

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra sociologie a andragogiky

**ADAPTACE OSOB S DEMENCÍ PO JEJICH PŘÍCHODU
DO POBYTOVÉHO ZAŘÍZENÍ**

**THE ADAPTATION PROCESS OF PEOPLE WITH
DEMENTIA AFTER ADMISSION TO CARE HOME**

Bakalářská diplomová práce

Jarmila Kolaříková

Vedoucí bakalářské diplomové práce: PhDr. Pavel Kliment, PhD.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní
veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

Ve Veselí nad Moravou dne 25. 11. 2011

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucímu mé bakalářské diplomové práce PhDr. Pavlovi Klimentovi, PhD. za cenné rady, které mi poskytoval.

Abstrakt

Práce se zabývá problematikou adaptace seniorů s demencí na pobyt v Domově se zvláštním režimem. Proces adaptace začíná již před fyzickým nástupem do zařízení, na jeho počátku jsou návštěvy v zařízení, které mají zmírnit stres provázející změnu prostředí, pokračuje nástupem do Domova se zvláštním režimem a končí uplynutím dvanácti měsíců od nástupu. V procesu adaptace je věnována pozornost zejména úloze rodiny, personálu domova, podobě fyzického uspořádání prostředí domova a dalším faktorům, které ovlivňují pozitivně, či negativně proces adaptace seniorů. V závěru je předložen návrh adaptačního programu pro uživatele s demencí.

Abstract

The thesis is devoted to the adaptation process of people with dementia to the stay at the care home with nursing. The adaptation process starts before the admission to the care home. The process itself begins with visits to the home that are meant to relieve the stress accompanying the change of environment, then follows joining the care home community and is finished by elapsing 12 month period after the admission to the care home. During the adaptation process the special attention is given to family's role, home's staff, interior arrangement of the home and another factors that can influence either positively or negatively the adaptation process. The thesis finishes with the suggestion of adaptation programme for people with dementia who should be admitted to the care home.

OBSAH

SLOVNÍČEK CIZÍCH SLOV A ZKRATEK	8
ÚVOD	11
1 DUŠEVNÍ PORUCHY VE STÁŘÍ.....	12
1.1 Demence	13
1.2 Depresivita ve stáří.....	14
1.3 Delirium nasedající na demenci	16
2 TYPOLOGIE (PŘEHLED) DEMENCÍ.....	17
2.1 Klasifikace demencí podle MKN-10	17
F00 Alzheimerova choroba	18
F01 Vaskulární demence	20
F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	21
3 VÝSKYT DEMENCE.....	21
4 DIAGNÓZA DEMENCE	22
4.1 Obecná anamnéza.....	25
4.2 Specifická anamnéza	26
4.3 Test kognitivních funkcí	26
Test kreslení hodin	26
Test Mini Mental State Examination (MMSE)	27

5 KOMUNIKACE A PŘÍSTUP K LIDEM S DEMENCÍ.....	27
5.1 Způsob verbální komunikace s člověkem postiženým demencí.....	29
5.2 Způsob neverbální komunikace s člověkem postiženým demencí - její význam	30
5.3 Přístup v případě negativního chování.....	32
6 VÝZNAM LÉČBY OSOB S DEMENCÍ.....	34
6.1 Biologické léčebné přístupy	35
Kognitivní farmakoterapie.....	35
Nekognitivní farmakoterapie.....	36
6.2 Nebiologické léčebné přístupy	36
Naučený postup	37
Reflektivní podpora	37
Orientace realitou	38
Programované aktivity	38
Individualizované aktivity	39
Kognitivní trénink	39
Validace.....	39
Reminiscence.....	40
7 ADAPTACE SENIORŮ V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ	40
7.1 Faktory podporující adaptaci seniorů.....	42
7.2 Adaptace seniora postiženého demencí v pobytovém zařízení.....	43
7.3 Faktory podporující malaadaptaci seniorů	44

7.4 Charakteristika prostředí pro osoby s demencí	45
8 PŘÍPADOVÉ STUDIE	48
8.1 Design výzkumu.....	48
8.2 Adaptační proces zkoumaných osob.....	49
Paní Novotná	50
Paní Doležalová.....	57
Pan Ryba.....	62
Paní Bílá	67
Paní Hynštová.....	71
Pan Marek.....	75
9 SOUHRN ZJIŠTĚNÝCH POZNATKŮ	80
ZÁVĚR	84
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:.....	86
SEZNAM PŘÍLOH	88

Slovníček cizích slov a zkratek

Adaptace - přizpůsobení se podmínkám daného prostředí

Afázie – porucha řeči, motorická afázie – neschopnost mluvit při zachování schopnosti porozumět řeči, senzorická afázie – postihuje rozumění řeči s následnou poruchou mluvního projevu

Agnózie – porucha schopnosti chápat, neschopnost poznávat známé objekty a osoby

Amentní syndrom – přechodné pomatení smyslů, pacient má výpadky paměti, je dezorientován prostorem, časem, místem

Apatie – lhostejnost, neúčastný vztah k okolí

Apraxie – ztráta naučených a vžitých pohybů, týká se hrubé i jemné motoriky

Atrofie – zmenšení normálně vyvinutého orgánu, tkáně, buňky

Bradypsychické myšlení – zpomalené myšlení

CT (computerová tomografie) – zobrazovací technika, zobrazuje odchylky v mozku (úbytek mozkové tkáně, přítomnost patologických útvarů)

Deteriorace – úbytek či oslabení rozumových schopností, zejména logických soudů

Difúzní – rozptýlený

Dysfunkce – narušená nebo odchylná funkce orgánu

Euforie – příjemný stav pohody, stav povznesenosti, doprovázený intenzivním pocitem radosti, štěstí

Echolálie – opakování slyšeného, porucha řeči

Hypertenze – zvýšený krevní tlak

Konfabulace – vyplňování vzpomínkových mezer neutrálními smyšlenkami

Mikční režim – vyprazdňování močového měchýře v pravidelných intervalech

MMSE (Mini Mental State Examination) – test na posouzení kognitivních funkcí

Paranoia – psychická porucha charakteristická bludem podezíravosti, vztahovačnosti, **paranoidita** – sklon ke vzniku paranoidních symptomů, mírnější forma je vztahovačnost, těžší forma bludy a halucinace

Progrese – postup, pokračování, šíření

Respitní péče – péče na přechodnou dobu

Rigidní – ztuhlý, nepružný

Syndrom – příznak nemoci

Symptom -- příznak nemoci subjektivně pociťovaný nebo objektivně zjištělý

Uživatel – uživatel sociální služby (klient), v tomto konkrétním případě obyvatel pobytového zařízení

Úvod

Mnoho se toho vypráví o stále se prodlužující délce lidského života a o kvalitní zdravotní péči, která nám umožňuje žít déle. Je nemálo odborníků, institucí a politiků, kteří třímají standardu s ukazatelem průměrné délky života vysoko vztyčenu. Avšak zvyšující se počet lidí ve vyšším věku s sebou nese také zvýšený počet občanů, kteří se dožívají nemoci, jež činí jejich stáří spíše nehostinným vězením než prosluněným přístavem, ve kterém zakotví svou bárku.

Za jednu z velmi vážných nemocí, která výrazně zhoršuje kvalitu života, lze považovat demenci. Ta postihuje cca 5 % lidí ve věku nad 65 let. S rostoucím věkem je její výskyt čtenější a ve věkové kategorii nad 85 let jí trpí asi 30 – 50 % jedinců.¹

Demence se dotýká jak života nemocného, tak jeho okolí, protože péče o takto nemocné pacienty je velkou zátěží pro jejich rodiny a ošetřující personál. Ve svém zaměstnání jsem denně konfrontována s problémy, které péči o pacienty s demencí provází, a opakovaně přede mnou vyvstává otázka: Co lze udělat pro takto nemocné uživatele? Co je možné udělat pro to, aby pobyt v domově byl pro ně co nejpříjemnější a aby poslední etapu svého života prožili důstojně bez zbytečného utrpení?

Lidé s demencí k nám přicházejí velmi často od svých rodin v okamžiku, kdy příbuzní péči o ně přestávají zvládat, jejich stav začíná být vážný a v této pro nemocné velmi těžké situaci dochází také ke změně prostředí, ve kterém až dosud vedli svůj život. Ocitají se mezi cizími lidmi, lidmi, s kterými je nepojí pokrevní vztahy a přirozené citové vazby. K jejich zdravotním problémům přistupuje ještě nutnost adaptace na zcela změněné životní podmínky. Copak toho nemají už tak dost? Právě této vstupní etapě, konkrétně prvnímu roku pobytu pacientů s demencí v rezidenčním zařízení, se budu věnovat v mé bakalářské práci.

A nyní blíže o mém zaměstnání. Pracuji v Domově pro seniory ve Strážnici. V rámci domova existují dvě zařízení - Domov pro seniory a

¹ Srov. Jiráková, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 21.

Domov se zvláštním režimem. Každé zařízení má jinou cílovou skupinu uživatelů. Domov pro seniory je určen seniorům nad 60 let se sníženou soběstačností, kteří potřebují pomoc nebo podporu druhé osoby při základních činnostech sebeobsluhy. Domov se zvláštním režimem je určen uživatelům s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence.

Předmětem mé bakalářské diplomové práce bude proces adaptace uživatele s demencí v Domově se zvláštním režimem a **cílem** bude **popis procesu adaptace uživatele s demencí v Domově se zvláštním režimem a určení faktorů, které ovlivňují jeho průběh jak v pozitivním, tak v negativním smyslu.**

Výzkumným designem budou případové studie uživatelů. Zaměřím se na uživatele s demencí, kteří nastoupili do tohoto domova v časovém úseku od 1. září 2007 do 31. ledna 2010 (tj. v době, kdy jsem v něm již pracovala), žili u nás alespoň dvanáct měsíců a diagnóza demence byla u nich stanovena ještě před příchodem do zařízení. Základní technikou zkoumání bude studium dokumentace uživatele.

V prvních kapitolách mé bakalářské diplomové práce se budu věnovat teorii a objasnění základních pojmů – co je to demence, jaké jsou příznaky této nemoci, jak komunikovat a přistupovat k člověku s demencí, jak se dá léčit, co je to adaptace a jaká jsou specifika adaptace seniorů. Poté se budu zabývat již samotným výzkumem. V závěrečné části práce shrnu zjištěné poznatky a uvedu faktory, které mohou vést ke zlepšení adaptace uživatelů s demencí na prostředí domova. Práce má pomoci pracovníkům domova ke zkvalitnění práce s uživateli a usnadnění adaptace nově přichozích uživatelů na pobyt v našem zařízení. Závěrem se tedy pokusím navrhnout, jak by taková adaptace mohla vypadat, aby pro uživatele s demencí byla co nejvíce přijatelná a co nejméně stresující.

1 Duševní poruchy ve stáří

Stárnutí samo o sobě přináší organické změny centrálního nervového systému (CNS). Zhoršuje se paměť, schopnost adaptace a schopnost učit se.

Tyto negativní změny je nutné vykompenzovat zvýšenou péčí a zkušenostmi. V tomto věku se objevují duševní poruchy, jejichž příznaky bývají méně nápadné, protože se mohou skrývat za fyziologické změny ve stáří. Častěji jsou pozorovány duševní poruchy u seniorů žijících v zařízeních, protože tady klesá jejich schopnost žít bez podpory.²

V této kapitole nejprve vymezím pojem nejčastější duševní poruchy ve stáří – **demence**. Protože demenci někdy provází i další duševní poruchy, uvedu zde dvě, které s demencí často souvisí - **depresivitu ve stáří** a **delirium nasedající na demenci**.

1.1 Demence

„Pojem demence pochází z latiny a doslova znamená ‚bez myslí‘. Předpona ‚de‘ znamená ‚odstranit‘ a ‚mens‘ je latinské slovo pro ‚mysl‘.“³ Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc má tak destruktivní charakter, že pacient se v její poslední fázi už těžko podobá člověku, jakým byl na jejím začátku. V průběhu první fáze je demence pro okolí sotva patrná. V konečné fázi nemoci je člověk úplně závislý na druhých ve všech svých potřebách. Člověk s těžkou demencí se tak na konci života podobá bezmocnému dítěti.⁴

Podle Jiráka jsou demence „poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování). Mezi tyto funkce náleží kromě paměti pozornost, vnímání, řečová funkce (schopnost tvorby řeči i schopnost porozumění řeči), tzv. exekutivní (výkonné funkce) - schopnost být motivován k určité činnosti, tuto účelnou činnost naplánovat, provést a zpětně zhodnotit - funkce zajišťující účelné jednání a další. Celková úroveň kognitivních funkcí bývá označována jako inteligence.“⁵

²Srov. Venglářová, 2007, s. 18 – 21.

³Buijssen, 2006, s. 13.

⁴Srov. Buijssen, 2006, s. 13.

⁵Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 11.

Kromě postižení kognitivních funkcí dochází i k postižení dalších funkcí. Postižené funkce dělí Jirák do tří skupin. Rozdělení není úplně ostré, jednotlivé skupiny se mohou vzájemně prolínat. Názvy těchto tří skupin funkcí jsou následující:⁶

- „kognitivní funkce,
- aktivity denního života,
- poruchy emocí (nálad, afektů), chování, spánku, cyklu spánek – bdění. Poruchy těchto funkcí se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demencí.“

Porušení těchto funkcí musí být ale natolik velké, aby výrazně narušovalo běžné životní aktivity. Postižený se stává nesoběstačným, závislým na rodině nebo ústavu sociální péče.⁷

Vnější pozorovatel vidí demenci jako soubor příznaků, jako konkrétní projevy v chování a jednání člověka. Bez podrobného vyšetření však nedokáže říci, která choroba, nebo které skutečnosti demenci vyvolaly. Např. Alzheimerova choroba je spojena vždy s výskytem demence, u jiných chorob se demence rozvíjí jen v některých případech, jako např. u AIDS.

1.2 Depresivita ve stáří

Deprese nutně nemusí být součástí stáří. Je to závažná choroba zatěžující jak samotného nemocného, tak jeho pečovatele. Výrazně zhoršuje kvalitu života, ale je léčitelná. Podmínkou léčby je včasné odhalení příznaků. **Deprese se často objevuje v počátcích demence**, kdy si člověk ještě uvědomuje úbytek paměti a ostatních kognitivních funkcí. Obraz deprese je symptomy demence změněn. Dochází tu ke snížení schopnosti popsat depresivní prožitky. U seniorů je typické, že deprese ve stáří nesplňuje všechna kritéria. Projevuje se méně viditelně a bývá zaměňována za běžné projevy ve stáří. Tato nemoc je charakteristická úbytkem energie, ztrátou zájmu o každodenní věci, ztrátou pozitivních emocí a zhoršením tělesných obtíží. Depresivní syndromy mohou také vytvořit obraz podobný

⁶ Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 11.

⁷ Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 11.

demenci (pseudodemence). Mylně se pak poskytuje péče, která je vhodná pro lidi s demencí a neléčí se deprese.⁸

Mezi obvyklé příznaky deprese se řadí:⁹

- „zhoršení soustředění a pozornosti,
- snížení sebedůvěry,
- pocity viny,
- smutek,
- poruchy spánku,
- poruchy chuti k jídlu,
- ztráta plánování do budoucna,
- myšlenky na sebevraždu nebo sebepoškození.“

U seniorů je obraz deprese poněkud obměněn a vyznačuje se těmito specifickými rysy:¹⁰

- „klinický obraz je povšechnější, symptomy nemusí být na první pohled patrné,
- objevuje se zhoršení somatických projevů, zvýšená citlivost k bolesti,
- somatizace,
- dochází k rezistenci na léčbu,
- obtíže chronifikují.“

Deprese se dělí podle závažnosti projevů na mírnou, střední a těžkou. U těžké deprese se můžeme také setkat s psychotickými příznaky – bludy a halucinacemi, které bývají přítomny u psychotických onemocnění, např. u schizofrenie. Některé deprese podbarvuje paranoidní vnímání okolí. Člověk se soustřeďuje na svůj mikrosvět, obtížně řeší konflikty a následně prožívá pocity viny.¹¹ Častý výskyt deprese je „například u demencí

⁸ Srov. Venglářová, 2007, s. 19.

⁹ Venglářová, 2007, s. 19.

¹⁰ Venglářová, 2007, s. 19.

¹¹ Srov. Venglářová, 2007, s. 19 – 21.

s Lewyho tělísky, nebo vaskulární podkorové demence (Binswangerovy choroby), u Alzheimerovy choroby se vyskytuje ve 20-30 %.¹²

1.3 Delirium nasedající na demenci

Jde o kvalitativní poruchu vědomí s náhlým začátkem a kolísajícím průběhem. Jedná se o vážný stav zhoršující prognózu přežití. U geriatrických pacientů způsobuje vysokou úmrtnost i přes adekvátní léčbu. Delirium se řadí do skupin organických duševních poruch, které vznikají onemocněním, úrazem nebo jiným poškozením mozku a ústí do přechodné nebo stálé mozkové dysfunkce.¹³ „Organický psychosyndrom se užívá k označení typů dysfunkcí vzniklých s trvalým onemocněním či poškozením mozku, zahrnuje i delirium na demenci.“¹⁴

Deliria nejsou součástí demence, ale často se u demenčních pacientů vyskytují. Nejčastější je výskyt u demencí s Lewyho tělísky. Při zvýšeném výskytu delirií u demencí je potřeba pátrat po příčině, která je vyvolává. Například infekce, metabolické poruchy, špatná medikace, psychosociální stres apod.¹⁵

Venglářová uvádí, že Jiráček rozlišuje rysy deliria takto:¹⁶

- „snížená schopnost udržet si pozornost k vnějším podnětům,
- poruchy myšlení, včetně bludů,
- snížená úroveň vědomí,
- poruchy cyklu spánků – bdění,
- změny psychomotorického tempa a aktivity, snížení nebo naopak zvýšení,
- dezorientace místem, časem a/nebo osobou,
- poruchy paměti.“

Klinický obraz se rychle vyvíjí (hodiny až dny) a má snahu kolísat v průběhu dne. Je zde jasná souvislost s demencí. Porucha vědomí má volný nástup, není hluboká a kolísá, pacient se chová zmateně a není schopný se

¹² Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 23.

¹³ Srov. Venglářová, 2007, s. 34.

¹⁴ Venglářová, 2007, s. 35.

¹⁵ Srov. Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 23.

¹⁶ Venglářová, 2007, s. 35.

v situaci orientovat. Na proběhlé delirium si nepamatuje nebo jenom částečně. Neléčený a prodlužovaný stav zhoršuje jeho prognózu a omezuje jeho sociální fungování.¹⁷

Delirium se projevuje v hypoaktivní formě (pokleslá bdělost, snížená psychomotorická aktivita - snáze uniká pozornosti ošetrovatelského personálu), v hyperaktivní formě (psychomotorická aktivita, agresivita, křik; je náročnější pro personál a spíše vede k léčbě) a kolísáním mezi těmito stavy, tzv. smíšená forma deliria.¹⁸

2 Typologie (přehled) demencí

Demence jako celek je možno dělit podle různých kritérií a mezi jednotlivými autory nepanuje úplná shoda. Ve většině případů však slouží jako základní východisko pro dělení demencí Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

K zařazení nemoci využívá současně dvě kritéria. Tím prvním je diagnostikovaná existence poškození centrální nervové soustavy a druhým kritériem jsou konkrétní projevy nemoci. Z klasifikace MKN-10 vycházím v této práci.

2.1 Klasifikace demencí podle MKN-10

Klasifikace demencí:¹⁹

F00* Demence u Alzheimerovy nemoci

- F00.0* Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
- F00.1* Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem
- F00.2* Demence u Alzheimerovy nemoci atypického nebo smíšeného typu
- F00.9* Demence u Alzheimerovy nemoci, NS

¹⁷ Srov. Venglářová, 2007, s. 35.

¹⁸ Srov. Venglářová, 2007, s. 35 – 36.

¹⁹ Srov. MKN-10, 1993, s. 172 – 174.

F01* Vaskulární demence

- F01.0 Vaskulární demence s akutním začátkem
- F01.1 Multiinfarktová demence
- F01.2 Subkortikální vaskulární demence
- F01.3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
- F01.8 Jiné vaskulární demence
- F01.9 Vaskulární demence NS

F02* Demence u jiných nemocí klasifikovaných jinde

- F02.0* Demence u Pickovy choroby
- F02.1* Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci
- F02.2* Demence u Huntingtonovy nemoci
- F02.3* Demence u Parkinsonovy nemoci
- F02.4* Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiency [HIV]
- F02.8* Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde

F03 Neurčené demence

F00 Alzheimerova choroba

Představuje asi 60 % všech demencí, je nejčastější demencí.²⁰

Je to progresivní degenerativní onemocnění CNS. Projevuje se atrofií mozkové kůry i subkortikálních oblastí. Primárně je poškozena šedá kůra mozková. Stupeň atrofie odpovídá úpadku schopností nemocného, ale ne vždy jednoznačně. Nemoc se rozvíjí pomalu, pozvolna a plynule. Jednotlivé příznaky jsou nenápadné, okolí si uvědomí změnu až po čase. Většinou uplynou dva až čtyři roky od počátku onemocnění. Psychické funkce jsou postiženy rovnoměrně, úpadek je komplexní. Úbytek kognitivních funkcí probíhá pomalu.²¹

²⁰ Srov. Pidrman, 2007, s. 31.

²¹ Srov. Vágnerová, 2004, s. 272 – 273.

Vývoj mnohočetného kognitivního deficitu se projevuje jak postižením paměti, tak alespoň jedním nebo více znaky, mezi které patří afázie, apraxie, agnózie, narušení hodnotících funkcí.²²

Porucha paměti se zpočátku projevuje nápadnou zapomětivostí. Postižení zapomínají vypnout sporák, zastavit vodu, své věci neustále hledají, což u nich zvyšuje pocit nejistoty a napětí. Výpadky své paměti kompenzují často konfabulacemi. Komplexní porucha paměti a poznávacích procesů vede ke ztrátě orientace v čase a prostoru. Nemocný neví, co je za den, netrefí na známá místa, bloudí. Nemocný poměrně brzy ztrácí náhled na svou nemoc.²³

V pokročilejším stádiu dochází ke ztrátě vlastní identity, nemocný neví, kdo je, nepoznává své blízké. Postupně ztrácí schopnost logicky uvažovat, hůře chápe situace, neví, co má za daných okolností dělat. Nechápe význam mnoha činností a je neschopen je zvládnout. Příčinou neschopnosti v některých aktivitách může být i apraxie.²⁴ Např. naše uživatelka neví, co si má obléci a v jakém pořadí. Obléká si pyžamo na svetr, potom si dá zástěru. Oblečení se jí musí nachystat ve správném pořadí a nepotřebné zase uschovat.

Postižení se nedokážou postupem času přiměřeně slovně vyjádřit a porozumět verbálnímu projevu. Jejich emotivní reakce bývají nepřiměřené situaci, ztrácí schopnost je kontrolovat. Na určité projevy reagují negativisticky, bývají zlostní až agresivní. Může se měnit i celkové ladění nemocných. Objevuje se tupá euforie, ale i úzkostná nebo depresivní nálada, cítí se okolím omezováni a nuceni k činnostem, které nechtějí. Postupně dochází k oploštění emotivity a k apatii. Postupně se mění osobnost člověka postiženého demencí, jsou patrné nápadnosti v chování. Přestávají dodržovat společenská pravidla, nejsou soudní, neuvědomují si nevhodnost svého chování. Jejich psychické změny jsou v určité fázi tak závažné, že narušují mezilidské vztahy. Nakonec v rámci celkového úpadku ztrácí

²² Srov. Pidrman, 2007, s. 36.

²³ Srov. Vágnerová, 2004, s. 272 – 273.

²⁴ Srov. Vágnerová, 2004, s. 274.

zájem o vše, nedbají o sebe, stávají se inkontinentními a v konečném stádiu nemoci jsou imobilní.²⁵

F01 Vaskulární demence

Primární příčinou této choroby je kardiovaskulární onemocnění. K poškození CNS dochází v důsledku tohoto onemocnění - hypertenze, cévních mozkových příhod. Demence se projeví v případě, že je poškození CNS vyšší, než je mozek schopný vykompenzovat. Vaskulární demence jsou druhou nejčastější demencí, tvoří 10-20 % všech demencí. Kognitivní patologie a symptomy této nemoci se objevují náhle, symptomy se projeví do tří měsíců po cévní příhodě. Nejčastější vaskulární demencí je multiinfarktová demence. Způsobují ji mnohočetné drobné infarkty, zpočátku se projevuje zvýšenou dráždivostí, afektivní labilitou, závratěmi, bolestmi hlavy, poruchami pozornosti.²⁶

Klinický obraz této choroby závisí na míře i na místě poškození mozkové tkáně. Může tak dojít k poškození korových i podkorových oblastí. U vaskulární demence se vyskytuje přítomnost neurologických poruch, např. ochrnutí poloviny těla. Úbytek kognitivních funkcí bývá nerovnoměrný, aktuální intelektuální výkonost kolísá. Nemocný má už od počátku poruchy krátkodobé a střednědobé paměti, obtíže v koncentraci pozornosti. Nové informace si nevybavuje, staré bývají poměrně dlouho zachované. Úbytek myšlení nebývá plynulý, nepostihuje všechny funkce stejně. Nemocný má nechuť k novým věcem, zachovává raději stereotyp. Nemocný se snáze unaví, výkonost je nižší, jeho myšlení je zpomalené, rigidní. Bludy a konfabulace nejsou pro toto onemocnění typické, vyskytují se vzácně. Podle lokalizace postižení se mohou vyskytnout poruchy korových funkcí - afázie, apraxie apod. Tyto funkce lze mnohdy alespoň částečně upravit.²⁷

Typickým projevem nemoci je emoční labilita, plačtivost, sklon k úzkosti, k depresivitě. Objevuje se přecitlivělost a vztahovačnost,

²⁵ Srov. Vágnerová, 2004, s. 274.

²⁶ Srov. Pidrman, 2007, s. 51.

²⁷ Srov. Vágnerová, 2004, s. 279 – 280.

hypochondrické stesky. Jako příklad mohu uvést chování jedné naší uživatelky, která se dokáže čtvrt hodiny v kuse smát, aby vzápětí bez jakékoliv příčiny propukla v srdceryvný pláč.

Náhled na vlastní chorobu je zachován a ani osobnost se relativně dlouho nemění.²⁸

F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde

Jako ukázkou zde uvedu **demenci u Parkinsonovy nemoci**, protože je jí postižena jedna z našich uživatelek.

Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění, které postihuje především mozkový kmen. V pozdějším stádiu a u onemocnění ve vyšším věku bývají postiženy i další oblasti mozku. Někdy je těžké demenci u této nemoci odlišit od demence s Lewyho tělísky, objevuje se i kombinace s Alzheimerovou nemocí nebo vaskulární demencí.²⁹

Demence je většinou mírného až středního stupně. Nemocný má zachován náhled na svou chorobu. Objevují se poruchy paměti, zhoršení pozornosti, schopnost soustředit se kolísá. Nejsou schopni formulovat a řešit problémy, řadit myšlenky do souvislosti a udržet je v paměti. Myšlení a psychomotorické tempo je zpomalené. Postižení jsou apatičtí, sami od sebe nedokážou začít aktivitu, musí být vyzváni. Mezi typické příznaky patří změny osobnosti, poruchy nálady, halucinace a bludy. Halucinace a bludy provokuje někdy i samotná léčba, kterou je třeba následně upravit.³⁰

3 Výskyt demence

Lidský věk se neustále prodlužuje. Nemoci, na které lidé dříve umírali, jsou už dnes léčitelné. Objevuje se ale problém, který s sebou nese zdravotní i společenské důsledky, a tím je demence. Uvedu zde několik číselných údajů.

²⁸ Srov. Vágnerová, 2004, s. 278 – 281.

²⁹ Srov. Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 40.

³⁰ Srov. Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 40 – 41.

„Celkový počet pacientů v naší republice trpících demencí se odhaduje na 100 000 osob, četnost výskytu je tedy přibližně 1 % všech občanů. S věkem se výskyt demencí zvyšuje. V populaci starší než 65 let je četnost výskytu asi 5 %, objevuje se asi 10 nových případů na 1000 občanů za rok. Ve věkové kategorii nad 85 let trpí demencí 30-50 % jedinců. Objevuje se asi 90 případů na 1000 jedinců za rok. Většina pacientů trpících demencí prochází na začátku stádiem tzv. mírné kognitivní poruchy, která se vyskytuje u 1-5 % celkové populace, v 11 % u populace nad 90 let. Z uvedeného vyplývá, že věk je hlavní rizikový faktor demencí.“³¹

Ze všech lidí, trpících demencí má asi 55 % Alzheimerovu nemoc v čisté podobě. Po ní je nejběžnější vaskulární demence, asi 15% všech případů. Vaskulární demence má mnoho forem, nejznámější je multiinfarktová demence. U zhruba 15 % případů se objevuje kombinace dvou nebo více poruch vedoucích k demenci. Nejčastější je kombinace Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence. Zbývajících 15 % představuje dlouhá řada vzácných poruch (např. Parkinsonova nemoc, Lewy Bodyho nemoc a další).³²

4 Diagnóza demence

V předchozích kapitolách jsem se zmínila o tom, co je to demence, jak se dělí a jaký je její výskyt. V této části se budu zabývat způsobem určování diagnózy.

Člověk trpící demencí si často svůj problém vůbec neuvědomuje. To, že se s ním něco děje, je možné poznat z jeho komunikace, orientace, chování, zvládání běžných činností atd. K tomu, aby bylo možné určit objektivně diagnózu, je tedy potřeba přítomnosti rodinného příslušníka nebo pečující osoby, která podá nezkrácenou informaci o nemocném. Vyšetřující z daných informací a projevů pacienta sestaví obecnou anamnézu, specifickou anamnézu, poté následuje test kognitivních funkcí.³³

³¹ Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 21.

³² Srov. Buijsen, 2006, s. 15.

³³ Srov. Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 31 – 42.

Všeobecná kritéria pro diagnostikování demence jsou podrobněji popsána v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi (MKN-10). Tato kritéria musí být splněna, má-li být diagnostikována demence jakéhokoli typu. Kritéria pro diagnostikování demence uvádí např. Americká psychiatrická asociace nebo Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10). Obecná diagnostická kritéria pro demenci MKN-10 s komentářem uvádím v tabulce 1.

Tab. 1 Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro demenci³⁴

Obecná diagnostická kritéria MKN- 10 pro demenci
G1. Jsou průkazná všechna následující kritéria:
(1) Pokles paměti je nejnápadnější při učení se novým informacím. V těžších případech může být postiženo i vybavování již dříve naučeného. Zhoršování se týká stejně verbální jako neverbální látky. Úbytek by měl být objektivizován spolehlivými údaji jiné osoby, doplněnými pokud možno neuropsychologickými testy nebo kvantifikovaným vyhodnocením kognitivních funkcí. Závažnost poklesu může být hodnocena následovně:
Mírná. Stupeň poklesu paměti je takový, že je na překážku denním činnostem, ale ne tak závažný, aby znemožňoval soběstačný život. Hlavní postiženou funkcí je schopnost učení se nové látce. Jedinec má např. obtíže s pozorováním, vštěpováním a vybavováním základních součástí denního života, např. kam odložil (běžně) věci, jaký je společenský program nebo jaké informace nedávno obdržel od příbuzných.
Středně těžká. Stupeň poklesu paměti znamená vážný handicap pro soběstačný život. V paměti se uchovává jenom hluboce vštípená nebo dobře známá látka. Nové informace jsou vštěpovány pouze příležitostně a na velmi krátkou dobu. Postižení si nejsou schopni vybavit základní informace o místě, kde se nacházejí, o tom, co nedávno dělali, nebo jména svých známých lidí.
Těžká. Stupeň ztráty paměti je charakterizován úplnou neschopností vštípit si do paměti nové informace. Zůstávají jenom fragmenty dříve získaných informací. Jedinec není dokonce schopen rozpoznat ani blízké příbuzné.
(2) Pokles dalších kognitivních schopností je charakterizován úpadkem

³⁴ Smolík, 2002, s. 348 – 350.

úsudku a myšlení, např. při plánování, organizování a všeobecném zpracování informací. Důkazy o tom by měly být v ideálním případě získány od jiné osoby a doplněny, je-li to možné, neuropsychologickými testy nebo kvantifikovaných objektivním hodnocením. Může tak být zjištěno snížení předchozí vysoké úrovně výkonu. Závažnost poklesu může být hodnocena následovně:
Mírná. Pokles kognitivních schopností způsobuje zhoršení výkonu v denním životě, ale ne v míře, která by činila jedince závislým na jiných. Nemohou být prováděny komplikované denní činnosti nebo rekreační aktivity.
Středně těžká. Pokles kognitivních schopností nedovoluje jedinci fungovat v denním životě bez pomoci jiných osob, např. nemůže chodit nakupovat a manipulovat s penězi. Doma může vykonávat pouze jednoduché práce. Činnosti jsou stále více omezovány a obtížně udržovány.
Těžká. Pokles je charakterizován nedostatkem nebo úplným chyběním srozumitelných představ.
Celková závažnost demence je nejlépe vyjádřena jako úroveň zhoršení paměti nebo jiných kognitivních schopností podle toho, co je závažnější (např. mírný úbytek paměti a střední úbytek kognitivních schopností znamenají demenci střední závažnosti).
G2. Povědomí o prostředí (tj. chybění zastřeného vědomí, jak je definováno v F05. – Kritérium A) je zachováno po dobu dostatečně dlouhou k tomu, aby bylo možné jednoznačně prokázat příznaky kritéria G1. Nasedají-li epizody deliria, měla by být diagnóza demence odložena. (Pozn. F05 – Delirium, které není vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami.)
G3. Úbytek emoční kontroly nebo motivace nebo změna v sociálním chování se projevují nejméně jedním z následujících příznaků: (1) emoční labilita, (2) podrážděnost, (3) apatie, (4) obhroublost ve společenském vystupování.
G4. Pro stanovení spolehlivé klinické diagnózy by mělo být kritérium G1 přítomno nejméně po dobu 6 měsíců, jestliže je doba od manifestního začátku kratší, měla by být diagnóza jenom prozatímní.

Komentář
Další podporou diagnózy je zjištění, že došlo k poškození jiných vyšších korových funkcí, jehož projevem je afázie, agnozie, apraxie.
Při úvaze o soběstačném životě nebo o vývoji závislosti (na ostatních) by měly být brány v úvahu kulturní předpoklady a okolnosti.
Požadavek na trvání demence je specifikován 6 měsíci proto, aby byla vyloučena záměna se stavy spojenými se stejnými behaviorálními syndromy, jako jsou traumatická subdurální hemoragie (S06.5), normotenzní hydrocefalus (G91,2) a difuzní nebo lokální poranění mozku (S06,2 a S 06,3).

Diagnostikování stupně demence u člověka, který nastupuje do pobytového zařízení, má pro mě i ostatní ošetřující personál stěžejní význam. Zná-li dobře diagnózu, mohu zvolit vhodnou terapii a odpovídající přístup k člověku trpícímu demencí. To podstatně pomůže zlepšit jeho proces adaptace v novém prostředí.

4.1 Obecná anamnéza

Aby mohl vyšetřující u pacienta posoudit, k jaké změně kognitivních funkcí došlo oproti předchozímu stavu, je třeba odhadnout původní intelekt postiženého. Většinou se nepřímě usuzuje podle dosaženého vzdělání a profese. U osob starších 85 let se zohledňuje i věk. Zjišťuje se, kdy asi došlo k prvnímu projevu poruchy kognitivních funkcí (poruchy paměti, řeči, chování atd.). Pokud je to možné, vyšetřující by měl vést rozhovor nejen s pacientem, ale i s jeho blízkou osobou. V jejich výpovědích bývá totiž často rozpor, protože pacient ztrácí náhled na své nedostatky. Při určování anamnézy je rovněž třeba dát zvláštní důraz na cévní rizikové faktory, které mohou zhoršovat nebo vyvolávat kognitivní poruchu. Nejdůležitější z nich je hypertenze.³⁵

³⁵ Srov. Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 31.

4.2 Specifická anamnéza

U specifické anamnézy demence se vyšetřující zaměřuje na tři základní oblasti, jejichž poruchy tvoří syndrom demence - kognitivní funkce, aktivity denního života, chování a nálada.³⁶

4.3 Test kognitivních funkcí

Podstatnou součástí vyšetření je i testování. V rámci demence se testují neurologicko-psychiatrické funkce, které jsou v těchto procesech narušené. K testování jednotlivých složek se používají testy, které provádí psychiatr, psycholog nebo neurolog. Bez jejich provedení nelze určit diagnózu, ale nelze také určit diagnózu pouze na základě samotného testu.³⁷

Je možné použít řadu testů, jejichž vhodnost určí lékař. Mezi nejčastěji používané testy patří Test kreslení hodin (uvádím jej v příloze č. 1) a Mini Mental State Examination (MMSE) (uvádím jej v příloze č. 2). Dále se k posuzování kognitivních funkcí používá i Addenbrookský kognitivní test (Addenbrook' s cognitive examination, ACE-R), který je přesnější než MMSE a lze jej použít pro vyhledávání pacientů s časnou kognitivní poruchou, dále Montrealský kognitivní test (Montreal Cognitive Assessment, MoCA).³⁸ Tyto dva testy se pro určení diagnózy v našem zařízení nepoužívají, uvádím je pouze pro informaci. Mezi další testy, používané u lidí s demencí patří např. Test instrumentálních všedních činností, Test základních všedních činností podle Barthelové a další.

Krátce zde popíši, v čem spočívá Test kreslení hodin a Test Mini Mental State Examination (MMSE), protože jsou to testy používané v našem zařízení.

Test kreslení hodin

Úkolem testovaného je nakreslit ciferník a čísla na hodinách a umístit ručičky tak, aby ukazovaly požadovaný čas. Je to oblíbená

³⁶ Srov. Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 33.

³⁷ Srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 26 – 27.

³⁸ Srov. Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 50 – 51.

jednoduchá orientační zkouška, postihující několik kognitivních funkcí zároveň – od prostorové paměti, přes zrakově-motorickou koordinaci, exekutivní funkce až po sématickou paměť a schopnost plánování a soustředění. Jeho předností je komplexnost úlohy během krátkého času. Prostřednictvím testu získá vyšetřující hodně informací o jednotlivých kognitivních funkcích. Protože však má nekonečné množství variací, je vhodné test používat ke kvalitativnímu zhodnocení kognitivních funkcí. Hodnotí se přítomnost a kvalita těchto položek: kruh, všechna čísla, jejich uspořádání v prostoru, dvě ručičky, jejich délka a nastavení.³⁹

Test Mini Mental State Examination (MMSE)

MMSE je nejpoužívanější metodou ke zjištění celkových globálních kognitivních funkcí a k zachycení demence s určením míry postižení. Obsahuje celkem 10 subtestů, zaměřených na orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, řeč, čtení, psaní a konstrukčně – praktické dovednosti. Pomocí testu lze dobře odlišit středně těžkou demenci od normálního stárnutí. Kvůli jednoduchosti úkolů však pomocí něho nelze určit mírnou kognitivní poruchu. Maximální počet je 30 bodů, 25 – 26 bodů je hraniční nález, od 24 bodů začíná pásmo demence (24 – 18 lehký stupeň, 17 – 6 středně těžký, pod 6 bodů je těžký stupeň). MMSE je potřeba považovat pouze za orientační metodu, která se musí posuzovat s ohledem na širší kontext. Osoby s vyšším vzděláním v něm totiž mohou dosahovat lepších výsledků, i když u nich už probíhá demence. Naopak osoby s nižším vzděláním mohou mít nižší počet bodů, i když se nejedná o postižení demencí. Jeho výhodou je krátké trvání, jednoduchá administrace a určitá kvantifikace postižení.⁴⁰

5 Komunikace a přístup k lidem s demencí

Cílem mé bakalářské diplomové práce je popis procesu adaptace uživatele s demencí v Domově se zvláštním režimem a určení faktorů, které

³⁹ Srov. Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 43.

⁴⁰ Srov. Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 49 – 50.

ovlivňují jeho průběh jak v pozitivním, tak v negativním smyslu. Dobrou komunikaci a individuální přístup k lidem s demencí považují za jeden z důležitých faktorů pozitivně ovlivňujících průběh procesu adaptace. Z tohoto důvodu se v této kapitole budu podrobněji zabývat jednotlivými typy komunikace. V poslední podkapitole se zmíním i o agresi ze strany člověka s demencí a o tom, jak na ni co nejlépe reagovat.

Komunikace s těmito nemocnými není vždy jednoduchá. Lidé s demencí jsou obvykle pomalejší v urovnávání svých myšlenek a v jejich převedení do slov. Dochází u nich k posunu mezi porozuměním a vyjadřováním. Potřebují na odpověď hodně času, nevědí, co odpovědět, ale neznamena to, že odpovědět nechtějí. Při konverzaci s člověkem, který trpí demencí je potřeba se spoléhat na svůj cit. Musím k němu přistupovat s vědomím, že mně chce něco říci, jinak mu moje řeč těla sdělí, že s ním mluvit vlastně nechci. Ticho je třeba tolerovat, aby si mohl uspořádat vlastní myšlenky. Když nemocný uprostřed věty přestane mluvit, je dobré když mu zopakovat, co řekl, aby našel přetrženou nit, nebo mu napovím chybějící slovo.⁴¹

Tento způsob komunikace vyžaduje dostatek času ze strany personálu. Pokud tomu tak není, nemocný brzy vycítí nedostatek trpělivosti a spěch u svého ošetřovatele a reaguje podrážděně, protože nebyl vyslyšen, či nebylo splněno jeho přání.

V prvním stádiu demence (myšleno Alzheimerovy demence) má pacient často problém najít vhodná slova. Uchyluje se ke slovům, která jsou nejasná a mlhavá, používá tzv. prázdná slova (někde, to, věci, oni...). Často vybere slova, která jsou danému slovu podobná. Ve většině případů však v této fázi demence dobře rozumí tomu, co se mu říká. **Ve druhém stádiu** je pro člověka s demencí stále obtížnější zapojit se do rozhovoru a stále méně se o to snaží. Často začíná komunikovat uprostřed věty, aniž by viděl situaci z hlediska posluchače. Nedokáže pochopit abstraktní pojmy, nerozlišuje mezi přítomností a minulostí. Nedokáže vyprávět logický a na sebe navazující příběh, jeho rozhovor ztrácí začátek a konec. Stojí ho velké

⁴¹ Srov. Janečková, Vacková, 2010, s. 107 – 108.

úsilí dát dohromady srozumitelnou větu, a proto se často uchyluje k sérii automatizmů a frází. V **posledním stádiu** demence nedokáže pronést už ani jednu z běžných vět, jeho vyjadřovací schopnosti postupně úplně mizí.⁴²

5.1 Způsob verbální komunikace s člověkem postiženým demencí

Schopnost dorozumívat se jazykem je jednou z nejdůležitějších forem komunikace. Člověk s demencí má však tuto komunikaci ztíženou již v důsledku samotného onemocnění. Tyto problémy mnohdy doprovází ještě zhoršení sluchu způsobené stárnutím.

Základním předpokladem pro komunikaci s nemocným tedy je zajistit dostatečné ticho a klidné prostředí. Je důležité, rozhovor nerušily vedlejší zvuky, jako je nahlas puštěné rádio nebo televize. Rozhovor by měl být stručný a jasný, vedený tak, aby nemocný byl schopen pochopit, co po něm pečovatel vlastně chce. Žádost, aby něco udělal, je nutné vyslovit vždy předtím, než má být daná činnost provedena, a nejlépe v místnosti, kde bude probíhat.⁴³ Tak například žádost o sundání prádla bude vyslovena v koupelně, informace o tom, že bude obědvat, má být vyslovena v jídelně apod. (Např. „Posaďte se, budeme obědvat.“ A dávám před něj talíř s polévkou a do ruky mu podávám lžíci.) Je důležité si zkontrolovat, zda nemocný dobře pochopil, co mu bylo řečeno. Jak už jsem uvedla výše, člověk s demencí potřebuje více času, aby danou informaci zpracoval a pochopil.

Pokud chceme s nemocným mluvit o lidech nebo věcech, které se staly před krátkou dobou, a on si je už nepamatuje, je lépe mu je takticky připomenout než ho uvádět do rozpaků. (Např. „Dnes odpoledne tu byl váš syn a přinesl vám tento dárek, že ano?“ Oslovený přikyvoval a cítil se příjemně při vzpomínce na syna. Pokud bych se zeptala otázkou „Víte, kdo tu byl dnes odpoledne? Od koho máte tento dárek?“, uvedla bych ho do rozpaků a připomněla mu, že jeho paměť není v pořádku. Příjemný pocit by

⁴² Srov. Buijssen, 2006, s. 60 – 61.

⁴³ Srov. Buijssen, 2006, s. 62 – 64.

se tak vůbec nedostavil.) S člověkem s demencí musím vždy mluvit tak, aby vycítil, že mi na něm záleží a že někam patří. Samotná skutečnost, že mluvím právě k němu a nevyjadřuji se před ním o něm ve třetí osobě, je mnohem důležitější než samotná slova.⁴⁴ Je důležité ho vždy brát jako plnohodnotného člověka.

Lidé s demencí mají svou minulost uloženou v paměti mnohem déle, než současné zážitky. Je tedy dobré, aby pečující znal jejich minulost, jejich zvyky a zájmy, věděl o jejich příbuzných. Může tak s nimi mluvit o šťastných okamžicích jejich života. Protože u těchto lidí se minulost prolíná s přítomností, je to často jediný způsob, jak s nimi navázat kontakt a umožnit jim, aby se cítili dobře. Někteří při vybavení vzpomínek pocítují úzkost, protože se domnívají, že se musí o někoho postarat nebo dokončit nějakou práci (např. jeden z našich klientů musí na jaře zorat a zasadit brambory, jindy chce odejít z domova, protože ho venku čeká auto, na které musí naskládat cihly, jiná klientka má starost, aby včas navařila večeři pro své syny, atd.). Můžu je tedy při této příležitosti požádat, aby mně něco pověděli o své práci, o svých dětech. Když jim dám prostor, budou mít pocit, že je beru vážně a mám o ně zájem.⁴⁵

5.2 Způsob neverbální komunikace s člověkem postiženým demencí - její význam

Neverbální komunikace vymezuje negativně jiný druh komunikace, než je slovní (verbální) druh sdělování. Při neverbální komunikaci jde o to, co si sdělujeme výrazem obličeje, oddálením, dotekem, postojem, pohyby, gesty, pohledy, „tónem“ řeči, úpravou zevnějšku apod.⁴⁶

Člověk s demencí velmi dobře vnímá naše neverbální projevy a reaguje na ně. Při komunikaci s ním je v první řadě potřeba mluvit klidným a vyrovnaným tónem. Není třeba zvyšovat hlas. Nemocný si často hlasitý projev vysvětluje jako hněv a provokuje to v něm rovněž hněv, úzkost, smutek nebo neklid. Nadřazený tón a postoj snižuje šance na předání

⁴⁴ Srov. Buijssen, 2006, s. 65.

⁴⁵ Srov. Buijssen, 2006, s. 67 – 69.

⁴⁶ Srov. Křivohlavý, 1988, s. 32.

informací. Klíčem k bezproblémové a pohodové komunikaci je tón hlasu, z něhož je přirozeně cítit smysl pro rovnost a přátelství.⁴⁷

Dalším pravidlem pro dobrou komunikaci je kontakt očima. Je třeba vždy zůstat v jeho zorném poli, neodvracet se od něj a nemluvit na něj zezadu. Některé lidi s demencí to může vyplašit a reagují rozrušením až agresivitou. Je vždy důležité vysvětlovat, co se zrovna děje, ukazovat to, co chci dělat, o čem chci mluvit.⁴⁸

Jako příklad mohu uvést komunikaci s jednou z našich uživatelek. Na úsměv a přátelský tón personálu reaguje vždy velmi pozitivně. Naopak vyšší tón hlasu a spěch v ní vyvolává neklid a hněv (Např. „Dobré ráno paní ..., jak jste se vyspala? Dobře? Budete vstávat? Pomůžeme vám na křeslo, nelekněte se. Opřete se o nohy. Tak, už je to hotovo. Tady máte umyvadlo s vodou, žínku a ručník. Umyjte se.“ Uživatelka místo odpovědi po mně opakuje některá pronesená slova, na některou otázku odpoví, kopíruje přátelskou atmosféru a poklidný tón řeči v ní vyvolává pocit pohody a bezpečí.).

Proces demence je neúprosný. Časem setře z paměti postiženého člověka všechny informace, i ty z minulého života. Když už nechápe slova, je možné k němu „hovorit“ tělem. Můžu ho pohladit, vzít kolem ramen, jemně poplácat po zádech, podržet za ruku, usmívat se na něho. Až do konce života bude člověk postižený demencí rozumět melodii věty. Velmi dobře slyší, jestli jsou vyslovená slova přátelská, nepřátelská nebo smutná. A to i tehdy, když už slovům nerozumí a nedokáže je pochopit. Komunikovat lze už i samotnou přítomností druhého člověka.⁴⁹

V hlavě mi utkvěla vzpomínka na jednu z posledních komunikací s mojí uživatelkou (př. Vcházím ráno do pokoje a zdravím: „Dobré ráno, paní Maruško. Jste paní Maruška Novotná - učitelka, že ano?“ Hovořím klidným tónem a usmívám se. „Ano“ odpovídá a horlivě přikyvuje, i když vím, že slovům už příliš nerozumí. Ústa se jí roztahují do širokého úsměvu a vztahuje ke mně rozpřažené ruce, které chtějí obejmout.).

⁴⁷ Srov. Buijssen, 2006, s. 65 – 66.

⁴⁸ Srov. Buijssen, 2006, s. 65 – 66.

⁴⁹ Srov. Buijssen, 2006, s. 68.

Podotýkám, že všechna jména v mé bakalářské práci jsou smyšlená, a pokud používám k oslovení křestních jmen, je to vždy na základě přání samotného uživatele, které je zaznamenáno v dokumentaci.

5.3 Přístup v případě negativního chování

Syndrom demence bývá ve vyšším věku provázen poruchami chování včetně agrese. Neznamená to ale, že každý člověk trpící demencí musí být agresivní. Agresivita je však velmi nepříjemnou komplikací syndromu demence a je pro pečující značně dyskomfortní. Při nepředvídatelném výbuchu hněvu a násilného chování dochází často k těžko řešitelným situacím. Většina pečujících se domnívá, že tyto záchvaty agresivity nemají žádný logický důvod. Téměř vždy však toto chování nějaký důvod má.⁵⁰

Holmerová uvádí tyto příčiny agresivního chování:⁵¹

- neporozumění situacím
- obranná reakce, pocit ohrožení
- nespokojenost se svými schopnostmi
- změny
- nezvládání úloh
- neočekávaná reakce (rychlá, nenadálá změna)
- podezírání jiných
- nezvládnutá porucha chování (křik, narušení prostoru jiných)
- manipulativní chování a upoutávání pozornosti
- prostředí, které může agresivitu provokovat a zhoršovat

Aby pečující pochopili, co provokuje agresivní chování, je potřeba rozebrat situace, v nichž dochází k agresivitě. Což znamená zamyslet se nad prostředím, situací, ve které k chování došlo, nad reakcí personálu, změnou

⁵⁰ Srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2009, s. 88 – 89.

⁵¹ Srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2009, s. 89 – 92.

medikace a podobně. Důležité jsou tři základní okruhy, na které je potřeba se ptát: okolnosti vzniku agresivního chování, typ agresivního chování, následky. Odpovědi na tyto okruhy by měly být ihned zapsány a měli by se s nimi seznámit všichni členové ošetřujícího týmu. Následně by pak mělo dojít k analýze problémového chování a k hledání řešení a záznamu o postupech, které vedly ke zklidnění.⁵²

Pokud dojde u nemocného k záchvatu agresivity, je potřeba, aby se o něho postaral nejzkušenější člen týmu. Ten, který má zkušenost při zvládání tohoto člověka už z minulosti. Ošetřující by měl reagovat vždy klidně bez emocí, ale dostatečně rozhodně a jistě. V případě, kdy nemocný svou agresivitou ohrožuje sebe i okolí, je potřeba dvou členů týmu. Jeden z nich by měl být ten, kterého pacient dobře zná. Jednat by s ním měli vždy laskavě, ale rozhodně. Je třeba mu trpělivě vysvětlit, že nesmí ubližovat druhým a že mu v tomto počínání musí zabránit.⁵³

Emoční výbuchy pacienta s demencí nejsou povětšinou míněny osobně, ale jsou mnohdy výrazem bezmocnosti. Pokud pečující musí čelit hněvu a obviňování, je lépe pokusit se odvrátit jeho pozornost jinam. Protože nemocný nedokáže udržet informaci déle, brzy zapomene na své negativní pocity. Pokud si je však vědom svého mentálního úpadku, je lepší mu v tomto případě dát najevo, že chápu jeho pocity. Kombinace rozptýlení a pochopení je vhodná ve všech případech. Nesmím se však nechat svést myšlenkou, že je jedno, co řeknu, protože na to během několika minut zapomene. Pokud to udělám, okradu se o příležitost udělat ho šťastným. A člověk s demencí má schopnost být šťastným.⁵⁴

Ztráta paměti způsobená demencí vede často k různým chybám a selháním. Ty vyvolávají pocity nejistoty, úzkosti a paniky. Kromě agresivity a deprese může nemocný reagovat na tyto pocity nedůvěrou. Podezíravost tak jde ruku v ruce s agresivitou. Nemocní obviňují nejčastěji své okolí z krádeže. V tomto případě stejně jako u agresivity je lépe nereagovat záporně, ale raději říci: „Vidím, že jste rozčilený, pojd'te, pomohu vám

⁵² Srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2009, s. 92 – 94.

⁵³ Srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2009, s. 95 – 96.

⁵⁴ Srov. Buijssen, 2006, s. 105 – 106.

hledat vaše brýle.“ Tento přístup ale obvykle nepomůže v případě, kdy si pečovatele nemocný zamění s někým jiným, který mu v minulosti ublížil nebo s ním měl konflikt. V tomto případě často nepomůže nic jiného, než ho nechat vybouřit a na chvíli odejít z jeho dohledu. Tato obvinění nejsou obvykle směřována přímo proti člověku, který je nablízku, ale je to spíše protest proti situaci, ve které se nemocný s demencí nachází. Je třeba si uvědomit, že na vině je nemoc, a proto mu dávat najevo, že vše je nebo bude v pořádku.⁵⁵

I když komunikace a přístup k člověku s demencí není jednoduchý a bez námahy, je vždy důležité jednat s ním jako s dospělým člověkem. Každý člověk má svou lidskou důstojnost, bez ohledu na svou nemoc nebo postižení.

Jedna z důležitých rad při komunikaci s člověkem trpícím demencí je nezapomenout na humor. Obtížné situace se uvolní, když se jim dokážu zasmát. Nemocného potěší úsměv na tváři někoho jiného, pokud nemá pocit, že se mu tato osoba vysmívá. Humor je brzdou agresivity. Není snadné se zlobit na někoho, kdo se na mě směje. Člověk postižený demencí chápe řeč úsměvu až do posledního okamžiku své smrti. Úsměv přeci patří mezi jednu z prvních forem komunikace.⁵⁶

6 Význam léčby osob s demencí

Léčba demence a provázejících symptomů sestává ze dvou vzájemně provázaných kroků. Jsou to biologické (farmakoterapie) a nebiologické (metody a aktivizace) léčebné přístupy k osobám s demencí. V následujících podkapitolách uvedu, jaká jsou hlavní očekávání daného způsobu léčby.

⁵⁵ Srov. Buijssen, 2006, s. 85 – 86.

⁵⁶ Srov. Buijssen, 2006, s. 105 – 107.

6.1 Biologické léčebné přístupy

Hlavním očekáváním v léčbě demence je stabilizace nemocného, oddálení progresu a oddálení přechodu onemocnění do vyšších stádií. Z biologických léčebných přístupů se nejčastěji používá farmakoterapie. Tuto lze zhruba dělit na:⁵⁷

- „**kognitivní farmakoterapii** (ovlivňující porušené kognitivní funkce),
- **nekognitivní farmakoterapii** (ovlivňující přidružené poruchy nálad a afektů, chování a spánku).“

Kognitivní farmakoterapie

Kognitivní farmakoterapie má blíž k příčinné léčbě. Protože však u většiny demencí není příčina objasněna, ovlivňují se známé mechanismy (např. mechanismy neurodegenerace).

Nejúčinnější léčbou lehké a střední formy Alzheimerovy nemoci jsou v současnosti léky, které blokují enzymy (acetylcholinesterázy), rozkládající acetylcholin (významný přenašeč nervového vzruchu). Tato látka (acetylcholin) se v mozku u lidí trpících demencí méně tvoří a je méně uvolňována. Má však stěžejní význam pro paměť. Zablokováním enzymů, které způsobují jeho rozklad, se v mozku dosáhne zvýšení obsahu mozkového acetylcholinu, a tím i zlepšení paměti. Tyto léky se nazývají inhibitory acetylcholinesteráz.⁵⁸

Zmiňované léky ovlivňují kognitivní funkce a příznivě působí i na poruchy chování, vnímání a další běžné činnosti života. Včasná diagnostika a včasná léčba umožní prodloužení soběstačnosti nemocného, zpomalení progresu choroby na určitou dobu. Tím selepší kvalita života nemocného a dojde ke snížení zátěže pečovatele.⁵⁹

⁵⁷ Srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 88.

⁵⁸ Srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 88 -89.

⁵⁹ Srov. Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 82 – 84.

Mezi další léčiva používaná u demencí patří nootropní farmaka a příbuzné látky. Zlepšují mozkovou látkovou přeměnu, využitelnost glukózy a ostatních živin, působí proti nedostatku kyslíku.⁶⁰

Nekognitivní farmakoterapie

Nekognitivní farmakoterapie se používá k ovlivňování poruch chování, u změn nálad a afektů, poruch spánku způsobených demencí. Při poruchách nálad a přidružených deliriích se používá tzv. antipsychotik II. generace, které mají minimum vedlejších účinků. Používají se i moderní anxiolytika (léky proti úzkosti) a antidepresiva.⁶¹

6.2 Nebiologické léčebné přístupy

Cílem nebiologických léčebných přístupů (metod a aktivizací) je:⁶²

- „zachování, případně zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako je hrubá a jemná motorika, chůze, soběstačnost, kognitivní funkce,
- smysluplné vyplnění volného času,
- ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků demence a aktivit denního života,
- zlepšení verbální i neverbální komunikace pacienta s příbuznými a ošetřovatelem“.

Ve stádiu střední demence např. u Alzheimerovy choroby jsou lidé ještě schopni sebeobsluhy, uspokojivé komunikace a mohou se účastnit různých aktivit, dokáží ještě profitovat ze svého pravidelného režimu. Naopak bez těchto činností dochází k nežádoucímu chování, které pak komplikuje kolektivní soužití. Proto je potřeba šetrného vedení k tomu, aby zachovávali denní rytmus a co nejvíce se podporovala jejich soběstačnost. Současně je přitom třeba respektovat jejich přání a preference.⁶³

⁶⁰ Srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 89 - 90.

⁶¹ Srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 90.

⁶² Pidrman, 2007, s. 93.

⁶³ Srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 91.

Heslovitě zde vyjmenuji některé z nebiologických přístupů (metod a aktivizací), o kterých se zmiňuje Holmerová, a následně uvedu, jak je těchto aktivizačních technik využíváno v našem zařízení:⁶⁴

- naučený postup
- reflektivní podpora
- orientace realitou
- programované aktivity
- individualizované aktivity
- kognitivní trénink
- validace
- reminiscence

Naučený postup

Jedním z nebiologických přístupů, který se osvědčil v našem zařízení, je přístup nazývaný „naučený postup“. Jde o zvyklosti uživatele (např. kdy obvykle vstává a uléhá, zda má rád teplo nebo je naopak horkokrevný, zda je zvyklý před spaním sledovat televizi či poslouchat rádio, co má rád na jídlo a co naopak nesnáší atd.). Dodržování těchto zvyklostí usnadní práci personálu a pomůže nemocnému lépe se adaptovat na nové prostředí. Důležitá je rovněž znalost prostředí, kde doposud žil, jeho dřívější profese a koníčky.

Reflektivní podpora

Holmerová uvádí, že reflektivní podpora je celostní multidisciplinární přístup, k němuž dospěli v týmu gerontologického centra a v rámci alzheimerovské společnosti. Šlo jim o vytvoření zásad péče o pacienty trpícími demencí, které by se staly základem přístupu k těmto lidem.⁶⁵ V našem zařízení se dodržují následující principy vycházejících z tohoto přístupu:

- u člověka s demencí zachováváme jeho lidskou důstojnost

⁶⁴ Srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 91 – 98.

⁶⁵ Srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 93 – 94.

- jednáme podle jeho přání, která vyslovil, v době kdy toho byl schopen, reagujeme na jeho chování
- v péči reflektujeme jeho zdravotní stav a momentální potřeby
- nabízíme mu podněty k činnostem
- poskytujeme mu podporu v rámci verbální a neverbální komunikace, snahou je navodit u něj pocit jistoty a bezpečí

Orientace realitou

Co se týče orientace realitou, využíváme z tohoto přístupu pouze velký nástěnný kalendář a hodiny. Lidé trpící demencí interpretují totiž svoji realitu jinak. Domnívají se, že jejich rodiče a zemřelí blízcí doposud žijí, hovoří o nich jako by zde doposud byli (např. se ptají, kam odešla maminka, upravují lůžko svému bratrovi, který již zemřel atd.). Uvádět je do reality nemá cenu. Daná skutečnost je rozteskní, a i když brzy zapomenou, zůstává v nich pocit smutku.

Programované aktivity

Lidé trpící demencí potřebují zachovávat denní rytmus. Ten je v našem zařízení určen dobou jídla. Tu předchází hygiena (toaleta, výměna inkontinentních pomůcek, mytí...). Někteří uživatelé už bývají vzhůru, jiné je potřeba šetrně budit. Po ranní hygieně si mohou ještě do snídaně chvilku zdřímnout, někteří tak učiní po snídani, jiní jsou už velmi čiperní. Většina z nich však využívá krátkého odpočinku po obědě buď v křesle, nebo na lůžku. Dokud je to možné, je třeba je podporovat v sebeobsluze (mytí, oblékání, samostatná chůze apod.). V průběhu dne jsou jim nabízeny různé aktivity – práce v ergoterapii (společné činnosti – povídání, četba, výtvarná činnost, pomoc při pečení, jednoduché práce jako je navlékání korálků, třídění luštěnin apod.), společné rehabilitační cvičení, poslech hudby, atd. Tyto společné činnosti jsou lidé s demencí schopni vykonávat v první a střední fázi demence. S postupujícím onemocněním přestávají o ně jevit zájem, nerozumí jednotlivým činnostem, odcházejí od započaté činnosti. Je

nutné se jim individuálně věnovat, popř. zvládnou práci ve velmi malých skupinkách o počtu dvou až tří osob, kdy je terapeut schopen udržet jejich pozornost.

Individualizované aktivity

S postupným zhoršováním zdravotního stavu, jak jsem výše uvedla, je třeba se uživatelům více věnovat individuálně. Snažíme se je vést ještě co nejdéle k sebeobsluze (i kdyby se jednalo pouze o umytí obličeje a rukou, či o schopnost se samostatně najíst) i když už potřebují více péče. Jsou schopní ještě po krátkou dobu vykonávat velmi jednoduché činnosti pod vedením pracovníka. Velmi dobře reagují, když má personál čas jenom pro ně. Milují naslouchání, blízkost, fyzický dotek... Ovšem i uživatelé v počínající a střední fázi demence potřebují individuální péči. Pokud něco dělají, často potřebují ubezpečení, že je to správně, potřebují vést, poradit. I oni jsou rádi za každou chvilku pozornosti, kterou jim personál věnuje.

Kognitivní trénink

Kognitivní trénink zlepšující úroveň poznávacích funkcí u lidí s demencí využíváme v našem zařízení spíše jako formu zábavy a aktivizace. Je užitečný pro uživatele s mírným a středním stupněm demence, v pozdější fázi tohoto onemocnění více procvičujeme dlouhodobou paměť.

Validace

Další metodou prospěšnou pro člověka trpícího demencí, která mu pomůže získat důvěru v nového pečujícího, a tím se lépe začlenit do jiného prostředí, je validace. Tato metoda respektuje úctu k člověku s demencí, uznává pravdivost jeho pocitů a respektuje téma, které si zvolí k rozhovoru. Člověk s demencí často mluví o svých zemřelých blízkých a chová se tak, jako by byli dosud živí. Splývá mu přítomnost s minulostí. Pokud ho nechám mluvit o svých blízkých a skutečnost, že už zemřeli, mu nijak nevyvracím, ani nepotvrzuji, v něm vyvolá příjemný pocit z blízkosti své

rodiny. Uživatel je klidnější a spokojenější, lépe spolupracuje a začleňuje se do nového prostředí.

Reminiscence

Reminiscence je metoda, u které se využívá vzpomínek. Člověk s demencí může vzpomínat, protože jeho dlouhodobá paměť bývá poměrně dlouho zachována. Vzpomínání mu dává pocit potřebnosti, důležitosti pro ostatní. Cítí se být sám sebou, má co přinést ostatním a to mu napomáhá začlenit se lépe do nového prostředí.

7 Adaptace seniorů v pobytovém zařízení

Na počátku této kapitoly vymezím pojem adaptace a zmíním se všeobecně o adaptaci seniorů v pobytovém zařízení. V následujících podkapitolách poukážu na to, co může prospět adaptaci seniora s demencí, co naopak způsobuje jeho maladaptivní chování a jaké prostředí je pro něj vyhovující.

V obecné rovině rozumíme adaptací proces přizpůsobení se podmínkám daného prostředí. Projevuje se velkým množstvím kvalitativně i kvantitativně odlišných procesů a činností.⁶⁶

Schopnost adaptace člověka je ovlivněna řadou charakteristik jeho osobnosti. Výrazným faktorem ovlivňujícím schopnost adaptace je také stáří člověka. Obecně se dá říct, že starší lidé mají s adaptací na nové podmínky větší potíže než lidé mladí. Senioři mají omezenější schopnost reagovat na zátěž, jejich volba obranných mechanismů je snižena. Bývají rigidní, odmítají změny hodnot a norem chování. Hůře se učí novým věcem a proto je pro ně každá změna náročná a nepříjemná.⁶⁷

Obzvláště vysoké nároky na adaptaci seniora představuje jeho umístění do domova pro seniory. Pro starého člověka je zásadní změnou a

⁶⁶Srov. Kolektiv autorů encyk. institutu, 1984, s. 37.

⁶⁷Srov. Vágnerová, 2000, s. 492.

velmi zátěžovou situací. V krajním případě představuje příchod do domova a nároky na adaptaci na nové prostředí tak velkou zátěž, že umírá.

Co se děje po příchodu seniora do domova? Ocítá se ve zcela cizím prostředí. Senior ztrácí své zázemí, své teritorium, kde doposud žil, a s ním spojené sociální kontakty. Podle Vágnerové lze rozeznat dva typy procesů adaptace na umístění v domově pro seniory. První typ adaptace je charakteristický pro seniory, kteří jsou umístěni do domova proti své vůli, druhý typ procesu je charakteristický pro dobrovolný odchod do domova.⁶⁸

a) Adaptace na nedobrovolné umístění do domova pro seniory má následující fáze:⁶⁹

1. Fáze odporu – frustrace a negativní emoce z umístění se projevují negativismem, agresivitou a hostilním chováním jak vůči personálu, tak vůči ostatním obyvatelům domova. Jde o formu protestu a jakési obranné reakce.

2. Fáze zoufalství a apatie – následuje poté, co zjistí, že předchozí chování nevede ke zlepšení situace. Senior rezignuje a ztrácí o všechno zájem. V této fázi mohou někdy setrvat až do smrti.

3. Fáze vytvoření nové pozitivní vazby – někteří senioři dokáží navázat v novém prostředí pozitivní vztahy a dát novému životu smysl.

b) Adaptace po dobrovolném odchodu do domova pro seniory má tyto fáze:⁷⁰

1. Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu – senior se se v nové situaci orientuje, srovnává, co je horší a co lepší.

2. Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu – člověk se v této situaci smířil se ztrátou svého bývalého zázemí, se změnou své životní role a postupně si vytváří nový životní styl a získává nové sociální kontakty.

⁶⁸ Srov. Vágnerová, 2000, s. 495 – 500.

⁶⁹ Srov. Vágnerová, 2000, s. 499 – 500.

⁷⁰ Srov. Vágnerová, 2000, s. 500 – 501.

7.1 Faktory podporující adaptaci seniorů

Jedním z prvních faktorů důležitých pro dobrou adaptaci je dobrá příprava jak ze strany budoucího uživatele, tak ze strany personálu zařízení, kam tento uživatel vstupuje. Je dobré, když je tato změna plánovaná a ze strany seniora jde o dobrovolné rozhodnutí. Výhodou je, pokud senior byl již před nástupem seznámen s prostředím zařízení a má o něm co nejvíce informací.⁷¹

Neméně důležitým pro úspěšnou adaptaci je i první dojem z pobytu v zařízení. K lepšímu zvládnutí přechodu z domova do zařízení napomáhá i možnost určit si svůj den a program podle vlastních zvyklostí (tzv. naučený postup). Jedná se o čas ukládání ke spánku, čas vstávání, dobu podávání jídel, možnost vybrat si, zda svůj volný čas chce trávit v soukromí nebo ve společnosti ostatních, udržovat své koníčky. Příznivě působí na adaptaci uživatele i možnost žít společenským životem. Tj. zúčastňovat se kulturních akcí v okolí, přijímat návštěvy, telefonovat, možnost odejít ven, odjet k příbuzným apod.⁷²

Adaptační proces pokračuje hned následující dny po přijetí uživatele a vyžaduje maximální pozornost ze strany personálu. Je to úkol pro celý tým počínaje sociálním pracovníkem, zdravotním personálem až po pracovníky v přímé péči. Uživatel se s největší pravděpodobností seznámí s provozem zařízení a akcemi, které se v něm provozují, až po nějaké době. Je potřebné mu proto poskytnout dostatečně dlouhý čas. Je důležité, aby hned od počátku dostal uživatel přiděleného svého klíčového pracovníka, který mu bude v celém zařízení nejbližší, na něhož se může s důvěrou obrátit a který se mu bude maximálně věnovat zvláště zpočátku.⁷³

S příchodem uživatele do zařízení vzniká i jeho individuální plán, který pomůže zvládnout všem zúčastněným toto náročné období. Nejčastěji ho vypracovává klíčový pracovník. Uživatel potřebuje získat řadu informací o prostředí, v němž bude žít, aby mohl navázat přátelské vztahy, zapojit se

⁷¹ Srov. Matoušek, 2005, s. 181.

⁷² Srov. Matoušek, 2005, s. 181.

⁷³ Srov. Matoušek, 2005, s. 181.

do skupiny, aby si mohl přisvojit svůj prostor a získal příležitost vykonávat pro něj smysluplné aktivity. Při tomto procesu může obzvlášť pomoci rodina, jeho přátelé a sousedé z původního bydliště, kteří mohou předat cenné informace, vzpomínky i předměty a umožnit tak uživateli co nejlépe propojit nové prostředí s původním. Individuální plán vychází z posouzení zdravotního a psychického stavu klienta, jeho potřeb a míry jeho soběstačnosti. Plán určí nejzávažnější problémy uživatele, stanoví postupné kroky, které mohou pomoci zlepšit či stabilizovat jeho aktuální stav, a tím i zlepšit jeho kvalitu života. Plán má stanoveny úkoly a časový horizont, který umožňuje pravidelné hodnocení stavu a změn a vytvoření nového cíle.⁷⁴

Spolupráce s rodinou nekončí převzetím uživatele do domova, nekončí ani vztahy a povinnosti dětí vůči svým rodičům. Zájem o rodinu ze strany zařízení, zájem o jejich blízkého, nabídka spolupráce a podávané informace o jeho stavu pomáhají rodině v utvrzení, že pro svého blízkého udělala to nejlepší, co mohla.⁷⁵

7.2 Adaptace seniora postiženého demencí v pobytovém zařízení

V této práci se zaměřuji na seniory s demencí. Tito lidé jsou do domova umístěni vzhledem k zhoršení zdravotního stavu a zejména zhoršení psychického stavu, v jehož důsledku již nemohou vést dosavadní život a péče o ně je v domácím prostředí nezvladatelná. V tomto kontextu je jejich umístění do domova vynucené tlakem vnějších okolností a můžeme hovořit o adaptaci seniora typu a), tj. o adaptaci na nedobrovolné umístění do domova (viz. kapitola 7). Pouze malá část seniorů postižených demencí vstupuje do zařízení zcela dobrovolně. Většinou tak činí ve fázi, kdy jsou ještě schopni takového rozhodnutí udělat.

⁷⁴ Srov. Matoušek, 2005, s. 182.

⁷⁵ Srov. Matoušek, 2005, s. 182 – 183.

Přijetí pacienta postiženého demencí do zařízení u něho způsobuje strach, je pro něj přímo kritickou situací. Musí si zvyknout na úplně jiné podmínky, než v jakých doposud žil, a to vše v situaci, kdy jsou jeho duševní schopnosti a schopnost adaptace výrazně omezeny. Situaci dále zhoršuje skutečnost, že senior je do zařízení většinou tzv. umístěn proti své vůli. Nejčastěji ho do zařízení přivádí rodina nebo někdo z blízkého okolí.

Nejlepší přípravou pacienta na příchod do zařízení je postupné obeznamování se s připravovanou změnou. Tedy využití stejného postupu jako u seniorů, kteří netrpí demencí. Rodina by ho měla seznámit se zařízením a jeho pracovníky ještě před tím, než bude přijat. Měl by být přivítán přátelsky a seznámen s těmi, kdo mu budou poskytovat péči. Rovněž celý tým pracovníků musí znát anamnézu a jeho potřeby. Pečující by měli věnovat pozornost úvodnímu seznámení s celým zařízením a s jeho obyvateli. Společenské návyky a chování u člověka s demencí přetrvává dlouho i ve fázi pokročilé demence, a proto je dobré tyto dovednosti podporovat. Základem je vždy dobrý a úspěšný vstup do zařízení.⁷⁶

Pro starého člověka jsou členové rodiny, jeho děti, vnoučata a sourozenci těmi nejbližšími, se kterými prožil podstatnou část svého života. Kvalitní sociální služba by měla tyto vztahy uchovat, chránit a podporovat. Převzetí péče má rodině ulevit, ale nemají se zcela jistě vytratit emociální vazby a činnost rodiny. Pracovníci domova by proto měli blízkým sociálním vazbám svých uživatelů věnovat stejnou pozornost jako samotným uživatelům.⁷⁷

7.3 Faktory podporující malaadaptaci seniorů

Mezi nejvýraznější faktor ovlivňující negativně přizpůsobování se novým podmínkám patří už samo stárí a nemoc.

⁷⁶ Srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2009, s. 98.

⁷⁷ Srov. Janečková, Vacková, 2010, s. 111 – 112.

Dalším negativním faktorem je už výše zmiňovaná skutečnost, že lidé se rozhodují pro život v ústavním zařízení ve vysokém věku, ve špatném zdravotním stavu, v osamělosti, či za ně rozhodují jejich blízcí.⁷⁸

Ztráta soukromí, nutnost sdílet pokoj s ostatními uživateli (zvláště v zařízeních umístěných ve starších historických budovách), nutnost přizpůsobit se danému režimu a potřebám jiných uživatelů (např. rozsvícené nebo zhasnuté světlo, větrání, poslech rádia či sledování televize na pokoji apod.), to vše způsobuje, že se senior hůře přizpůsobuje novým podmínkám.⁷⁹

O uživatele je v zařízení postaráno po všech stránkách. V domově mu navaří, uklidí, vyperou, postarají se o jeho finance a on nemá najednou co dělat. Pokud mu personál nenabídne odpovídající činnost (aktivitu), hledá pak náhradní uspokojení např. v jídle, spánku apod.⁸⁰

Nízký počet pracovníků v domovech pro seniory patří rovněž mezi faktory, které zpomalují adaptační proces seniorů. Personál nemá dostatek času na uživatele - na rozhovor, útěchu, naslouchání. Mít čas na uživatele, rovná se lepší adaptace a vyšší kvalita jejich života.

7.4 Charakteristika prostředí pro osoby s demencí

Prostředí, kde žijí pacienti s demencí, musí být pro ně uzpůsobené. Má být co nejvíce přehledné, předvídatelné a pochopitelné. Platí to zejména pro pobytové zařízení. Místnosti mají být jasně označeny, prostředí musí být bezpečné, ale současně nemá nemocného omezovat. Nemocnému by měla být dána možnost soukromí, ale zároveň by ošetřující personál měl mít přehled o jeho činnostech. Tyto podmínky bývají obzvláště těžko splnitelné tam, kde se nejedná o nové zařízení, protože architektonické podmínky budov nelze mnohdy změnit. Je třeba hodně improvizovat.⁸¹

V současné době Domov pro seniory, ve kterém pracuji, usiluje o rozdělení jedné z jeho částí - Domova se zvláštním režimem (nyní v něm

⁷⁸ Srov. Pacovský, 1994. s. 91.

⁷⁹ Srov. Matoušek, 1999, s. 122.

⁸⁰ Srov. Matoušek, 1999, s. 118.

⁸¹ Srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2009, s. 129.

žije 52 uživatelů) na dvě oddělení. Jedno z nich bude určeno pro osoby upoutané na lůžko, druhé bude specializované na osoby s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence. Koncepce oddělení pro osoby s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence má umožnit získání certifikátu kvality „Vážka“. V následujících řádcích se zmíním o tom, jak by takové specializované oddělení, vlastníci tento certifikát kvality, mělo vypadat.

Tento certifikát uděluje Česká alzheimerovská společnost provozovatelům zařízení, kteří poskytují kvalitní služby osobám s demencí. Je udělován na základě výsledků auditu v zařízení zájemce o certifikaci.

Rezidenční oddělení Vážka je specializované oddělení určené zejména pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence. Poskytuje jim pobytovou, nepřetržitou péči, případně respitní péči. Od jiných rezidenčních zařízení pro seniory se liší důrazem na respektování zvláštních potřeb lidí s demencí, důrazem na zachování jejich bezpečnosti, důstojnosti, udržení soběstačnosti a všech zachovaných schopností co nejdéle. Jejich posláním je udržení nebo zlepšení kvality života lidí s demencí, při snížené soběstačnosti v instrumentálních i bazálních aktivitách denního života a orientaci.⁸²

Oddělení má být vlídné, přehledné, podobné domácímu prostředí. Má disponovat společným prostorem, kde obyvatelé tráví většinu dne a zapojují se do smysluplných aktivit. Pobyt na pokojích má být omezen na dobu odpočinku a nočního spaní. Společný prostor by měl být v ideálním případě centrem celého oddělení s vybavením podobným jako v domácnosti, tj. kuchyňská linka, stoly, sedací odpočinková souprava. Kapacita takového oddělení je 10 – 15 obyvatel.

Obsahem celodenní péče je podpora v aktivitách denního života, podpora soběstačnosti a aktivity prostřednictvím terapeutických metod (ergoterapie). Dále přiměřený pohybový režim, pohybová terapie a fyzioterapie, verbální a neverbální komunikace, kontakt, blízkost, rozvíjení vztahu, validace, péče o vzhled, společenský život. Samozřejmostí je

Srov. Česká alzheimerovská společnost dostupné z http://www.alzheimer.cz/data/docs/PravidlaproudelovanicertifikatuVazka_0912.doc [17. 2. 2011]

sestavení individuálního plánu péče, naplňování jeho cílů a sledování psychického stavu, sociální práce a práce s rodinou.⁸³

Pokud se podaří vytvořit ve stávajícím Domově se zvláštním režimem, kde pracuji, takovéto oddělení specializované pro osoby s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence, které získá certifikát České alzheimerovské společnosti, bude to znamenat zkvalitnění dosavadní péče. Velkou výhodou bude skýtat prostředí podobné rodinnému prostředí, s dostatkem personálu, který zaručí kvalitní individuální péči, což v současné době vzhledem k většímu počtu uživatelů na jednoho pracovníka není vždy možné. Takovéto oddělení poskytuje i záruku toho, že proces adaptace uživatele s demencí bude lepší, protože zde budou přítomny faktory, které pozitivně tento proces urychlí (menší prostor, prostředí rodinného typu, menší počet uživatelů, dostatek personálu atd.).

Stávající Domov se zvláštním režimem se nachází v historické budově bývalého kláštera. Jeho prostory jsou rozlehlé, s dlouhými chodbami. Rozkládá se na dvou poschodích v prvním a druhém patře. Kolmo na něj navazují prostory, v nichž je umístěn Domov pro seniory nacházející se v prvním patře a částečně v přízemí. Veškeré prostory jsou volně přístupné všem uživatelům zařízení. Jednotlivá patra jsou přístupná po schodišti, pomocí výtahu a pojízdné plošiny. V Domově se zvláštním režimem se nachází prostorná kulturní místnost určená pro ergoterapii. Tuto místnost využívají všichni uživatelé domova. Z prvního patra je vchod na rozlehlou terasu sloužící k odpočinku. V přízemí je pro uživatele k dispozici ještě jedna velká kulturní místnost sloužící jako knihovna, tělocvična a při bohoslužbách je využívána jako kaple. Domov má nádhernou rozlehlou zahradu, po které se mohou snadno pohybovat jak chodící uživatelé, tak vozíčkáři či uživatelé na lůžku. Je přístupná výtahem i po schodišti.

Srov. Česká alzheimerovská společnost dostupné z <http://www.alzheimer.cz/?PageID=575> [17. 2. 2011]

8 Případové studie

Pro vysvětlení pojmu případová studie použiji následující definici. „Případová studie je detailní analýzou případu, který byl zvolen jako objekt výzkumu. Jejím cílem je poskytnout hluboké porozumění nebo příčinné vysvětlení vybraného případu. Musí zohlednit celkový kontext události či objektu, fenoménu či děje a musí zároveň poskytnout komplexní obrázek – musí být zahrnuto co největší množství proměnných. Případem je dostatečně ohraničený aspekt historické epizody či dostatečně ohraničená epizoda sama o sobě.“⁸⁴

Cílem mé práce je popis procesu adaptace uživatele s demencí v Domově se zvláštním režimem a určení faktorů, které ovlivňují jeho průběh jak v pozitivním, tak v negativním smyslu. Proces adaptace uživatele začíná rozhodnutím domova o jeho přijetí, následným přijetím a pro účely této práce končí uplynutím 12 měsíců od okamžiku jeho nástupu do domova. Délku dvanácti měsíců jsem si zvolila právě proto, že po této době je na člověku žijícím v daném zařízení už dobře patrné, zda mu toto prostředí vyhovuje, zda poskytovaná péče je pro něj vyhovující. A to i přesto, že má toto onemocnění progredující charakter.

8.1 Design výzkumu

V mém výzkumu půjde o případové studie uživatelů s demencí. Výzkumný vzorek je ohraničen dobou mého nástupu do Domova se zvláštním režimem, tj. 1. září 2007, a ukončen 31. ledna 2010, tj. ukončením sběru dat. Jedná se tedy o období v délce 2 let a 5 měsíců.

Abych jasněji vymezila vzorek zkoumaných osob, vybrala jsem z tohoto období všechny uživatele, u kterých byla potvrzena diagnóza demence ještě před nástupem do zařízení a v tomto období (1. září 2007 – 31. 1. 2010) u nás žili alespoň jeden rok. Jednalo se tedy o šest uživatelů

⁸⁴Definice případu a případové studie dostupné z <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=25061> [11. 10. 2011].

splňujících určené podmínky. Tyto jsem zařadila do mého výzkumného vzorku.

8.2 Adaptační proces zkoumaných osob

Proces adaptace je časově vymezen následujícími momenty. Zahájen je okamžikem rozhodnutí zařízení o přijetí do Domova se zvláštním režimem a nástupem do zařízení a trvá po dobu 12 měsíců od okamžiku nástupu do zařízení. Obecně proces adaptace tímto okamžikem nemusí být ukončen, ale pro účely této práce končím s jeho popisem po uplynutí 12 měsíců.

Popis procesu adaptace bude zahrnovat zejména následující skutečnosti. Popis důvodů, které vedou k žádosti o umístění do domova se zvláštním režimem, dále se zaměřím na individuální plán uživatele (anamnézu, osobní cíl, dlouhodobý plán, průběh poskytované služby) a výsledky psychiatrických vyšetření. K zodpovězení hlavní výzkumné otázky **„Které faktory pozitivně a které negativně ovlivňují proces adaptace uživatelů s demencí v pobytovém zařízení?“** potřebuji odpovědět na tyto dílčí výzkumné otázky (DVO):

DVO1: Které faktory vstupují do procesu adaptace uživatele a jaká je jejich role a vliv?

DVO2: Jak se projevuje adaptivní a maladaptivní chování uživatele?“

Všechna jména, která v bakalářské diplomové práci používám, jsou smyšlená, rovněž měním nebo vynechávám některé osobní údaje. Stejně tak neuvádím, kterým uživatelům jsem klíčovým pracovníkem. Činím tak v souvislosti se zákonem č. 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tak abych dodržela práva uvedených občanů na ochranu před neoprávněným zasahováním do jejich soukromí.

Paní Novotná

Paní Novotná se narodila v roce 1918. Do zařízení nastoupila v únoru 2008. Povoláním byla učitelka na střední škole. Je vdova, má dva syny a jednu dceru. Žila sama v bytě. Nejstarší syn a dcera žijí ve vzdáleném městě, nejmladší syn žije několik kilometrů od bydliště matky.

Údaje od rodiny:

Poslední tři roky před nástupem do zařízení udává rodina zhoršení stavu. Zapomíná, je zmatená, chce odejít ke svým rodičům nebo do práce, nedá si vymluvit, že je vše jinak. Vyžaduje neustálou přítomnost dětí, které se v péči o ni střídají. V noci se bojí, nechce být sama. Rodina sděluje, že není možné ji nechat ani chvíli o samotě, bojí se odejít i na nákup. Vzpomíná na své příbuzné, jako by byli živí, při snaze uvést ji do reality je plačtivá. Skutečnosti z televizních pořadů vztahuje na sebe. Je depresivní, 10 let léčena na neurologii, inkontinentní, diabetička, trpí oční vadou - má šedý zákal, nosí brýle, vada sluchu je kompenzována naslouchadlem.

Rodina už nepřetržitou, byť střídavou péči o matku nezvládá, proto se rozhodla podat žádost o umístění do Domova pro seniory.

Údaje z psychiatrického vyšetření (prosinec 2007):

Pacientka je částečně orientována osobou, odpovědi jsou málo obsažné, po latencích, formálně přiléhavé, hrubě nesprávné. Je depresivní, apatická, spontánně se neprojevuje, chování je přiléhavé situaci, společenské. Myšlení je rigidně nevýpravné, ulpívavé, obsahově chudé, bradypsychické s konfabulacemi. Intelekt je výrazně deteriován. Na jméno prezidenta si nevzpomene. Neodečte 100 - 7, po dlouhé chvíli je schopna odečíst 10 - 7. Je těžké narušení kognitivních funkcí, značné mnestické poruchy s narušením novopaměti, globální narušení celé psychiky včetně volných schopností.

Dg. F00.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem

Dg. F92.0 Depresivní porucha

Nástup do zařízení (únor 2008):

Uživatelka nastoupila do zařízení z trvalého bydliště, přijela v doprovodu syna. Vzhledem ke své diagnóze byla umístěna do Domova se zvláštním režimem. Sociální pracovnice ji uvedla a představila jí jejího klíčového pracovníka. Uživatelka byla orientována osobou, ale ne místem. Domnívala se, že přijela do porodnice. Dle údajů sociální pracovnice jí rodina řekla, že jde do nemocnice, aby si zde vyléčila nohy. To se jí rodina snažila také průběžně sdělovat. Po vyřízení administrativních a jiných náležitostí se uživatelky ujal klíčový pracovník, který jí ukázal pokoj a v průběhu dne ji seznámil s celým zařízením domova.

Údaje z poskytované služby (únor 2008 – listopad 2008):

Klíčový pracovník sepsal individuální plán uživatelky. V anamnéze se uvádí rodinné údaje, zaměstnání, koníčky, používání kompenzačních pomůcek, zvyklosti uživatelky (hygiena, jídlo atd.), jaké úkony je schopna zvládnout. Uživatelka není schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu určit svůj osobní cíl. Přeje si co nejčastěji vidět svoji rodinu, proto zájem o častou přítomnost dětí byl zahrnut do dlouhodobého plánu.

Paní Novotná potřebuje dopomoc při ranní a večerní hygieně, výměnu inkontinentních pomůcek, koupání, úpravu lůžka a úklid provádí personál. Nají se sama, používá zubní protézu. Nosí brýle a naslouchadlo.

U uživatelky se projevuje neklid, není schopna dlouho sedět na místě. Snaží se zapojovat do rozhovoru s ostatními. Klíčový pracovník nebo jiný pracovník však musí nasměrovat téma, které je jí blízké a je uchováno v dlouhodobé paměti (viz reminiscence). Velmi ráda vzpomíná na dobu, kdy pracovala se studenty jako učitelka. Má ráda oslovení „paní učitelko“. Uživatelka je schopna ještě s pomocí brýlí číst. Čte dobře, občas zkomolí nějaké slovo. Zhruba po čtyřech měsících se schopnost číst pomalu vytrácí, některá slova nedokáže přečíst, ztrácí o čtení zájem. Paní Novotná dříve milovala ruční práce. S dopomocí personálu se ještě zabaví drobnou prací – tvarováním drátků, provlékáním šňůrek, skládáním domina. Ráda si poslechne i dechovku, sama však u rádia nevydrží sedět. Všechny tyto

činnosti je schopna dělat pouze v případě, že se jí někdo z personálu individuálně věnuje. Pokud tomu tak není, ztrácí o ně zájem, sama je nedokáže ani započít.

Pokud se jí nikdo nevěnuje, bez cíle se toulá po chodbách, vysvléká si oblečení a často obtěžuje ostatní uživatele na pokojích. V noci chodí, rozžihá světla, sahá na spolubydlící, bere jim věci ze stolků. Vzhledem ke zdravotnímu stavu domluva není možná. Uživatelka by k chůzi měla používat hůlku, stále ji však zapomíná a její chůze je nejistá. Sama se také vydává na schodiště, kde jí hrozí riziko pádu. Dotazuje se, kdy půjde domů.

V doprovodu personálu se paní Novotná zúčastňuje i kulturních akcí, např. koncertu dechové hudby, kterou má ráda. Za hezkého počasí tráví dny s ostatními uživateli na zahradě nebo na terase pod dohledem pracovníka přímé péče. Uživatelka často chodí po chodbách s jinou obyvatelkou, která rovněž trpí demencí. Povídají si spolu (i když každá mluví o něčem jiném, ale to jim nevadí), drží se za ruce a necítí se tolik osamoceně.

Návštěvy rodiny vždy vítá, každé z jejich dětí přichází téměř každý týden a střídají se. Takže má návštěvu třikrát týdně. V přítomnosti své rodiny se cítí velmi uvolněně a spokojeně, pozná ještě všechny své děti. Bezprostředně po odchodu je ještě schopna zopakovat jméno svého potomka, který ji navštívil, brzy ho však zapomene.

Paní Novotná dokáže i chvilku počítat čísla do deseti, vykreslovat jednoduchý obrázek, protože jsou to činnosti, které si spojuje se svou profesí. Pokud má „svůj dobrý den“, je při vzpomínkách schopna mluvit o své učitelské práci. Přitom se vždy celá rozzáří a souvisle odpovídá na otázky. Proto jí její klíčový pracovník často připomíná okamžiky z jejího života, které jí způsobují radost. Velmi ráda si prohlíží album starých fotografií. Pokud má na ni personál čas, dokáže bez větších problémů vyjmenovat všechny své příbuzné a kamarádky z dob jejích studií. Paní Novotná je věřící křesťanka, ne však katolického vyznání, fotografie ze života své církve a rodiny má vystaveny na pokoji a ráda při nich vzpomíná, pokud je tázána personálem. Text modlitby „Otče náš“ si pamatuje, protože

ji má uloženu v dlouhodobé paměti. Na popud klíčového pracovníka jí rodina zprostředkovala i návštěvu jejich pastora.

Psychiatrické vyšetření (listopad 2008):

MMSE – 9 bodů, CT – negativní, lehká difúzní atrofie, neklidná, kontakt nepřínosný, částečně orientovaná osobou, apatická, myšlení bradypsychické, ulpívavé, konfabulace.

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

Údaje z průběhu poskytované služby (listopad 2008 – leden 2009):

U uživatelky v tomto období dochází ke ztrátě zájmu o jakékoliv ruční práce, odmítá i oblíbené vykreslování obrázků, není už schopna číst, ale četbu poslouchá, i když už některým slovům nerozumí. Chvilí si dokáže prohlížet obrázkové časopisy. Na Štědrý den si pracovnice přímé péče vzala paní Novotnou na vozík, aby si mohla prohlédnout vánoční výzdobu v celém domově. To v ní vyvolalo vzpomínku na mládí. Ráda si s personálem prohlíží album fotografií, ale na některých novějších fotografiích už nedokáže určit, kdo tam je. Už si pamatuje jenom vzdálenější okamžiky. V této době pozitivně reaguje na oslovení zdvořilostí jejího křestního jména (paní Maruško), tak jak ji oslovoval manžel a její maminka. K tomuto oslovení dala dříve souhlas a je to zapsáno v jejím individuálním plánu.

Pokud se jí nikdo nemůže věnovat, bezcílně bloudí po chodbách. Její chůze je šouravá, nestabilní, vrávoravá. Nabízení hůlky nemá cenu, odloží ji, neví co s ní a zapomene na ni. Často chodí až do vyčerpání, dochází k pádům. Nedokáže chvíli vydržet sedět, přestože je personálem k tomu nabádána. Vydrží jenom chvíli pod dohledem, nebo když si po obědě zdřímne. Má světlé dny, kdy je spokojená a opětuje úsměv a vlídnost, jindy je apatická.

Psychiatrické vyšetření (leden 2009):

Orientace časem ne zcela přesně, jinak dezorientována, klidná, apatická bez agrese, bloudí, chodí bez cíle.

Dg. F00.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem

Údaje z poskytované služby (leden 2009 – únor 2009):

V tomto období dochází ke zhoršení pohybových schopností u uživatelsky. Její chůze je velmi nestabilní, má problém udržet si rovnováhu, ale neustále je poháněna nutkáním chodit, padá. Když ji personál usadí na židli nebo do křesla, okamžitě se zvedá a chodí, i když už je velmi unavená a vrávorá. Uživatelka je zmatená, neklidná, ztrácí se verbální komunikace, ztrácí svou identitu, v noci nespí.

Psychiatrické vyšetření (únor 2009):

Syndrom těžké demence, zmatenost, nespavost, noční deliriózní stavy, opakované pády, klidná, usměrnitelná.

Dg. F05.1 Delirium nasedající na demenci

Údaje z poskytované služby (únor 2009):

Ke konci tohoto měsíce se zdravotní stav paní Novotné prudce zhoršuje. Je už téměř neschopná chůze, neudrží rovnováhu. Personál ji posazuje na vozík nebo do křesla, často zůstává ležet v lůžku, už se nepokouší odcházet. Cílem pečujících je zajistit uživatelsce co největší pohodu, redukovat vnitřní neklid, navodit celkové uvolnění. Pokud má uživatelka snahu komunikovat, jsou zde využívány prvky validace, nastupuje však více komunikace neverbální a „řeč těla“. Uživatelka se stává ležící. Po konzultaci s rehabilitační sestrou jsou prováděny zklidňující masáže v rámci bazální stimulace, polohování do „hnízda“, masáž stimulující dýchání.

Odpověď na dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Které faktory vstupují do procesu adaptace uživatele a jaká je jejich role a vliv?

Faktory vnitřní:

- Alzheimerova nemoc, progredující (negativní)
- vlastnosti – usměvavá, přátelská (pozitivní)
- vzdělání (pozitivní)
- profese učitelky a vychovatelky (pozitivní)
- zájmy, koníčky – ruční práce, kreslení, četba (pozitivní)

Faktory vnější - materiální:

- rozlehlé prostory – dlouhé chodby, velké oddělení, nepřehledné (negativní)
- volný přístup na schodiště – hrozí riziko pádu (negativní)
- málo výrazné značení místností (negativní)
- přístup do celého objektu – zvláště do části Domov pro seniory (negativní)

Faktory vnější – sociální (nacházející se uvnitř zařízení):

- uvedení sociální pracovnící
- seznámení se s ošetřujícím personálem a s klíčovým pracovníkem, doprovod klíčového pracovníka při prohlídce zařízení
- personál domova – jejich čas na individuální péči – verbální a neverbální komunikace, reminiscence, validace, aktivizace, masáže, rehabilitace (pozitivní)
- nedostatek personálu – málo personálu na počet uživatelů - ne vždy měl personál dostatek času na individuální práci s uživatelkou, nemožnost stálého dohledu, nemožnost ihned řešit konflikty mezi uživateli (negativní)
- uživatelka, která navázala pozitivní kontakt s paní Novotnou – komunikace, procházky (pozitivní)
- uživatelé, kteří ji odháněli, protože zasahovala do jejich soukromí (negativní)

Faktory vnější – sociální (nacházející se vně zařízení):

- doprovod syna při nástupu uživatelky za příjemné atmosféry (pozitivní)
- časté návštěvy rodiny (pozitivní)
- návštěva pastora, kterého znala (pozitivní)

DVO2: Jak se projevuje adaptivní a maladaptivní chování uživatele?

Adaptivní chování uživatelky se projevovalo spokojeným výrazem ve tváři, snahou o komunikaci, úsměvem, klidem – dokázala setrvat delší čas na místě popř. u některé činnosti.

Maladaptivní chování se projevovalo chaotickým blouděním ve velkém prostoru, hledáním nespecifikovaných předmětů, nespokojeným nebo smutným výrazem ve tváři, neschopností zůstat na místě popř. setrvat u nějaké činnosti, zasahováním do soukromí ostatních uživatelů.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku:

Které faktory pozitivně a které negativně ovlivňují proces adaptace uživatelů s demencí v pobytovém zařízení?

Pozitivní faktory: Přátelské přijetí personálem při nástupu do Domova se zvláštním režimem, seznámení se s ošetřujícím personálem, s klíčovým pracovníkem a s prostředím domova. Pozitivní vlastnosti uživatelky, její vzdělání, možnost využití jejích koníčků v domově. Individuální práce ze strany personálu - verbální komunikace s užívatelkou s využitím metod reminiscence a validace, neverbální komunikace – fyzický kontakt, úsměv, využití paraligvistiky – sdělování svrchními tóny řeči, individuální přístup personálu, častá přítomnost rodiny, pozitivní vztah s jinou užívatelkou.

Negativní faktory: Alzheimerova nemoc, progredující – užívatelka nastoupila již v pozdější fázi. Velké prostory, ve kterých bloudila, a tudíž nebyla vždy na dohled personálu příslušného oddělení. Nedostatek personálu, který by zajistil trvalý dohled a více individuální péče. Volný přístup do všech prostor zařízení, zvláště do Domova pro seniory (tito

uživatelé ji často odháněli). Velký počet uživatelů na jedno oddělení (službu Domov se zvláštním režimem).

Paní Doležalová

Paní Doležalová se narodila v roce 1926. Do domova nastoupila v září 2008. Má dvě děti. Dříve žila v rodinném domku spolu s dcerou. Pracovala jako dělnice, měla ráda ruční práce, zvláště vyšívání.

Údaje od rodiny:

Rodina sdělovala, že v poslední době byla paní Doležalová silně zmatená, neklidná, dezorientovaná, špatně přijímala potravu. Doma zapalovala svíčky a dávala je do skříní, zapínala plyn, k příbuzným byla agresivní.

Před nástupem do domova strávila dva měsíce v psychiatrické léčebně. Dcera požádala o přijetí do domova, protože paní Doležalová potřebovala vzhledem ke svému zdravotnímu stavu celodenní dohled, který jí nemohla zajistit, jelikož se starala ještě o svého otce a péče o matku trpící demencí ji velmi vyčerpávala.

Údaje z psychiatrické léčebny (září 2008):

Pacientka je vigilní, částečně orientovaná osobou, dezorientovaná časem a místem, nepoznává osoby, nemá halucinace, poruchy paměti jsou ve všech složkách, úbytek kognitivních funkcí. Je ochotná, mnohmluvná, myšlení rozvolněno, zárazy, bludná produkce. Je bez poruch vnímání, jsou přítomny mnestické poruchy, známky demence. Špatně přijímá potravu. Podávány neuroleptika.

Dg. Senilní demence s progredujícími stavy, t. č. v remisi

Dg. F01.9 Vaskulární demence nespecifikovaná

Nástup do zařízení (září 2008):

Paní Doležalová k nám nastoupila z psychiatrické léčebny, přítomna byla její dcera. V době příchodu byla uživatelka velmi slabá, převážně

ležící, s pomocí personálu udělala jen pár kroků. Vzhledem ke své diagnóze byla přijata do Domova se zvláštním režimem. Byla uložena do lůžka, sociální pracovníce ve spolupráci s klíčovým pracovníkem a službu konající sestrou vyřídili s její dcerou potřebné náležitosti.

Průběh poskytované služby (září 2008 – duben 2009):

Z individuálního plánu uvádím tyto některé údaje. Cílem uživatelky je „mít se tady dobře“. Dlouhodobý plán v sobě obsahuje udržení kontaktů s rodinou, prevenci sociální izolace (zapojování do společných aktivit), udržení, případné zlepšení fyzické kondice (cvičení, nácvik chůze, podpora v jídle).

Uživatelka v době, kdy byla soběstačná, velmi dbala o svůj zevnějšek. V současné době jí s ranní a večerní hygienou pomáhá personál, samostatně se umýt už nedokáže. Při koupeli trochu spolupracuje, je inkontinentní. Dokáže se sama najíst a napít. Má ráda tělesný dotek.

Personál průběžně procvičoval ve spolupráci s rehabilitační sestrou u paní Doležalové nejprve přesun z lůžka na toaletní křeslo a židli, potom rehabilitační sestra pomocí chodítka učila uživatelku znovu chodit. V současné době paní samostatně chodí po celém zařízení bez použití kompenzačních pomůcek, někdy ráda před sebou tlačí invalidní vozík. Po ránu se jí občas točí hlava, hrozí riziko pádu. Její chůze je však i součástí psychomotorického neklidu, nevydrží sedět na místě, stále něco překládá, ušlapuje, obnažuje se před ostatními, otrhává květiny. Je potřeba dohled ze strany personálu.

Průběžně se u uživatelky projevuje i noční neklid. V noci se budí, svléká se, „cupuje“ plenkové kalhotky, následně potom si ušpiní postel a vyhazuje lůžkoviny na podlahu. Několikrát za noc je třeba jí převléct pyžamo a lůžkoviny.

Psychiatrické vyšetření (duben 2009):

Pacientka je dezorientovaná všemi směry, v noci „cupuje“ pleny, stále něco překládá, přehazuje, nekřičí.

Neustále odchází, je tupě euforická, odpovědi jsou zabíhavé, objevují se konfabulace. Poruchy paměti jsou ve všech složkách, poruchy kognitivních funkcí, progrese demence.

Dg. F01.9 Vaskulární demence, nespecifikovaná

Průběh poskytované služby (květen 2009 – září 2009):

Vzhledem k tomu, že uživatelka v noci trhá pleny, jí byl objednán speciální overal na zip (obdobu dětského body). Paní Doležalová se v něm cítí velmi příjemně a bezpečně. Rovněž dle ordinace psychiatra došlo ke změně léků. Nyní spí klidně, schoulená do klubíčka, má ráda, když je zachumlaná do peřin. Potřeba vyhazovat lůžkoviny se téměř ztratila.

Jak jsem se výše zmínila, uživatelka dříve velmi dbala o svůj vzhled. Po rozmluvě klíčového pracovníka a dcery jí rodina přinesla hezké oblečení, rovněž klíčový pracovník jí stříhá a se souhlasem dcery i barví vlasy. Paní Doležalová se cítí příjemně, často stojí na chodbě před zrcadlem a prohlíží se.

Uživatelka v průběhu této doby přibrala na váze, jí sama, ale je potřeba na ni při jídle dohlížet, protože často od něho odchází, obsah talířů a hrnků přelévá a smíchává.

Jak jsem už uvedla, má ráda tělesný dotek, je vděčná, když ji personál obejmě, usmívá se, je spokojena. Komunikuje s ostatními nahlas, často zabíhá od tématu, objevují se konfabulace. Navázala přátelský vztah s jinou uživatelkou – prochází se spolu, povídají si.

Má ráda procházky po městě (zná z minulosti prostředí) a po zahradě nebo pobývá v teplých dnech na terase. Je zimomřivá, proto je třeba ji více oblékat. Venku potřebuje zvýšený dohled personálu. V budově chodí po chodbách celého zařízení, chvílemi podřimuje v křesle nebo poslouchá rádio. Občas při svých procházkách zasahuje do soukromí jiných uživatelů. Sní jim jejich svačinu nebo přenesou soukromé věci. Někdy se obnažuje, aniž by si uvědomovala nevhodnost svého chování.

Dcera je s péčí o svoji maminku velmi spokojena, spolupracuje s personálem a spolu se svou s dcerou přichází na návštěvu každý týden. Zdá se, že našla optimální řešení v péči o svou matku.

Odpověď na dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Které faktory vstupují do procesu adaptace uživatele a jaká je jejich role a vliv?

Faktory vnitřní:

- nemoc – vaskulární demence, projevy nemoci (negativní)
- vlastnosti – přátelská, klidná povaha (pozitivní)
- zájem o svůj vzhled (pozitivní)
- bývalé koníčky – vyšívání, kroje (pozitivní)

Faktory vnější - materiální:

- rozlehlé prostory – dlouhé chodby, velké oddělení, nemožnost stálého dohledu (negativní, pozitivní pouze pro možnost procházek)
- málo výrazné značení místností, jednotlivých prostor (negativní)
- volný přístup do celého objektu – zvláště do části Domov pro seniory (negativní)
- možnost procházek po zahradě a terase, popř. po městě (pozitivní)

Faktory vnější – sociální (nacházející se uvnitř zařízení):

- personál domova - přizpůsobení přijetí zdravotnímu stavu, pozvolnost při seznamování se s prostředím, zvýšená ošetrovatelská péče, individuální rehabilitační péče, péče o vzhled, individuální péče klíčového pracovníka a ostatního službukonajícího personálu – povídání, reminiscence, úsměv, objetí, psychiatrem dobře nastavená léčba, navázání dobrého kontaktu s rodinou – sociální pracovník, klíčový pracovník, zdravotníci, pracovníci přímé péče, bezpodmínečné přijetí uživatelky (pozitivní)

- nedostatek personálu – neumožňuje stálý dohled v rozlehlých prostorách, nemožnost zabránit konfliktům mezi uživateli (negativní)
- navázání vztahu s jinou uživatelkou – společné procházky, komunikace (pozitivní)

Faktory vnější – sociální (nacházející se vně zařízení):

- nástup za doprovodu dcery (pozitivní)
- časté návštěvy rodiny, dobrá spolupráce s rodinou (pozitivní)

DVO2: Jak se projevuje adaptivní a maladaptivní chování uživatele?

Adaptivní chování: Paní Doležalová si na nové prostředí zvykla, nepřipouštěla si a ani si neuvědomovala žádné problémy. Projevovalo se to tím, že často odpovídala: „Já ? Kde by? To já jsem nikdy neudělala, to já nedělám, nikdy bych se tady nesvlékala.“ Úsměv vždy opětovala, agresivita se u ní neprojevila. Ráda se prohlížela v zrcadle, líbilo se jí oblečení, účes. Opětovala fyzický kontakt, na objetí reagovala vždy úsměvem, šťastným výrazem ve tváři. Návštěvy příbuzných vždy radostně vítala. Na procházky po venku reagovala úsměvem, klidem. Mnozí z pracovníků říkají: „Pokud bych měl trpět demencí, ať jsem alespoň tak šťastný jako ona“.

Se zřetelnými projevy maladaptivního chování jsem se u této paní nesetkala. Bloudila sice ve velkém prostoru, ale ona tím nijak netrpěla. Spíše to vadilo uživatelům, kterým zasahovala do soukromí. Jejich výtky a připomínky si však nijak nepřipouštěla.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku:

Které faktory ovlivňují proces adaptace uživatelů s demencí v pobytovém zařízení?

Pozitivní faktory: Nástup za doprovodu dcery, pozitivní přijetí personálem, zvýšená péče ze strany klíčového pracovníka. Dobře nastavená léčba od psychiatra, individuální přístup personálu, zvláště po přijetí do zařízení

zvýšená ošetrovatelská a rehabilitační péče. Při komunikaci bylo využíváno reminiscence, neverbálně doteků, úsměvu atd. Personál dbal na její vzhled, na kterém si vždy zakládala. Důležitý byl častý kontakt s rodinou. Mezi pozitivní faktory patřila i její nekonfliktní a přátelská povaha, dřívější koníčky, o kterých bylo možno hovořit.

Negativní faktory: Příliš velké prostory, které neumožňovaly dostatečný dohled nad uživatelkou. Postupující nemoc – vaskulární demence.

Pan Ryba

Pan Ryba se narodil v roce 1919. Nastoupil do našeho zařízení v srpnu 2009. Žil se svou nynější manželkou v bytě. Má jednoho syna z prvního manželství, který žije v cizině. Pracoval jako technik. Byl hudebník, hrál na dechové nástroje. Má rád přírodu a velmi často jezdil do hor a k moři. Před nástupem do domova strávil dva měsíce v nemocnici na sociálním lůžku, poté byl propuštěn domů a zbývajících čtyři měsíce před nástupem zajišťovala péči manželka. V průběhu této doby podala žádost na umístění svého manžela do domova, protože vzhledem k jejímu věku byla celodenní péče o nemocného pro ni velmi vysilující. V této době navštěvovala se svým mužem pobytové zařízení, vozila ho do ergoterapeutické místnosti, aby si zvykl na prostředí, ve kterém bude žít.

Údaje od rodiny:

Před pěti roky prodělal pan Ryba operaci mozkového abscesu, v dětství se u něho vyskytly epileptické záchvaty. Je dezorientovaný, špatně slyší. Rád vzpomíná na dřívější život, kdy často cestoval, hrával na koncertech. Dle slov manželky žil „bohémským“ životem.

Psychiatrické vyšetření (květen 2009):

Pacient je dezorientovaný v čase, místě, osobách. Velmi špatně slyší, je imobilní. Toho času upoután na lůžko. Vyskytují se u něho změny v chování, psychický stres, změny ve smyslovém vnímání.

Dg. F01.9 Vaskulární demence nespecifikovaná, v pokročilém stavu

Nástup do pobytového zařízení (srpen 2009):

Pan Ryba nastoupil do domova v doprovodu manželky. Byl přijat sociální pracovníci a uveden na svůj pokoj za přítomnosti přiděleného klíčového pracovníka a službu konající zdravotní sestry. Vzhledem ke své diagnóze byl umístěn do Domova se zvláštním režimem. Aby si lépe zvykl, zůstala s ním manželka po celý den, poseděla s ním na terase a předala personálu podstatné informace týkající se jeho režimu dne a jiných zavedených zvyklostí.

Údaje z poskytované služby (srpen 2009 – říjen 2009):

Uživatel vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen definovat svůj osobní cíl. Je silně fixovaný na svoji manželku, proto do dlouhodobého plánu byly zahrnuty její každodenní návštěvy. Z anamnézy uživatele uvádím tyto informace. Pan Ryba vstával doma ráno kolem půl osmé, večer před spaním si rád prohlížel staré fotografie nebo se díval na televizi, chodil spát tehdy, kdy šla spát jeho žena. Na pití má svoji oblíbenou sklenici, kterou si přinesl. Jí všechno, není vybíravý v jídle. Nají se sám, ale potřebuje dohled, protože někdy se zapomene a neví, co má dělat. Je třeba ho pobídnout nebo mu stravu dávat do úst.

Jeho pohyb je velmi omezen. Není schopen bez opory stát. I přes toto omezení se snaží vstávat ze židle, potřebuje zvýšený dohled, protože hrozí riziko pádu. Sám nechodí, pouze s dopomocí a velmi špatně. Sedává ve dne na křesílku u stolu nebo na něm doskáče, kam potřebuje.

Je inkontinentní, používá pleny, které často trhá. Manželka u něho dodržovala mikční režim. S její pomocí je ochoten použít toaletu, dopomoc personálu však striktně odmítá.

Pan Ryba se dříve vždy staral o svůj zevnějšek. Nyní mu delší vlasy a vousy zastřihuje manželka, personál a holiče odmítá. Sám se neobleče ani neumyje, hygienu i oblékání zajišťuje personál. Při ranní hygieně bývá podrážděný až agresivní. Personál se mu snaží vyhovět ve všech ohledech, budí ho šetrně a později než ostatní spolubydlící, ale bez výsledku.

Uživatel je silně nedoslýchavý, používá naslouchadlo. Manželka mu ho však odmítá nechat v domově. Nosí si ho s sebou domů a dává mu ho jenom během své návštěvy. Má strach, aby se nepoškodilo, takže personál se s ním těžce domlouvá. Hůře vidí.

Personál se snaží pana Rybu zaměstnat. Prohlíží si s ním fotografie, nabízí poslech hudby, večer před spaním sledování televize tak, jak byl zvyklý. Uživatel se stále dožaduje přítomnosti své ženy, je na ni hodně fixovaný. Jeho manželka za ním přichází každý den po obědě a stráví spolu celé odpoledne. Za pěkného počasí spolu sedí na zahradě nebo terase a popíjejí kávu, prohlízejí si fotografie, hrají kostky. Při nevlídném počasí jsou v kulturní místnosti u televize.

U ranní hygieny a při koupání bývá pan Ryba velmi agresivní k personálu. Vulgárně nadává, kope, cíleně útočí pěstí. Nesnáší dotek cizí osoby. Večer mu s hygienou někdy dopomůže manželka, někdy bývá po její návštěvě klidnější. Manželka navrhla, že by svého muže pomohla vykoupat s pomocí personálu. Efekt byl trochu lepší, ale bez nadávek a lehčí agrese se to neobešlo. Postupem času bylo od spolupráce manželky při koupání odstoupeno, protože ji to unavovalo a stresovalo.

Uživatel je silně dezorientován, neví, kde se nachází, kolik je mu let, svou ženu si jako manželku už nepamatuje. Volá ji jménem a považuje ji za svou milenkou. Cítí se o hodně mladší, často se rozčiluje, že mezi „starýma dědkama“ žít nebude, vykřikuje, dotazuje se, zda je v blázinci nebo v krematoriu. Ve své dlouhodobé paměti je už několik let nazpět.

Psychiatrické vyšetření (říjen 2009):

Pacient je dezorientován v čase, udává, že je mu 61 let, jeho rodiče dosud žijí, jeho bydliště je jinde (tam, kde dříve žil).

I přesto, že bere léky na uklidnění je silně agresivní, cíleně bije personál, je zmatený, křičí, nenechá na sebe sáhnout.

Dg. G40.8 Jiná epilepsie

Dg. F01.9 Vaskulární demence nespecifikovaná, v pokročilém stavu v kombinaci s Alzheimerovou demencí F00.2

Údaje z poskytované služby (říjen 2009 – leden 2010):

Ze všeho nejraději má pan Ryba návštěvy své ženy. V její přítomnosti se cítí bezpečně. Obvykle přichází manželka každý den odpoledne. Nejraději si prohlíží staré fotografie. Některé osoby na nich však už nepoznává.

Jsou dny, kdy je k personálu vstřícnější, jindy se chová agresivně. V noci je neklidný, často budí spolubydlící. Co se týče hygieny, téměř nic se nezměnilo. Uživatel nesnáší, aby ho někdo umýval a svlékal. Bere to jako útok na svou osobu, zásah do své intimity. Není však schopen se o svou hygienu a převlékání postarat sám. Vzhledem ke své nemoci nedokáže pochopit nutnost této činnosti, neakceptuje jakoukoliv domluvu od personálu ani od své ženy. Je téměř vždy podrážděný a napadá personál. Všechny zkoušené metody, aby byla ranní hygiena a koupel uživateli příjemnější, selhaly.

Vzhledem k tomu, že je pacient i přes úpravu léků agresivní, byla mu od psychiatra doporučena léčba v psychiatrické léčebně.

Hospitalizace v psychiatrické léčebně (leden 2010 - březen 2010):

Pacient je lucidní, dezorientován, noční stavy deliria spojeny s agresí, zmateností. Chůze pouze s dopomocí, parkinsonskými krůčky. Spontánně se neprojevuje, na vyzvání zmatený projev, nepostihuje situaci, neschopen sebeobsluhy. Intelpekt těžce deteriován, nemá náhled chorobnosti, globální postižení celé psychiky včetně volních schopností, ztráta hygienických návyků, pády.

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

Údaje z poskytované služby (duben 2010 – srpen 2010):

U uživatele nadále probíhá sledování neklidu. Po hospitalizaci v psychiatrické léčebně je uklidněn, projevy agrese utlumeny. Je převážně ležící, pohybuje se na invalidním vozíku za pomoci jiné osoby. Manželka ho

denně navštěvuje na pokoji, povídá mu nebo spolu sledují televizi. Ztrácí zájem o okolí.

Odpověď na dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Které faktory vstupují do procesu adaptace uživatele a jaká je jejich role a vliv?

Faktory vnitřní:

- nemoc – pokročilá demence (negativní)
- zájmy, koníčky – fotografie z cest, poslech hudby (pozitivní)

Faktory vnější - materiální:

- společný pokoj s dalšími uživateli – nechtěl mezi nimi být (negativní)

Faktory vnější – sociální (nacházející se uvnitř zařízení):

- zdravotní a sociální personál domova – snaha o adaptaci – dodržování naučeného postupu vstávání, uléhání, teplota vody při koupání, rituály, snaha o dodržování mikčního režimu (pozitivní)

Faktory vnější – sociální (nacházející se vně zařízení):

- přítomnost manželky při nástupu a její setrvání po celý první den, pohodové přijetí (pozitivní)
- příchod do zařízení v pokročilé fázi nemoci (negativní)
- manželka – její každodenní přítomnost, snaha o začlenění, aktivizace uživatele, snaha dodržovat mikční režim uživatele, trpělivé vysvětlování z její strany (pozitivní)

DVO2: Jak se projevuje adaptivní a maladaptivní chování uživatele?

Pan Ryba se i přes veškerou snahu manželky a ošetřujícího personálu neadaptoval na nové prostředí. Nebyl schopen vzhledem ke své nemoci a jejímu pokročilému stádiu přijmout změnu. Byl silně fixovaný na

svou ženu, která ho milovala, ale při svém vysokém věku už nebyla schopna celodenní péče o něj.

Maladaptivní chování se projevovalo nočním buzením spolubydlících a bylo nejvíce zřejmé z chování vůči personálu. Slovní napadání bylo ještě mírnou formou agrese. Fyzické útoky byly cíleny vůči „domnělému agresorovi“, který ohrožoval jeho soukromí. Byl nutný zásah psychiatra. Bohužel, tlumící farmaka z něho sňala onu jiskru, která z něj činila „bohéma“.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku:

Které faktory pozitivně a které negativně ovlivňují proces adaptace uživatelů s demencí v pobytovém zařízení?

Pozitivní faktory: Návštěvy zařízení ještě před nástupem k trvalému pobytu. Každodenní přítomnost manželky, dodržování navyklého režimu dne - snaha personálu o co nejindividuálnější přístup, snaha psychiatra o co možná nejlepší léčbu. I přes tyto pozitivní faktory nedošlo k adaptaci uživatele.

Negativní faktory: více uživatelů na pokoji, příchod do zařízení v pokročilé fázi nemoci, uživatel už nebyl schopen se přizpůsobit novým podmínkám.

Paní Bílá

Paní Bílá se narodila v roce 1931. Do našeho zařízení byla přijata v lednu 2010. Paní je svobodná, bezdětná. Žila v rodinném domku spolu se svým bratrem, který byl rovněž svobodný. Před příchodem do domova byla tři měsíce v léčebně pro dlouhodobě nemocné a předtím v nemocnici. V této době zemřel její bratr. Bylo jí to oznámeno, ona si však tuto skutečnost neuvědomuje a myslí si, že bratr doposud žije a hovoří o něm. Nejbližší příbuzné nemá, na vzdálené není kontakt.

Údaje z psychiatrického vyšetření (leden 2010):

Pacientka je klidná, snaží se o spolupráci. Vyskytuje se bludná produkce. Odpovědi jsou po latencích, tichým hlasem, málo obsažné,

formálně přiléhavé, sklony ke konfabulacím. Je apatická, spontánně se projevuje méně, má poruchy paměti.

Chování je přiléhavé situaci, myšlení rigidní, nevýpravné, ulpívavé. Intelukt deteriován, narušení kognitivních funkcí.

Dg. F05.1 Delirium nasedající na demenci

Dg. F00.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem

Nástup do zařízení (leden 2010):

Uživatelka byla přijata do našeho zařízení v lednu 2010. Vzhledem ke své diagnóze byla umístěna do Domova se zvláštním režimem. Nastoupila z léčebny pro dlouhodobě nemocné, nikdo ji nedoprovázel. Sociální pracovníci a přiděleným klíčovým pracovníkem byla uvedena na třílůžkový pokoj. Potřebné záležitosti přijela se sociální pracovníci vyřídit sousedka, která zanechala na sebe kontakt.

Údaje z poskytované služby (leden 2010 – leden 2011):

Z individuálního plánu a z anamnézy uživatelky vybírám některé údaje. Paní Bílá si přeje co nejdéle uchovat svoji soběstačnost. Do dlouhodobého plánu bylo zahrnuto udržení stávající sebeobsluhy.

Uživatelka se snaží být soběstačná. Ráno si obličej a ruce sama umyje u umyvadla, upraví si vlasy. S ostatní hygienou jí pomáhá personál. Při koupání ochotně spolupracuje. S oblékáním jí musí pomoci personál, sama to už nezvládne. Používá inkontinentní pomůcky, ale přes den si sama zajde na toaletu a po ní se bez připomenutí také umyje.

Chodí sama, při chůzi se opírá o hůlku. Neustále se prochází, chvílemi posedává v křesle nebo na židli.

Uživatelka doma ráda pracovala na zahradě a chovala drobná zvířata. Za příznivého počasí tráví dny procházkami po zahradě pod dohledem personálu. Protože se jí už „míchá“ přítomnost s minulostí, chce někdy odejít domů, aby poklidila slepice a navařila bratrovi, o kterém se domnívá, že dosud žije. Je velmi příjemná a milá, má dobré společenské

vystupování, nejsou u ní známky žádné agrese. Nevadí jí tělesný kontakt, má ráda lehké objetí kolem ramen.

Uživatelka je věřící, pravidelně navštěvovala bohoslužby a i v domově má zájem o účast na mši sv. nebo o poslech bohoslužeb v rádiu. Je však potřeba, aby jí čas konání bohoslužeb personál připomněl.

Paní Bílá navštěvuje ergoterapii, kde pracuje za dohledu ergoterapeutky nebo v průběhu dne zde pobývá s pracovníky přímé péče. Má ráda jednoduché činnosti, jako je navlékání korálků, třídění, tvoření válečků z keramické hlíny. Pod dohledem personálu pracuje i s barvami, je schopná hrát i některé společenské hry nebo si procvičovat paměť. Je však potřeba individuální vedení nebo práce ve velmi malé skupince o počtu dvou až tří osob. Jinak ztrácí o činnost zájem a odchází.

Protože chovala doma drobná zvířata, těší ji, že v domově můžou být andulky, zakrslý králík, kočka. Vyvolává to v ní příjemné vzpomínky a celá září.

Uživatelka má zájem o komunikaci s ostatními. Většinou reaguje na vyzvání, ale někdy se do hovoru zapojí i sama. Postupně je ale vidět, že se v její řeči objevuje více konfabulací, mluví o něčem jiném, než je dané téma, rychle zapomíná. Její vystupování je ale stále velmi příjemné, reaguje pozitivně na úsměv a projevený zájem o ni. Problém jí způsobovala její spolubydlící trpící psychickými problémy, která ji neustále osočovala a nadávala jí. V paní Bílé to vyvolávalo úzkost, a proto z pokoje raději odcházela. Po umístění spolubydlící do léčebny je paní Bílá opět v klidu a ráda si ve svém pokoji odpočine.

Po nástupu do zařízení se uživatelka často ptala na cestu domů. Z počátku měla problém zorientovat se, který je její pokoj, nyní bez problémů najde i toaletu, která je přímo naproti jejího pokoje. Na dlouhé chodbě je potřeba jí občas ukázat směr, na vedlejší budovu a na zahradu se sama nevydává.

Odpověď na dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Které faktory vstupují do procesu adaptace uživatele a jaká je jejich role a vliv?

Faktory vnitřní:

- Alzheimerova nemoc (negativní)
- klidná, milá, přátelská, starostlivá, společenské vystupování (pozitivní)
- předchozí zájmy – zahrada, zvířata (pozitivní)
- víra - zájem o bohoslužby (pozitivní)

Faktory vnější – materiální:

- rozlehlé prostory (negativní), nicméně uživatelka se naučila poznat po určité době svůj pokoj a toaletu, do prostor mimo Domova se zvláštním režimem sama nevstupovala

Faktory vnější – sociální (nacházející se uvnitř zařízení):

- personál domova – rehabilitační sestra při společném cvičení, ergoterapeutka, pracovníci přímé péče poskytující jí aktivizaci formou sebeobsluhy, komunikace, reminiscence, validace, individuální práce (pozitivní)
- ostatní uživatelé, kteří ji přijali (pozitivní)
- spolubydlící, která ji osočovala a obviňovala z krádeží (negativní)

Faktory vnější – sociální (nacházející se vně zařízení)

- sousedské návštěvy (pozitivní)
- návštěvy kněze (pozitivní)

DVO2: Jak se projevuje adaptivní a maladaptivní chování uživatele?

Adaptivní chování: Její chování je společenské, příjemné, i přes patrné známky pokračující demence. Usmívá se na ostatní, komunikuje, nikomu neublíží. Opětuje úsměv, lehké objetí, vyzařuje z ní spokojenost.

Maladaptivní chování se projevuje strachem z psychicky nemocné uživatelky, která ji osočuje a obviňuje. Paní Bílá nechce být na svém pokoji, volný čas tráví raději na chodbě, projevuje se u ní strach a úzkost. Nedokáže porozumět chování své spolubydlící.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku:

Které faktory pozitivně a které negativně ovlivňují proces adaptace uživatelů s demencí v pobytovém zařízení?

Pozitivní faktory: Milá, nekonfliktní a přátelská povaha uživatelky, její společenské vystupování. Předchozí zájmy a koníčky, o kterých si mohla povídat a dále je rozvíjet – zvířata, ruční práce, její náboženství jí dávalo jistotu. Individuální práce nebo práce v malých skupinkách jí dodávaly sebevědomí. Uživatelé, kteří k ní měli pozitivní vztah, jí dodávali pocit sounáležitosti.

Negativní faktory: postupující Alzheimerova nemoc. Psychicky nemocná uživatelka, které paní Bílou osočovala a obviňovala a ona se jí bála.

Paní Hynštová

Paní Hynštová se narodila v roce 1924. Do našeho zařízení nastoupila v únoru 2009. Paní je vdova, bezdětná. Vystudovala gymnázium, pracovala jako vedoucí v obchodě se zeleninou, ráda pracovala na poli. Bydlela sama v rodinném domku. Péči o sebe už nezvládala.

Údaje od rodiny:

Rodina udává, že před čtyřmi lety došlo ke zhoršení psychického stavu paní Hynštové, snad v souvislosti s úrazem. Byla velmi zapomětlivá, trpěla představou, že ji někdo vykrádá, neustále křičela a nadávala, že byla okradena. Z tohoto důvodu často přespávala v zimě pod „návratím“, aby jí nikdo nevnikl do domu. Doma topila kamny, v jejichž blízkosti skladovala papír. Hrozilo riziko požáru. Byla umístěna do psychiatrické léčebny, kde byla diagnostikována demence s paranoiditou a poruchami chování.

Podle údajů ze sociálního šetření před nástupem do našeho zařízení žila po návratu z léčení sama v rodinném domku. U paní byla zpomalená psychomotorika, byla dezorientovaná, zmatená, inkontinentní. Využívala

tříkrát denně péči Charity. Vzhledem k tomu, že už potřebovala celodenní péči a neměla děti, požádala rodina o umístění do rezidenčního zařízení.

Údaje z psychiatrického vyšetření (únor 2009):

Pacientka trpí persekucními bludy, má nepřiléhavé chování, klidná, dezorientovaná, syndrom těžké demence, apatická, nejistá.

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

Dg. F05.1 Delirium nasedající na demenci

Nástup do zařízení (únor 2009):

Uživatelka nastoupila do zařízení v doprovodu synovce. Vzhledem ke své diagnóze byla zařazena do Domova se zvláštním režimem. Při nástupu byla orientována osobou. Sociální pracovnice vyřídila s jejím synovcem potřebné náležitosti. Paní Hynštová byla provedena klíčovým pracovníkem po domově a ubytována v třílůžkovém pokoji.

Údaje z poskytované služby (únor 2009 – červen 2009):

Uživatelka není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopna formulovat svůj osobní cíl. Do dlouhodobého plánu bylo zahrnuto co nejdelší udržení mobility, zlepšení psychického stavu.

Paní Hynštová kromě jiných chorob trpí artrózou a degenerativním onemocněním páteře. Je schopna ujít po pokoji ještě pár kroků a rehabilitační sestra se jí snaží co nejvíce podporovat. Ranní a večerní hygienu provádí personál, uživatelka je vedena k tomu, aby co nejvíce spolupracovala. Používá inkontinentní pomůcky, ráno toaletní křeslo. Velmi nerada se sprchuje, nemá ráda vodu, při mytí křičí. Je potřeba na ni vlídně mluvit a uklidňovat ji.

Uživatelka se sama nají, vyžaduje však k jídlu delší čas a naporcovanou stravu. Svůj čas nejraději tráví odpočinkem v křesle nebo ji personál doprovodí mezi ostatní spolubydlící a sleduje s nimi televizi. Má

ráda návštěvy příbuzných. Za pěkného počasí velmi ráda pobývá na terase nebo na zahradě. O ergoterapii nejeví zájem.

Psychiatrické vyšetření (červen 2009):

Pacientka je orientované částečně jen osobou, v dalším dezorientována, myšlení nevýpravné, zmatené, novou informaci udrží jen několik vteřin, intelekt těžce deteriován, globální postižení celé psychiky včetně volných schopností. Deliriózní stavy jsou léky upraveny. Ztráta hygienických návyků, neschopnost sebeobsluhy.

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

Dg. F05.1 Delirium nasedající na demenci

Údaje z poskytované služby (červen 2009 – únor 2010):

Paní Hynštová má ráda společnost, je spokojená, když si s ní někdo povídá. Sama však už neumí formulovat správně věty, nevzpomene si na vhodná slova, ani nedokáže přesně popsat své potřeby.

V průběhu října došlo u uživatelky ke zhoršení zdravotního stavu. Není už schopna ujít několik kroků ani s pomocí personálu, neudrží se sama na nohou. Nenají se, jídlo musí být podáváno pracovníkem přímé péče. Z tohoto důvodu byla přestěhována na jiný pokoj, aby byla více pod dohledem personálu.

Díky zvýšené péči ošetřujících a individuálnímu přístupu se zdravotní stav uživatelky po dvou měsících zlepšil. Sice nechodí, leží na lůžku nebo se pohybuje s pomocí jiné osoby na invalidním vozíku, ale opět se sama nají. Občas potřebuje povzbuzení, protože zapomíná, že má jíst a pít, případně se jí s některým jídlem musí pomoci. Jindy pomoc odmítne a chce jíst sama.

Po psychické stránce je paní Hynštová více spokojená a vyrovnaná. Zvykla si na koupání, vyžaduje klidný, trpělivý přístup. Ráda poslouchá četbu. Verbální komunikace je sice horší, často se není schopna vyjádřit, hledá vhodná slova, objevuje se echolálie. Je třeba s ní mluvit pomalu,

používat jednoduché věty. Velmi dobře vnímá řeč těla, tón hlasu, melodii slova. Doslova zrcadlí přístup personálu. Na spěch, zvýšený hlas, přísný tón reaguje negativně a podrážděně. Naopak úsměv, klidný hlas, vysvětlení co se bude dít a dostatek trpělivosti v ní navozuje pocit pohody. Vyhledává oční kontakt, usmívá se a opětuje pozdrav. Pozitivně reaguje na oslovení křestním jménem, ke kterému dala souhlas.

Odpověď na dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Které faktory vstupují do procesu adaptace uživatele a jaká je jejich role a vliv?

Faktory vnitřní:

- Alzheimerova nemoc (negativní)
- vzdělání (pozitivní)
- dřívější koníčky, profese (pozitivní)
- nesnáší vodu (negativní)

Faktory vnější – materiální

- pokoj, místnost s televizí – uživatelce tento prostor vyhovuje, jinak nechodí (pozitivní)

Faktory vnější – sociální (nacházející se uvnitř v zařízení):

- uvedení sociální pracovnící, seznámení s klíčovým pracovníkem (pozitivní)
- ošetřující personál – zdravotní sestra, rehabilitační sestra, klíčový pracovník, pracovníci přímé péče – poskytovali jí zvýšenou ošetrovatelskou péči, individuální přístup, klidný, trpělivý přístup při koupání, verbální a neverbální komunikace s využitím paraligistiky
- psychiatr, který nastavil správnou léčbu (pozitivní)

Faktory vnější – sociální (nacházející se vně zařízení):

- doprovod synovce při nástupu do zařízení (pozitivní)
- návštěvy příbuzných (pozitivní)

DVO2: Jak se projevuje adaptivní a maladaptivní chování uživatele?

Adaptivní chování se projevuje zvláště úsměvem uživatelky, vyhledáváním očního kontaktu, verbálním vyjádřením spokojenosti, snahou komunikovat. Doslova září jako sluníčko. Při dobrém přístupu ze strany personálu si zvykla i na pro ni neoblíbenou činnost, kterou je koupání.

Maladaptivní chování se projevovalo křikem a odmítáním péče. Byl však nalezen přístup, který toto chování odboural (klidný, trpělivý přístup, pohodový tón hlasu).

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku:

Které faktory ovlivňují proces adaptace uživatelů s demencí v pobytovém zařízení?

Pozitivní faktory: Doprovod synovce při nástupu, přijetí sociální pracovníci a seznámení s ostatním personálem a klíčovým pracovníkem. Zvýšená ošetrovatelská péče, lepší dohled a individuální přístup ze strany personálu. Navození příjemné atmosféry formou komunikace (oční kontakt, klidný tón hlasu, trpělivé vysvětlování) zvláště při koupání. Psychiatrem dobře nastavená léčba.

Negativní faktory: nesnášela vodu, koupání, dobrým přístupem si ale postupně si zvykla.

Pan Marek

Pan Marek se narodil v roce 1932. Do našeho zařízení nastoupil v lednu 2010. Je ženatý, má jednoho syna. Pracoval jako strojírenský technolog. Má rád drobná zvířata.

Údaje od rodiny:

Půl roku před přijetím do domova došlo u pana Marka ke zhoršení zdravotního stavu – amentní syndrom. Přestal jíst, pít, udržovat tělesnou hygienu, nepoznával rodinu. Byl hospitalizován v nemocnici, poté umístěn do psychiatrické léčebny. Po léčbě se jeho zdravotní stav mírně upravil, potřebuje však celodenní dohled a péči. Manželka vzhledem ke svému věku

už není schopna se o něho sama postarat. Syn žije mimo bydliště matky a je pracovně velmi vytížen. Proto se rozhodli umístit pana Marka do Domova pro seniory.

Údaje z psychiatrické léčebny (leden 2010):

Pacient je chodící, inkontinentní. Řeč je srozumitelná, verbální kontakt nepřínosný, konfabulace nebo nic neříkající fráze. Je orientován vlastní osobou. Zná pouze své jméno a příjmení, ostatní nic. Místem a časem se neorientuje, situaci nepostihuje. Psychomotorické tempo zpomalené, kognitivní deficit hlubšího stupně, bradypsychický, myšlení zabíhavé, mnestické poruchy. Nejsou přítomny bludy a halucinace.

Dg. F00.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem

Nástup do zařízení (leden 2010):

Pan Marek nastoupil do domova v doprovodu manželky a svého syna. Vzhledem ke své nemoci byl umístěn do Domova se zvláštním režimem na jednolůžkový pokoj. Sociální pracovnice s rodinou vyřídila potřebné náležitosti a seznámila je s klíčovým pracovníkem. Ten rodinu i uživatele provedl po domově a poté požádal manželku a syna o sdělení základních informací, týkajících se zvyklostí pana Marka, jeho denního režimu, jeho koníčků apod.

Údaje z poskytované služby (leden 2010 – září 2010):

Z individuálního plánu uvádím některé podstatné údaje. Vzhledem ke svému onemocnění není uživatel schopen stanovit svůj osobní cíl. V dlouhodobém plánu bylo určeno co nejdelší udržení stávajícího stavu, jak po stránce fyzické, tak psychické. K jeho duševní pohodě přispívají i návštěvy manželky a syna, které vítá, ale brzy po jejich odchodu na ně zapomíná.

Pan Marek je v péči o sebe zcela nesoběstačný, veškerou osobní hygienu, celkovou koupel, výměnu inkontinentních pomůcek i oblékání

obstarává personál. Používá speciální overal, protože trhá pleny a není schopen udržet svou čistotu.

Nají se sám, někdy však jídlo odmítá, smíchává, odchází od něj a vzápětí na něj zapomíná. Potřebuje zvýšený dohled, občas se mu jídlo musí podávat do úst. Má rád sladkosti, které mu rodina pravidelně kupuje.

U pana Marka se projevuje neklid. Má neustálou potřebu chodit sem a tam, dlouho nevydrží na místě. Stále potřebuje něco dělat. Přemisťuje věci z místa na místo, odtrhává, upravuje, pouští vodu, manipuluje s hasicím přístrojem, vytrhává květiny z květináčů. Je u něho potřeba neustálý dohled personálu, ale bohužel to není vždy možné. Hrozí nebezpečí, že si může ublížit. Pohybuje se po celém zařízení, vchází do pokojů ostatních uživatelů, bere a přehazuje jim jejich osobní věci, což vede ke konfliktům.

Personál se ho snaží zaměstnat. Je schopen hovořit na vyzvání o své práci, i když rozhovor je už nepřínosný, frázovitý, spíše útržkovitý. Poznává ještě svoji kolegyni z práce, dokáže se na malou chvíli zabavit jednoduchými hrami na procvičení kognitivních funkcí. S ergoterapeutkou někdy pracuje na zahradě. Vykonává jednoduché práce, jako např. přenášení bedýnek, květináčů, zametání hlíny.

Má rád procházky po zahradě, které ho zklidňují. Na terasu, i když je přímo na patře, kde má pokoj, nemůže sám chodit, protože má snahu přelézat. Hrozí riziko pádu.

Miluje drobná zvířata. Doma pěstoval kočku, králíky. S kočkou na zahradě se mazlí, bere si ji do ruky, volá na ni jménem, které kdysi patřilo jeho kocourkovi. I zakrslý králík ho uklidňuje. Chová ho na klíně, hladí ho. Když má králíčka někdo jiný, dožaduje se ho.

Pan Marek by potřeboval celodenní individuální péči. Je na něm vidět, že byl vždy dobrý a slušný člověk. Někdy se ale u něho projevuje drobná agrese pramenící z jeho choroby. To většinou v případě, když je ho potřeba odvést od nějaké činnosti, kterou je zaujatý, nasměrovat ho jinam, než chce. Brání se a odmítá. Je potom na personálu, zda se svým vlídným chováním pokusí upoutat jeho pozornost nebo chvíli počká, až se zklidní a znovu ho požádá, aby odešel daným směrem.

Někdy je neklidný, nervózní, vadí mu, že se nemůže vyjádřit, najít vhodná slova, že mu ostatní nerozumí. „Je to všechno na nic,“ pokouší se mi sdělit a je rád, když ho chápu. Jeho neklid lze alespoň částečně odbourat procházkou po zahradě, nechat mu volnost, ale dohlížet na něj a být mu nablízku. Další osvědčenou metodou, jak ho uklidnit, je masáž zad. Dokáže si o ni požádat. Má velmi rád tělesný kontakt.

Údaje z poskytované služby (září 2010 – leden 2011):

Postupem času je patrná progrese nemoci. Jeho chůze je pomalejší, šouravá. Nadále se pohybuje po celém zařízení, ale je už více unavený, posedává v křesle, odpočívá, spí i ve dne, aniž by to narušilo jeho noční spánek. O činnost v ergoterapii nejeví už žádný zájem, svoji kolegyni z práce už nedokáže poznat, připomínat mu jeho profesi už ztrácí smysl. Drobné předměty, které nejsou k jídlu, dává do úst. Při reminiscenci se k mé nemalé radosti spontánně připojil do hovoru a vzpomněl si na zvířata, která kdysi doma chovali. Při vzpomínce na zvyky, které se dělaly za dob jeho mládí, je z jeho úsměvu a chování patrné, že rozumí.

Hovoří velmi tichým hlasem, používá jednotlivá slova, gesta. Dobře reaguje na přímý oční kontakt, úsměv. Poznává upřímný zájem, dokáže odpovědět na pozdrav. Miluje tělesný kontakt. Má rád masáž zad, objetí kolem ramen, pokud se cítí šťastný, sám spontánně obejmě, verbálně projeví náklonnost. Jeho obličej doslova září, směje se. Dobře vnímá řeč těla a melodii hlasu. Dny jeho pohody občas střídají dny apatie. Bezcílně bloudí, překládá věci, vytrhává květiny. Na osvědčené metody kontaktu zareaguje, ale méně.

Odpověď na dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Které faktory vstupují do procesu adaptace uživatele a jaká je jejich role a vliv?

Faktory vnitřní:

- Alzheimerova nemoc (negativní)
- vzdělání (pozitivní)

- zájmy, koníčky (pozitivní)

Faktory vnější – materiální:

- rozlehlé prostory – dlouhé chodby, velké oddělení, nepřehledné (negativní)
- přístup do celého objektu – zvláště do části Domov pro seniory (negativní)
- volný přístup na schodiště – hrozí riziko pádu (negativní)
- málo značené místnosti (negativní)

Faktory vnější – sociální (nacházející se uvnitř zařízení):

- přátelské přijetí personálem, uvedení sociální pracovnící, seznámení s klíčovým pracovníkem (pozitivní)
- personál domova, se kterým přišel uživatel do styku – nasměrování, rozhovor, fyzický kontakt, pozornost, individuální péče (pozitivní)
- nedostatek personálu – málo personálu na počet uživatelů – nemožnost stálého dohledu, nedostatek času na individuální péči, nemožnost vždy včas zabránit konfliktům, ničení věcí (negativní)
- uživatelé, kteří ho odháněli, protože zasahoval do jejich soukromí, ničil jejich věci (negativní)
- kolegyně ze zaměstnání (pozitivní)

Faktory vnější – sociální (nacházející se vně zařízení):

- nástup do zařízení v doprovodu manželky a syna (pozitivní)
- časté návštěvy rodiny, jejich dobrá spolupráce (pozitivní)

DVO2: Jak se projevuje adaptivní a maladaptivní chování uživatele?

Adaptivní: Pan Marek si v zařízení vytvořil pozitivní vztah k personálu. Na chování pracovníků reagoval většinou přívětivě, usmíval se, hovořil, objímal, snažil se o komunikaci, zapojil se do reminiscence.

Maladaptivní chování se projevovalo bezcílným blouděním po celém objektu domova, snahou něco brát, dělat, což způsobovalo rozepře mezi ním a ostatními uživateli.

Objevovaly se u něho stavy mrzutosti, neklidu, agrese, pokud mu nebylo dovoleno pokračovat v započaté činnosti. Ve snaze něco opravovat, poškozoval cizí majetek, aniž by si to uvědomoval.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku:

Které faktory pozitivně a které negativně ovlivňují proces adaptace uživatelů s demencí v pobytovém zařízení?

Pozitivní faktory: Individuální přístup ze strany personálu – naslouchání, rozhovor, oční kontakt, fyzický kontakt, procházky po zahradě, návštěvy rodiny. Dřívější zájmy, o kterých bylo možno hovořit, kolegyně ze zaměstnání.

Negativní faktory: nedostatek času ze strany personálu – nemožnost stálého dohledu, rozsáhlost prostor, po kterých se volně pohyboval, volný přístup na oddělení Domova pro seniory, volný přístup na schodiště, málo značené místnosti.

9 Souhrn zjištěných poznatků

Souhrnem zjištěných poznatků u jednotlivých případů jsem dospěla k následujícímu.

Do procesu adaptace uživatelů vstupují faktory, které je možné rozdělit na **vnitřní** a **vnější**. Na proces adaptace mají pozitivní, nebo negativní vliv.

Z vnitřních faktorů je to především postupující demence, která výrazně zhoršuje adaptaci uživatele. Dalšími faktory jsou povahové vlastnosti člověka. Uživatel s přátelskou, klidnou, nekonfliktní povahou se snáze začlení do nového prostředí. Pozitivním faktorem je stupeň vzdělání uživatele, jeho bývalá profese a koníčky. Vzdělání pozitivně ovlivňuje možnosti aktivizace uživatele a využití reminiscence. Uživatel cítí, že do

kolektivu ostatních má co přinést, že je užitečný a zvyšuje se tak jeho sebevědomí, které má pozitivní vliv na jeho adaptaci.

Vnější faktory můžeme rozdělit na **materiální** a **sociální**. **Z materiálních faktorů** vstupujících do procesu adaptace našich uživatelů jsou to především rozlehlé, nepřehledné prostory, dlouhé chodby, které znemožňují dostatečně monitorovat pohyb uživatelů s demencí. Dále zde řadím málo výrazné označení jednotlivých místností a přístup do prostor, kde uživatel nežije a negativně zasahuje do soukromí jiných, což vyvolává konflikty mezi uživateli. Mezi negativní faktory řadím i volný přístup uživatelů na schodiště, protože se často jedná o uživatele se zhoršenou motorikou, kteří si ale současně neuvědomují, že jim zde hrozí riziko pádu.

Mezi **vnější faktory sociální** je možno řadit ty, jež se nacházejí uvnitř zařízení, a se kterými vstupuje uživatel do interakce. Je to jednak samotný personál a potom ostatní uživatelé, kteří se k němu chovají přátelsky nebo nepřátelsky. Personál domova může průběh adaptace ovlivnit pozitivním směrem. Jedná se především o klidný, trpělivý a přátelský přístup, přizpůsobení přijetí zdravotnímu stavu, pozvolné seznamování s prostředím, zvýšenou ošetrovatelskou a rehabilitační péčí v případě potřeby, individuální práci s uživatelem, naslouchání, využití reminiscence, validace, neverbální komunikace, dodržování zvyklostí uživatele, bezpodmínečné přijetí.

Negativně zde působí nedostatek personálu, což neumožňuje naplnit potřeby uživatelů v takové míře, v jaké by personál chtěl a v jaké by to bylo potřeba. Současně je počet uživatelů na jedno oddělení příliš velký, což zhoršuje možnost uživatelů se vzájemně poznat a snadněji se zapojit do kolektivu.

Mezi **vnější faktory sociální** patří i ty, které se nacházejí mimo zařízení. Jedná se především o rodinu, sousedy, a u nábožensky založených uživatelů příslušnost k církvi a vztah k jejím duchovním. Rodina i duchovní pomáhají udržovat vazbu mezi dřívějším a současným způsobem života.

Adaptivní chování uživatelů se projevovalo:

- spokojeným výrazem ve tváři, úsměvem, vyhledáváním očního kontaktu, verbálním vyjádřením spokojenosti, snahou o komunikaci, přívětivou reakcí na personál, objetím, klidem, setrváním na místě nebo u činnosti delší dobu.

Maladaptivní chování uživatelů se projevovalo:

- chaotickým blouděním ve velkém prostoru, hledáním nespécifikovaných předmětů, nespokojeným nebo smutným výrazem ve tváři, neschopností setrvat chvíli na místě nebo u nějaké činnosti, zasahováním do soukromí uživatelů, slovní a fyzickou agresivitou vůči personálu.

Shrnutím jednotlivých faktorů vstupujících do procesu adaptace uživatelů a posouzením jejich role a vlivu na tento proces se dostávám k zodpovězení hlavní výzkumné otázky. **Které faktory pozitivně a které negativně ovlivňují proces adaptace uživatelů s demencí v pobytovém zařízení?**

Pozitivní faktory: V první řadě bych mezi pozitivní faktory zařadila dobrou interakci mezi rodinou a uživatelem (faktory sociální, nacházející se vně zařízení). Rodina, která svého příbuzného dobře připraví na příchod do nového prostředí, už pozitivně přispívá k jeho dobré adaptaci. (Tento dobrý „start“ nefungoval pouze u jednoho uživatele z mého výzkumného vzorku, poněvadž zde působil negativně silnější vnitřní faktor, kterým byla pokročilá fáze demence.) Rovněž jsou důležité časté návštěvy rodiny, jejich zájem o život uživatele, uchování původních sociálních vazeb ať už s rodinou, se sousedy nebo s církví, do které uživatel patřil.

Mezi pozitivní sociální faktory (nacházející se uvnitř zařízení) řadím především personál domova. Ten může svým terapeutickým působením značně urychlit proces adaptace uživatele, přestože postupující nemoc naopak adaptační potenciál uživatele zhoršuje. Jedná se především o individuální práci s uživatelem, práci v malých skupinách, naslouchání,

respektování důstojnosti uživatele, komunikace verbální, neverbální – formou dotyku, využitím úsměvu, klidného tónu hlasu, metodami reminiscence a validace, které uživateli umožňují být sám sebou, potvrdit jim, že něco ví, někam patří, a tím jim pomohou získat jistotu a sounáležitost, která značně ovlivňuje schopnost adaptace. Dále sem patří zvýšená zdravotní, rehabilitační a ošetrovatelská péče indikovaná dle potřeby uživatele.

Jako vnitřní pozitivní faktory uvádím nekonfliktní povahu, kladné vlastnosti, vzdělání, dřívější profesi a předchozí zájmy a koníčky. Nekonfliktní povaha uživatele pomůže navázat pozitivní vztahy s ostatními uživateli. Vzdělání, profese a zájmy umožní personálu na ně navázat a poskytnout vhodný aktivizační program, což znamená další krůček k úspěšné adaptaci uživatele. Jako pozitivní faktor řadím i navázání přátelského vztahu s jinými uživateli, setkání se v zařízení se známou osobou, v našem případě bývalou kolegyní.

Negativní faktory: Za jeden z hlavních negativních vnitřních faktorů považuji samotnou demenci. Nemoc se postupně zhoršuje, což má negativní vliv na adaptaci uživatele.

Dále je to nedostatečně výrazné značení místností, rozlehlost prostor (vnější – materiální), dlouhé chodby, možnost přístupu do Domova pro seniory, jehož prostory navazují na prostory Domova se zvláštním režimem. To neumožňuje dostatečný přehled personálu o pohybu uživatel s demencí. Z tohoto důvodu není možné vždy předcházet konfliktům mezi uživateli nebo je včas řešit.

Mezi další negativní faktory (sociální vnitřní) patří také vysoký počet uživatelů (52) v Domově se zvláštním režimem a tomu neodpovídající počet personálu. To znemožňuje věnovat uživatelům tolik času, kolik by ho bylo potřeba. Negativně působí na člověka s demencí i uživatelé, kteří k těmto nemocným mají nepřátelský postoj, ať už je to z důvodu, že jejich chování je jim nesrozumitelné, nebo že si jen chrání svůj soukromý prostor.

Volný přístup na schodiště zvyšuje riziko pádu. Zvláště u těch uživatelů, jejichž motorika je zhoršená a v důsledku své demence si

neuvědomují, že by se měli držet zábradlí nebo používat hůlku či požádat o doprovod.

Jako negativní se jeví i to, že v budově není možnost si zvolit, zda uživatel bude bydlet na jednolůžkovém pokoji, či na vícelůžkovém.

Závěr

Demence a její projevy v životě pacientů s touto diagnózou vedou často k nutnosti jejich umístění v pobytovém zařízení. Současně však demence zhoršuje schopnost člověka přizpůsobit se novému prostředí.

Cílem mé práce byl popis procesu adaptace uživatele s demencí v Domově se zvláštním režimem a určení faktorů, které ovlivňují jeho průběh jak v pozitivním, tak v negativním smyslu.

Proces adaptace uživatele s demencí jsem popsala u jednotlivých případů. Z dokumentace uživatelů jsem určila pozitivní a negativní faktory, které mají vliv na adaptaci uživatele. Zpracováním zjištěných poznatků z mého výzkumu jsem dospěla k názoru, že proces adaptace uživatele je možné ve většině případů pozitivně ovlivnit.

Závěrem mé práce tedy předkládám návrh adaptačního programu. U tohoto návrhu vycházím z poznatků mého výzkumu a z prostudované literatury, zvláště z materiálů České alzheimerovské společnosti, která usiluje o zkvalitnění péče o člověka s demencí.

Návrh adaptačního programu pro uživatele s demencí

- dobrá příprava na život v domově, seznámení se předem s prostředím, pokud možno dobrovolné rozhodnutí ke vstupu do zařízení
- při nástupu do zařízení doprovod blízkou osobou
- vytvoření příjemné atmosféry při nástupu, první dojem
- seznámení se svým klíčovým pracovníkem, který by mu především zpočátku měl věnovat co největší péči
- sestavení režimu dne uživatele podle vlastních zvyklostí
- sestavení individuálního plánu
- maximální pozornost ze strany personálu, dostatečně dlouhý čas na adaptaci
- prostor pro individuální práci s uživatelem
- přehledný prostor, v němž se uživatel může snadno orientovat a je na dohled personálu, který mu může kdykoliv pomoci
- bezpečný prostor, který ale současně neomezuje
- společný prostor podobný domácímu (kuchyňka, prostor pro odpočinek)
- jasné a dobře viditelné označení místností
- možnost soukromí, ale personál by měl mít přehled o činnostech uživatelů
- menší počet uživatelů (10 – 15)
- dostatečný počet personálu
- podpora v základních denních aktivitách
- aktivity za pomoci terapeutických metod (ergoterapie, rehabilitace)
- verbální a neverbální komunikace, naslouchání, blízkost, validace, péče o vzhled...
- spolupráce s rodinou, sociální práce

Seznam použité literatury:

BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas.* 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8

BUIJSSEN, H. *Demence.* 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, I., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0

JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence.* 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti.* 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6

KOL. AUTORŮ ENCYKL. INSTITUTU. *Malá československá encyklopedie – I díl.* 1. vyd. Praha: Československá akademie věd, 1984. 880 s.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme.* 1. vyd. Praha: Svoboda, 1988. 235 s.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize. 3. vyd. Praha: Svoboda, 1993. 779 s.

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi.* 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.

PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástinnozologie, diagnostika*. 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf-Jessenius, 2002. 506 s. ISBN 808591218X

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematická situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

Česká alzheimerovská společnost dostupné z <http://www.alzheimer.cz/?PageID=575> [17. 2. 2011]

Česká alzheimerovská společnost dostupné z http://www.alzheimer.cz/data/docs/PravidlaproudelovanicertifikatuVazka_0912.doc [17. 2. 2011]

Definice případu a případové studie dostupné z <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=25061> [11. 10. 2011]

Seznam příloh

Příloha 1 - Test kreslení hodin

Příloha 2 – Mini Mental State Examination (MMSE)

Příloha 1 - Test kreslení hodin

Test kreslení hodin

Jméno pacienta:

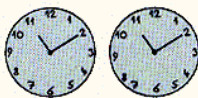
Datum vyšetření:

Pokyny pro provedení:

1. Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem. Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi pokyn: „Toto mají být hodiny. Doplňte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas 10 hodin a 10 minut.“
2. Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnoťte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem a provedení na kresbu.
3. Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.

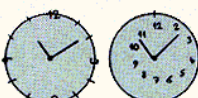
1. Bezchybné provedení

- ▲ číslce 1-12 ve správném pořadí i místě
- ▲ dvě ručičky ve správné poloze



2. Lehká prostorová chyba ciferníku hodin

- ▲ vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrné
- ▲ číslice mimo kruh
- ▲ otočení papíru s otočením číslic
- ▲ použití pomocných čar pro lepší orientaci



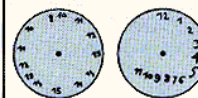
3. Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin

- ▲ pouze jedna ručička
- ▲ čas zaznamenan slovně „10 hodin 10 minut“
- ▲ čas vůbec nezaznamenan



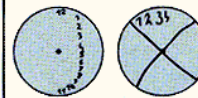
4. Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné

- ▲ nepravidelné mezery
- ▲ zapomenutí číslic
- ▲ perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12
- ▲ záměna pravý-levý (číslce proti směru)
- ▲ dysgrafie - chybějící čitelné číslice



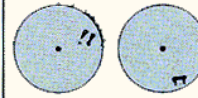
5. Těžká prostorová dezorganizace

- ▲ jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno



6. Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium)

- ▲ žádný pokus zakreslit hodiny
- ▲ ani vzdálená podobnost s hodinami
- ▲ napsáno slovo nebo jméno



dostupné z

http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/test_kresleni_hodin.gif

[11. 10. 2011]

Příloha 2 – Mini Mental State Examination (MMSE) 1. část

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION - ZÁZNAMOVÝ LIST

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

1. ORIENTACE

Jaký den v týdnu je dnes?								
Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum?								
Který měsíc v roce je nyní?								
Který rok je nyní?								
Jaké je nyní roční období?								
Ve kterém státě jsme?								
Ve kterém okrese jsme?								
Ve kterém městě jsme?								
Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnické zařízení)?								
Ve kterém poschodí se nacházíme?								

2. ZAPAMATOVÁNÍ

Bezprostřední reprodukce tří předmětů:	citron	lopata							
	klíč	šátek							
	babička	váza							

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

Opakované odečítání čísla 7 od čísla 100	100								
nebo hláskování slova POKRM pozpátku	93	M							
	86	R							
	79	K							
	72	O							
	65	P							

4. PAMĚŤ, VÝBAVNOST

Reprodukce tří předmětů z bodu 2:	lopata							
	šátek							
	váza							

5. POJMENOVÁNÍ

Ukažte náramkové hodinky:	"Co je to?"							
Ukažte tužku:	"Co je to?"							

6. OPAKOVÁNÍ

Opakování věty:	"Žádné kdyby anebo ale".							
-----------------	--------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Příloha 2 – Mini Mental State Examination (MMSE) 2. část

7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Porozumění (sdělený třístupňový příkaz):

"Vezměte tento papír do vaší pravé ruky,
přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama
a položte na zem".

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

Porozumění (písemný jednostupňový povel):

ZAVŘETE OČI ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9. PSANÍ

Napsání věty

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. OBKRESLOVÁNÍ

Obkreslení předlohy průniku dvou pětiúhelníků

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

CELKOVÉ SKORE

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



ZAVŘETE OČI