 – 93.

²⁷⁹ ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 12.

²⁸⁰ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 121 – 123.

získat nový náhled na situaci. Obvykle také objeví nové nápady a možnosti. Péče o seniora s demencí vyžaduje velkou zodpovědnost. Podstatné je uvědomit si, že není sám. Tuto skutečnost mohou podpořit svépomocné skupiny, jejichž členy jsou rodinní pečovatelé. Scházejí se za účelem sdělování si rad a zkušeností. Navzájem si poskytují oporu. O občasnou pomoc může také pečovatel požádat příbuzné a přátele, ale zejména specializované služby, které vedle podpory, rad a informací nabízejí také faktickou pomoc s péčí o člověka trpícího demencí.²⁸¹ O formách péče, která je vhodná pro seniora v počátečním stádiu demence, budu hovořit ve čtvrté kapitole.

Kvalitní péči může pečovatel poskytnout jedině tehdy, má-li dostatek energie. Dodržování správné životosprávy je tedy nezbytným základem. Pečující musí dostatečně a pravidelně spát i jíst. Problém vyvstává, má-li nemocný tendenci, bloudit v noci po bytě (řešením mohou být léky, pomoc dalšího člena rodiny či další opatření, která zmiňuji v podkapitole Potřeba spánku).²⁸²

Přirozenou potřebou pečovatele je samozřejmě odpočinek. Každý člověk je ale zvyklý relaxovat jiným způsobem. Účinnou pomůckou pro uvolnění může být procházka na čerstvém vzduchu,²⁸³ zatelefonování přátelům, účast na společenských akcích, sport, četba, hra na klavír či posezení u kávy.²⁸⁴

Jelikož je péče o seniora v počátečním stádiu nevyzpytatelná (změny nálad apod.), je pečovatel vystaven často zátěžovým situacím, které se souhrnně označují jako **stres**.²⁸⁵ Pokud by pečovatel byl stresu vystaven nepřiměřeně dlouhou dobu, neměl žádné zdroje radosti, neodpočíval a věnoval čas jen nemocnému, mohl by se dostat do stavu, pro který se užívá termín **syndrom vyhoření**.²⁸⁶ Tento stav se projevuje extrémní vyčerpaností, silným poklesem výkonnosti a vnitřním odstupem.²⁸⁷ K dalším možným příznakům patří lhostejnost, zapomínání, agresivita, pocity bezmoci, poruchy

²⁸¹ Srov. KOBĚRSKÁ, P., *Společnou cestou: Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*, Praha 2003, Portál, s. 36.

²⁸² Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H., *Alzheimerova nemoc v rodině*, Pfitzer 2004, s. 92 – 93.

²⁸³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Sestra a stres*, Praha 2010, Grada Publishing, s. 35.

²⁸⁴ Srov. BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha 2006, Portál, s. 118 – 119.

²⁸⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, Praha 2003, Portál, s. 170.

²⁸⁶ Srov. KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*, Praha 1999, Portál, s. 101.

²⁸⁷ Srov. KALLWASS, A., *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*, Praha 2007, Portál, s. 9.

spánku a chuti k jídlu, obtíže se srdcem, dýcháním a zažíváním, vysoký krevní tlak, omezení kontaktu s okolím, konfliktnost atd.²⁸⁸

Péči o nemocného seniora ale neposkytují jen rodinní příslušníci, ale i profesionální pečovatelé. „Vzhledem k tomu, že péče o pacienty s demencí je zpravidla dlouhodobá, představuje také výraznou zátěž pro profesionální pečující. Ani profesionální pečující nesmějí zůstat osamoceni. Je důležité, aby pracovali ve funkčním týmu, který společně rozhoduje, kde se jednotliví členové týmu vzájemně radí, sdělují si své nápady, návrhy i obavy. Pokud by pečující pracovali izolovaně, mohli pociťovat vinu za některá rozhodnutí. Profesionální tým doprovází pacienta a jeho blízké onemocněním, životem až ke smrti.“²⁸⁹

²⁸⁸ Srov. HERMANOVÁ, M., HERMAN, J. PROKOP, J., ROZMARÝMOVÁ, H., *Aktuální kapitoly z péče o seniory*, Brno 2008, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 66.

²⁸⁹ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 245

3 Formy péče vhodné pro seniora v počátečním stádiu demence

Senior v počátečním stádiu je relativně schopný samostatného života, přesto je potřeba být s druhým člověkem stále výrazněji. Zpočátku postačí občasné zavolání blízkého, který mu připomene, že má jít k lékaři apod. Postupně se objevují potíže s novými přístroji v domácnosti, zhoršení orientace v čase i prostoru. Senior se tedy neobejde bez doprovodu druhé osoby. Hrozí též izolace od okolí, neboť pro první stádium je typická ztráta motivace a iniciativy vykonávat oblíbené činnosti a také nejistota ve společnosti. Seniori v této fázi demence totiž vnímají, že jim krátkodobá paměť neslouží tak, jako dříve. Zapomínají, co chtěli jít nakoupit, co před chvílí řekli nebo udělali. Naopak zážitky či básně z mládí dokážou přednášet bez chyby. Na tyto změny můžou reagovat úzkostně či se strachem, smutkem, ale také vzteklostí. Proto senior v počátečním stádiu potřebuje povzbuzení a občasnou podporu s cílem zachovat co nejdéle jeho samostatnost.²⁹⁰ Zmíněnou pomoc můžou seniorovi poskytnout rodinní, nebo profesionální pečovatelé. Péče může být uskutečňována v domácím prostředí nebo ústavním zařízením.

3.1 Péče v domácím prostředí

Všude dobře, doma nejlíp, praví známé rčení. Domov má pro každého emoční význam. „Pro člověka je obvykle domov místem, které mu skýtá pocit bezpečí, pocit klidu, které pozitivně reflektuje významné role z minulosti člověka a usnadňuje mu využívání všech jeho zachovalých schopností. Některým lidem s kognitivní poruchou může domov naopak připomínat frustrace a ztracené schopnosti, může vzbuzovat depresi či podněcovat nemocného k činnostem, které jsou pro něho nevhodné, někdy i nebezpečné.“²⁹¹ I přesto je však za optimální způsob péče o seniory považována možnost setrvání co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory jeho rodiny.²⁹² Stát se snaží péči v rodinném prostředí podpořit příspěvkem na péči.

²⁹⁰ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 34 – 35.

²⁹¹ ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha 2003, Grada Publishing, s. 140.

²⁹² Srov. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O., *Autonomie ve stáří a strategie jejího zachování*, Ostrava 2004, Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, s. 191.

Ten náleží osobě závislé na pomoci druhé osoby z důvodu nepříznivého stavu, a to v rámci běžné péče o vlastní osobu a v soběstačnosti.²⁹³ Příspěvek může být využit k zakoupení nějaké sociální či zdravotní služby nebo na pokrytí nákladů, které jsou spojeny se zajišťováním péče o něj v domácnosti. Podle rozsahu péče, který příjemce dávky potřebuje, se určí výše příspěvku na péči. Dávka může měsíčně činit od dvou do jedenácti tisíc korun.²⁹⁴

Dříve bylo samozřejmé soužití až tří generací, kde bylo o nemocného seniora vždy postaráno. Avšak v současné době je často rodinná péče výjimkou.²⁹⁵ Mladé rodiny nežijí se svými rodiči ve společné domácnosti. Klasický model pečující rodiny byl narušen na konci dvacátého století, kdy došlo k výrazné institucionalizaci seniorské péče. Základem rodinné péče o seniora je to, že rodina musí chtít, umět a mít možnost mu poskytnout adekvátní péči. Senior s demencí zpočátku potřebuje jen občasnou péči, která většinou rodinám nečiní potíže. Později se však potřeba péče stává častější. Tu rodiny často nemohou poskytnout z důvodu vzdálenosti svého bydliště, povinnostem k členům vlastní rodiny či kvůli nekvalitním vztahům s nemocným seniorem.²⁹⁶ Pomoc pečujícím rodinám nabízí zdravotnické a sociální služby či zařízení, specializovaná poradenská centra pro seniory a jejich rodiny, help-linky podávající informace o zdravotních a sociálních službách i o problémech spojených s demencí. Poradenství také poskytuje občanské sdružení Česká alzheimerovská společnost a Život 90.²⁹⁷

V současné době proběhlo zasedání, kdy Rada vlády pro seniory a stárnutí populace jednala o opatřeních, která by umožňovala seniorům a zdravotně postiženým setrvat co nejdéle v domácím prostředí. „Zároveň Rada vlády pro seniory a stárnutí populace kabinetu doporučuje, aby reagoval na stárnutí populace a zvyšující se výskyt Alzheimerovy choroby tím, že nařídí příslušným ministerstvům zpracovat koncepci řešení této problematiky - tzv. Plán Alzheimer ČR. Koncepce by měla zahrnovat nejen zdravotní a sociální služby, ale také výzkum a vzdělávání. Podle odhadů v České republice žije s tímto závažným a dlouhodobým onemocněním cca 120 tisíc lidí.

²⁹³ Srov. PŘIB, J., KEPKOVÁ, M., NIEDERLE, P., VOJNAR, V., STEINICHOVÁ, L., *Průvodce sociálními dávkami 2010*, Praha 2010, BMSS-START, s. 118.

²⁹⁴ Srov. § 7 a § 11 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

²⁹⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*, Praha 1990, Panorama, s. 217.

²⁹⁶ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, Ostrava 2006, Ostravská univerzita v Ostravě, s. 41 – 42.

²⁹⁷ Srov. MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha 2005, Portál, s. 173.

V zemích Evropské unie žije více než 7 milionů lidí s demencí a jejich počet se do roku 2040 pravděpodobně zdvojnásobí.²⁹⁸

3.1.1 Využití zdravotnických služeb²⁹⁹

Ke službám podporujícím nebo udržujícím současný stav nemocného patří jeden z nejrychleji se rozvíjejících odvětví zdravotnictví – domácí péče. Služby komplexní domácí péče jsou v České republice provozovány od roku 1991. Domácí péče je definována jako forma ucelené péče, která vychází z principu určité závislosti a ovlivňování člověka svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na vnímání kvality života lidské bytosti. Je tvořena týmem profesionálních pracovníků, který se skládá ze zdravotní sestry, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, sociálního pracovníka, pečovatele apod. Poskytuje odbornou péči a laickou pomoc v rozsahu daném aktuálním stavem klienta a jeho prostředím.³⁰⁰ Posláním je „zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoci pacientům, kterým je tato péče poskytována na základě doporučení příslušným lékařem, a to v jejich vlastním sociálním prostředí.“³⁰¹

K zdravotnickým službám, které může využít senior s demencí žijící v domácím prostředí, samozřejmě patří odborné ambulance potřebných lékařských oborů.³⁰² Na problematiku demence se specializuje neurolog, geriatr a psychiatr.³⁰³

3.1.2 Využití sociálních služeb

Podle Matouška jde o služby, které podporují samostatnost klientů zabezpečením základních životních potřeb. Tyto potřeby zahrnují zajištění stravy, bydlení, základní hygieny, údržby domácnosti a kontakt se společenským prostředím. Cílem služeb je posílit nebo nahradit soběstačnost osob ztracenou s ohledem na zdravotní stav. Jsou

²⁹⁸ Rada vlády pro seniory a stárnutí populace chce využít informační a komunikační technologie v podpoře života v přirozeném prostředí, zaměřit se na Alzheimerovu chorobu a posílit mezigenerační soudržnost seniory [online]. Poslední revize 22. 4. 2009 [cit. 23. 4. 2010]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8656/22042010.pdf>

²⁹⁹ Tato kapitola je zkrácenou verzí třetí kapitoly absolventské práce ČÍŽOVÁ, M., 2010, *Péče o seniory v rozvinutém stádiu demence*, [Práce odevzdaná na CARITAS, VOŠ v dubnu 2010].

³⁰⁰ Srov. SÝKOROVÁ, D., CHYTYL, O., *Autonomie ve stáří a strategie jejího zachování*, Ostrava 2004, Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, s. 191- 192.

³⁰¹ *Koncepce domácí péče* [online]. Poslední revize 2006 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>

³⁰² Srov. JEDLIČKA, V., *Praktická gerontologie*, Brno 1991, Grafia- Zlín, s. 174.

³⁰³ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H., *Alzheimerova choroba v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*, Pfitzer 2008, s. 17.

to zejména pečovatelské služby, osobní asistence, chráněné bydlení, odlehčovací služby a služby v klubech pro seniory. Poskytovatelem sociálních služeb je stát nebo nestátní nezisková organizace. Některé služby jsou poskytovány přímo v domácnostech, některé jen v zařízení.³⁰⁴

K sociálním službám se také řadí tzv. **služby bezpečného návratu**. Senior v počátečním stádiu demence má potíže s orientací a může se stát, že se i na známém místě ztratí. Služba spočívá v tom, že senior má např. na náramku nenápadně vyznačen telefonní kontakt, který slouží jako informace pro „nálezce“ bloudícího seniora. Centrála pak zprostředkuje návrat člověka na adresu jeho rodiny nebo ústavního zařízení, z níž se ztratil. Pokud senior v počátečním stádiu demence ještě relativně zvládá samostatný život v domácnosti, je vhodné využít **systém tísňové péče**. Do domácnosti seniora jsou nainstalované technologie, které monitorují přítomnost dýmu, vody či jiné ohrožující situace. V takovém případě je zavolána okamžitá pomoc. Služby bezpečného návratu i systém tísňové péče zprostředkovává občanské sdružení Česká alzheimerovská společnost a Život 90.³⁰⁵

Denní centrum může sloužit jak lidem s demencí, kteří přicházejí ze svého domova, tak obyvatelům ústavních zařízení, kteří v důsledku nemoci potřebují strukturovaný denní program. Posláním denního centra je udržení či zlepšení kvalita života lidí s demencí při výrazně snížené i počínající nesoběstačnosti v denních aktivitách a při zhoršené orientaci. Tuto službu využívají zejména rodiny, které se nemohou na svého seniora celodenně dohlížet či nejsou schopni zajistit potřebnou terapii a aktivizaci. Denní centrum pro osoby s demencí je určeno primárně těm klientům, jejichž stav je stabilizovaný a nevyžaduje ošetrovatelskou péči a u nichž je potřeba určitá péče a dohled.³⁰⁶

Pečovatelská služba zahrnuje sociální ošetrovatelství, péči o domácnost, asistenční služby a stravování. Umožňuje seniorovi setrvat v domácím prostředí a přitom uspokojovat potřeby, které si není schopen zajistit sám a z různých důvodů mu nemůže pomoci ani jeho rodina. Pečovatelská služba dále poskytuje střediska osobní

³⁰⁴ Srov. MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, Praha 2003, Portál, s. 202.

³⁰⁵ Srov. MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, Praha 2003, Portál, s. 175.

³⁰⁶ Srov. Denní centrum pro lidi postižené demencí – Vážka [online]. Poslední revize 2006 [cit. 6. 4. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=574>

hygieny (pomoc klientovi s hygienickými úkony – koupel), dále pak prádelny a jídelny pro seniory.³⁰⁷

Osobní asistence je určena seniorům, kteří potřebují pro zajištění nezávislého života ve vlastní domácnosti pomoc při většině běžných úkonů. Je zaměřena na podporu nesoběstačných klientů.

Kluby pro seniory jsou určeny pro vzájemná setkávání a aktivizace seniorů, kteří mohou mít nějaké zdravotní omezení. Při klubech pro seniory je obvykle možnost stravování a poskytování odborného poradenství.³⁰⁸

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba je určena pro osoby se zdravotním postižením a seniorům, jejichž schopnosti v oblasti orientace nebo komunikace jsou sníženy. Jak je zmíněno výše, u seniorů v počátečním stádiu demence se často objevují potíže s řečí (řeč pochopit nebo produkovat) a s hledáním správných slov. Tato služba jim pomáhá tyto problémy kompenzovat zprostředkováváním kontaktů se společenským prostředím a pomocí při prosazování práv a zájmů.³⁰⁹

Odlehčovací služby mají za úkol umožnit rodinnému pečovateli, aby si odpočinul, nabral nové síly nebo si vyřídil některé osobní záležitosti. Služby jsou poskytovány ve formě návštěv pracovníka v domácnosti seniora nebo ve formě pobytové, kdy je senior na předem dohodnutou dobu umístěn do nějakého ústavního zařízení.³¹⁰

3.2 Péče v ústavních zařízeních

Pokud senior v počátečním stádiu demence nemůže či nechce z jakýchkoli důvodů setrvat ve svém domácím prostředí, má možnost využít péči v ústavních zařízeních. Institucionální neboli ústavní zařízení definuje Matoušek jako instituci, která poskytuje potřebným osobám nepřetržitou péči spojenou s ubytováním a stravováním. V ústavním zařízení je poskytována profesionální péče (případně mohou dopomoci

³⁰⁷ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, Ostrava 2006, Ostravská univerzita v Ostravě, s. 49.

³⁰⁸ Srov. Statutární město Olomouc, Kluby pro seniory [online]. Poslední revize 1. prosince 2009 [cit. 9. 4. 2010]. Dostupné na WWW: <http://www.olomouc.eu/kpss/view.php?navezclanku=statutarni-mesto-olomouc-kluby-pro-seniory&cislocclanku=2007020120>

³⁰⁹ Srov. Sociální služby – způsoby pomoci [online]. Poslední revize neuvedena [cit. 9. 4. 2010]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

³¹⁰ Srov. MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha 2005, Portál, s. 48.

dobrovolníci).³¹¹ Podoba péče v ústavních zařízeních může být zdravotnická (ta se však poskytuje na přechodnou dobu) nebo sociální (trvalá).

3.2.1 Péče ve zdravotnických zařízeních

Léčebny dlouhodobě nemocné (zkratka LDN) jsou specializovaná zdravotnická zařízení určená nemocným seniorům, kteří potřebují větší rozsah zdravotní péče (např. komplikace po úraze) než kterou může poskytnout např. pečovatelská služba či personál v domově pro seniory. Přijetím do léčebny vstupuje potřebný senior do celodenního léčebně ochranného režimu. Ten poskytuje celý komplex péče, do kterého patří diagnostika, léčebná (doléčovací) péče, ošetrovatelská a rehabilitační péče.³¹² Pobyt v LDN by neměl přesáhnout tři měsíce. Během ní by měl být pacient dostatečně stabilizován, aby se mohl vrátit do domácího prostředí nebo domova pro seniory. Pokud i po třech měsících pacient nemá dořešené umístění v domácnosti nebo v domově pro seniory, je převeden na sociální lůžko, které je částečně hrazeno zdravotní pojišťovnou.³¹³ Podobnou charakteristiku jako LDN, mají i domovy ošetrovatelské péče, ve kterých však na rozdíl od LDN není péče zčásti hrazena zdravotní pojišťovnou, ale jen obcí a uživateli.³¹⁴

Geriatrická oddělení jsou akutním oddělením nemocničního typu. Specializují se na akutní zhoršení zdravotního stavu seniorů, které ho bezprostředně ohrožují. Například náhlá zhoršení stavu a soběstačnosti z důvodu pádu, malnutrice nebo okolností k nim vedoucí apod. Cílem je zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti, stanovení diagnózy a návrh dalšího postupu a péče.³¹⁵

Oddělení pro poruchy paměti může být součástí psychiatrických oddělení nemocnic nebo psychiatrických klinik. Na těchto odděleních se provádí diferencionální

³¹¹ Srov. MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, Praha 2003, Portál, s. 252 – 253.

³¹² Srov. JEDLIČKA, V., *Praktická gerontologie*, Brno 1991, Grafia- Zlín, s. 176 – 177.

³¹³ Srov. *Délka pobytu v LDN byla doporučena ministerstvem kvůli malé kapacitě* [online]. Poslední revize 26. 3. 2010 [cit. 9. 4. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/delka-pobytu-v-ldn-byla-doporucena-ministerstvem-kvuli-male-kapacite-450561>

³¹⁴ Srov. MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha 2005, Portál, s. 177 – 178.

³¹⁵ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, Ostrava 2006, Ostravská univerzita v Ostravě, s. 47.

diagnostika akutních stavů, ke kterým patří poruchy chování u demencí (agrese apod.).³¹⁶

Psychiatrické léčebny poskytují dlouhodobou léčbu a rehabilitaci pro osoby všech věkových kategorií. Důvodem hospitalizace je psychiatrická diagnóza (například schizofrenie, demence, různé závislosti). Pro seniory s demencí bývá určeno speciální gerontopsychiatrické oddělení.³¹⁷

3.2.2 Péče v sociálních zařízeních

Mezi lidmi koluje smyšlenka, že každá rodina raději nemocného seniora přemístí do zařízení, s čímž však známý autor Buijssen nesouhlasí. „Je mýtus, že lidé jsou už v počátečních stádiích demence odkládáni do domova. Rodiny obvykle čekají, dokud situace není téměř neudržitelná a sami nejsou na pokraji vyčerpání a zoufalství, než se smíří s umístěním svého příbuzného s demencí do domova.“ Do domova pro seniory je tedy senior v počátečním stádiu demence přestěhován z nezbytných důvodů či z vlastního rozhodnutí. Je totiž stále schopen vyjádřit, co si přeje či nepřeje.³¹⁸

Nejčastějším typem sociálního zařízení, kam jsou senioři umísťováni, je **domov pro seniory**. Přesto není pro seniory v počátečním stádiu demence příliš vhodný. Nové prostředí může průběh jeho nemoci zhoršit.³¹⁹ Domov pro seniory je určen především pro staré občany vyžadující vzhledem ke svému zdravotnímu stavu komplexní péči, kterou jim nemůže zajistit rodina ani pečovatelská služba. Senior se zde může dobrovolně účastnit programů volnočasových aktivit. Část nákladů musí hradit ze svého důchodu.³²⁰ V domově pro seniory může být tzv. oddělení Vážka. Jedná se o oddělení specializované péče určené pro osoby trpící demencí. Cílem je zlepšení či udržení kvality života lidí s demencí, podpora soběstačnosti, zachování jejich bezpečnosti a důstojnosti. Oddělení Vážka by mělo být vlídné, přehledné, podobné domácímu prostředí. Obsahem celodenní péče je péče a podpora v aktivitách denního života

³¹⁶ Srov. MARKOVÁ, E., VENLEGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Praha 2006, Grada Publishing, s. 42.

³¹⁷ Srov. MARKOVÁ, E., VENLEGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Praha 2006, Grada Publishing, s. 42 – 43.

³¹⁸ Srov. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha 2007, Gerontologické centrum, s. 34.

³¹⁹ Srov. KUČEROVÁ, H., *Demence v kazuistikách*, Praha 2006, Grada Publishing, s. 19.

³²⁰ Srov. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, Ostrava 2006, Ostravská univerzita v Ostravě, s. 48.

prostřednictvím různých terapeutických metod, například ergoterapie, pohybová terapie, užívání technik podporujících komunikaci (validace).³²¹

Domovy se zvláštním režimem jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu demence či závislosti na návykových látkách. Tato zařízení poskytují ubytování, stravu a pomoc při běžných úkonech a aktivizační činnosti.³²²

³²¹ Srov. Charakteristika rezidenčního oddělení Vážka [online] Poslední revize neuvedena [cit. 30. 3. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=575>

³²² *Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách.* [online] Poslední revize 25. 1. 2009 [cit. 30. 2. 2010]. Dostupný na WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti péče o seniory v počátečním stádiu demence. K jeho naplnění jsem použila metodu analýzy odborné literatury a různých dokumentů.

Syndrom demence je třeba chápat jako onemocnění, které se vyvíjí – má různé fáze, jejichž délka je u každého individuální. V prvním stádiu demence je senior schopný relativně samostatného života. Ovšem zabezpečit všechny své potřeby by nevládl bez jisté péče druhé osoby. Pečovat o seniora v počátečním stádiu demence spíše znamená poskytovat mu určitou dopomoc a podporu. Cílem je zachovat co nejdéle samostatnost a nezávislost v uspokojování všech jeho potřeb.

V první fázi demence jsou nejvíce patrné potíže s krátkodobou pamětí. V mysli dotyčného seniora se tudíž téměř neuchovají události a skutečnosti, co se staly daný den. Zeptáme-li se ho, co měl k obědu, nemůže si vzpomenout. Avšak co se stalo například v roce 1948, ví přesně. Pokud senior může bydlet ještě sám, je vhodné, aby mu blízká osoba občas zatelefonovala a připomněla mu, že je čas zajít k lékaři, nakoupit apod. Z důvodu zachování samostatnosti a potíží s krátkodobou pamětí, by domácnost seniora měla být bezpečně vybavena. Mám na mysli například žehličku, která se sama vypne, nebo zařízení, které přivolá pomoc, jakmile jeho senzory zaznamenají kouř.

Dalším významným počátečním příznakem demence je zhoršené vyjadřování a zhoršená orientace v čase i prostoru. Senior ze strachu před ztracením se a z možnosti, že se ztratí, může raději přestat chodit na návštěvy, procházky a zcela se účastnit společenského života. Je proto velmi důležité podporovat sociální vztahy, neboť právě ty uspokojují potřebu jistoty, lásky a sounáležitosti. Blízká osoba by tedy měla seniora v udržování kontaktů podporovat tím, že ho na procházkách a návštěvách bude vždy doprovázet. Pokud by si to nemocný nepřál, ale jeho orientace byla již značně porušena a hrozilo zablouzení, může pečující využít jako prevenci službu České Alzheimerovské společnosti. Projekt s názvem Bezpečný návrat pomáhá ztraceným pacientům dostat se co nejdříve domů díky plastovému náramku, který mají připevněný na zápěstí. Na něm je vyryto telefonní číslo, kterým může „nálezce“ přivolat pomoc. Podpořit orientaci v čase a prostoru, a zamezit tím vzniku závislosti na pečovateli,

lze také vhodným rozmístěním různých cedulek a upomínek v domácnosti seniora či jeho pokoji, kde bydlí. Samozřejmostí by měly být velké hodiny na dobře viditelném místě. Použití těchto pomůcek se nazývá realitní terapie.

Senior si svůj stav plně nebo alespoň částečně uvědomuje, což má za následek časté úzkostné stavy, agresivní chování, izolaci nebo naopak ohromnou angažovanost. Úkolem pečovatele je pokusit se nedovolit, aby se dostal do situací, které tyto stavy vyvolávají. Člověka s demencí například neučíme novým věcem, neboť to by ho jen utvrdilo v tom, že již není schopný tak, jako dříve. Zde je velmi důležitý přístup okolí. Jak k dotyčnému budou lidé přistupovat, tak se bude i on cítit. Budou-li na něj mít vysoké nároky, či mu stále dokola klást otázky, kterým nerozumí, bude se stranit ostatních lidí čím dál více. Proto seniorovi zbytečně nevyvracíme jeho domněnky, a pokud něčemu neporozumí, zopakujeme to jinými slovy. I při demenci platí, že komunikace je jádro lidského vztahu.

Dospěla jsem k závěru, že pro opravdu kvalitní péči, při níž dochází k uspokojení všech potřeb seniora v počátečním stádiu demence, může pečovatel (přítel, příbuzný či profesionální pracovník) využít mnoha postupů, technik, metod. Tyto způsoby péče by měl pečovatel používat takovým způsobem, aby zachovával seniorovu důstojnost, podporoval jeho sebevědomí a především samostatnost. K jejich udržení se užívá ergoterapie, dále trénink paměti, který se může realizovat luštěním křížovek, četbou nebo pomocí komunikace. Při ní se využívá technika validace a reminiscenční terapie, při které senior vzpomíná na příjemné chvíle z minulosti. Další podpůrnou metodou komunikace je videotrénink interakcí. Důležitá je také bazální stimulace, která se snaží kompenzovat nedostatek vjemů. Pro seniora v počátečním stádiu demence vystupuje do popředí potřeba lásky a sounáležitosti. Důležitou roli při jejím naplňování hraje seniorova rodina a přátelé, popřípadě skupiny vzniklé v ústavním zařízení. Užívanou technikou pro podporu sounáležitosti je také muzikoterapie a zooterapie. Existuje mnoho technik a metod, které se využívají při péči o seniora v počátečním stádiu demence. Žádný pečovatel ani zařízení však nemůže využít všechny. Většinou se orientují jen na již ověřené a v daném prostředí zažitě postupy. Vzhledem k tomu, že má práce je neempirická, nemohu konkrétně určit, které to jsou. Je však nutné si uvědomit, že každému seniorovi vyhovuje něco jiného, má jiné požadavky a zvyklosti. Základním principem při péči o seniora s demencí je tedy individuální přístup pečovatele. Aby však poskytovaná péče byla opravdu kvalitní, je nezbytné, aby

pečující (zejména ten rodinný) dostatečně odpočíval a věnoval se svým zálibám. Mnohdy se stane, že se blízký s dobrým úmyslem seniorovi bezmezně věnuje, což může vést až k syndromu vyhoření.

Senior v počátečním stádiu vyžaduje občasnou dopomoc, kterou ve většině případů zajišťuje rodina. Samozřejmě však není v jejích silách, zabezpečit dostatečnou péči několik let bez přerušení. Může využít tzv. odlehčovací služby. Zařízení, které tuto péči poskytuje, seniora na předem dohodnutou dobu ubytuje ve svých prostorách. Pečovatel má tak čas nabrat nové síly a zařídit si některé osobní záležitosti. Dále k velmi často využívaným patří zdravotnická služba domácí péče tvořená týmem odborníků. Poskytuje péči nemocnému přímo u něj doma. Pečovatelská služba zase nabízí pomoc s údržbou domácnosti, sociální ošetřovatelství, asistenční služby a stravování. Pokud senior vyžaduje celodenní dohled, který není rodina schopna zajistit, nabízí se jim využití denního centra. Do tohoto zařízení může senior ze svého domova docházet každý den. Další možností je umístění do ústavního zařízení. Podle zdravotního stavu může být umístěn do zdravotní (LDN, geriatrické oddělení, psychiatrie...) nebo sociální instituce (nejčastěji domov pro seniory). Senior v první fázi demence je však schopný o sobě rozhodovat. Tudíž by pečovatelem neměl být „přesunut“ do domova pro seniory bez vlastního rozhodnutí. Možností, jak efektivně pečovat o seniora v počátečním stádiu je mnoho. Základem je však vždy jednání a přístup pečovatele.

Bibliografický seznam

Literatura

ANDRES, M. *Deprese*. 1.vyd. Praha: Jan Vašut, 2001, ISBN 80-7236-195-3.

BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Gerontopsychiatrie*. Praha: 1994. ISBN 80-71-69-070-8.

BORZOVÁ, C. a kol. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-2978-7.

BUIJSSEN, H. *Demence*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-73-67-081-X.

BURELOVÁ, M. *Duchovní potřeby seniorů*. Brno 2009, Diplomová práce. Masarykova univerzita – lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

ČÍŽOVÁ, M. Péče o seniory v rozvinutém stádiu demence. Olomouc, 2010, Absolventská práce. CARITAS - Vyšší odborná škola sociální v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Miroslava Petřeková. [Práce odevzdaná na CARITAS, VOŠ v dubnu 2010].

GRBAVČICOVÁ, M. *Celostní přístup k člověku s Alzheimerovou nemocí (v zařízení)*. Olomouc, 2008, Absolventská práce. CARITAS- Vyšší odborná škola sociální v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Snášel.

HAMILTON-STUART, I. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-71-78.

HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002, ISBN 80-7013-363- 5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-564-7.

HERMANOVÁ, M., HERMAN, J. PROKOP, J., ROZMARÝMOVÁ, H. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, ISBN 978-80-7013-475-7.

- HERMANOVÁ, M., PROKOP, J. ONDRÁČKOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z péče o seniory*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, ISBN 978-80-7013-478-8.
- HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., NIKLOVÁ, D. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 2.vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2001. ISBN 80-86541-03-7.
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova choroba v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Pfitzer, 2008.
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
- HORT, J., JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. stol. nebylo*. 1.vyd. Praha: MediMedia Information, 2007. ISBN 978-80-86336-07-7.
- HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2.vyd. Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.
- HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-797-4.
- HULKE, W. *Magie barev: kniha o léčivé moci barev a jejich působení na lidské tělo, duši a ducha*. 1.vyd. Praha: Pragma, 1996, ISBN 80-7205-000-1.
- CHROMÝ, K., HONZÁK R. a kol. *Somatizace a funkční poruchy*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-1473-6.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, ISBN 80-736-8110-2.
- JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. 2.vyd. Brno: Grafia-Zlín, 1991. ISBN 80-7013-109-8.
- JELÍNKOVÁ, J. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-583-7.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence: neurobiologie, klinický obraz terapie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.
- JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004, ISBN 80-7013-390-2.

KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-299-7.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-2846-9.

KLENER, P. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 2.vyd. Praha: Galén, 2003, ISBN 80-7262-429-6.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOBĚRSKÁ, P. *Společnou cestou: Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-71-78-851-1.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X.

KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. 3.vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-314-1.

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-716-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991, ISBN neuvedeno.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, ISBN 978-80-247-314-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-4.

KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1491-4.

KULKA, J. *Psychologie umění*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2329-7.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-2069-2.

- LINHART, J. PETRUSEK, M. *Velký sociologický slovník*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1998, ISBN 80-7184-164-1.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-700-0.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- MARTINEK, M. a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: JABOK, 2008. ISBN 978-80-904137-2-6.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, ISBN 80-7013-436-4.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1.vyd. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0592-7.
- NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 1.vyd. Praha: Academia, 1995, ISBN 80-200-1289-3.
- NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1.vyd. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6.
- NARANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit: Praktický průvodce pro veřejnost, pedagogiky i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. 1.vyd. Praha: Albatros, 2006, ISBN 80-00-01809-8.
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicentrum, 1990, ISBN 80-201-0076-8.
- PÁVKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1211-3.
- PIDRMAN, V. *Demence pro praktické lékaře*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-052-6.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

PLEVOVÁ, J., BELOLOUCKÝ, Z. *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-959-4.

PREIS, M., KUČEROVÁ, H. a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, ISBN 80-247-0843-4.

PŘIB, J., KEPKOVÁ, M., NIEDERLE, P., VOJNAR, V., STEINICHOVÁ, L. *Průvodce sociálními dávkami 2010*. 1.vyd. Praha: BMSS-START, 2010, ISBN 978-80-861140-61-2.

Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů [překlad Lucie Kellnerová-Kalvachová a Linda Kalvachová]. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.

RHEINVALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

RŮŽIČKA, E. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. 1.vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-71-78-829-5.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6.vyd. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3133-9.

SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří a strategie jejího zachování*. 1.vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 3.vyd. Praha: Portál, 1998, ISBN 978-80-7367-339-0.

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-920-8.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005, ISBN 80-7262-365-6.

TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. 1.vyd. Praha: Pharma, 1999. ISBN 80-238-4913-1.

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. ISBN 80-7013-324-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie 2: Dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, ISBN 978-80-246-13-18-5.

VELEMLÍNSKÝ, M. a kol. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007, ISBN 978-80-7322-109-6.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5.

VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1315-1.

ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Internetové zdroje

Co je bazální stimulace [online]. Poslední revize neuvědlena [cit. 15. 3. 2010]. Dostupný na WWW: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php

Délka pobytu v LDN byla doporučena ministerstvem kvůli malé kapacitě [online]. Poslední revize 26. 3. 2010 [cit. 9. 4. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/delka-pobytu-v-ldn-byla-doporucena-ministerstvem-kvuli-male-kapacite-450561>

Denní centrum pro lidi postižené demencí – Vážka [online]. Poslední revize 2006 [cit. 06. 04. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=574>

Exhibicionismus [online]. Poslední revize neuvědlena [cit. 13. 2. 2010]. Dostupný na WWW: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/exhibicionismus>

Charakteristika rezidenčního oddělení Vážka [online] Poslední revize neuvědlena 2009 [cit. 30. 3. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=575>

Chůze: vhodný pohyb pro každého [online]. Poslední revize 29. 9. 2006 [cit. 21. 03. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.tretivek.cz/200609/chuze-pohyb-vhodny-pro-kazdeho/>

Koncepce domácí péče [online]. Poslední revize 2006 [cit. 14. 2. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>

Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus [online]. Poslední revize 2007 [cit. 20. 3. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.muzikoterapie.cz/?p=obsah/clanky/zvuk-a-hudba-jako-prostredek-muzikoterapeutickeho-pusobeni-na-lidsky-organizmus>

Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené [online]. Poslední revize červen 2005 [cit. 28. 3. 2010]. Dostupný na WWW: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1762

Sociální služby – způsoby pomoci [online]. Poslední revize neuvědlena [cit. 9. 4. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

Spirituální potřeby seniorské populace v ČR [online]. Poslední revize neuvědlena. [cit. 2. 4. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.hospice.cz/hospice1/data/spirit.htm>

Statutární město Olomouc, Kluby pro seniory [online]. Poslední revize 1. 12. 2009 [cit. 9. 4. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.olomouc.eu/kpss/view.php?navezclanku=statutarni-mesto-olomouc-kluby-pro-seniory&cislocclanku=2007020120>

Rada vlády pro seniory a stárnutí populace chce využít informační a komunikační technologie v podpoře života v přirozeném prostředí, zaměřit se na Alzheimerovu chorobu a posílit mezigenerační soudržnost seniory [online]. Poslední revize 22. 4. 2009 [cit. 23. 4. 2010]. Dostupný na WWW:
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/8656/22042010.pdf>

Prameny

Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách. [online] Poslední revize 25. 1. 2009 [cit. 30. 2. 2010]. Dostupný na WWW:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf

Seznam příloh

Příloha č. 1: Krátká škála mentálního stavu (MMSE)

Příloha č. 2: Test hodin

Příloha č. 3: Maslowova hierarchie potřeb

Příloha č. 4: Model důstojnosti

Příloha č. 5: Ukázky pracovních karet pro trénování paměti u seniorů s demencí

Příloha č. 6: Barthelův test základních činností

Příloha č. 1

Krátká škála mentálního stavu (MMSE)

Používají hlavně neurologové a psychiatři k hrubému vyjádření stupně poruchy. Zkouška obsahuje základní orientaci v čase, místě a prostoru, schopnost vštípit si a vybavit 3 věci, jednoduché řečové a kresběné zkoušky. Pacient může dosáhnout maximálně 30 bodů, skóre 30 nebo těsně pod touto hodnotou se považuje za klinicky nenápadné.

Hodnocení:

Za každou správnou odpověď skórujeme 1 bod, za každou nesprávnou 0 bodů.

0–10 bodů:	těžká kognitivní porucha
11–20 bodů:	kognitivní porucha středního stupně
21–23 bodů:	lehká porucha
24 a více bodů:	norma

ORIENTACE

V čase

Kolikátého je dnes?	/ /
Který je nyní měsíc?	/ /
Který je rok?	/ /
Který je den v týdnu?	/ /
Které je roční období?	/ /
Skóre	/ /

V místě

V kterém jsme státě?	/ /
Ve které části státu jsme?	/ /
V kterém jsme městě?	/ /
Můžete mi říci jméno nemocnice, ve které jsme?	/ /
V kterém jsme poschodí?	/ /
Skóre	/ /

BEZPROSTŘEDNÍ VYBAVENÍ

Jablko	/ /
Stůl	/ /
Koruna	/ /
Skóre	/ /

Počet opakování /zakroužkovat/

Jablko	1	2	3	4	5
Stůl	1	2	3	4	5
Koruna	1	2	3	4	5

POZORNOST A POČÍTÁNÍ – SEDMIČKOVÝ TEST

Odečítejte od čísla 100 číslo 7. Přestaňte po pěti odečítáních.

93	/ /
86	/ /
79	/ /
72	/ /
65	/ /
Skóre	/ /

VYBAVENÍ

Jablko	/ /
Stůl	/ /
Koruna	/ /
Skóre	/ /

ŘEČ

Vyjmenování objektů:

Hodinky	/ /
Tužka	/ /
Skóre	/ /

Opakování

Opakujte po mě následující větu:

„Žádné kdyby, nebo, ale“ / /

Třístupňový příkaz:

Subjektu je podán arch papíru s příkazem:

„Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte ho na zem“

Papír vzatý do pravé ruky	/ /
Papír přeložený na polovinu	/ /
Papír položený na zem	/ /
Skóre	/ /

Čtení:

Subjektu je podán arch bílého papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči!“ Subjekt je vyzván, aby nápis přečetl a udělal co je napsáno. Skóruje se jako 1, když zavře oči.

/ /

Psaní:

Subjekt je vyzván, aby napsal jakoukoli větu. Věta musí mít podstatné jméno a sloveso. Věta musí být smysluplná. Správná gramatika není nezbytná.

/ /

Kopírování



Subjekt má co nejpřesněji okopírovat obrázek 2 protínajících se pětiúhelníků dle předlohy. Je třeba, aby bylo zachováno všech 10 úhlů obrazců a 2 úhly se musí protínat. Roztřesení a pootočení obrázku se nehodnotí.

/ /

Celkové skóre /maximální skóre 30/ / /

Příloha č. 1: Krátká škála mentálního stavu (MMSE)³²³

³²³ HERMANOVÁ, M., HERMAN, J., PROKOP, J., ROZMARÝMOVÁ, H., *Aktuální kapitoly z péče o seniory*, Brno 2008, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 49 – 50.

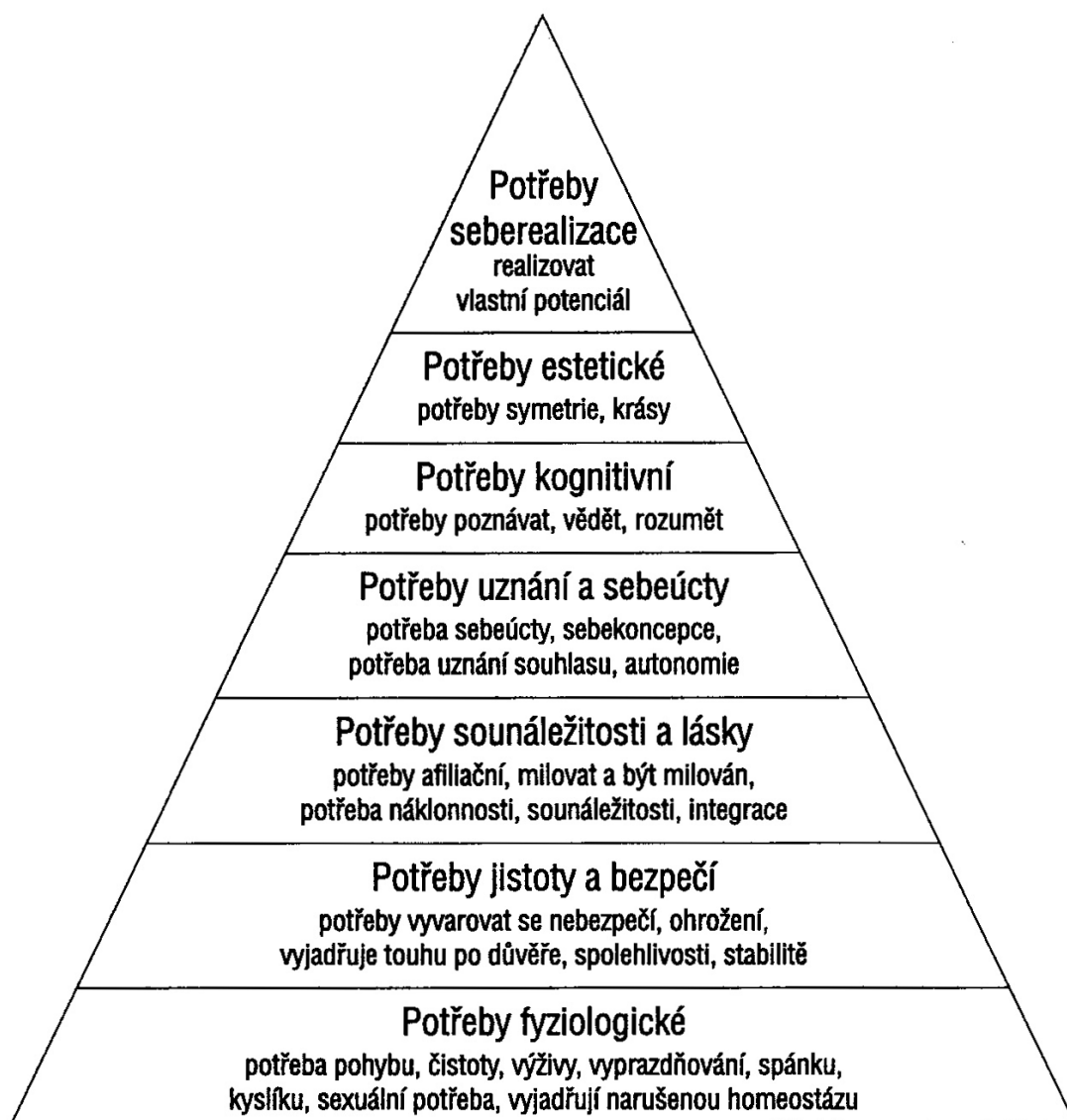
Příloha č. 2

Skóre	Popis	Příklady
1	Bezchybné provedení <ul style="list-style-type: none"> • číslice 1–12 ve správném pořadí i místě • dvě ručičky ve správné poloze 	
2	Lehká prostorová chyba ciferníku hodin <ul style="list-style-type: none"> • vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné • číslice mimo kruh • otočení papíru s otočením číslic • použití pomocných čar pro lepší orientaci 	
3	Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin <ul style="list-style-type: none"> • pouze jedna ručička • čas zaznamenán slovně „10 hodin 10 minut“ • čas vůbec nezaznamenán 	
4	Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné <ul style="list-style-type: none"> • nepravidelné mezery • zapomenutí čísel • perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 • záměna pravý-levý (čísllice proti směru) • dysgrafie – chybějí čitelné číslice 	
5	Těžká prostorová dezorganizace <ul style="list-style-type: none"> • jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 	
6	Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium) <ul style="list-style-type: none"> • žádný pokus zakreslit hodiny • ani vzdálená podobnost s hodinami • napsáno slovo nebo jméno 	

Příloha č. 2: Test hodin ³²⁴

³²⁴ HERMANOVÁ, M., HERMAN, J. PROKOP, J., ROZMARÝMOVÁ, H., *Aktuální kapitoly z péče o seniory*, Brno 2008, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 51.

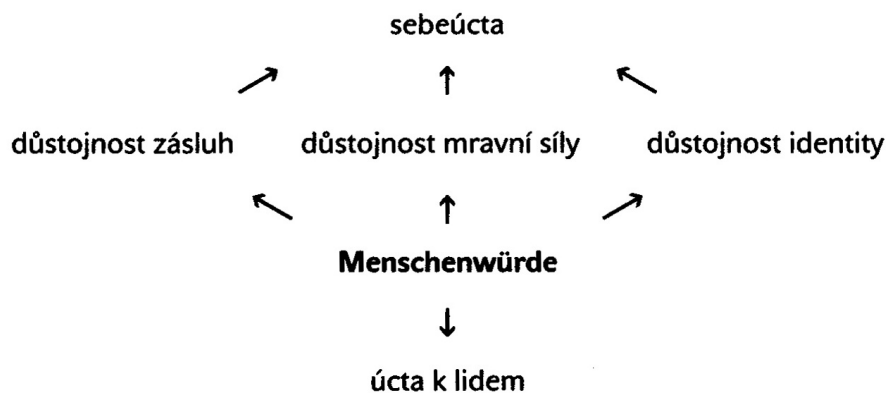
Příloha č. 3



Příloha č. 3: Maslowova hierarchie potřeb ³²⁵

³²⁵ TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno 2003, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 15.

Příloha č. 4



Příloha č. 4: Model důstojnosti³²⁶

³²⁶ *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*, Praha 2004, Cesta domů, s. 14.

Příloha č. 5

Doplňte druhou část známých přísloví:

Nemá na růžích



I mistr tesař

Slovo dělá

Mráz kopřivu

Jablko nepadá

Když se kácí les,

Příležitost dělá

Světská sláva,

Na hrubý pytel

Boží mlýny

Šaty dělají

Chytrost nejsou žádné

Kdo chce kam,

Nové koště

Zvyk je

Kolik řečí umíš,

Lepší prosba, nežli

Ve vínu je

Kdo dřív přijde,

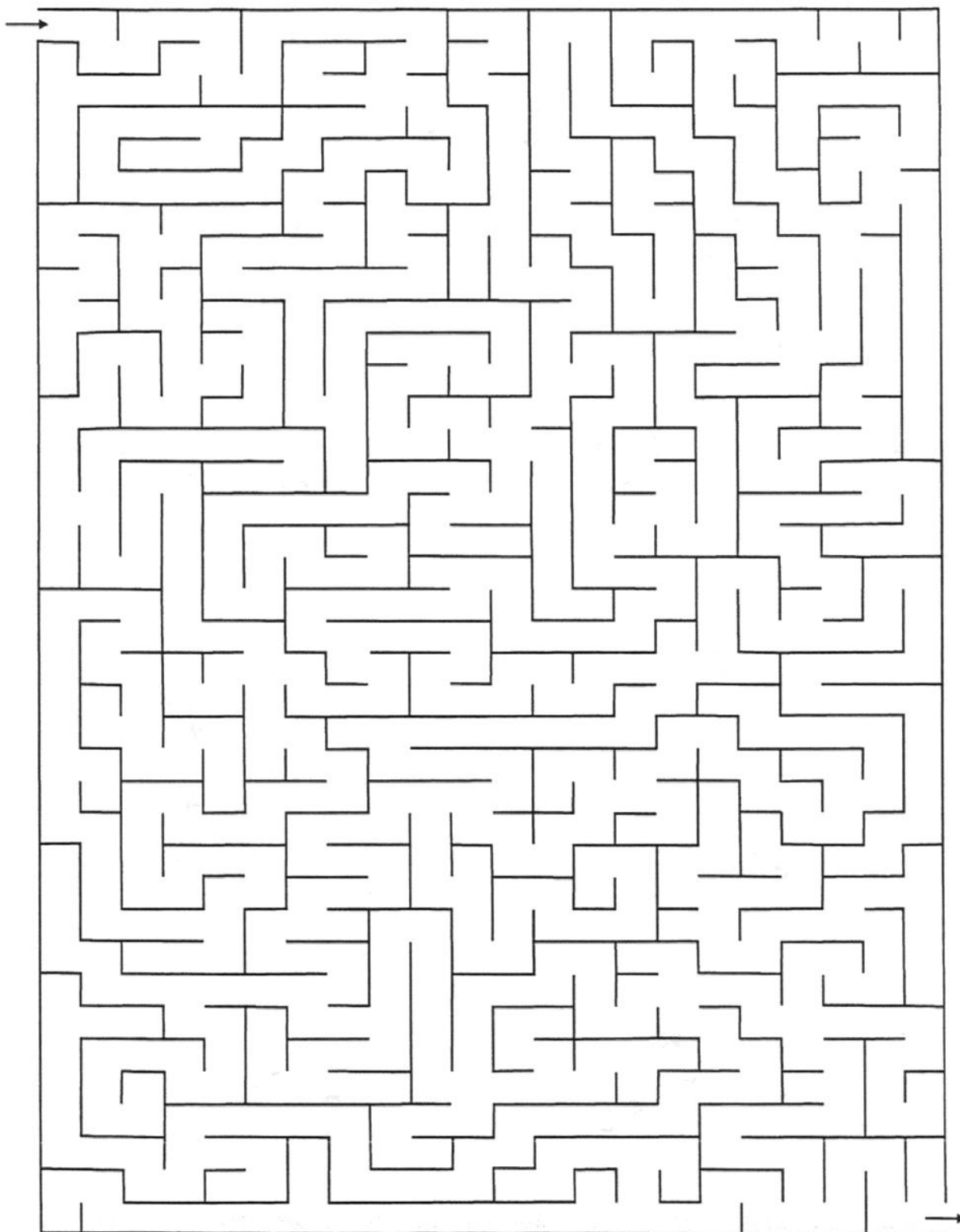
Prázdný sud

Dobrá rada

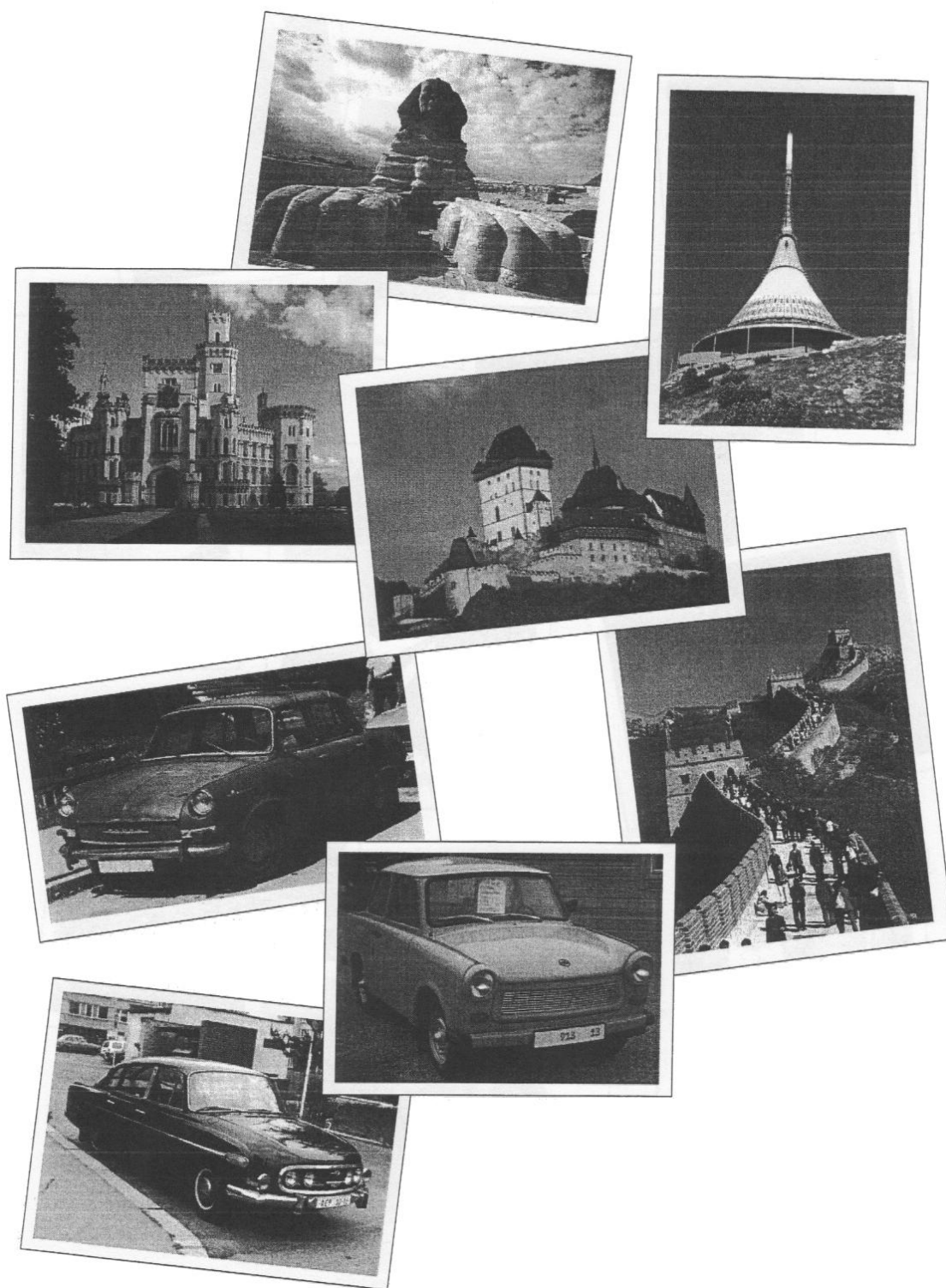
Naděje umírá

Někdo má rád vdolky,

Pokuste se najít cestu bludištěm, začátek a konec je vyznačen šipkami. Cestu vyznačte tužkou.



Určete, co je na fotografiích:



Příloha č. 5: Ukázky pracovních karet pro trénování paměti u seniorů s demencí³²⁷

³²⁷ HOLMEROVÁ, I., SUCHÁ, J., HORT, J., *Cvičte si svůj mozek 2*, Praha, rok neúveden, Pfizer, s. 5, 14, 17.

Příloha č. 6

<i>Činnost</i>	<i>Provedení činnosti</i>	<i>Bodové skóre</i>
najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomoci	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
Celkové skóre		
Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech		
0–40 bodů – vysoká závislost		
45–60 bodů – závislost středního stupně		
65–95 bodů – lehká závislost		
100 bodů – nezávislý		

Příloha č. 6: Barthelův test základních činností³²⁸

³²⁸ MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Praha 2006, Grada Publishing, s. 182.