

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2012 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Hana Štefáčková

Senioři se syndromem demence

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Helena Layerová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2012 - 2013

BACHELOR THESIS

Hana Štefáčková

Seniors with dementia syndrome

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Helena Layerová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 1. 3. 2013

Hana Štefáčková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Heleně Layerové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá v teoretické části problematikou stárnutí. Vymezuje pojmy *stárnutí* a *stařecké demence*. Vysvětluje rozdíl mezi stářím a demencí a popisuje jednotlivá stádia demence. Jedna z větších kapitol je věnována Alzheimerově nemoci a jejím typickým projevům, totiž poruchám paměti a řeči. Praktická část obsahuje kauzální analýzy získané z Domova pro seniory v Neratovicích..V závěru práce je popsán důležitý poznatek, jak ještě adekvátně hovořit a spolupracovat se seniory postiženými stařeckou demencí.

Klíčové pojmy

Adaptace, demence, kauzální analýzy.

Annotation

This bachelor thesis deals with aging in the theoretical part. It defines the concepts of aging and senile dementia. It explains the difference between old age and dementia and describes the various stages of dementia. One larger chapter is devoted to Alzheimer's disease and its typical failures of memory and speech. The practical part includes causal analysis obtained from the Home for the elderly in Neratovice. In conclusion, the thesis describes an important finding, how to speak and cooperate adequately with the elderly suffering from senile dementia.

Key words

Adaptation, Dementia, causal analysis.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1 STÁŘÍ	10
1.1 Stárnout – ano, ale moudře a dobře	10
1.2 Vymezení a biologie stárnutí	11
1.3 Odchod do důchodu	13
2 STAŘECKÁ DEMENCE.....	14
2.1 První varovné signály	14
2.2 Stadia demence	16
2.3 Stáří nebo demence?	18
2.4 Seznámení a přijetí diagnózy	19
2.5 Nemoci způsobující demenci.....	19
3 ALZHEIMEROVA NEMOC – NEJČASTĚJŠÍ	
 PŘÍČINA DEMENCE	22
3.1 Typické poruchy paměti u Alzheimerovy nemoci.....	22
3.2 Typické poruchy řeči u Alzheimerovy nemoci.....	23
3.3 Typické poruchy komplexních činností u Alzheimerovy nemoci	23
3.4 Jak pracovat s lidmi s Alzheimerovou nemocí	35
4 DALŠÍ TYPY DEMENCÍ.....	25
4.1 Vaskulární demence.....	25
4.2 Demence u Parkinsonovy choroby	25
4.3 Frontotemporální demence	25
4.4 Demence s Lewyho tělísky	26
4.5 Pickova demence	26
5 BEZPEČÍ SOBĚ I BLÍZKÉMU S DEMENCÍ.....	27
5.1 Správná mechanika pohybů	27
5.2 Přesuny.....	27
5.3 Polohování	27
5.4 Zvedání	28
5.5 Chůze	28
6 PŘIJETÍ PACIENTA S DEMENCÍ DO ZAŘÍZENÍ	29
PRAKTICKÁ ČÁST	
7 PRÁCE S BIOGRAFIÍ KLIENTA	31
7.1 Metody a cíle výzkumu.....	31
7.2 Biografie klienta č. 1 - pan Ladislav Vlachynský.....	31
7.3 Biografie klienta č. 2 - paní Olga Kalábová	49
ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	60
SEZNAM OBRÁZKŮ	61
SEZNAM PŘÍLOH	62

ÚVOD

Cílem bakalářské práce je poskytnout materiál pro pochopení psychiky seniorů v různých fázích stařecké demence a pochopit roli BIOGRAFIE jako pomocného instrumentu pro přímou péči. Na základě pochopení a porozumění seniora je možné poskytovat mu správnou a potřebnou péči.

Autorka pracuje jako sociální pracovnice v Domě pro seniory v Neratovicích. Svoji práci dělá velmi ráda. Smyslem sociální práce je snaha pomoci klientovi adaptovat se v novém prostředí a zároveň získat i jeho důvěru. Pro seniora je velmi obtížné opustit to, co celý život budoval, protože v domě pro seniory začíná znovu. Bohužel také tuší, že je to jeho poslední cesta a domov. Sociální pracovník při sociálním šetření získává důležité informace o klientovi a většinou vyslechne celý jeho životní příběh.

V rámci povinného vzdělávání měla autorka možnost se v loňském roce zúčastnit několika víkendů vzdělávacího kurzu „Práce s biografií klienta“. Považuje ho za nejlepší kurz, na kterém kdy byla. Získané poznatky ji totiž natolik inspirovaly, že se je bude snažit využít při zpracování bakalářské práce, která se bude zabývat problémem stařecké demence, typy demence, jejími příčinami a tím, jak se s takto postiženými lidmi pracuje. Přednášející lektorka na kurzu biografického modelu péče velmi často citovala slova profesora Böhma: *„Nejdříve pečuj o duši a potom o tělo“*. Při zamyšlení nad větou došla autorka k názoru, že je to výborná a pravdivá myšlenka a z hlediska péče o seniory je zcela zásadní. Právě senioři potřebují ze všeho nejvíc podpořit svoji duši, a pak teprve léčit bolavé klouby a další zdravotní komplikace. Ze své praxe ví, že nejvíc senioři touží po sociálním kontaktu, pohlázení, pochopení a vlídném slovu.

Ve své bakalářské práci se autorka bude snažit využít všechny získané informace a podle nich zpracovat biografii dvou klientů. Pro využití poznatků z biografie a použití následné péče je nejdůležitější analyzovat podrobně klientovo dětství, do kterého se klient po stupních demence zpět vrací. Pro nastavení kvalitní péče u člověka s demencí je potřeba znát mnoho informací z jeho života. Zpracovat biografii člověka je velmi časově náročné, protože při každém povídání objevujeme nové potřebné souvislosti. Výsledky zpracované biografie se odrážejí v lepší komunikaci mezi pacientem a jeho

pečovatelem. Všechny své poznatky z biografie se bude autorka snažit ve své bakalářské práci popsat, a to hlavně jak při práci s postiženým klientem jednat, co mu připomínat a zdůrazňovat, anebo naopak o čem s ním nikdy nehovořit. Zvolené téma je pro ni velkým přínosem pro práci a také další velkou životní zkušeností. Je ráda, že existuje efektivní způsob, jak se k takovým lidem humánně chovat a pracovat s nimi. Dalším příjemným zjištěním pro ni je, že Böhlm nehovoří o dementních lidech, ale o lidech se změněným způsobem chování. Pro autorku to byl další impuls, proč se věnovat právě tomuto tématu, neboť sama neuznává výrazy jako „ležák, placka, dement“ a další. Jsou to pro autorku pejorativní výrazy.

„Být šťastným a druhého učinit šťastným, to je úloha člověka.“ (Bolzano In: Křivohlavý, 2011, s. 135).

„Závěr života je tím nejkrásnějším úsekem života.“ (Bowling In: Křivohlavý, 2011, s. 136).

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

1.1 Stárnout – ano, ale moudře a dobře

Stárnutí se nikdo z nás nevyhne, ale jde o to jej přijmout jako dar a i tak s ním hospodařit. Dobře stárnout znamená i dobře žít. Stárnutí není záležitostí lidí, kteří dosahují vysokého věku, ale jedná se o něco, co se táhne celým životem. Zrání, růst osobnosti, integrace osobnosti nekončí tím, že člověk odchází do důchodu a přestává být zaměstnán. Integrace osobnosti se naopak může rozvinout i ve třetí fázi života. Některé mozkové buňky umírají, ale i v tomto období se rodí nové buňky a s nimi i nová nervová spojení v mozku. Díky tomu se lze ve starším věku něčemu novému naučit. V mozku se stále vytvářejí nová spojení, i v době staršího věku. Je potvrzeno, že ve třetí fázi života jsou lidé v průměru moudřejší a moudrost se stává nezávislou na inteligenci. Člověk se s moudrostí nerodí, ale získává ji během svého života. Ve třetí fázi životní cesty je úkolem osobnostně i kulturně zrát a dozrát v rozvinutou a ucelenou, úctyhodnou, harmonickou osobnost, která se ještě stále snaží podílet na kulturním dědictví a předávat jej dále. Nejšťastnější se prý cítí lidé, kterým je přes sedmdesát let. V této fázi života mají lidé volnější režim, protože jejich potomci žijí většinou již samostatným životem, nemají tolik povinností, kolik jich měli v době zaměstnání. S tím souvisí získání více volného času, se kterým mohou svobodně nakládat (Křivohlavý, 2011) .

Stárnutí není pouze biologické určení, ale je to kulturně konstruovaný pojem. Jeho obsah se v různých obdobích mění. Stáří se dnes používá pro určení sociálního věku v souvislosti s procesy stárnutí lidí, představ, věcí a dále jako označení závěrečného stavu života (Hojda, Ottlová, Prah, 2009).

Demografické a statistické údaje předpovídají prodlužování střední délky života. Na počátku století byla střední délka života 45-50 let. Nyní v ČR dosahuje u mužů 72 let a u žen 77 let. V některých vyspělých zemích je to ještě o 5 let více. Vyplývá z toho, že většina z nás se dožije vlastního stáří, ale také v něm ještě část svého života prožije. Na základě demografických projekcí je předpoklad snižování porodnosti

i úmrtnosti. To znamená zvýšení podílu osob 65 letých a starších během příštích 25 let. Prodlužování života je nepochybným úspěchem, ale demografické stárnutí přináší značné problémy pro společnost i samotné jednotlivce. Stáří je doprovázeno degenerativními a chronickými nemocemi, zhoršováním fyzické i psychické výkonnosti a u části populace také ztrátou soběstačnosti s potřebou péče a pomoci. Ze závažných a velmi častých onemocnění ve stáří jsou poruchy paměti a dalších intelektových schopností. Ty omezují soběstačnost a autonomii jedince a v posledních letech života ho zbavují i jeho lidství. Proto je dnes demence nejobávanější chorobou, která předstihuje i strach z maligních onemocnění. Většina maligních onemocnění je diagnostikována a léčena. U demencí je malé procento ze všech nákladů vynaloženo na diagnostický proces léčby. Ostatní finanční prostředky jsou spotřebovány na ošetrovatelskou péči (Topinková, 1999).

1.2 Vymezení a biologie stárnutí

První fáze života – mládí – od narození do dosažení dospělosti (0–30 let). Druhá fáze života – střední věk – doba dospělosti (30–65 let). Třetí fáze života – život v době důchodu (65–85 let). Čtvrtá fáze života – příprava na odchod (85 let a více). O těchto lidech se říká, že jsou dlouhověcí. Celý komplex biologických jevů formuje člověka v celém průběhu života. Stárnutí není jen chorobnou změnou, ale přirozeným biologickým pochodem, který probíhá v nezadržitelném toku vývoje. Stárnutí člověka začíná již početím (Křivohlavý, 2011).

Etapy a škola stáří podle J. A. Komenského má tři třídy. Do první třídy patří ti, kteří jsou na prahu stáří a mají za úkol zhodnotit, co dobrého vykonali, jaká práce za nimi stojí a bilancují svůj dosavadní život. V dnešní době se mohou přirovnat k věkové hranici 65–74 let. Druhá třída je pro ty, kteří nemají schopnost tvořit něco nového, ale musí ještě dokončit, co jim zbývá. Dají se přirovnat k dnešnímu věku 75 - 79 let. Ve třetí třídě se má učit správnému postoji k přicházející smrti. Velký učitel národů říkával, že není žádné umění zemřít, ale je velkým uměním dobře zemřít. Tvrdil, že celý život zemřít můžeme, ale ve stáří již musíme (Klevetová, Dlabalová, 2008).

„Změna uspořádání stále se prodlužujícího života by mohla obohatit život každého člověka. Potřeba prožít celý život aktivněji a tvořivěji je stále velmi silná.“
(Gruss In: Křivohlavý, 2011, s. 21)

„Větším překvapením než trvalé prodlužování průměrné délky života je však to, že tuto skutečnost stále větší množství lidí ignoruje. Tato nová situace však dává konkrétnímu člověku možnost, jak svůj dlouhý život tvořivě a flexibilně využít.“ (Gruss In: Křivohlavý, 2011, s. 21) Biologické stárnutí jsou změny organismu, které postihují orgány a tělesné tkáně. Neprobíhají u všech stejně, ale jsou determinovány genetickými dispozicemi a životním stylem. Nejvíce je ohrožen mozek – centrální řídicí orgán. Výška těla se ve stáří snižuje, ubývá kostní hmoty, meziobratlové ploténky se oplošťují a vysychají. Vazivo je méně pružné, v kloubech tuhnou chrupavky. Svalová hmota ubývá a tím dochází i k poklesu svalové síly. Pohyb je u starších lidí pomalejší, řidnoucí kosti se stávají křehčími, proto přibývá větší riziko úrazů a následných fraktur. Páteř se více ohýbá, proto se starý člověk hrbí. Činnost hladkých svalů plní svou funkci až do vysokého věku. K tomu všemu přispívá především životní styl, strava a pohyb. V cévách se ukládá tuk a vápník, proto dochází k jejich zužování a následné nedokrevnosti. Postiženy bývají hlavně věčité tepny dolních končetin a mozkové tepny. Funkce plic se také snižuje, přijímají méně kyslíku, protože pohyby hrudního koše jsou menší a klesá vitální kapacita plic. Srdce přečerpává menší množství krve, tepny se zvětšují a prodlužují, klesá jejich elasticita a tím je narušena regulace krevního tlaku. Trávicí systém snižuje množství šťáv, potrava se pomaleji vstřebává a rozkládá. Pružnost a kapacita močového měchýře se snižuje, také klesá tlusté střevo, což zapříčiňuje častou zácpu. Játra se slinivkou břišní jsou také méně výkonná. Dále dochází k poklesu pohlavní činnosti, ženy trpí poklesem dělohy, muži zbytněním prostaty. Ledviny mají sníženou koncentrační a očišťovací schopnost. Také klesá síla svalových svěračů kolem uretry. Inkontinence však nutně nepatří ke stáří, je důležité odborné vyšetření s návrhem řešení. Kůže ve stáří ztrácí svoji pružnost a ztenčuje se. Proto se tvoří vrásky, objevuje se zvýšená pigmentace, nebo naopak na některých částech těla pigmentace chybí. Klesá tvorba hormonů a obranného mechanismu. Snižuje se schopnost adaptace na nové životní podmínky. Přibývají poruchy spánku a dochází ke zhoršenému vnímání signálů z okolí pomocí smyslů. Zhoršuje se zrak, sluch, chuť i hmatové schopnosti. Prostředí, ve kterém senioři žijí, tyto faktory velmi ovlivňují. Senior se začne obávat situací, přestává si věřit, že by je ještě dokázal zvládnout. Většinou tvrdí, že se mu nikam nechce, než aby přiznal strach ze svého selhání. Proto se

u seniorů klade velký důraz na stabilní prostředí, ve kterém se dokáží orientovat a cítí se v něm dobře (Klevetová, Dlabalová, 2008).

1.3 Odchod do důchodu

Přechodem z druhé do třetí životní fáze něco končí a něco nového začíná. Změny se týkají vnějšího jednání, vztahů k druhým lidem, sociální komunikace, společenského statutu. Přechod ze zaměstnání do důchodu kdosi charekterizoval jako přechod z jedné místnosti do druhé. Existuje i ostřejší přirovnání, jako přestěhování do jiné krajiny. V každém případě je to velká změna. Mění se identita člověka, např. před odchodem do důchodu byl ve vedoucí pozici a lidé ho považovali za důležitého. Odchodem do důchodu je důchodcem, někým jiným. Důchod se nesmí brát jako ortel, ale jako příležitost pracovat na sobě a být člověkem hodným toho jména. Odchodem do důchodu se také často přerušuje osobní kontakt s mnoha blízkými lidmi. Lidé bývají přechodem do důchodu často překvapeni, že tam, kde žijí, bydlí i jiní lidé, které dříve jen míjeli, sotva se pozdravili. Nyní se s nimi začínají setkávat častěji. Nejprve se začínají zdravit, později společně prohodí nějaké slovo, poté se dají do delší debaty. Nastává zjištění, že i tito lidé mají své klady a zabývají se podobnými problémy. V důchodu se lidé zamýšlí nad tím, co by měli ještě dodělat, co ještě chybí, aby to bylo úplné (Křivohlavý, 2011).

2 STAŘECKÁ DEMENCE

Stárnutí není synonymem demence, ale pravděpodobnost onemocnění touto chorobou s přibývajícím věkem roste. Demence má vliv na kvalitu života nemocného, ale i na jeho pečovatele. Demence je skupina duševních poruch, charakteristická úbytkem paměti a intelektu jako důsledek onemocnění mozku. Je to syndrom, který v sobě zahrnuje další symptomy, a to nejen v oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je degradace duševních činností nemocného a ubývajících schopností běžných, denních aktivit končících ztrátou schopností samotné existence.

S prodlužováním délky života a poklesem porodnosti se urychluje proces stárnutí populace. S tím souvisí stoupající počet výskytu demence u lidí. Řadíme ji mezi organická mozková onemocnění, která mozkovou tkáň poškozují různým způsobem. Může se jednat o degenerativní proces. Kognitivní a další poruchy provázející demenci způsobují velké problémy v pracovním a společenském životě postiženého jedince a postupně ještě progredují. Demence je důsledkem chorobného procesu. Není normální součástí stárnutí. Vzácně se může již vyskytovat v dětství v důsledku agresivní cytostatické léčby. Pokud je porucha intelektu vrozeným původem, nejedná se o demenci, ale o oligofrenii (Holmerová a kol., 2007).

2.1 První varovné signály

Každý občas na něco zapomeneme a čím jsme starší, tím to bývá častější. Mírná zapomnětlivost je přirozenou a normální. Obtížné je najít hranici, kam až je to normální. Benigní zapomnětlivost je neškodná a ke stáří patří. Pro demenci platí obecný termín, který ji označuje jako celkový úbytek rozumových schopností a duševní bystrosti způsobený nemocí, nebo poraněním mozku. Nejčastěji to bývá Alzheimerova nemoc.

Varovnými signály jsou problémy s rozsahem pozornosti, s percepcí a koordinací pohybů, s řečovými schopnostmi, problémy s pamětí a s ovládáním emocí a problémy s racionálním uvažováním a úsudkem.

Mírná kognitivní porucha znamená jen zhoršenou paměť, kdy si člověk dokáže dobře poradit v každodenním životě. Tento stav se časem může zhoršit např.

na Alzheimerovu nemoc, ale také se výrazně zhoršit vůbec nemusí (Glennner a kol., 2012).

Mírná kognitivní porucha není demence. Je to lehčí a častější porucha paměti. Tento termín se používá k popsání mírných a měřitelných poruch paměti, nebo jiných kognitivních funkcí jako je rozhodování, soustředění, nebo orientace. Člověk s mírnou kognitivní poruchou mívá větší potíže s pamětí než odpovídá věku, ale nenaplnuje kritéria demence. Mírná kognitivní porucha nebrání v soběstačnosti a v každodenních aktivitách.

Rizikové faktory kognitivní poruchy jsou podobné jako pro demenci. Rizikovými bývá dědičnost, věk, onemocnění po cévní mozkové příhodě a úrazech hlavy, zvýšená hladina cholesterolu, vysoký krevní tlak, cukrovka, větší množství alkoholu, nedostatek mentální a fyzické aktivity.

U mírné kognitivní poruchy je nutná pravidelná kontrola lékaře či psychologa. V případě většího zhoršování paměti musí být nasazena včas odpovídající léčba (Holmerová a kol., 2007).

Dalšími varovnými signály, které mohou svědčit o demenci jsou:

Učení a zapamatování si nových informací. Člověk má potíže si vzpomenout na nedávné události, rozhovory, zapomíná jména a čísla, nesprávně ukládá předměty. Zvládání komplexních činností. Člověk má potíže s vedením účtu, s vařením složitějšího jídla, vzdává se koníčků a dřívějších zájmů.

Schopnost řešit problémy. V práci nebo doma není schopen předložit plán na řešení problémů, přestává dodržovat pravidla sociálního chování.

Prostorová orientace. Mívá potíže s přemísťováním věcí v bytě, postupně se ztrácí na neznámých místech, později i známých, má potíže s řízením automobilu.

Řeč. Dotyčnému dělá problém vzpomenout si na potřebné jméno nebo slovo, aby se mohl vyjádřit. Přestává sledovat konverzaci.

Chování. Vypadá pasivnější, podezřavější, méně vstřícný, rychleji se rozčílí, obtížně ovládá emoce, nesprávně interpretuje sluchové nebo zrakové podněty (Topinková, 1999).

Ve většině případů není známa příčina onemocnění, která vede k demenci. Může se vyskytnout v kterémkoliv věku, ale vzácně se vyskytuje před 60. rokem. Pokud se demence před tímto rokem vyskytne, jedná se často o dědičné onemocnění. Některé

studie prokázaly, že muži jsou častěji ohroženi demencí cévního původu a ženy jsou více ohroženy Alzheimerovou chorobou. Ta se prý častěji vyskytuje u lidí s vyšší úrovní vzdělání. Demence propukne asi u třetiny lidí, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu. Náchylnější k onemocnění jsou i lidé s onemocněním ovlivňujícím cirkulaci, jako je hypertenze, onemocnění srdce a cukrovka. Kuřáci mají vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění a tím i vyšší riziko vzniku demence. Lidé závislí na alkoholu mají vyšší riziko výskytu onemocnění demence. Zda má vliv na demenci konzumace malých pravidelných dávek alkoholu, zůstává stále předmětem zkoumání.

Poranění hlavy, jehož důsledkem je ztráta vědomí minimálně na 15 minut, se stává rizikovým faktorem pro výskyt demence. Protizánětlivé léky na revmatoidní artritidu a artrózu mají nižší riziko Alzheimerovy choroby. Lidé s depresemi mají 3–4 krát vyšší riziko výskytu demence. Lidé, kteří se pravidelně věnují společenským aktivitám, učí se novým věcem, luští křížovky a hlavolamy, řeší nové problémy, ale věnují se i třeba zahrádkaření, mají nižší riziko výskytu stařecké demence (Holmerová a kol., 2007).

2.2 Stadia demence

První stádium – syndrom počínající a mírné demence

V prvním stádiu je pacient relativně soběstačný, dokáže žít samostatně, ale potřebuje určité pomůcky, návody, cedulky, občasné zatelefonování, je potřeba mu připomenout návštěvu lékaře a podobně. V této fázi dokáže ještě pacient dobře vyjádřit, co si přeje a nepřeje. Nemocný často zapomíná na události, které se přihodily před krátkou chvílí. Zážitky z dřívější doby se mu v paměti vybavují dobře. Pamatuje si a je schopen přednášet i dlouhé básně, které se v mládí naučil. Postižení poruchou krátkodobé paměti si všímají, že jim paměť neslouží, jak by měla a reagují strachem, úzkostně nebo vztekle. Ve společnosti se necítí dobře, jsou nejistí, a tak se postupně redukuje jejich vztahy s příbuznými a známými. Záleží, do jaké míry postihne nemoc řeč, kdy nemocný hledá pojmy a slova a není schopen se vyjádřit. Nemocní se často špatně orientují v neznámém prostředí a při neočekávaných situacích. V první fázi onemocnění lze vhodně zvolenou léčbou pozastavit nebo zmírnit průběh celého onemocnění.

Druhé stádium – je charakterizováno potřebou nepřetržitého dohledu dopomoci při sebeobslužných aktivitách. Toto období bývá nejdelším. Trvá 2–10 let a pro ošetřujícího lékaře je nejnáročnější. Pacient se již špatně orientuje v prostoru, čase a nezvládá si poradit s některými sebeobslužnými činnostmi. U některých se vyskytuje pomočování, později i inkontinence stolice. Není v silách rodiny dlouhodobě o nemocného bez pomoci pečovat. Pacienti využívají denní centra, kam ráno přicházejí a odpoledne nebo večer odcházejí zpět do rodiny, kde jsou i přes víkend. Úlevou pro rodinu bývá krátkodobý pobyt v zařízení, ve kterém jsou schopni zajistit potřebnou odbornou péči pro nemocné. Při tomto postižení se pacient přestává orientovat i ve svém vlastním bytě, nebo neví, kde bydlí, nepamatuje si, jaký je den, nebo rok. Plete si současnost s minulostí, může se stát, že nepozná své nejbližší. V této fázi už není schopen číst, také se u něho mohou vyskytnout bludy a halucinace.

Třetí stádium – syndrom pokročilé demence

Pacienti v tomto stádiu onemocnění potřebují hlavně ošetrovatelskou péči. Mají omezenou schopnost komunikace, ale jsou schopni vnímat laskavý přístup pečujících. Na tomto principu jsou založeny všechny ošetrovatelské přístupy k lidem, kteří jsou postiženi demencí. Někteří lidé si bohužel myslí, že pacient, který už nepoznává ani své nejbližší členy rodiny, vlastně nic nepotřebuje. Je to právě naopak. Tito lidé právě potřebují kvalitní, laskavou péči a pomoc. Jsou schopni ještě rozpoznat vlídnost prostředí a tváře, které je obklopují. Také oni jsou schopni prožívat pocity štěstí a spokojenosti, které jsou asi trochu jiné než ty naše. Jsou ale stejně lidské a hodnotné. Nemocný pacient nepoznává příbuzné ani dobře známé předměty. V tomto stádiu není již soběstačný a potřebuje dohled a péči po celých 24 hodin. Pacient potřebuje především kvalitní ošetrovatelskou péči. V mozku dochází ke zničení některých mozkových buněk a jejich spojení – synapsí. S tím je spojen úbytek mozkové tkáně, nazývá se to mozková atrofie. V mozku se vytvářejí plaky, které obsahují látku anuloid, která i nadále ničí mozkové buňky. Všechny tyto změny poškozují neurony, ale i jejich spojení - synapse. Proto je znemožněna správná funkce mozku, která se navenek projevuje poškozením psychických funkcí, osobností pacienta, změnou chování a paměti (Holmerová a kol., 2007).

V terminálním stádiu je u demencí postižena celá osobnost. Nemocný se nedokáže o sebe postarat. Pacient bloudí a má halucinace, není schopen udržet moč, později i stolici – střevní inkontinence. Má potíže s polykacím reflexem, může mu to způsobit vdechnutí potravy nebo dušení. Pacient v této fázi většinou hubne, není schopen reagovat na podněty a uvědomovat si okolní dění (Glennner a kol., 2012).

Otázkou je také smrt a umírání v instituci. Pečující personál nesmí zapomínat, že má před sebou stále lidskou bytost, i když se jedná o pacienta v konečném stádiu demence. Ten si neumí skutečnost umírání kognitivně zpracovat, ale zpracovává ji na úrovni pocitové. Úplně stejně jako ostatní umírající prožívá strach, úzkost a smutek. Není schopen své pocity předat okolí srozumitelným způsobem. Pro umírajícího pacienta s demencí je nutné jako u jiných umírajících vytvořit bezpečné, empatické, důstojné a klidné prostředí (Holmerová a kol., 2007).

2.3 Stáří nebo demence?

Občas se v životě setkáváme s tím, že některá funkce našeho mozku začíná slábnout. Momentálně si nemůžeme vybavit správné slovo, nebo si nemůžeme vzpomenout na nějaké jméno. Věci, které jsme byli dříve schopni vykonat rychle a snadno, nám začínají trvat déle. K těmto jevům občas dochází v důsledku fyzického onemocnění, z nedostatku spánku, stresu, nebo deprese. Pokud pozorujeme trvale snižování základních funkcí mozku, začínáme uvažovat jestli, je to přirozený proces v důsledku stárnutí, anebo naopak varovný příznak onemocnění. Projev stárnutí mozku se označuje jako drobná senilní zapomnětlivost. Rozhodně to není drobnost, protože u některých jedinců může vést k velkému strachu. Ten může tento syndrom dále zhoršovat. Pro normální proces stárnutí je charakteristické, že obecná inteligence je nezměněna a logické myšlení se také nezhoršuje. Symptomy vážnější nemoci jsou problematictější než jednoduché vynechávání paměti. Hlubší příznaky ohrožují schopnost vykonávání běžné činnosti. Je to třeba zapomenutí smluvené schůzky, nebo si pustíme vodu na sprchování, ale jdeme se oblékat. Obtížně se učíme nové věci. Pokud se přestěhujeme, stále chodíme na původní adresu svého domova. Jsme závislí a máme strach opustit známé prostředí. Trpíme ztrátou zájmu o přátele a o jiné aktivity. Máme tendenci sedět jen u televize, či zírat do prázdna. Nechce se nám mluvit ani

komunikovat a máme větší potřebu spánku. Když se u člověka projevuje více těchto příznaků, je pravděpodobné, že se jedná o něco závažnějšího než o prosté stárnutí mozku. Je třeba si nechat udělat podrobné lékařské a neurologické vyšetření, zda se nejedná o nevyléčitelnou nemoc (Callone a kol., 2008).

2.4 Seznámení a přijetí diagnózy

Každý člověk má být informován o své diagnóze. Pacienta musíme šetrně seznámit s onemocněním, které mu způsobuje demenci. Je lepší, když se pacient o své nemoci dozví od lékaře, než když to zjistí z příbalového letáku od léku, který mu lékař předepsal. Pokud je pacient schopen, měl by se rozhodnout, koho dalšího bude o této nemoci informovat. Právě rodina a blízcí přátelé bývají jako první, kteří si povšimnou, že se s dotyčným děje něco závažného. Osoby s demencí mají často problém, že si nemoc nepřipouštějí, neuvědomují, nebo ji maskují. Po sdělení závažné diagnózy prodělají určitou krizi. Potřebují mnoho informací, ale také oporu a pomoc ze strany profesionálních pracovníků, ale i od známých a z širšího okolí. Pacient by měl dát průchod své nemoci, může truchlit, radit se s psychologem nebo vyhledat jiné lidi, kteří se ocitli ve stejné situaci. Pečující by se měli snažit vžít do situace nemocného, který se již nemusí umět dobře vyjádřit. Měli by ho podporovat a ujistit ho, že mu budou pomáhat, jak bude potřebovat. Pečující se musí snažit pochopit jeho pocity a věnovat pozornost emocím nemocného. Nemocný může reagovat jinak, než bylo doposud jeho zvykem. Pro okolí to může být velmi obtížné. Lidé s demencí by se měli stále zajímat o to, co je bavilo, měli by hledat i nové zájmy, zachovat si smysl pro humor a nestranit se společností. Musí se naučit přijímat podporu a pomoc. Používat kalendáře, poznámky a stanovit si cíle, které jsou dosažitelné. Nemocný se musí snažit procvičovat schopnosti a dovednosti, které mu jsou dosud zachovány (Holmerová a kol., 2007).

2.5 Nemoci způsobující demenci

Kromě demence, jejíž příčinou je Alzheimerova nemoc, existují i další typy demence, které se dají odhalit díky pečlivě provedené diagnóze. U jedné osoby se může vyskytovat více typů demence. Některé druhy se dají léčit. Více než polovina osob

s demencí trpí Alzheimerovou nemocí. Lidé, kteří trpí jinou chorobou, která způsobuje demenci, mají podobné příznaky jako lidé s Alzheimerovou nemocí. K neléčitelným progresivním typům demence patří:

- demence při Parkinsonově nemoci,
- vaskulární demence,
- frontotemporální demence a Pickova nemoc,
- demence s Lewyho tělísky,
- Creutzfeldt-Jakobova nemoc.

Nejčastějším a hlavním příznakem všech typů demence je zhoršení kognitivních funkcí. Vedle neléčitelných typů demence existují i léčitelné neprogresivní typy demence. Aby mohla být poskytnuta správná léčba, je důležité přesně stanovit diagnózu. Ke zdravotním potížím, které se mohou léčit patří:

Špatná výživa

U seniorů, kteří nemají nikoho, kdo by se o ně staral a jejich zdravotní stav je již špatný, se mohou objevit symptomy demence příčinou nedostatečné výživy.

Vedlejší účinky léků

Častým problémem je nesprávné dávkování předepsaných léků, anebo užívání několika podobných léků současně.

Snížená funkce štítné žlázy

Postižený má opuchlý obličej a oblast kolem očí, přibývá na váze, pomalu mluví a trpí zvýšenou citlivostí vůči chladu. Toto onemocnění se dá dobře léčit pomocí vhodné medikace.

Deprese

Lidé se cítí psychicky špatně, jsou apatičtí, nadměrně spí či mají poruchy spánku, trpí úzkostí, nebo jsou naopak uzavření. Jejich mozková tkáň není ale ve skutečnosti poškozena. Tento stav se jmenuje pseudodemence – zdánlivá demence.

Deprese bývá častá u všech typů demence, lze ji dobře léčit pomocí medikace.

Nedostatek vitamínu B12

Nemocný je bledý, slabý a ubývá na váze. Jeho tělo není schopno vstřebat vitamín B12 ze stravy, proto může vést jeho nedostatek ke zhoubné anémii. Léčí se podáním vitamínu B12 formou injekce.

Alkoholismus – forma poruchy paměti související s alkoholismem se nazývá Korsakovův syndrom

Alkoholismus může vést k závažným zdravotním problémům, dokonce i ke smrti. Často se pojí s depresí. Pokud postižený přestane alkohol konzumovat, stav jeho demence se může zlepšit, anebo alespoň se nebude zhoršovat (Glenner a kol., 2012).

3 ALZHEIMEROVA NEMOC – NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINA DEMENCE

Alzheimerova nemoc způsobuje v mozkové hemisféře progresivní odumírání nervových buněk. Vývoj této nemoci může trvat 8–20 let. Nemoc postupuje svým tempem a její zhoršení se neobjevuje u jednotlivců ve stejné formě, ale každý má jiné příznaky. Lidé s podezřením na Alzheimerovu nemoc podstupují mnoho vyšetření, aby se našel důvod, proč dochází ke změnám v jejich chování. Člověk s podezřením na tuto nemoc pociťuje velké obavy z budoucnosti. Postup nemoci může trvat několik let a lidé nakonec umírají na něco úplně jiného. Někdy onemocní rakovinou nebo selháním ledvin, anebo mají nemocné srdce. Alzheimerova nemoc se dělí do mnoha stádií. Nejdůležitější jsou rané, mírné a pokročilé (Callone a kol., 2008).

Pro všechny pacienty je typickým příznakem plíživý a nenápadný počátek onemocnění se zhoršováním duševních schopností. U nemocných, kteří onemocní před dosažením 65 let, je progresse rychlejší ve srovnání s nemocnými, u kterých nemoc propukla až po 75 roce věku. Individuální rozpětí přežití je 2–20 let. Postupně se u Alzheimerovy nemoci objevují první příznaky a potíže, jako je únava, podrážděnost, zapomnětlivost, zhoršená schopnost učení a nechuť pracovat pod časovým stresem. V tomto stádiu ještě nelze z klinických příznaků určit diagnózu. V časných fázích Alzheimerovy demence jsou patrné komplexní kognitivní poruchy postihující řeč, paměť a zrakově-prostorovou orientaci a později i praxi.

3.1 Typické poruchy paměti u Alzheimerovy nemoci

Časné známky – zapomíná na důležité rodinné události, opakovaně telefonuje, zapomíná jména, neví, kam co dal, dělá si poznámky a seznamy.

Rozvinutá nemoc – není schopen zapamatovat si schůzku, vytvořit ani používat seznam, zapomíná nedávné události a nepamatuje si tváře osob.

Pozdní fáze – žije v minulosti, nesprávně identifikuje členy rodiny a nepoznává obličeje blízkých, na konec ani svůj vlastní.

3.2 Typické poruchy řeči u Alzheimerovy nemoci

Časné známky – má občasné potíže najít správné slovo, jeho jazyk je méně bohatý a má zhoršenou plynulost řeči.

Rozvinutá nemoc – opakuje se, má velké potíže najít slovo v běžné konverzaci a potíže sledovat komplexní konverzaci. Jeho porucha v porozumění je větší, než se zdá.

Pozdní fáze – omezení slovní zásoby i porozumění řeči a ztráta schopnosti komunikovat.

3.3 Typické poruchy komplexních činností u Alzheimerovy nemoci

Časné známky – potíže při řízení automobilu, potíže při běžných domácích pracích, začíná se vyhýbat komplexním činnostem v domácnosti – velký úklid a má potíže při finančních investicích.

Rozvinutá nemoc – potíže při oblékání se správným pořadím oblečení, nesprávně provádí domácí činnosti a chybuje v řízení auta, neschopnost jakýchkoliv finančních investic.

Pozdní fáze – neschopen samostatné chůze, sám vstát z lůžka, neumí používat příbor, potřebuje pomoc při oblékání a koupání (Topinková, 1999).

Alzheimerova choroba se vyskytuje ve dvou podobách:

Vrozená familiární forma je velmi vzácná. Postihuje jedince, kteří jsou mladší 65 let a podezření na ni je v případě rodinného výskytu tohoto onemocnění. Jednotlivé formy vrozené choroby se liší genetickou změnou a dobou obvyklého počátku onemocnění.

Občasná sporadická forma má na svědomí většinu všech případů. Je to onemocnění typické pro vyšší věk. I u této formy se minimálně mohou vyskytnout dědičné vlivy. Tato forma onemocnění se vyskytuje u lidí až po padesátém roce věku.

Alzheimerova choroba není vyléčitelná a její progresi zpomalují inhibitory cholinesteráz a memantin. Přesná příčina onemocnění není stále zjištěna. V některých rodinách se ale choroba objevuje častěji než v rodinách, kde se ještě nevyskytovala.

Větší riziko onemocnění mají lidé po kraniocerebrálních poraněních, ale lidský věk je stále rizikovějším faktorem.

3.4 Jak pracovat s lidmi s Alzheimerovou nemocí

Během nemoci ubývají nervové buňky, ale některé funkce zůstávají zachovány ve všech stádiích nemoci. Naším úkolem je podporovat pacienta, aby mohl v rámci možností pokračovat v životě, který by měl mít stále smysl. Můžeme například:

- 1) prohlížet s nemocným staré fotografie a povídat si o nich. Zjišťujeme, co si nemocný pamatuje, jaké má pocity a na základě toho mu pomáháme oživovat jeho dlouhodobou paměť, když už krátkodobá paměť selhává;
- 2) necháváme nemocného popisovat objekty kolem domu, stimulujeme tak řeč a konverzujeme s ním v jeho mateřském jazyce. Zabavujeme ho tím, že s ním hrajeme různé hry;
- 3) věnujeme se aktivitám a činnostem, které se naučil ještě před tím, než byl mozek poškozen. Na tyto aktivity, jako je malování, zahradničení, fotografování ad., mu vyhradíme delší čas. To, co se pacient naučil v raném věku, většinou přetrvává během celé nemoci;
- 4) požádáme jeho známé, aby mu často telefonovali, nebo ho vzali na jeho oblíbená místa, anebo s ním chodili na procházky, aby neztrácel sociální vazby;
- 5) tolerovat fakt, že v rozhodování a logickém myšlení se budou objevovat nepříjemné okamžiky, je ale třeba přijmout taková opatření, abychom zajistili nemocnému bezpečnost;
- 6) zajistit bezpečná místa k projížděnkám autem, k procházkám a stimulovat jeho pohyb hraním her;
- 7) poslouchat hudbu, na svátky zdobit dům, prostírat stůl a zajistit hezké prostředí, které udržuje smysly v činnosti;
- 8) ve větší míře podporujeme jeho samostatnost, působíme jako obhájce a nemocnému zajišťujeme útočiště (Callone a kol., 2008).

4 DALŠÍ TYPY DEMENCÍ

4.1 Vaskulární demence

Vaskulární demence je druhou nejčastější příčinou demence po Alzheimerově chorobě. Toto onemocnění nemá typický ani uniformní klinický obraz, ale má některé společné rysy. Dlouho bývá zachován úsudek a náhled. Vyskytuje se zhoršení intelektových funkcí a kognitivní funkce se zhoršují nerovnoměrně. Typické pro toto onemocnění je záchvatovitý smích nebo pláč, emoční labilita, deprese, zastřené vědomí, delirium, sobectví a vztahovačnost.

4.2 Demence u Parkinsonovy choroby

Větší riziko rozvoje demence mají nemocní s Parkinsonovou chorobou. Klinický obraz se u jednotlivců liší. Dochází k poruše myšlení, paměti, zpomalování řeči, plánování, řešení problémů a organizování. U některých lidí dochází k náhlým výbuchům vzteku a agresivity. Někteří mají halucinace, které jsou způsobeny samotným onemocněním, ale mohou se objevit i v důsledku léčby Parkinsonovy choroby. Demence výrazně zhoršuje prognózu této nemoci.

4.3 Frontotemporální demence

Je charakteristická postižením frontálních a temporálních laloků mozku. Jsou to oblasti, které odpovídají za chování, řeč a emotivitu. Často se podobné onemocnění vyskytuje v rodinné anamnéze. Onemocnění začíná poruchou chování, pak teprve začíná být narušena paměť. Lidé s tímto onemocněním se chovají neadekvátně ve společnosti a toto chování je doprovázeno rozpačitými poznámkami.

Jsou netrpěliví, hrubí, časté jsou poruchy sexuálního chování, které se stává nevhodným a nepřiměřeným. Mohou být agresivní, ale někteří jsou naopak ulpínaví. Na své onemocnění nemají náhled. Příliš se přejídají, pokud mají dostupný alkohol, rádi ho konzumují a nesmyslně utrácejí.

4.4 Demence s Lewyho tělísky

Tato demence má některé společné znaky Alzheimerovy i Parkinsonovy choroby. Onemocnění má rychlý začátek, ale poté se stav pacienta může i na několik let stabilizovat. Klinický obraz kolísá v průběhu dnů a dokonce i hodin. U onemocnění jsou výrazné změny koordinace pohybů, zpomalení, šouravá chůze, svalová ztuhlost, třes, slabý a relativně vyšší hlas. Lidé postiženi touto chorobou trpí často prostorovou dezorientací, ale jejich paměť může být relativně zachována. U onemocnění se objevují náhlé a neočekávané pády způsobené celkovou nevůlí, slabostí a svalovou slabostí končetin. Lidé trpí nálehavými zrakovými halucinacemi, mají neklidný spánek a těžké a divoké sny. Onemocnění začíná ve věku 50-80 let a trvá přibližně 7 let. V posledních letech byl díky lékům prokázán příznivý efekt, který onemocnění zpomalí.

4.5 Pickova demence

U postižených bývá málokdy diagnostikována, často je považována za Alzheimerovu chorobu, protože je jí v mnoha rysech podobná. Pacienti si často stěžují na deprese, zapomínání a náhlé změny nálad. Stává se, že kognitivní funkce (paměť a myšlení) zůstávají dlouhou dobu nepostiženy. Obraz jednotlivých případů je rozmanitý, ale vyskytují se zde společné charakterizující rysy (Holmerová a kol., 2007).

5 BEZPEČÍ SOBĚ I BLÍZKÉMU S DEMENCÍ

5.1 Správná mechanika pohybů

Své tělo používáme tak, abychom při zvedání či přemísťování předmětů nebo pomoci druhé osobě se vstáváním z postele neublížili. Důležité je správné držení těla, rovnováha a schopnost využívat nejsilnější svaly. Musíme chránit svou páteř a svaly dvojnásob, když pečujeme o člověka s postižením. Správná tělesná mechanika nám šetří síly a zabraňuje úrazům při tahání, zvedání předmětů nebo posunování, anebo při asistování nemocnému. Při správném držení těla držíme hlavu zpříma, ramena dozadu, vypnutá hrud', rovná záda, napnuté břišní svaly a zatáhnuté hýždě. Když máme tělo ve správném postavení, zvětší se kapacita plic, proto se nám lépe dýchá, tělo je v rovnováze a chráněno před nadměrnou zátěží svalů a před zraněním. Zlepší se krevní oběh, funkce ledvin a zažívání.

5.2 Přesuny

Přesuny se rozumí, když někoho přemísťujeme na jiné místo a do jiné polohy. Pokud má nemocný jednu stranu těla slabší, plánujeme pohyb tak, aby silnější strana byla vždy vpředu. Při přesunech posuzujeme, zda nebude bezpečnější použít pomocný pás. Zajišťujeme, aby postel, židle nebo invalidní vozík stály pevně na místě, a aby nedošlo k překlopení vozíku. Vozík vždy musíme zabrzdit, potřebujeme dostatek prostoru a je také nutné zkontrolovat okolní prostředí, jestli nám nebrání nějaký předmět v cestě.

5.3 Polohování

Polohování znamená, že nemocnému pomůžeme do prospěšnější a pohodlnější tělesné polohy. Pokud je některá část těla dlouho vystavena nadměrnému tlaku, může to vést ke zpomalení krevního oběhu. Správné polohování přispívá k pocitu duševní pohody a pohodlí. Změnou polohy předcházíme svalové ztuhlosti a vzniku proleženin.

Vzniklé proleženiny jsou nebezpečné, protože se obtížně hojí. Při polohování se hodí polštáře, které nemocnému poskytují oporu. Pomohou také polohovací pomůcky, jako je sedák do vozíku pro invalidy, zádová opěrka, nebo jiné pomůcky, které napomáhají správnému postavení těla a předcházejí komplikacím, které jsou zapříčiněny nesprávnou polohou.

5.4 Zvedání

Když někoho zvedáme, musíme odhadnout zátěž, zkontrolovat základnu opory, stát čelem k tomu, co zvedáme, pokrčit kolena a v první fázi zvedání stáhnout břišní svaly.

5.5 Chůze

Pravidelná chůze přispívá ke zmírnění stresu, posílení svalstva a plic. Vždy je třeba nemocnému zajistit při pohybu bezpečí. Nemocný musí mít vhodnou obuv s protiskluzovou podrážkou a zavázané tkaničky. Na cestě nesmí být nepořádek nebo něco, o co by nemocný mohl zakopnout. Venku si všímáme prasklin a hrbolů v chodníku, větví, kamenů a nečekaných schůdků. Pro lepší stabilitu držíme nemocného za paži a když narazíme na cestě na nerovnosti, chůzi zpomalíme. Pokud používá nemocný hůl nebo chodítko, dbáme na to, aby je vždy správně používal. Chrání ho proti pádům a namožením svalů (Glenner a kol., 2012).

6 PŘIJETÍ PACIENTA S DEMENCÍ DO ZAŘÍZENÍ

Změna prostředí a zejména přijetí pacienta do vhodného zařízení, vzbuzuje obavy a pocit strachu. Pro postiženého demencí je přijetí do zařízení vnímáno přímo jako kritická situace. Klient nového zařízení si musí zvyknout na zcela jiné podmínky, než na jaké byl zvyklý doposud. A to v situaci, kdy jsou jeho duševní schopnosti a schopnost se adaptovat výrazně omezeny. Na příchod do zařízení je potřeba klienta systematicky připravovat. Ještě před nástupem do zařízení by se měl seznámit s jeho chodem a pracovníky. To platí hlavně u dlouhodobých pobytů. Nový klient by měl být vlídně přijat. Musí se včas seznámit se všemi, co mu budou poskytovat péči. Všichni členové týmu musí být seznámeni s pacientovou anamnézou a s jeho potřebami. Seznámení klienta se zařízením a jeho zaměstnanci, ale také ostatními obyvateli domova, musí být věnována velká pozornost. Společenské návyky a chování přetrvávají ještě dlouho i ve stádiu pokročilé demence. Proto je dobré a užitečné podporovat tyto dovednosti pro další komunikaci.

Pro nového klienta je základem péče příjemný, dobrý a úspěšný vstup do zařízení. Opakem je nedobrovolný a nepříjemný vstup do nového zařízení, kdy to může vyústit v agresivní chování nově příchozího klienta s demencí.

Posilování soběstačnosti je nejlepším a nejúčinnějším způsobem k zachování soběstačnosti a i ke zlepšení sebevědomí a kvality života lidí s demencí. Tito lidé potřebují hlavně radu, dohled a pomoc při vykonávání sebeobslužných aktivit. Přesto není dobré klientům příliš pomáhat, nebo dokonce některé činnosti za ně vykonávat. Důležité je zachování schopnosti sebeobsluhy. Lidé s demencí potřebují pro sebeobsluhu mnohem více času než ostatní. Pomocná péče personálu se nesmí prezentovat jako autorita, která neumí naslouchat, ale musí být podporující a ohleduplná.

Staří, dementní lidé potřebují pravidelnost a jednoduchost, která se opakuje. Potřebují mít přehledné prostředí a vědět, kde své věci snadno a rychle najdou. Pomáhají jim poznámky a vhodné pomůcky, kterými se dá kompenzovat porucha paměti. Když dojde k nějaké změně v prostředí, je nezbytné klientovi vše trpělivě a pečlivě vysvětlit. To platí i pro nové členy pečujícího týmu, kteří se musí klientům představit.

I lidé s demencí mají potřebu porozumět tomu, co se v jeho okolí děje. Pečující personál se musí snažit, aby se pacienti co nejméně potkávali s neznámými lidmi, které jim nedokáže nikdo představit. Zátěžové jsou pro ně i nepředvídatelné situace. Nemocní lidé postižení demencí by se v zařízení měli zapojit do aktivit, které odpovídají jejich věku. V žádném případě by to neměly být dětinské hry a činnosti. Všechny aktivity musí být přizpůsobeny možnostem pacientů s demencí. Musí být také zabráněno tomu, aby v aktivitách selhávali, a tím byli ještě více stresováni. I v pokročilém stádiu demence je potřeba mít radost z úspěšně vykonaného úkonu, nebo ze setkání s milým člověkem, ale i z pěkného prostředí. Bohužel je smutné, že v dnešní době některé domovy důchodců, psychiatrické léčebny a léčebny pro dlouhodobě nemocné neodpovídají vybavením ani svým přístupem specifickým potřebám pacientů s demencí, kteří trpí poruchou chování a agresivitou. Personál některých zařízení nemá často potřebné zkušenosti a znalosti problematiky chování pacientů s demencí. Problém mají i zkušené sestry na psychiatrických odděleních, které nejsou příliš připraveny na zvládání agresivity pacientů s demencí. Také neznalost přístupů managementu k agresivním pacientům vede ke stresu zaměstnanců, kteří nemohou být se svou prací náležitě spokojeni.

Je důležité, aby byli pracovníci v zařízeních připraveni a obeznámeni problematikou chování pacientů s demencí, aby dokázali porozumět důvodům a momentům v jejich chování, a aby byli také schopni nalézt možná individuální řešení a individuální přístup. Výsledkem je vytvoření prostředí, které bude schopné přijímat klienty a poskytovat péči bez problémů a komplikací (Holmerová a kol., 2007).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 PRÁCE S BIOGRAFIÍ KLIENTA

7.1 Metody a cíle výzkumu

Cílem bakalářské práce je poskytnout materiál pro pochopení psychiky seniorů v různých fázích demence a pochopit roli BIOGRAFIE jako pomocného instrumentu pro přímou péči.

V této práci autorka použila jako výzkumnou metodu kauzální analýzu. Kauzální analýza se zabývá pouze příčinnými vztahy, na rozdíl od vztahové analýzy, která se zabývá jakýmkoliv vztahy a vazbami. Kauzální analýza postihuje příčinné souvislosti mezi jevy. Je schopna identifikovat příčinu a účinek, nebo následek a odhalovat, proč k něčemu došlo. Jsou to příčinné kauzální vazby. Vůči ostatním druhům analýz stojí kvalitativně nejvýš, protože umožňují odhalování příčin a následků, objevování něčeho nového a nalézání příčinných souvislostí (Barták, 2008).

7.2 Biografie klienta č. 1 - pan Ladislav Vlachynský

DĚTSTVÍ

Pan Vlachynský se narodil 26. 4. 1925 v malém venkovském domečku ve vesnici Babice u Uherského Hradiště. Rodiče mu říkali „Vlad“o“.

Obrázek 1: Rodný dům p. Vlachynského



Zdroj: fotoalbum klienta

Pan Vlachynský je nejstarší z pěti sourozenců. Jeho bratři se jmenovali František, Petr, Josef a Antonín. Pan Vlachynský se staral o své mladší sourozence. Když měl přijít na svět jakýkoliv z bratrů, cituji: „Lítal jsem jak střelený, jelikož mě porodní bába uháněla kvůli věcem pro maminku k porodu.“ Vždy, když už se bratr klubil na svět, byl vyhozen za dveře.

Obrázek 2: Svaté přijímání p. Vlachynského



Zdroj: fotoalbum klienta

Ve třetí třídě chodil na svaté přijímání (na fotografii vpravo dole). Pan Vlachynský poté chodil ministrovat a chodil velmi rád, jelikož byl za to přivýdělek, jak říká pan Vlachynský: „Je mi to blbé říct, ale nejvíce byly placené pohřby“. Ty byly za 1 Kč, křty byly za 50 haléřů. Poté začal chodit biřmovat.

Jelikož byl nejstarší z dětí, byl často velmi zaneprázdněn, musel vozit své bratry v kočárku a uspávat je. „*Tatínek jednoho dne dostal starý kočár, kolečka to mělo kovové a byl odpružený. Moc pěkný byl,*“ vzpomíná na něj pan Vlachynský.

Jak šel čas kupředu a pan Vlachynský byl stále starší, práce mu na vesnici přibývala. Každou středu měl ale volno, aby pobyl s kamarády. Už jako malý kluk chodil s tatškou do lesa. Vždy ho otec vzal na kolo, na rám nebo na zadní nosič a vyráželi do lesa kopat pařezy. Otec pana Vlachynského měl na starosti celý les. Staral se, aby byl čistý a vhodně upravený. To vše kontrolovala polesná, která otce i pana Vlachynského vždy uměla ocenit tím, že dostali „výborné buchty“. Rád na to vzpomíná.

Obrázek 3: Milovaní rodiče p. Vlachynského



Zdroj: Zdroj: fotoalbum klienta

Maminka pana Vlachynského uměla také výborně vařit a v sobotu pekla výborné buchty. Vždy měla doma v kredenci, schovaný a uzamčený pod zámek, velký chléb se sádlem. Rodina dostávala vždy k obědu veliký krajíc chleba s dobrým sádlem.

Pan Vlachynský v 7 letech nastoupil do obecné školy v Huštěňovicích u Uherského Hradiště.

Obrázek 4: Huštěňovice



Zdroj: fotoalbum klienta

Na školu má velmi dobré vzpomínky. Dobře se učil a ve škole zažil plno klukovin.

Nosil do školy tabulku s uhlíkem a měl lýkovou brašnu na učení. Vždy, když byl otec v práci, tak jako malý kluk mrsknul tašku do kouta a ihned utíkal ven zahrát si s kamarády kopanou.

V deseti letech si chodil se spolužáky a kamarády přivydělávat na hony. Když sedláci postříleli zvěř, mladí hoši dávali zvěrstvo na hromadu a dostávali od sedláků 50 haléřů za výpomoc.

Za přivýdělků si kupovali za 15 haléřů cigára a jak sám pan Vlachynský říká: „Kouřili někde za křovím“. Ale cigarety mu neříkají dodnes nic. Ještě si kupovali jako kluci čokoládu jménem Maryša, která stála 20 haléřů, a byla velmi dobrá.

Také jako mladý kluk měl rád poutě, na které chodil převážně s otcem. Vždy musel být všude jako první. Pamatuje si na malá zrcadla, které v té době stáli 50 haléřů. Po zakoupení s nimi obdarovávali mladé dívky. Vždy jezdil do Velehradu a každého 26. červenec byla pouť sv. Anny v Babicích a na tu se moc pan Vlachynský těšil, protože nemusel nikam daleko.

Soboty a neděle byly pro děti a otce výjimečné, jelikož tatínek bral syny podle velikosti k řece Moravě, kde se „vysvlékli“ a koupali se. Na to i na celé krásné dětství moc rád vzpomíná.

Obrázek 5: U řeky Moravy



Zdroj: fotoalbum klienta

30. léta byla pro pana Vlachynského i jeho otce těžkým obdobím. Tatínek měl práci ve Zlíně, kam dojížděl, a ještě pracoval na Baťově kanále. Byla to hrozná dřina, protože vše museli kopat holýma rukama.

Obrázek 6: Pracoviště ve Zlíně



Zdroj: fotoalbum klienta

Obrázek 7: Způsob přepravy



Zdroj: fotoalbum klienta

Pan Vlachynský chodil za tátou na pracoviště a vždy mu donesl svačinu. Tatínek se syna pravidelně zeptal: „Už jsi měl oběd?“ Pokaždé se o kousek krajíce chleba společně rozdělili.

MLÁDÍ

Pan Vlachynský neměl pro volbu povolání svobodné rozhodnutí. Jeho volbou povolání by byl obor „Obchodní područník - prodavač“. Bohužel jeho otec pracoval

jako zedník, musel tedy jít v jeho stopách. Po vyučení vystudoval Obchodní průmyslovou školu.

Povinnosti v té době měl doma jako každý jiný starší syn. Vyváděl kozy na pastvu, staral se o bratry a snažil se být nápomocný ve všem, co to šlo.

Největším „vzorem do života“ byl pro něj jeho otec, jelikož toho hodně dokázal a moc ho naučil.

Obrázek 8: Otec pana Vlachynského



Zdroj: fotoalbum klienta

DOSPĚLOST

Pan Vlachynský pracoval ve Fatře Napajedla jako dělník – gumař. Zde pracovala i jeho budoucí žena.

V roce 1946 nastoupil na Úhelnou brigádu „Baťa Zlín“. Na rozloučenou na konci brigády dostali všichni zúčastnění na památku brožuru. Pan Vlachynský do ní přispěl svým článkem „Brigádník vypravuje“.

Obrázek 9: Ukázka z brožury



Zdroj: fotoalbum klienta

Rok 1947 byl dle pana Vlachynského krásný i krutý. Oženil se, čekala ho ale také vojenská služba.

Dříve než nastoupil základní vojenskou službu, proběhla svatba, a to v sobotu dne 7.6.1947. Na svatební hostině bylo asi 115 svatebčanů.

Obrázek 10: Manželé Vlachynští



Zdroj: fotoalbum klienta

Obrázek 11: Svatební fotografie



Zdroj: fotoalbum klienta

Obrázek 12: Dům novomanželů



Zdroj: fotoalbum klienta

Po svatbě, končila válka a pan Vlachynský nastupoval v říjnu 1947 do základní vojenské služby v Žilině. Postupem času byl jmenován četařem.

Obrázek 13: Nástup na vojnu



Zdroj: fotoalbum klienta

Obrázek 14: Základní vojenská služba



Zdroj: fotoalbum klienta

Po vojenském výcviku 29. září 1949 dokončil vojnu. Místo domů jel rovnou do nemocnice, kde se narodil jeho první syn Ladislav. Do porodnice přišel s kytkou asi za 5 korun. Hrozně se za to styděl.

Obrázek 15: Syn Ladislav



Zdroj: fotoalbum klienta

Obrázek 16: Rodina pana Vlachynského



Zdroj: fotoalbum klienta

Druhý syn Josef se narodil v roce 1952.

Obrázek 17: Druhý syn Josef



Zdroj: fotoalbum klienta

Obrázek 18: Děti a rodina Vlachynských



Zdroj: fotoalbum klienta

Volný čas s manželkou Maruškou a syny trávili společnými procházkami, jezdili na výlety, lyžovali na horách. Byli to nezapomenutelné chvíle.

Obrázek 19: Výlety



Zdroj: fotoalbum klienta

V roce 1949 vystoupil pan Vlachynský z církve. Roku 1952 byl pro rodinu komplikovaný stěhováním z Moravského Slovácka do Prahy. Nabízely se jim tam lepší pracovní příležitosti.

Obrázek 20: Manželka se synem a dědečkem



Zdroj: fotoalbum klienta

Obrázek 21: Manželka se syny



Zdroj: fotoalbum klient

Obrázek 22: Rodinné foto z roku 1965



Zdroj: fotoalbum klienta

Rodina bydlela v Praze, pan Vlachynský nastoupil do práce jako předseda Národního výboru v Praze 6–Suchdole. V té době tam bylo velmi málo pracovníků (viz obrázek 23). V současné době tam pracuje asi 32 lidí. Dodnes obyvatelé Prahy 6 poznávají pana Vlachynského na ulici a pokaždé ho pozdraví a poděkují za věci, o které se tam zasloužil. Nechal tam postavit novou mateřskou školku, postavilo se za jeho působení mnoho nových bytů pro lidi a další. Práce předsedy ho naplňovala, protože se mu dostávalo zpětné vazby. Pan Vlachynský na práci rád vzpomíná, rád pracoval s lidmi.

Obrázek 23: Kolegové pana Vlachynského



Zdroj: fotoalbum klienta

V dubnu r. 1972 pan Vlachynský oženil svého syna Ládíka, kterého bohužel ve 33 letech postihlo závažné onemocnění očí a následně slepnul.

Obrázek 24: Svatba syna Ládíka a jeho nevěsty Dáši



Zdroj: fotoalbum klienta

Obrázek 25: Synova svatba



Zdroj: fotoalbum klienta

Rok 1981 byl pro pana Vlachynského velmi těžký, jelikož mu zemřel jeho veliký vzor, otec. Více se o té době bavit nechce, dodnes je to pro něj velmi bolestivé.

Jeho maminka zemřela za dva měsíce po tatínkovi. Na rok 1981 nerad vzpomíná, byl to nejošklivější rok jeho života.

Obrázek 26: S manželkou Maruškou



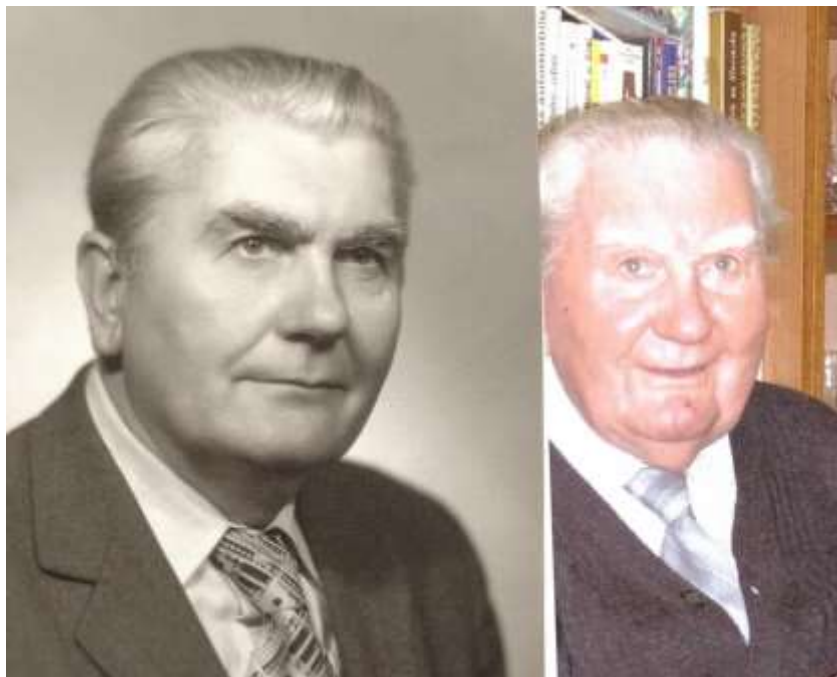
Zdroj: fotoalbum klienta

STÁŘÍ A SOUČASNOST

V roce 1986 pan Vlachynský odešel do důchodu. Moc se do něj těšil, protože po smrti rodičů a odchodu synů z domova ho život už tolik netěšil. Cítil na sobě stárnutí a ubývající síly. Časem mu zemřela i manželka a pan Vlachynský se přestěhoval do bytu v Praze 6. Několik let v něm žil sám až do podzimu 2012, kdy nastoupil do Domova pro seniory v Neratovicích. Do té doby se o sebe staral sám, jen větší nákupy mu vozila rodina. Na obědy docházel do závodní jídelny, byl to pro něj důležitý kontakt s lidmi. Doma si sám pral, prádlo mu žehlila paní z okolí. Bavit se tím, že posílal a ještě posílá příspěvky do časopisu Moravské Slovácko. V domě pro seniory se také zapojil, v nepřítomnosti recepční vypomáhá na recepci. Stále chce být potřebný. V zařízení se mu líbí, chodí vždy upravený, na společenské akce si vždy oblékne oblek s košilí a kravatou, kterou nosil téměř po celý život. Se syny je v kontaktu, má je rád, ale vztahy mezi nimi nejsou nejlepší. I své stáří si představoval jinak, nechce o tom hovořit. Rád čte, luští křížovky, navštěvuje v rámci terapie tréninky paměti, rehabilitaci. V televizi

sleduje fotbal. Špatně slyší, nosí naslouchátko, je diabetik, je dobře orientovaný, má milé a slušné vystupování. Hygienu a užívání léků zvládá ještě sám. Autorka ho v domě ráda potkává a vždy se s ním na chvíli zastaví a promluví spolu.

Obrázek 27: Pan Vlachynský



Zdroj: fotoalbum klienta

SHRNUTÍ

Zpracováním biografie pana Vlachynského se autorka dozvěděla mnoho zajímavostí z jeho života. Zhotovená biografie může dál sloužit jako pomocný materiál k nastavení péče o klienta. Pokud u něj dojde časem k poklesu duševních schopností, dají se využít tyto poznatky z biografie ke zlepšení jeho kognitivních funkcí a k znovunavrácení chuti do života.

Důležité poznatky, které pomohou s nastavením ošetrovatelské péče s přicházející stařeckou demencí u klienta:

Pokoj klienta by měl být vyzdoben předměty, které mu budou připomínat chvíle, které měl ze všeho nejraději. Pan Vlachynský prožíval nezapomenutelné dětství a svého otce považoval za velký vzor. V jeho pokoji, v blízkosti lůžka, nesmí chybět zvětšená fotografie milovaného otce, pohlednice vesničky a fotografie jeho rodného domku, kde

vyrůstal. Může být někde pověšena také jeho oblíbená kravata, protože ji nosil téměř celý život. V rámci bazální stimulace se může použít vůně při pečení buchet, které měl rád a měl s nimi spojeny příjemné vzpomínky. Dále mu bude příjemná chuť a vůně chleba se sádlem. Všechno jsou to věci, které měl rád a byly mu příjemné. V pozdějším stádiu stařecké demence by ho mohly uklidňovat a navozovat mu hezké pocity. Pokud takového člověka obklopujeme cizími, pro něj neznámými věcmi, „pomáháme mu“ jeho zdravotní stav ještě zhoršovat. Dementní člověk není schopen už na nové věci kladně reagovat, protože je nezná. Jsou pro něj nepříjemné – cizí.

7.3 Biografie klienta č. 2 - paní Olga Kalábová

Obrázek 28: Paní Olga Kalábová



Zdroj: fotoalbum klientky

DĚTSTVÍ

Narodila se 12. 5. 1924 v Praze, v porodnici u Apolináře, vážila víc než 5 kg, proto ji tehdy ze zdravotních důvodů převáželi na německou kliniku.

Jmeniny slaví 11. července.

Do 4 let žila v Jiřicích u Neratovic, potom její tatínek postavil domek v Neratovicích, kde žila celý život, až do doby, než nastoupila do domova pro seniory.

Paní Kalábová ráda vzpomíná na své dětství, které pro ni bylo nejkrásnějším obdobím. Její maminka byla „anděl“ a tatínek dokázal rodinu finančně zabezpečit. Vyrůstala se sestrou v harmonické rodině. Rodiče byly živnostníci, takže neměli finanční problémy. Bylo jí všeho dopřáno. Oproti kamarádkám, které nosily opravované odřené boty, ty její vždy byly z pěkné kůže a zářily novotou. Ráda četla, jako dítě četla tajně s baterkou pod peřinou. K hudbě vztah neměla, nikdy ani netancovala, snažila se jen občas vytukávat si melodie na klavír, který měli doma.

Se svojí sestrou, která byla mladší, měly v dětství špatné vztahy. V dospělosti se to trochu zlepšilo. Měly rozdílné názory, hlavně co se týkalo peněz. Aby se spolu vůbec shodly, byla zvyklá paní Kalábová většinou sestře ustupovat. Sestra vždy toužila podle jejího názoru jen po penězích, naproti tomu ona k nim nemá žádný hlubší vztah, nic jí neříkají.

Obrázek 29: Paní Olga jako dítě



Zdroj: fotoalbum klientky

Obrázek 30: Z dětství



Zdroj: fotoalbum klientky

MLÁDÍ

V mládí ji bavily ruční práce, ráda něco vystříhovala, a tak se šla učit švadlenou. Vydržela tam 1/2 roku a nebylo to úplně to, co by ji uspokojovalo svou náplní. Přestoupila na rodinnou školu. Byla tam spokojená. Říká, že je rozená „slečna“. Ráda upravovala ostatním vlasy, sama si od 5. třídy lakovala nehty a vydrželo ji to dodnes. Rychle a bezchybně psala na stroji, dobře kreslila, ráda plavala a od mládí sledovala politické dění, vždy byla zaujatá proti komunistickému režimu.

Odjakživa byla velmi praktická žena, má to tak uspořádané i ve svém pokoji. Věci které potřebuje, má ráda hned po ruce.

Autorka se ptala paní Kalábové, která osoba na ni měla v životě největší vliv. Po chvilce přemýšlení paní Kalábová odpověděla, že je to kniha „Olga dělá módu“, protože mají s hlavní hrdinkou stejné jméno, ale měly i podobné osudy.

Mezi její silné povahové rysy patří tolerantnost, přizpůsobivost. Jako svou slabou stránku uvádí trému. Ve škole, i když byla naučená, měla velký strach ze zkoušení.

Na první fotografii ve škole a na další fotografii s matkou.

Obrázek 31: Ve škole



Zdroj: fotoalbum klientky

Obrázek 32: Paní Olga se svou matkou



Zdroj: fotoalbum klientky

DOSPĚLOST

V zaměstnání byla spokojená, pracovala 27 let na benzínové pumpě. Jen ji dodneška straší noční sny, kdy se jí zdá, jak počítá, aby měla drobné mince k vrácení zákazníkovi apod. Práce ji bavila, byla ráda s lidmi, ale bylo to náročné zaměstnání, protože dříve fungovala na pumpě i s obsluha, takže musela být za každého počasí většinu směny venku.

Rodinný život s manželem a s dětmi měla pěkný. Manžel byl pořádný a pečlivý. První dítě se jim narodilo v jejích 26 letech, bohužel brzy po porodu zemřelo. Byl to chlapec a narodil se předčasně v 7 měsících. Ani jí ho neukázali. Nechali ho v porodnici ležet až do 2. dne, a pak ho teprve převáželi do jiné nemocnice do inkubátoru. Slyšela ho jen plakat. Je to bolestivé téma ještě dnes.

Za dva roky se jí narodila dcera Olinka. Další těhotenství skončilo potratem a za 3 roky se jí konečně narodil syn. S dětmi byla 10 let doma. Jezdili s nimi často na výlety a má s nimi dodnes krásný vztah. Rodina je věřící. Ráda chodila s manželem do divadla, na koncerty a často navštěvovali v minulosti také muzea.

V domě, kde vyrostla, zůstala bydlet po celý život. Bydleli tam „vícegeneračně“, společně s rodinou její sestry. Sestra zemřela v 70 letech na rakovinu. Byly mezi nimi i ošklivé chvíle, kdy ona chtěla pro sebe celý dům a sháněla se jen po penězích. Paní Kalábová byla zvyklá ustupovat, ale v závěru se vždy nějak domluvily. Je hrdá na dobré vztahy v rodině.

Obrázek 33: Důležité životní momenty



Zdroj: fotoalbum klientky

STÁŘÍ A SOUČASNOST

Celá rodina se u nich doma pravidelně setkávala každou neděli na oběd. Ráda pro všechny uvařila. Manžel jí zemřel, když jí bylo 70 let.

V důchodu byla zvyklá vařit každý den pro 4 osoby. Jednoho dne si doma chtěla při vaření odpočinout, sedla si na malou stoličku, která se s ní převrátila. Zlomila si nohu „v krčku“ a byla operována. Rychle se zotavovala, začala chodit s francouzskými holemi. Naneštěstí ještě v nemocnici upadla v koupelně a znovu si nohu poranila. Musela proběhnout reoperace, noha se jí zanítila, dostala infekci a musela zůstat v klidu ležet. Po vyléčení infekce začala nanovo rehabilitace, později trénovala chůzi opět s francouzskými holemi a chodítkem. Dnes už má z chůze trochu strach.

Paní Kalábová se ze zdravotních důvodů nemohla vrátit domů, dnes žije v Domově pro seniory v Neratovicích a je tu spokojená. V kolektivu i u personálu je velmi oblíbená. Ráda se zapojí do každé činnosti, poctivě chodí cvičit na rehabilitaci, paměť procvičuje na trénincích paměti. Po snídani navštěvuje terapeutickou dílnu, kde dobře plete košíky. Ráda zpívá v pěveckém sboru. Nesnáší pomluvy vedené za zády a to se v domově bohužel někdy objevuje. Ráda čte noviny, ale ne Blesk, v televizi sleduje dokumentární pořady. Nerada chodí na sobotní „kluby“, kde klienti hrají společenskou hru bingo, je to pro ni „o ničem“.

Koncem loňského roku napsala krásný článek do Neratovických novin, kde pochválila personál a služby v zařízení.

Volný čas tráví ráda se svojí rodinou. Má všechny její příslušníky ráda a s dětmi i vnoučaty mají krásný vztah. Rodina jí moc pomáhá a často ji navštěvuje. Autorka je velmi šťastná, že právě ona může být jejím klíčovým pracovníkem. Paní Kalábová je stále pozitivně naladěna a to je pro autorku v práci velkým přínosem, totiž zdrojem pozitivní zpětné vazby.

Obrázek 34: Momentka – paní Kalábová



Zdroj: fotoalbum klientky

SHRNUTÍ

Jako klíčový pracovník paní Kalábové má autorka velmi dobrou představu o jejích potřebách, které by se daly využít do budoucna při úbytku jejích kognitivních schopností, ke zlepšení péče o její osobu.

Pro nastavení péče v případě propuknutí stařecké demence u této klientky jsou důležité tyto poznatky:

Klientka ráda psala na psacím stroji, určitě by v jejím pokoji neměl tedy chybět starý psací stroj. Možná by i svůj čas trávila „tukáním do něj“. Určitě by se cítila zase jako potřebná. Jako malé děvče ráda četla s baterkou pod peřinou. Právě baterku by měla mít u postele a k ní oblíbenou knihu „Olga dělá módu“. V rámci bazální stimulace by ji byla příjemná vůně benzínu, protože většinu života pracovala u benzínové pumpy a odér laku na nehty, které si lakuje od 5. třídy až do současnosti. Myslím, že by neměla mít na nočním stolku fotografii mladší sestry, protože jejich vztah nebyval ideální a zřejmě by asi neměla ani nijak zvlášť ráda poslech hudby, protože hudba i tanec jí nikdy nic neříkaly.

Některým seniorkám postiženým nižším stupněm stařecké demence navozuje příjemný pocit, když mohou chovat v náručí panenku, protože jim to připomíná krásné, prožité chvíle se svým vlastním dítětem. U paní Kalábové bych to nedoporučovala toto zařadit vzhledem k tomu, že ji první miminko po porodu zemřelo. Mohly by se jí naopak vybavit špatné vzpomínky spojené se ztrátou dítěte, které by jen zhoršovaly její onemocnění.

ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce popisuje problémy se stárnutím a vymezuje biologii stárnutí a pojem stárnutí jako takový. Dále se je v ní definován pojem stařecká demence, která zahrnuje veškeré typické poruchy paměti, poruchy řeči a nejznámější a nejčastější Alzheimerovu chorobu.

V teoretické části se autorka zabývala varovnými signály tohoto onemocnění. Dále byly uvedeny i další nemoci, které demenci způsobují a doprovázejí. Autorka se snažila popsat, jak je důležité postiženého pacienta s diagnózou šetrně seznámit a snažit se o to, aby byl pacient schopen závažné onemocnění kladně přijmout. V práci se také autorka zmiňuje o přijetí klienta do vhodného zařízení. Velmi důležitá je pro klienta doba adaptace v novém prostředí, která není vždy jednoduchá. Klient má většinou velký problém s orientací. Také návyky, které měl doposud zažité, mu mohou v novém domově způsobit velké problémy, na které není vůbec připraven. Dále je popsáno, jak je důležité sobě i blízkému člověku s demencí zajistit bezpečí. Náhlé pády mu mohou způsobit v jeho naučené trase nečekané překážky. Ty pak mohou následně způsobit vážné zdravotní komplikace. Nebezpečí hrozí i u vdechnutí potravy s následným dušením. To jsou velmi závažná ohrožení, která se nečekaně mohou objevit v každé vteřině. Pečující personál na ně musí být připraven.

V praktické části se autorka zabývá samotnou biografií dvou klientů. Biografie je velmi důležitá pro hlubší pochopení postiženého jedince stařeckou demencí. Autorka se pokusila ze dvou podrobně vypracovaných biografií člověka připravit závěr, podle kterého by se dala následně nastavit ošetrovatelská péče.

U prvního klienta, pana Vlachynského, došla autorka k důležitým poznatkům. Je přesvědčena o tom, že pokud by se klient dostal do některé z fází stařecké demence, bude schopna ze zjištěných údajů s ním dále na dobré úrovni komunikovat a pracovat a stimulovat jej. Ví, že lidé takto postiženi nejsou například schopni reagovat na svoje příjmení. Panu Vlachynskému jako malému chlapci říkali doma „Vlad’o“. Uvědomuje si tedy, že je to záchytný bod pro komunikaci s tímto klientem v pokročilém stádiu demence, tedy způsob, jak ho oslovit. V tomto stádiu stařecké demence už klient nebude pravděpodobně ani vědět, jaké má příjmení, ale právě jméno, jakým ho doma

rodiče oslovovali jako malého chlapce, by ho mohlo vnitřně probudit vzpomínky a pomoci s ním znovu navázat komunikaci.

U klientky, paní Kalábové, autorka nepředpokládá, že by se do některého stádia demence vůbec dostala. Ale i tak, jako její klíčový pracovník, o ní získala tak významné informace, že teď ví, jak by se s ní dalo podle její biografie pracovat.

Ve svém povolání sociální pracovnice se bude dále autorka zabývat zpracováním biografii i u dalších seniorů, protože při psaní své bakalářské práce pochopila, že je to velmi důležitý poznatek, umožní jí to s takto postiženými lidmi ještě adekvátně hovořit a spolupracovat.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BARTÁK, J. *Jak vzdělávat dospělé*. 1. vyd. Praha: Alfa, 2008. ISBN 978-80-87197-12-7.

CALLONE, R. Patricia, et al. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.

HOJDA, Z., OTTLOVÁ, M., PRAHL, R. *Věché stáří, nebo zralý věk moudrosti?* 1. vyd. Praha: Nakladatelství Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1691-1.

HOLMEROVÁ, I. et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

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

KŘIVOHLAVÍ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.

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

NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy* 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2008. ISBN 978-80-86723-48-8.

PIDRMAN, V. KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.

PROUTY, G., WERDE, D., PORTNER, M. *Preterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6.

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

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

Jiný zdroj

Fotoalba klientů

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Rodný dům p. Vlachynského	31
Obrázek 2: Svaté přijímání p. Vlachynského	32
Obrázek 3: Milování rodiče p. Vlachynského	33
Obrázek 4: Huštěňovice	33
Obrázek 5: U řeky Moravy	34
Obrázek 6: Pracoviště ve Zlíně	35
Obrázek 7: Způsob přepravy	35
Obrázek 8: Otec pana Vlachynského	36
Obrázek 9: Ukázka z brožury	37
Obrázek 10: Manželé Vlachynští	37
Obrázek 11: Svatební fotografie	38
Obrázek 12: Dům novomanželů	38
Obrázek 13: Nástup na vojnu	39
Obrázek 14: Základní vojenská služba	39
Obrázek 15: Syn Ladislav	40
Obrázek 16: Rodina pana Vlachynského	40
Obrázek 17: Druhý syn Josef	41
Obrázek 18: Děti a rodina Vlachynských	41
Obrázek 19: Výlety	42
Obrázek 20: Manželka se synem a dědečkem	43
Obrázek 21: Manželka se syny	43
Obrázek 22: Rodinné foto z roku 1965	44
Obrázek 23: Kolegové pana Vlachynského	44
Obrázek 24: Svatba syna Láďíka a jeho nevěsty Dášy	45
Obrázek 25: Synova svatba	45
Obrázek 26: S manželkou Maruškou	46
Obrázek 27: Pan Vlachynský	47
Obrázek 28: Paní Olga Kalábová	49
Obrázek 29: Paní Olga jako dítě	50
Obrázek 30: Z dětství	51
Obrázek 31: Ve škole	52
Obrázek 32: Paní Olga se svou matkou	52
Obrázek 33: Důležité životní momenty	54
Obrázek 34: Momentka – paní Kalábová	56

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Souhlas s poskytnutím osobních údajů
Příloha B – Souhlas s poskytnutím osobních údajů

I
II

PŘÍLOHY

Příloha A – Souhlas s poskytnutím osobních údajů

SOUHLASÍM S UVEDENÍM MÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ V TOMTO
MATERIÁLU A VEŠKERÉ INFORMACE JSOU POSKYTNUTY DOBROVOLNĚ.

Ladislav Vlachynský

Příloha B – Souhlas s poskytnutím osobních údajů

SOUHLASÍM S UVEDENÍM MÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ V TOMTO
MATERIÁLU A VEŠKERÉ INFORMACE JSOU POSKYTNUTY DOBROVOLNĚ.

Olga Kalábová

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Hana Štefáčková

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Senioři se syndromem demence

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 59

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů českých použitých zdrojů: 13

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Počet ostatních zdrojů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Helena Layerová