

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Uplatnění sociálního pracovníka v domácí péči o ležící seniory postižené demencí

Tereza Petráňová

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2014

Prague college of psychosocial studies



Fulfilment of a social worker in a home care of recumbent and demented seniors

Tereza Petráňová

The Bachelor Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2014

Anotace:

Předložená bakalářská teoreticko - empirická práce se zabývá péčí o ležící seniory postižené chorobou zvanou demence, s důrazem na Alzheimerovu chorobu. Uvádí a vysvětluje základní pojmy související s touto problematikou. Popisuje průběh nemoci a její vnímání ze strany nemocného, ale i osob, které jsou s ním v kontaktu. Stručně se snaží zachytit obtíže, které nemoc přináší, způsob a možnosti jejich řešení jak z praktické tak psychologické stránky. Částečně zmiňuje i základní možnou prevenci vzniku některých obtíží.

Na závěr přináší reálný příběh blízké osoby postižené demencí.

Klíčová slova: stáří, demence, Alzheimerova choroba, imobilita, dekubit, kognitivní problémy, kvalifikovaná péče

Annotation:

This study addresses issues related to the care of recumbent seniors suffering from dementia, with a focus on Alzheimer's disease. It explains terms related to the topic, describing the course of disease, and how Alzheimer's affects the patient, caregivers and those around him or her. It addresses problems caused by the illness and suggests practical and psychological ways of resolving them. It also gives information on prevention. In addition, there is a short personal narrative about a family member impacted by dementia.

Keywords: old age, dementia, Alzheimer disease, immobility, decubitus, cognitive problems, qualified help

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Praze dne 14. 7. 2014

Tereza Petráňová

Poděkování

Ráda bych touto cestou také vyjádřila poděkování MUDr. Olze Dostálové, CSc. za její cenné rady a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji všem svým nejbližším za jejich trpělivost a podporu.

Obsah

Úvod	1
1 VYMEZENÍ POJMŮ	2
1.1 Stáří / senior	2
1.2 Imobilita	5
1.3 Dekubity	5
1.4 Kognitivní funkce	5
1.5 Demence	6
2 DEMENCE	8
2.1 Příčiny demence	8
2.2 Časté typy demence	9
2.2.1 Vaskulární / multiinfarktová demence	9
2.2.2 Alzheimerova choroba	9
2.2.3 Další možné příčiny demence	10
2.3 Příznaky demence	11
2.4 Průběh demence	11
2.5 Prožívání demence	12
2.5.1 První raná fáze – počátek demence	13
2.5.2 Druhá fáze demence	13
2.5.3 Třetí fáze demence	15
2.6 Komunikace a přístup k osobě postižené demencí	15
3 SPECIÁLNÍ PROBLÉMY DOPROVÁZEJÍCÍ PÉČI O LEŽÍCÍ A DEMENTNÍ OSOBY	19
3.1 Vhodná strava	19
3.2 Prevence a ošetření dekubitů	22
3.3 Starost o finanční zajištění péče	24
3.4 Nutná opatření v případě smrti	25
3.5 Nároky na péči z hlediska sociálního pracovníka	26

4 KAZUISTIKA	28
4.1 Libuše a historie jejího života.....	28
4.1.1 Rodinná anamnéza.....	28
4.1.2 Osobní anamnéza.....	29
4.1.2.1 Prodělané choroby	29
4.1.2.2 Průběh života	29
4.1.2.3 Povolání, povahové rysy a způsob života v produktivním věku .	29
4.2 Havárie a její následky.....	30
4.2.1 První fáze po nehodě.....	31
4.2.2 Další operace: druhá fáze.....	32
4.2.3 Ulehnutí a smrt – třetí fáze.....	34
ZÁVĚR	41
LITERATURA	43
PŘÍLOHA I.	1

ÚVOD

Tato práce vznikla na základě mých osobních zkušeností s péčí o blízkou osobu postiženou demencí v domácím prostředí.

Byla bych ráda, kdyby sloužila jako rychlá a srozumitelná pomoc sociálním pracovníkům v předávání nezbytně nutných informací vedoucích k porozumění problematice péče o osoby postižené demencí, pečovatelům z řad příslušníků domácnosti i pracovníkům pečovatelských služeb zajišťujících podpůrnou péči externě.

Postižení s sebou přináší mnoho specifík týkajících se chování, prožívání a problémů nemocných, kterým je nutno porozumět, abychom byli schopni o ně pečovat správně a účelně, zvládnout obtížné chování postiženého a neztěžovat či neohrožovat existenci již tak postižené osobě v její složité životní situaci.

K poskytování optimální péče vůbec - a ne jen v domácím prostředí - je velmi podstatná vzájemná podpora a kooperace pečovatelů z rodiny a pečovatelů instituce poskytující doplňkové služby.

Je nezbytné mít na paměti, že jde především o společný cíl, a to uspokojit nejen základní potřeby postižené osoby!

Je také nutné si uvědomit, že veškerá zodpovědnost za budování vztahu mezi pečovatelem a člověkem trpícím demencí leží na pečovateli. Kvalitě vztahu je přímo úměrná možnost kvality poskytované péče.

Péče o takto postiženou osobu je velmi psychicky, fyzicky i logisticky náročná, a proto je důležitá dostupnost potřebných informací i výše zmíněná spolupráce jednotlivých složek systému pečujících.

Část této práce obecně vysvětluje možné důvody vzniku nemoci, jednotlivé aspekty jejího průběhu a nutná i praktická opatření týkající se samotné péče.

Další část je zaměřena kazuisticky. Přináším příběh demencí postižené osoby v různých fázích nemoci. Dle mého názoru je to nejlepší způsob jak tuto problematiku popsat a usnadnit tak pochopení nemoci, jejích nároků a důsledků.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

1.1 Stáří / senior

Stáří je poslední fází a vyvrcholením životního cyklu. K jeho vymezení lze přistupovat z více aspektů: podle kalendářního věku, podle fyziologického stavu organismu, podle psychického stavu a podle sociálního zařazení a působení.

Stáří je charakteristické nezvratnými fyziologickými procesy organismu, které postupně vedou k degenerativním změnám ve tkáních a buňkách (změny tvaru a funkčnosti buňky). U různých jedinců neprobíhá stárnutí stejně, neboť tempo i období nástupu změn je do značné míry individuální, je podmíněno geneticky, životním prostředím a stylem, zaměstnáním, zlozvyky, i vztahy v rodině (VURM aj., 2007). Buněčné a tkáňové změny počínají již 30. rokem.

Kalendářní (chronologické) stáří vymezuje dosažení určitého věku, od něhož se podle zkušenosti nápadněji projevují involuční změny (HOREHLEĎ, 2006). Uplatňuje se demografický přístup, který je závislý na celkovém stáří populace: čím je starší populace, tím vyšší je hranice stáří. Toto vymezení se často liší od změn organismu, které se pro tento kalendářní věk očekávají. V historickém vývoji se však lidský věk díky vyspělé medicíně a vysoké životní úrovni lidský věk prodlužuje a tím se i hranice stáří posouvá. Všimněme si několika pohledů na stáří v různých dobách.

Tab. č. 1: Fáze stáří podle Komenského (převzato z Pelcové, 2013)¹

Starý muž	35 - 42 let
Kmet	nad 42 let

¹ Pro tabulky 1.- 4. jsou převzaty pouze číselné údaje, grafická úprava je vlastní této práci

Tab. č. 2: Fáze stáří podle Václava Příhody (1974, s. 62)

Název věkové fáze	Roky od - do
Časné stáří – senescence	60 - 74
Vlastní stáří – kmetství – senium	75 - 89
Dlouhověkost – patriarchum	90 a výše

Tab. č. 3: Fáze života podle WHO (1993)

Období věku	Roky od – do
Plná dospělost	18 – 29
Mladý věk	30 – 44
Střední věk	45 – 59
Stárnutí	60 – 74
Starý věk	75 – 90

Srovnáme-li údaje na těchto 3 tabulkách, zjistíme, že předpokládaná možnost běžného dožití se určitého věku se během několika století značně prodloužila. Zatímco v době Komenského byl muž ve věku 35 let považován za starého a ve věku 42 let nazýván kmetem, se v dnešní době považuje za stáří věk až od 60 let.

Na tab. č. 4 se stáří dokonce dělí na 3 etapy (viz na další stránce).

Tab. č.4: Fáze věku podle Machové (2005)

Období věku	Roky od - do
Dospívání a adolescence	15 - 17
Plná dospělost	18 - 29
Zralost	30 - 44
Střední věk	45 - 59
Stáří	60 - 74
Vysoké stáří	75 - 89
Kmetství	90 a více

Obecně je za hranici raného stáří považován věk 60 - 74 let, 75 – 89 je vlastní stáří a 90 let a více je definována jako dlouhověkost.

Stáří přináší biologické, psychické i sociální změny. Oslabuje se imunita, lidé jsou křehčí a náchylnější k nemocem. Obvykle trpí únavou, nespavostí, snižuje se funkce vnitřních orgánů a mozková aktivita, což vede ke zhoršení vidění a sluchu. Upadají kognitivní funkce, produktivita, krátkodobá paměť, fyzická výkonnost a vytrvalost. To vše přináší mnohá omezení a změnu psychického stavu.

Průběh nemoci i klinického obrazu ve stáří se liší od standardního průběhu. Příznaky nemoci jsou velmi slabé či nespecifické, hlavní příznaky mohou dokonce chybět, onemocnění probíhá skrytě. Zhoršení stavu je náhlé, bez předchozího varování (TOPINKOVÁ, 2005, s. 8 - 9).

Je nutno podotknout, že následky stáří jsou vysoce individuální a tedy u každého se mohou začít projevovat v rozdílném věku, i daleko za hranicí 60 let (MATOUŠEK, 2003, s. 226).

Se stářím úzce souvisí pojem *senior*².

1.2 Imobilita

Imobilita znamená nehybnost (VOKURKA, HUGO aj., 2008, s. 458). Je opakem mobility, což je pohyblivost (tamtéž, s. 651).

K nejčastějším příčinám imobility osoby patří bolest, poruchy kosterního a svalového systému, poruchy nervového systému, dále někdy i infekce a psychické problémy. Imobilitu lze rozdělit na primární – přímý následek choroby či úrazu nebo sekundární – vyvíjí se druhotně – Alzheimerova choroba, po infarktu myokardu, operaci, úrazu apod. (MINAŘÍKOVÁ, 2008).

Imobilita sebou přináší komplikace při udržování hygieny, příjmu potravy a udržování fyzické kondice či prevenci vzniku dekubitů.

1.3 Dekubity

Dekubitus je místní narušení buněk kůže nedostatečnou mikrocirkulací krve způsobenou tlakem na stejné místo. Buňky nedostávají na základě nedostatečného prokrvení potřebný kyslík a živiny a následně odumírají. Dekubitus „... *postihuje kůži, svaly, šlachy až kosti*“ (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 125). K narušení kůže může docházet již po dvou hodinách zevního tlaku. Rychlost vzniku proleženin a průběh i délka léčby je individuální. Dekubity rozdělujeme do pěti stupňů závažnosti.

1.4 Kognitivní funkce

Kognitivní znamená „*poznávací, též vnímající, hodnotící, vztahující se k poznávacím procesům ...*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 261).

² Z latinského senex – starý, druhý stupeň je senior – starší.

Kognitivní neboli poznávací funkce jsou základními funkcemi lidské psychiky. Jejich prostřednictvím člověk jedná, vnímá svět kolem sebe, zvládá úkoly, plánuje, organizuje si čas, řeší problémy i posuzuje a chápe informace, přizpůsobuje se měnícím se podmínkám, dokáže se koncentrovat, udržet pozornost, učit se a pamatovat si. Centra kognitivních funkcí jsou rozmístěna v různých částech mozku a jednotlivé funkce jsou spolu propojeny a navazují na sebe.

Kognitivní funkce lze a je třeba trénovat. Trénink zlepšuje poměrně v krátké době krátkodobou i dlouhodobou paměť a výkonnost i rychlost mozku.

Tab. č. 5: Základní rozdělení kognitivních funkcí

Paměť
Pozornost a koncentrace
Pohotovost, rychlost zpracování informací
Exekutivní funkce včetně emocionální seberegulace
Řeč, schopnost vyjadřování a porozumění
Prostorová orientace

(Přehled převzat z Wikipedia, 2014)

1.5 Demence

Slovo demens z latiny; de = odstranit, mens = mysl, znamená tedy „*bez myslí*“ (BUIJSEEN, 2006, s. 13). Wikislovník (2013) uvádí překlad „*ubývající na duchu, na rozumu*“.

Demence je „*získané chorobné oslabení rozumových schopností, zhrounutí ...*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 101). Je to vážné mozkové postižení způsobené degenerativními změnami mozkové tkáně, v jehož důsledku dochází k pokračující neschopnosti zastávat sociální role, později i rozeznávat známé tváře, plést si události

minulé a přítomné bez rozlišení doby a konečně i neschopnost vykonávat základní úkony péče o vlastní osobu.

2 DEMENCE

Demence je soubor duševních poruch způsobených onemocněním mozku, což má za následek úbytek kognitivních funkcí a to hlavně paměti a intelektu. Postižení přináší omezení duševních schopností, snížení schopnosti vykonávat běžné činnosti a postupně vede ke ztrátě vědomí si vlastní existence (HOLMEROVÁ aj., 2007, s. 9).

2.1 Příčiny demence

Významným faktorem vzniku demence je dědičnost, kdy se riziko dvakrát zvyšuje. Významnou roli hraje stárnutí, chronicky vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu a lipidů, cukrovka, alergie či revmatismus. Vážným nebezpečím jsou poranění lebky v průběhu života či sklon k chronickým zánětům a infekcím, snížená imunita. U žen je nebezpečí rozvoje demence vyšší než u mužů.

Dalším rizikem je dlouhodobé, nadměrné užívání alkoholu a tabákových výrobků (vlivem nízké hladiny antioxidantů v krvi způsobená narušeními játry).

Jistým nebezpečím je i depresivní prožívání procesu stárnutí či špatná výživa v dětství, kdy nemohlo dojít k optimálnímu rozvoji mozku. Taktéž nedostatek živin v dospělosti může nástup a průběh demence ovlivnit.

Určitou roli může sehrát i vzdělání. Vyšší vzdělání riziko demence snižuje, není však jasné, zdali je to kvůli tréninku mozku, přirozené inteligenci či socioekonomické situaci jedince. Dlouhodobě vzdělávající se lidé také produkují vyšší hladinu například hormonu testosteron, který riziko snižuje (HOLMEROVÁ aj., 2007, s. 12 – 14, 32; BUIJSSEN, 2006, s. 18; KOUKOLÍK, 1998, s. 17 - 22).

2.2 Časté typy demence

Existuje více typů demencí, které se od sebe liší některými příznaky. Nejčastějším typem je Alzheimerova choroba.

„Ze všech lidí, kteří trpí demencí, má asi 55 procent Alzheimerovou nemoc v čisté formě. Po Alzheimerově nemoci je nejběžnější frontotemporální či vaskulární demence, která představuje asi 15 procent všech případů“ (BUIJSEEN, 2006, s. 15).

Můžeme pozorovat kombinace dvou či více poruch, které vyústí v demenci. Frekventovanou kombinací je Alzheimerova a vaskulární nebo také multiinfarktová demence.

2.2.1 Vaskulární / multiinfarktová demence

Vaskulární demence je způsobena narušením cévního zásobování mozku zapříčiněného většinou mnoha malými mozkovými infarkty. Tím dochází k přerušení zásobování kyslíkem různých částí mozku.

Lehký infarkt způsobuje nečekanou zmatenost, která se objevuje náhle. Stav se v další fázi mírně zlepší a je stabilní do nástupu dalšího etapy zmatenosti a dalšího mírného zlepšení. Mozková příhoda způsobí erozi mnoha mozkových částí, nicméně okolní části mozku jsou stále schopny vcelku dobře fungovat. To vede i k dlouhodobějšímu uvědomování stavu postižených multiinfarktovou demencí než je tomu u Alzheimerovy nemoci (BUIJSEEN, 2006, s. 16).

2.2.2 Alzheimerova choroba

Jde o neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci. Stále není známa příčina vzniku nemoci, ani není léčitelná. V současné době ji medicína umí jen zpomalit. Úbytek neuronů a jejich poškození ukládáním patologicky vzniklých proteinů beta-amyloidu na jejich povrch, rozpad nervových vláken a nervových buněk a další patologické procesy postupně způsobují změny popsané v kapitole „Průběh demence“ této práce. Rozvoj Alzheimerovy nemoci je velmi

pomalý, postupný a vede k definitivnímu úpadku. „*Alzheimerova nemoc obvykle probíhá 3 - 8 let. Muži na tuto chorobu umírají dříve než ženy*“ (KOUKOLÍK a JIRÁK, 1998, s. 91).

Jedni z prvních, kteří onemocnění popsali, byl Alois Alzheimer a Oskar Fischer.

Obr. č. 1: Mozek zdravé osoby a mozek atrofický



(Převzato z Wikipedia, 2014).

Na obrázku je porovnání zdravého mozku starší osoby, a mozku atrofovaného při pokročilé formě Alzheimerovy nemoci.

Každý 5. člověk ve věku 85 let a starší je postižen demencí (tzv. čtvrtina lidí starších 85 let), z toho Alzheimerem 50 – 60 %. „*Onemocnění začíná ve věku 40 - 90 let, nejčastěji po 65 .roce věku*“ (KOUKOLÍK a JIRÁK, 1998, s. 92).

„*Ve vysokém věku jsou ženy ohroženější než muži*“ (tamtéž, s. 15). V souvislosti s dědičností může ojediněle postihnout i mladší osoby. Počet nemocných v ČR je asi 120 000 a neustále roste.

2.2.3 Další možné příčiny demence

Do 50. až 60. let věku člověka bývá demence sekundární, tzv. příčinou jsou jiná onemocnění jako syfilis, AIDS, mozkové nádory či mozkové příhody, traumatická poškození mozku, metabolické poruchy, toxicita.

„*Příčinou demence může být přibližně šedesát různých onemocnění a stavů*“ (KOUKOLÍK a JIRÁK, 1998, s. 129).

2.3 Příznaky demence

Většina forem demence postihuje osoby nad 60 let. Hlavními příznaky je progresivní zhoršování rozumových schopností, oslabování inteligence a změny osobnosti. Nejčastěji bývá zasažena krátkodobá, v dalších stádiích i dlouhodobá paměť. Porušeno je kognitivní vnímání. Postižený se špatně orientuje v čase i prostoru. Poškozena je pozornost, později i rozpoznávací schopnosti a schopnost komunikace (MATOUŠEK, 2003, s. 46).

Postupně dochází k rozpadu osobnosti. Obtíže postiženému působí i běžné každodenní činnosti (osobní hygiena, oblékání, příprava jídla, orientace ve svém bytě či nalézání osobních věcí). To vede ke ztrátě společenské role a tedy k poruchám nálady, k uzavřenosti, apatii, úzkostem, nezvyklému chování či zmatenosti. Může se také objevit euforie, mánie, moria³, halucinace, nekontrolovatelné afekty a jiné nepřiléhavé emoce (VOKURKA, HUGO aj., 2008, s. 203).

V závislosti na povaze organického poškození mozku může docházet k poruchám hybnosti, rovnováhy, k paralýze, parestezií⁴, tremoru⁵.

Terminální stadium končí stavem, kdy se dotyčný mentálně i fyzicky vrací do kojeneckého věku, je zcela bezmocný a odkázaný na ostatní. „*Čím dál paměť mizí, tím víc připomíná myšlení člověka myšlení malého dítěte a vše, co je s tím spojeno*“ (BUJSEEN, 2006, s. 38).

Hlavním rysem demence je ztráta již získaných, naučených duševních schopností.

2.4 Průběh demence

Průběh nemoc lze rozdělit do tří stádií:

1. „*I. stadium – počínající a mírná demence – dominují zejména změny kognitivních funkcí, poté poruchy chování*“ (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 139).

³ nevhodné vtípkování, obtěžování

⁴ mravenčení

⁵ mimovolný pohyb, třes

Zhorší se zejména krátkodobá paměť, vybavování slov, orientace v časoprostoru, orientace v nových situacích, obsluha nových domácích přístrojů. Nemocný má problémy s rozhodováním a motivací. Ztrácí zájem o své koníčky. Uvedené změny vedou k depresi, úzkostnosti, apatii nebo agresivnímu chování a k omezení kontaktu s okolím (HOLMEROVÁ a kol., 2007, s. 34 - 35).

2. *„II. stadium – středně pokročilá demence – zde je již patrná porucha soběstačnosti, klient vyžaduje neustálý dohled“* (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 139).

Nastává zhoršení soběstačnosti, vybavování si nedávných událostí, jasného vyjadřování. Nutná je pomoc s každodenními činnostmi, jako je osobní hygiena, pomoc na WC, oblékání, úklid, nákup, vaření. Časté je bloudění doma i venku, nepřiměřené chování a halucinace. Prohlubuje se deprese, agresivní chování a úzkosti (HOLMEROVÁ aj., 2007, s. 35 - 37).

3. *„III. stadium – pokročilá forma demence – senior je odkázán na kontinuální pomoc a ošetrovatelskou péči“* (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 139).

Postižený nerozumí a není schopen reagovat na informace, nepoznává osoby ani funkce předmětů. Nepoznává své bydliště, po bytě bloudí. V posledním stadiu je upoután na lůžko. Neovládá vyměšování, má problémy s přijímáním potravy, s polykáním. (HOLMEROVÁ aj., 2007, s. 37 - 38).

Péče o postiženého se liší v návaznosti na stupni pokročilosti demence.

2.5 Prožívání demence

Ztráta běžných dovedností je pro nemocného velmi psychicky náročná, proto je důležité, aby o něj pečovala osoba, ke které má maximální důvěru a bude ji/ho na každém kroku provázet.

2.5.1 První raná fáze – počátek demence

Počáteční fáze neovlivní život člověka natolik, že by byl odkázaný na ostatní. Začíná však narušovat jeho sociální vztahy.

Nemocní si na počátku nemoci uvědomují změny (výpadky paměti, snížená výkonnost, neschopnost přizpůsobit se novým situacím, rozpoznat osoby či věci), ke kterým u nich dochází. To přináší obavy, nejistotu a bezradnost. Tato bolestná skutečnost vede ke snaze chyby skrýt zástupným vyhýbavým chováním, výmluvami, předstíráním. Mají tendence si problémy nepřipouštět, popírat je, vinu za vlastní chyby svalovat na ostatní. Aby se vyhnuli nepříjemným situacím, přestávají dělat běžné aktivity, na které byli zvyklí, omezují kontakt s okolím, izolují se. V rané fázi tedy není jednoduché rozpoznat, že u osoby dochází k zásadním psychickým změnám, pokud nejste v každodenním kontaktu.

Co je však okamžitě patrné, jsou změny nálady. Chování, které bylo pro člověka typické, se v těžkých situacích prohlubuje, nebo nemocný reaguje pro něj zcela netypicky. Podráždění, agresivita, apatie, pasivita, depresivní chování, podezřívání, nervozita, zvýšený či snížený příjem potravy, hromadění věcí jsou přirozenou reakcí na úzkost a strach, kterou objevující se obtíže vyvolávají (BUIJSSEN, 2006, s. 26 - 28, 48).

2.5.2 Druhá fáze demence

Nemoc člověka ovlivňuje natolik, že potřebuje neustálou podporu a pomoc druhých.

Prohlubuje se narušení krátkodobé paměti, což v praxi znamená, že si člověk není schopen zapamatovat informaci na delší dobu než 30 sekund. To mu znemožňuje vést souvislou konverzaci, nebo vykonávat dlouhodobější činnost. V průběhu rozhovoru totiž zapomene, o čem mluví, a ptá se tedy dokola na stejnou věc. Není schopen naslouchat, protože ztrácí souvislosti a delší příběh mu nedává smysl. Není ani schopen mluvit o běžných každodenních situacích, protože si je jednoduše nepamatuje. Během

činnosti zapomíná, co dělá. To vede k nečinnosti. Přestává dělat běžné úkony v domácnosti, číst nebo se dívat na televizi. Tyto činnosti mu nic nepřinášejí.

Neorientuje se v čase, jelikož si nepamatuje, že se díval na hodiny, neví tedy, ani, jaká část dne je. Může se stát, že ve dne spí a noc považuje za vhodnou na snídani. Není schopen vyznat se v prostoru, jelikož si v paměti neuchová opěrné body ani cíl cesty a bloudí. Neví, kam si odložil věci a neustále něco ztrácí a hledá. Jak plyne čas, přestává poznávat sousedy, známé i blízké osoby (BUIJSSEN, 2003, s. 19 - 25).

Takto postižený člověk přichází o své plány, cíle, nedávnou minulost, současnost i budoucnost. Ocítá se v prázdnotě času, prostoru i sociálních vazeb.

Poruchy krátkodobé paměti jsou prvním ukazatelem rozvíjející se nemoci. Dlouhodobá paměť zůstává obvykle zachována dosti dlouho po vypuknutí nemoci (ZGOLA, 2003, s. 73).

V období, kdy přijde nemocný o krátkodobou paměť, přestane existovat i dlouhodobá paměť vztahující se k tomuto období. Veškeré události, informace, osoby, věci, které znal člověk před vypuknutím nemoci, si v mysli ponechává. Ty se, jak nemoc postupuje, ztrácejí od nejnověji nabytých k těm nejstarším. (Nemocný se vrátí k vaření na kamnech, protože je schopen rozdělat oheň, ale již neumí zapnout elektrickou troubu, kterou používal až v posledních letech před vypuknutím degenerativních změn (BUIJSSEN, 2003, s. 30 - 32).

Zhoršuje se užívání řeči, která je pomalejší z důvodu hledání vhodných slov. (tamtéž, s. 34). Opadá stres z učiněných chyb rozpadem vlastní identity, jelikož je důležitější mít na blízku pomáhající osobu.

Postupně mizí naučené společenské normy (na veřejnosti se začíná chovat nevhodně) a jednotlivé nabyté schopnosti od nejpozději naučených – správa úředních záležitostí, přes schopnost se samostatně obléci (vrstvení stejného druhu oděvu, nepřiléhavá volba oblečení k ročnímu období) či vykonat osobní hygienu. Nevzpomíná si, jak či kde má využít WC, projevuje se u něj inkontinence moči (BUIJSSEN, 2003, s. 33 – 34, 37).

Významné, citově zabarvené (dobré i špatné) události nebo osoby, či expertní vědomosti či dovednosti mohou být zachovány i dlouho poté, co období jejich nabytí se

zapomene. Proto není vyloučené, že si bude postižená osoba pamatovat své děti v době, kdy její uchované vzpomínky spadají do období jejich puberty, ale přitom komunikovat dávno zesnulými rodiči.

Může se také stát, že znovu prožije traumatickou událost ze svého mládí, projevující se jako strašidelné blouznění (BUIJSEEN, 2006, s. 52).

2.5.3 Třetí fáze demence

V poslední fázi je dementní člověk plně odkázán na péči druhé osoby po celých 24 hodin.

Řeč je na úrovni batolete (opakuje jednoduchá slova) někdo nemusí být schopen žádné verbální komunikace. Není schopen porozumět, a když rozumí, již nedokáže reagovat. Nepoznává známé osoby nebo předměty. Je plně inkontinentní a většinou upoután na lůžko. Přijímání tekutiny a potravy mu činí potíže, kvůli obtížnému polykání, ale většinou je potrava jedna z posledních příjemných prožitků.

„Právě tito lidé potřebují kvalitní a laskavou péči, také oni jsou schopni rozpoznat vlídnost prostředí a tváří, které je obklopují. Také oni jsou schopni prožívat pocity spokojenosti a štěstí, které jsou možná trochu jiné než ty naše, jsou však stejně lidské a hodnotné“ (HOLMEROVÁ aj., 2007, s. 37).

Jak se onemocnění zhoršuje, umazává se tedy historie dané osoby až do období jejího raného dětství. V poslední terminální fázi demence si nemocný uchovává již jen vzpomínky na první roky svého života, projevuje se jako kojeneček a brzy na to umírá. (BUIJSEEN, 2006, s. 30).

2.6 Komunikace a přístup k osobě postižené demencí

V prvé řadě bychom si měli představit, že jsme sami v situaci postiženého (co bychom sami potřebovali, co by nám naopak vadilo) a uvědomit si tíži důsledků nemoci a podle toho k takové osobě přistupovat.

Náš postoj k nemocné osobě musíme vždy přizpůsobit aktuálnímu duševnímu stavu, úrovni, ve které se právě nachází.

Není možné, abychom jako cizí osoby jakéhokoliv člověka oslovovali zdvořilými, tykali mu, či ho nazývali babičkou nebo dědečkem nebo před ní/ním mluvili o jeho intimních záležitostech s druhými lidmi. Možná to byl vážený profesor na univerzitě zvyklý na distinguované chování a takovýto přístup ho může dovést až k agresivní obraně, tím spíše, že bývají nečekané okamžiky jasného vědomí, kdy si postižený svůj stav náhle plně uvědomuje.

V období, kdy je člověk již dezorientovaný a potřebuje naši pomoc, protože pozbývá schopností dospělé osoby (přesto si stále uvědomuje, že je dospělou osobou), musí být přesto jako dospělá osoba respektován a přijímán, aby mohlo dojít k vytvoření blízkého vztahu založeného na důvěře a vzájemné spolupráci. Jen takový vztah nám potom může pomoci při adekvátní péči o postiženého (ZGOLA, 2003, s. 19 - 20).

Z počátku v hladké a rychlé komunikaci brání pouze výpadky slov a následné hledání těch správných, ale nemocný nám dobře rozumí. Později přestane chápat abstraktní pojmy, rozlišovat mezi minulostí a přítomností. Jeho vyprávění bude nesouvislé, vytržené z kontextu, stále se opakující. Bude muset vynaložit mnohonásobě více energie a času, aby byl schopen vám porozumět.

Komunikaci s nemocným by tedy neměly narušovat hlasité zvuky jako puštěná televize nebo rádio či další hovořící osoby, aby se nemocný nerozptyloval (REGNAULT, 2011, s. 59).

Informace a pokyny by měly být jednoduché a bezprostřední pro daný okamžik. Činnost, kterou po nemocném vyžadujeme, stručně vysvětlíme, můžeme ji i předvést. Mějme na paměti, že musíme být za každých okolností taktní a přátelští, pokud musíme postiženého opravit při nějaké činnosti. Spíše ho provázejme, přicházejme s novými návrhy či možnostmi (BUIJSSEN, 2003, s. 62 - 64). „*Ležíš na zemi, co kdybychom vyzkoušeli postel, třeba bude pohodlnější.*“ Nečiniťme z něj bezmocného, nechme ho dělat veškeré činnosti, na které sám či s naší pomocí stačí.

Neupozorňujme postiženého demencí na to, že něco zapomněl, popletl či neumí.

Pokud například mluví o své matce v přítomnosti, přistupte na jeho svět. Rozhodně mu nepřipomínejme, že jsou jeho rodiče dávno mrtví. Jen bychom ho rozrušili.

Mějme na paměti, že nemocný demencí žije v odlišném světě, než je ten náš, a tuto skutečnost respektujme. Nenechme se naštvat stejnými otázkami pokládaným v těsném sledu za sebou, nevhodným chováním nemocného, nebo když máme pocit, že nám dělá něco naschvál, či nás provokuje.

Pokud je osoba v těžké fázi demence, je nutné k ní přistupovat přiměřeně k jejímu aktuálně prožívanému věku. Pacient není zcela schopen vnímat obsah řeči, o to citlivější je především na chování ošetřujících osob, jejich tón hlasu, gesta, výraz obličeje a celkovou řeč těla, která by v něm měla vzbuzovat pocit bezpečí a důvěry. Potom může být klidný a spokojený. Jsou to přece osoby, na které je plně odkázán a závisí na nich jeho přežití, a proto na ně citlivě reaguje (GLENNER, 2012).

Pokud z nějakého důvodu chybí pozitivní vnímání pečovatele, dostává se nemocný do úzkosti (BUIJSSEN, 2003, s. 54), což může mít za následek bojkot krmení, cvičení a dalších nezbytných činností. Jeho vnímání a potřeby jsou na úrovni kojence, tedy mu musíme poskytnout to, co matka svému bezbrannému dítěti. To jest bezvýhradné přijetí, pocit bezpečí, důvěry a zajištění základních emocionálních i fyzických potřeb jako je teplo, jídlo, pití a klid a bezpečí. *„Jistota a bezpečí jsou základní lidské potřeby související s přežitím a snahou vyhnout se ohrožení“* (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 21).

Pacient nám již nesdělí své konkrétní potřeby, neodpoví na otázky. Reaguje již jen na chlad, teplo, bolest, pohyb a fyzický kontakt. Jediným našim vodítkem k rozpoznání jeho rozpoložení a zajištění jeho potřeb je dostatečná vnímavost k jeho nonverbálním projevům (rozrušení, strach – fyzický neklid, apatie, zrychlení dechu, zalykání, odmítání příjmu potravy či pití; úsměv – spokojenost, bezpečí, klid), či zvukovým projevům (volání, křik, naříkání, mlaskání při hladu či dobrém jídle atd.).

Ač dementní pacient plně nerozumí, co mu říkáme, je však nezbytné, abychom s ním komunicovali (pasivní komunikace⁶) a udržovali oční kontakt. Mluvíme na něj jednoduše, popisujeme a vysvětlujeme, co se děje okolo, co budeme společně dělat,

⁶ Komunikace vychází pouze od ošetřujících osob.

používáme slova, krátké věty, zpíváme, říkáme říkanky, čteme pohádky. V tomto případě je přípustné a přiléhavé používat mluvu přiměřenou dětskému věku, oslovení zdrobněle. Do komunikace zapojujeme čich i hmat. Vyhýbáme se přísnému tónu, křiku, naštvání, zvyšování hlasu či šeptání (například do telefonu), velikému rámusu nebo úplnému mlčení. Neotáčíme se zády nebo nehovoříme odjinud, kam nevidí (BUIJSSEN, 2003, s. 66). To vše by vzbudilo v nemocném strach, nedůvěru, nejistotu nebo hněv či smutek. Tón hlasu by měl být naopak klidný, vlídný a přátelský, doprovázen úsměvem, případně pohlazením. To posílí možnost vzájemné komunikace.

Musíme si být také vědomi toho, že, i když je nemocný dlouhodobě desorientován, může nastat okamžik, kdy si náhle svůj stav a současnou situaci plně uvědomí. Tehdy by na něj působilo velmi traumaticky diskvalifikující až výsměšné chování pečující osoby a jeho stav by se mohl radikálně zhoršit.

3 SPECIÁLNÍ PROBLÉMY DOPROVÁZEJÍCÍ PÉČI O LEŽÍCÍ A DEMENTNÍ OSOBY

3.1 Vhodná strava

Mějme na paměti, že z důvodů ubývání chuťových pohárků se chuť starých lidí mění, ale potřeba chutné a výživné stravy přetrvává. Klesá množství trávicích enzymů a tedy i původní funkčnost trávicí trubice, což vede ke snížení množství přijímané potravy. Běžně dochází i k nežádoucímu poklesu příjmu tekutin v důsledku sníženého pocitu žízně. Přicházejí problémy s polykáním a vyprazdňováním. Časté zácpy, zapříčiněné sníženou pohybovou aktivitou a tudíž i nižší peristaltikou střev, i inkontinence stolice při průjmech lze částečně řešit složením stravy (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 22, 48).

Podvýživa i obezita mohou signalizovat nedostatek základních živin (bílkovin, sacharidů, vitamínů, minerálů, vláknin). „*Je potřeba, aby příjem a výdej energie byl v rovnováze*“ (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 45).

Zásadním problémem ve stáří je nedostatečná výživa spojená s problematickým trávením (kedlubna, zelí, květák nadýmají) nebo polykáním (hroznové víno, rajčata jablka díky slupce; suchá rýže, chléb pro svoji suchost). Oblasti výživy by se tedy měla věnovat zvýšená pozornost ze strany ošetřovatelů, aby nedošlo k nedostatku důležitých prvků a tím ke snížení imunitního systému.

„*K tomu, aby se člověk správně stravoval, je potřeba, aby jeho strava byla vyvážená. V celkovém složení stravy by mělo být 50 – 55 % sacharidů, 18 – 20 % bílkovin, 30-35 % tuků, minerální látky a vitamíny*“ (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 45).

Nezapomínáme na zařazení mléčných výrobků (sýry, jogurty, podmásli – pozor, mohou zahleňovat), v nichž je obsažen vápník významný v prevenci osteoporózy a tedy častých zlomenin, ryb a dostatek syrové zeleniny a ovoce do jídelníčku. Důležitý je draslík (játra, hovězí maso – ostatní zdroje draslíku nejsou pro dementní pacienty vhodné) a železo (vnitřnosti, hovězí a jehněčí maso, mořské plody, listová zelenina -

některé další zdroje železa nejsou pro demenční pacienty vhodné). V případě, že senior nekonzumuje luštěniny, které nadýmají, či další důležité zdroje výživy, nebo trpí nechutenstvím, či nemůže z jakéhokoli jiného důvodu přijímat stravu v potřebném složení, zařazujeme doplňky stravy.

Naopak je nutné omezit příjem soli (sodíku), která díky odumírání chuťových buněk je konzumována nadbytečně (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 84) a škodí kardiovaskulárnímu systému, což může vést k nadměrné únavě, dušnosti nebo i zánětům očí.

Strava by měla být lákavě vyhlížející i vonící, lehce stravitelná a polykatelná (suchou stravu zvlhčujeme – přílohy rozmačkáme a přidáme omáčku, pečivo zvláčňujeme).

Vzhledem k obtížím s polykáním v pokročilém věku (zúžení jícnu, nedostatečná funkce epiglottis⁷), nepřírozená poloha u osob připoutaných na lůžku) bychom se měli vyhnout veškeré suché a zrnkovité stravě, jako je rýže, suchý chléb, sušenky, čokoláda, atd. Hrozí zde riziko vdechnutí, uvíznutí v krku či nahromadění v jícnu či dýchacích cestách a následné záchvaty reflexního kašle, který je započat pro uvolnění dýchacích cest. Může dojít až k dušení. Vyřadit z jídelníčku bychom také měli lepkavé věci, jako nutellu či med v tuhém stavu.

Jídlo podáváme 5 - 6 x za den po malých dávkách (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 84). Doporučuje se zapíjení každého sousta z důvodu lepšího postupu v trávicím traktu při nedostatečné schopnosti polykání.

„Poruchy polykání jsou u demence časté, přicházejí zejména ve fázi pokročilé demence“ (HOLMEROVÁ aj., 2007, s. 113).

Mějme na paměti, že: *„Demence je vysoce energeticky náročná choroba. I při zvýšeném příjmu potravin nemocní při rozvinuté nemoci hubnou a kachektizují. Je třeba zvýšit počet jídel. Nemocní snědí i velké porce, někdy až neuvěřitelné množství jídla. Mnozí mají velkou chuť na sladkosti“ (tamtéž).*

⁷ Hrtanová záklopka.

Osoba upoutaná na lůžko by měla mít horní část těla co nejvýše, tedy v lůžku skoro sedět. Možné je také podávání tuhé stravy při poloze pacienta na boku, s lehce zdviženou hlavou. Tato poloha minimalizuje kašláni, dušení.

Zásadní roli průběhu postižení nese hydratace, která ovlivňuje funkci všech orgánů a především mozku. „Šedesát procent hmotnosti člověka představuje voda. Již z tohoto faktu vyplývá, že dostatek vody je pro člověka nesmírně důležitý. V důsledku nedostatku vody vzniká mnoho zdravotních potíží.....podrážděnost, zmatenost, dezorientovanost“ (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 45).

Neberme zřetel na to, zdali má či nemá postižený žízeň (u starších či demenčních lidí dochází ke snížení pocitu žízně). Je naší povinností jim zajistit dostatečné množství tekutin a to – 1,5 až 2,5 litru za den v závislosti na případném dalším onemocnění i méně.

Pozor je třeba dávat na příznaky dehydratace – snížený kožní turgor⁸ (MLÝNKOVÁ, 2010, s. 134), rozpraskané rty, zvýšenou apatii, spavost, dezorientaci.

Tekutiny podáváme, opět alespoň v polosedu, neslazený ovocný čaj (silný černý či zelený čaj odvodňuje), či vodu, občasně zařazujeme minerální vody, přírodní ovocné či zeleninové šťávy nebo nízkostupňové pivo. Tekutiny je nutné podávat po troškách a pravidelně.

V posledních fází demence/Alzheimerera může mít nemocný potíže s pitím z hrnečku.

Tekutiny můžeme podávat lžičkou, což je však velmi nepraktické, protože jen stěží jsme schopni tímto způsobem zajistit potřebné množství tekutin.

Zkusit můžeme pití brčkem, dětský hrneček nebo kojeneckou láhev. Sací reflex se většinou obnoví ihned, někteří postižení potřebují delší čas. Můžeme zkoušet přibližně týden. Pokud se po týdnu sací reflex neobnoví, pravděpodobně se to pacient už nenaučí.

Dobrá pomůcka je také podávání tekutin střední injekční stříkačkou (bez jehly). Injekční stříkačku vkládáme do otevřených úst či do koutku rtů, pokud pacient odmítá ústa otevřít. Zobáček injekční stříkačky musí směřovat ke spodní části čelisti. Tekutinu vstříkujeme opatrně, po troškách.

⁸ napětí

Jako doplněk pitného režimu je možné u ošetřujícího lékaře zajistit infúze s fyziologickým roztokem, do kterého lze přidat vitamíny.

Nejsou vhodné příliš teplé ani studené tekutiny či potrava. Při podávání potravy či pití u osob s polykacími nesnáze by se měly omezit veškeré další podněty tak, aby se postižená osoba nerozptylovala, a mohla se plně soustředit na přijímání potravy a tekutin (REGNAULT, 2011, s. 59). Příhodné je řídit se původními stravovacími zvyklostmi pacienta.

Snažíme se předcházet záchvatům kašle a dušení při jídle podáváním přiměřené stravy a zabezpečením vhodné polohy při krmení. I přes všechna opatření k záchvatu dojít může, zachováme ale klid, k diagnóze a stavu pacienta to patří. Nemocnou osobu musíme dostat co nejvíce do sedu (například zvednutím polohovacího lůžka) a lehce klepat na záda v hrudní oblasti. Pokud sed není možný, alespoň mírně osobu nazdvihnout a poklepat na hrudník v oblasti spodních žeber. Pro zklidnění můžeme také postiženého instruovat k prodýchání, pokud je ještě schopen činnosti po nás opakovat. Měl by sousto pořádně zapít.

V situacích, kdy je postižený depresivní či špatně vnímá, dá krmení i podávání pití značnou práci, protože osoba nespolupracuje. To však nesmí ošetřujícím zabránit v zajištění vhodné výživy.

Při podávání jídla i tekutin důsledně dbáme hygieny. Pokud z nějakého důvodu krmíme v rukavicích, rozhodně by to neměly být ty stejné rukavice, se kterými jsme nemocného přebalovali či omývali.

3.2 Prevence a ošetření dekubitů

Jakmile je nemocný upoutaný na lůžku, je nutné pořídit antidekubitní matraci a osobu pravidelně polohovat. U některého nemocného stačí 2 x denně, u osob, které se již samy na lůžku vůbec nehýbou či nevnímají, hrozí proleženiny bezprostředně. „Změny poloh se musí v pravidelných intervalech (2-3 hodin) měnit ... záda, pravý bok, záda, levý bok...“ (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 164). Způsob polohování viz příloha.

Dekubit může vzniknout kdekoliv, nejčastěji se však tvoří na nejvíce zatěžovaných místech tam, kde je kost nejbližší podkoží s absencí většího množství podkožního tuku. Je to například křížová kost, hýždě, lokty, ramena, vnitřní strana kolen, paty, kotníky či části obličeje v závislosti na poloze člověka.

Veliké riziko vzniku dekubitů představuje tření kůže o podložku při manipulaci s klientem, například při vytahování osoby výše na lůžko. Pacient se vlivem gravitace sesouvá ke spodní části lůžka a tím dochází ke kombinaci tlaku a tření (MLÝNKOVÁ, 2010, s. 137 - 140).

Pravidelně sledujeme stav kůže. Pokud je zarudlá, je třeba zpozornět. Polohování, podkládání antidekubitními pomůckami, častější omývání, mazání speciálními přípravky. Nutné je kůži udržovat v suchu. Je třeba dbát na to, aby prostěradlo, podložka nebo oděv nemocného nebyly shrnuté. V posteli by neměly zůstat drobky nebo předměty (zapomenutý krém, tužka apod.), o které by se mohla ležící osoba poranit (MLÝNKOVÁ, 2010, s. 149 - 153).

Proleženinám dále můžeme předcházet správnou výživou. Podvýživa vede k proleženinám 3x rychleji než u osob zdravých s optimální hmotností. Nedostatek potřebných látek nezbytných pro regeneraci, imunitu a zachování svalové hmoty (bílkovina, vitamin C, zinek) vznik dekubitů urychluje (MLÝNKOVÁ, 2010, s. 139).

Na zvýšený vznik dekubitů mohou mít také vliv některé nemoci či úrazy, které také komplikují hojení. Také některé léky mohou zhoršovat hojící proces při léčbě dekubitů. O případných možnostech tohoto druhu komplikací se informujeme u ošetřujícího lékaře postiženého. Dekubity představují vážnou zdravotní komplikaci, protože rány se u starších osob déle a hůře hojí vzhledem ke snížené pevnosti, zhoršené elasticitě a schopnosti regenerace kůže. Je tedy nutné dekubitům předcházet správnou, nepřetržitou a vytrvalou péčí (MLÝNKOVÁ, tamtéž).

Pro usnadnění péče a předcházení tvorby dekubitů existují různé pomůcky i speciální kosmetika.

3.3 Starost o finanční zajištění péče

Pokud je dle přečtených informací podezření, že osoba trpí některým stupněm demence, je třeba nejdříve navštívit odborníka. Projevy demence i Alzheimerova typu se dají zpomalit včasným tréninkem paměti v počátečních fázích demence, ale také pomocí medikace.

Je třeba mít na vědomí, že i přes vhodnou medikaci se stav bude zhoršovat a bude vyžadovat celodenní péči. Pokud se neumístí do specializovaného ústavu a nemocná osoba zůstane doma, je nutné vyřídit následující:

V případě, že není osoba v důchodovém věku, měla by zažádat o uznání dočasné pracovní neschopnosti, následně pak invalidního důchodu (REGNAULT, 2011, s. 78).

Pokud se příznaky podchyty v čas a nemocný je o sobě ještě schopen rozhodovat, bylo by vhodné, aby osobu, ke které má absolutní důvěru, zplnomocnil k právním úkonům, k disponování s účtem (další platební karta pro pečovatele apod.). Pokud postižený nemá účet, bylo by dobré jej zřídit. Po celou dobu nemoci bude třeba platit byt a další běžné náklady postiženého. V pokročilém stadiu nemoci se lze k financím dostat pouze po *zbavení způsobilosti* (REGNAULT 2011, s. 28). Vyřízení zbavení svéprávnosti soudům trvá od 2 let výše, nemoc většinou postupuje rychleji. Po tu dobu by pečující osoba s největší pravděpodobností musela veškeré náklady hradit sama.

Je nutno počítat s tím, že 24 hodinová péče je velmi náročná. S největší pravděpodobností nebude moci pečující osoba časem pokračovat ve svém dosavadním zaměstnání. Jak se bude stav nemocného zhoršovat, bude ošetřující nutně potřebovat pomoc i ze strany pečovatelské služby, pokud není možné, aby ho v péči někdo pravidelně střídal, nebo i při jiných omezeních. Jeden člověk osobu neuzvedne, potřebuje pomoc s přebalováním, musí sám k lékaři, nakoupit či na úrad.

Odchod ze zaměstnání i pečovatelské služby jsou velmi finančně nákladné.

Pečující by měl zažádat o příspěvek na péči. Tento příspěvek dostává nemocná osoba (posílán je na její účet či doručován poštou a vydán proti podpisu, který v posledních fázích demence nebude možný, proto je nutné zmiňované zplnomocnění a přístup k účtu) a je určen k pokrytí všech nákladů spojených s nutnou péčí.

V současné době jsou 4 stupně příspěvků. Jejich výše se odvíjí od stupně závislosti nemocné osoby od 800 do 12 000 Kč za měsíc (MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2014). Žádost o příspěvek se podává na sociálním odboru.

Uvědomme si, že i při pobírání nejvyššího stupně již moc financí nezůstane - po uhrazení všech léků, hygienický potřeb (pleny, podložky, krémy, antidekubitní ošetření, apod.), služeb pečovatelské služby - na plat pečující osoby. Obětování se blízkému při 24 hodinové péči o něj znamená pro pečujícího absolutní omezení osobního života, sociálních kontaktů, koníčků a zásadní zhoršení finanční životní úrovně. Dlouhodobá péče je obrovskou psychickou i fyzickou zátěží.

3.4 Nutná opatření v případě smrti

Osoba v posledním stadiu nemoci dříve či později zemře. Blízcí ošetřující by měli být alespoň částečně připraveni po praktické stránce. Přestože je průběh nemoci zdlouhavý a únavný a je evidentní, že její život spěje ke konci, nelze se na tento okamžik adekvátně připravit psychicky.

Když mozek přestane zcela podporovat psychické procesy, odpojí i vnitřní orgány. V této situaci je přínosné mít alespoň praktické informace, jak se postarat o mrtvou osobu po formální stránce.

Pokud není jistota, zdali je osoba mrtvá, zdá se například, že stále mělce dýchá, je třeba zavolat pro jistotu rychlou záchrannou službu. Mrtvý člověk velmi rychle změní barvu, zežloutne, protože přestanou pracovat játra, na těle se objeví posmrtné skvrny, v důsledku odkysličení krve zmodrají prsty u nohou a rukou, tělo chladne. Pokud je to možné, je vhodné srovnat „*tělo zemřelého do vodorovné polohy s horními končetinami podél těla*“ (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 180). Krátce po smrti nastane rigor mortis a tělo již nepůjde narovnat. Na ústa je třeba použít obinadlo k jejich sevření a oči je třeba uzavřít tlakem na víčka. Je třeba odstranit šperky a vyjmout protézu.

Ohledání mrtvého zajišťuje ošetřující obvodní lékař, který vypíše úmrtní list (dlouhý proces). Na základě úmrtního listu mrtvého odveze předem sjednaná pohřební

služba, zesnulý/á se odhlásí z důchodového a zdravotního pojištění (stačí kopie úmrtního listu zaslaný e-mailem na příslušný úřad) a odvoz komunálního odpadu. Nesmí se zapomenout včas zrušit bankovní účet (v momentě, kdy na něj přijde výplata důchodu – bude chodit ještě dva měsíce, než ji budou schopni na MPSV zrušit), odhlásit pečovatelskou službu a vrátit zapůjčené pomůcky.

Není povinností pečujícího účastnit se pohřbu, pokud je vyčerpaný. Stačí pro jeho klidné svědomí to, co udělal pro zesnulého v době jeho života.

3.5 Nároky na péči z hlediska sociálního pracovníka

Sociální pracovník by si měl o nemocném zjistit co nejvíce informací týkajících se minulosti jako povolání, zálib, schopností, oblíbených jídel i míst, osobních vztahů, zážitků, tragických událostí, fotografií, ale i jeho životní postoje, silné a slabé stránky, úspěchy a neúspěchy, slabosti či každodenní návyky. Pokud již nelze potřebné informace získat od postiženého, zdroje hledá mezi příbuznými či blízkými přáteli.

Sociální pracovník potřebuje co nejvíce údajů o dané osobě. Ty potom využívá k pochopení postiženého, ke správnému porozumění jeho reakcí, stavů a chování. Jen tak může adekvátně reagovat na jeho potřeby vyplývající z jeho uplynulého života v kontextu nemoci, případně využít zbývající potenciál v kognitivní či fyzické oblasti. Díky těmto znalostem může pomoci blízkým pečujícím či pečovatelům pečovatelské služby v problematických situacích i při harmonizaci dne a vzájemných vztahů.

Pečovatel by měl být zralou osobou (MLÝNKOVÁ, 2010, s. 26) orientovanou na pomáhání druhým, která je schopna ovládat své reakce na situace vzniklé nestandardním chováním pacienta. Na paměti by měl mít především zájmy a potřeby nemocného a své zájmy by měl být schopen odsunout do pozadí.

Nezbytným předpokladem pro práci v pečovatelských službách je:

- sociální hledisko (empatie, schopnost navázání kontaktu, komunikace, ochota pomáhat),
- intelektové předpoklady (schopnost uspořádaných logicky navazujících úkonů při pečování, pohotová a přiměřená řešení náročných situací),
- fyzické hledisko (manuální zručnost, obratnost, fyzická zdatnost),
- schopnost ovládnutí (odolnost vůči stresu, přizpůsobivost, sebeovládání),
- estetické a hygienické hledisko (dbá o svůj i klientův zevnějšek, má smysl pro udržování pořádku a správných hygienických postupů při práci s klientem a péči o domácnost) (NAVRÁTIL, 2001).

„Flexibilita sociálního pracovníka znamená jeho schopnost tvořivě přizpůsobovat své tradiční postupy potřebám klientů. Ulpění na metodické čistotě může klienta dokonce ohrožovat. Sociální pracovník zde má být schopen vnímat svět očima klienta, nikoli jen pohledem své metody“ (NAVRÁTIL, 2001, s. 103).

4 KAZUISTIKA

Následující příběh se bude týkat rodinné přítelkyně, která se jmenuje Libuše (věk 89), nyní ve stavu třetího stupně demence. Moje maminka s rodiči vyrůstala v jejím domě a pravidelně ji, její matku a manžela navštěvovala v přízemí domu. Jsou zde tedy vytvořené silné dlouholeté vzájemné vazby, které pokračovaly i po mém narození až do současnosti. Velikou roli v tomto úzkém navázání vrahů hrál fakt, že Libuše byla vdaná, je bezdětná, tedy jí dlouhodobě jí suplujeme rodinu.

4.1 Libuše a historie jejího života

Libuše a její historie, jak ji známe, je důležitá pro současnou péči o ni. Zevrubně tyto údaje uvádím, abych na nich později mohla demonstrovat nesnáze, které se objevují v průběhu péče o ni, a plynou ze způsobu jejího života před demencí. Znalosti jejího života nám však také pomáhají zvládat těžkosti a udržovat ji v dobrém psychickém naladění, při životě.

4.1.1 Rodinná anamnéza

Libuše vyrůstala jako jedináček. Otec byl pekař, matka pracovala v rodinném podniku, později jako dělnice. Když bylo Libě jedenáct let, dostavěli dům, kde měli ve sníženém patře pekárnu, v přízemí pak obchod. V prvním patře žila s rodiči (bez sourozenců), druhé patro obýval vždy nějaký tovaryš. Ve stejném domě žije dodnes.

V průběhu II. světové války byl její otec z důvodu udání zatčen. Byl odsouzen za pomáhání židovským sousedům a odbojovou činnost a odvečen do vyhlazovacího tábora. Odtud se již nikdy nevrátil. Dobu, kdy byl ještě její otec naživu, vždy líčila jako harmonickou. Na tatínka byla velmi fixována.

Po ukončení II. Světové války matka pekárnu uzavřela a nastoupila jako dělnice do tzv. tabačky, aby mohla splácet úvěr za dům. Rodina se přestěhovala do přízemí,

místo původního obchodu (tyto prostory obývá dodnes). V horním patře bydleli podnájemníci (v pozdějším období i moji prarodiče s maminkou).

4.1.2 Osobní anamnéza

4.1.2.1 Prodělané choroby

Za života otce prodělala Libuše revmatickou horečku. Byla dva měsíce ochrnutá a odkázána na péči rodičů. Houževnatě se v průběhu nemoci učila, vrátila se do školy plně zotavena. Od té doby nebyla již nikdy nemocná.

4.1.2.2 Průběh života

Jako holčička měla zájem o zvířata, měla doma kočičku, na zahradě kavku. Jako premiantka vystudovala střední pedagogickou školu. Již tehdy byla věřící. Ve vesnickém kostele se seznámila s o 13 let starším katolickým knězem, se kterým otěhotněla. Z důvodu pokoutného potratu již nemohla mít v budoucnu děti. Zmíněný kněz byl oficiálně zbaven kněžství a oženil se s ní. Celý život trpěla hanbou a vinou, které čelila ze strany jeho rodiny a sousedů a pocítovala ji i léta poté, kdy ji na vsi už nikdo neznal. Toto téma bylo celý život tabu.

Manžel pracoval v bance. Hodně cestovali po celém světě. Liba byla pohledná štíhlá žena, tmavé oči, husté dlouhé černé vlasy. Značně dbala o svůj zevnějšek. Nosila atraktivní šaty i šperky, dlouhé nehty, vysoké podpatky až do pozdního věku.

4.1.2.3 Povolání, povahové rysy a způsob života v produktivním věku

Byla velmi důkladná, svědomitá a přísná, přitom milovaná učitelka na prvním stupni ZŠ. Protože byla věřící a pravidelně chodila do kostela, kádrově nevyhovovala. O to preciznější byly její výkony ve škole, jelikož musela čelit neustálým kontrolám a represím. Jen díky svým výjimečným učitelským schopnostem si zachovala pracovní místo v oboru a získala obdiv a respekt mnoha generací studentů a jejich rodičů.

Vždy mluvila velmi slušně, spisovně, perfektně ovládala pravopis, historii, logické myšlení, krásně zpívala, hrála na klavír, housle, pletla, šila i krásně malovala, výborně pekla. Byla všestranná.

Po úmrtí manžela žila v jednom bytě s matkou, která se starala o úklid bytu, vaření i praní, tak jako to ostatně dělala i před tím. Této oblasti Liba nikdy neholdovala. Po úmrtí její matky se o ni částečně starala moje mamka (teplé jídlo, socializace, nutné opravy v domě, úřední věci, atd.). Liba nás každý den navštěvovala. Každý týden pekla mazanec či vánočku, někdy upekla moučník.

Měla pravidelný režim. Ráno snědla krajíc vánočky a vypila hrnek čaje, potom celé dopoledne ve škole nic, až po návratu domů se najedla od nás připraveného jídla. Měla ráda rohlíky. Nikdy nejedla banány. Ve škole s dětmi na začátku každé hodiny zpívala, v tělocviku s nimi cvičila. Hodně chodila (pěšky ve vysokých podpatcích ze školy, kde učila, trasa činila 12 km). Jedla velmi skromně. Nedívala se na televizi (kromě televizních zpráv), hodně četla, včetně novin, pravidelně chodila do kostela, na hřbitov, učila se angličtinu a italštinu. Navštěvovala kulturní akce (koncerty, divadla, galerie). Vždy byla hodně zatvrzelá, rozmazlená a sobecká, muselo být vše nejlépe tak, jak sama chtěla a jak byla zvyklá. Na blízké se příliš neohlížela.

Tento způsob života provozovala až do doby, než se stala účastníkem dopravní nehody.

4.2 Havárie a její následky

V 79 letech, rok poté, co přestala učit z důvodu nedostatku volných pracovních míst, byla účastníkem autonehody. Při přecházení vozovky ji srazilo auto. Utrpěla frakturu pravé nohy, ruky, klíční kosti a frakturu lebky s následkem krvácení do mozku, důsledkem je slepota levého oka. Podstoupila náročnou operaci.

4.2.1 První fáze po nehodě

Po probrání z narkózy byla několik dnů zmatená, dezorientovaná, blouznila. Neorientovala se v čase ani prostoru, myslela si například, že celý den učila a chodila po venku, přejídala se, konzumovala ve velkém věci, které neměla ráda (např. banány, jogurty, šlehačkové dorty), nebyla nám schopna říct, kde má doma uložené důležité věci. Její mluva byla nesouvislá, překotná, bez reálného podkladu. Padala z nemocničního lůžka, utrpěla další fraktury.

Po několika týdnech léčby byla již orientovaná, schopna podepsat plnou moc. Bylo nutné platit poplatky za dům, zplnomocnit právníčku k vyřizování právních úkonů spojených s nehodou a následným vyšetřováním a plněním pojišťovny.

Návrat z nemocnice, z rehabilitačního oddělení, byl předčasný, nebyla schopna odhadnout situaci, chtěla domů. Již se ale orientovala, fyzicky však na tom byla špatně, nepohybovala se. Po náhlém převozu domů ji posadili v kuchyni, kde zůstala celý den bez možnosti se najíst či použít WC. My jsme se dozvěděly o jejím převozu až při návštěvách, kdy jsme ji v nemocnici nenašly. Doma jsme ji objevily ve zbědovaném stavu.

Matka a já jsme musely v co nejkratší době upravit prostor jejího bytu. Všechno, co by mohla potřebovat, umístit k lůžku. Protože jsme drobné ženy, žádná jsme s ní nedokázaly zásadněji manipulovat, musela co nejdříve začít chodit sama s pomocí holi, pokud chtěla zůstat doma. Odstranily jsme z cesty všechny překážky a předměty, o které by mohla zakopnout na cestě k toaletě, zajistily pevnou kotníkovou domácí obuv. K vaně bylo nutné obstarat sedátko s opěradlem (aby nepadala vzad) ve stejné výšce s okrajem vany. Zde jsme jí pomáhaly se svlékáním a oblékáním po sprchování, do vany jsme ji poměrně snadno přesunuly přehoupnutím nohou za okraj vany a přesunutím na sedátko (hradí VZP, může předepsat specialista) umístěné ve stejné výšce ve vaně. Koupily jsme dva zásobníky na léky (praktické pro přechod z jednoho týdne na druhý a pro orientaci), později i mikrovlnou troubu a rychlovarnou konvici (začala mít problémy s obsluhou sporáku – nezhasínala plyn, nechávala kolem hořáků hořlavé věci, vařila na plastu). Obsluhovat se je naučila během dvou měsíců, měla vedle napsaný manuál.

Pokud to bylo jen trochu možné, vždy jsme se snažily, aby vše dělala sama, s naší pomocí, jen pokud to bylo nezbytné. I díky tomu se její stav zlepšil a Liba začala dokonce chodit ven o jedné francouzské holi a částečně se byla o sebe schopna postarat, o všem si rozhodovala. Již dříve jsme jí pořídily pejska (aby nebyla doma sama), kterého ještě zvládala venčit. Do bytu jsme docházely 3x denně postarat se o věci, které nebyla schopna sama dělat a pro popovídání. Liba až na drobnosti působila normálně.

Stále trvala na svých rituálech, jako byla návštěva kostela či hřbitova. Tvrdě se přela o nošení vysokých podpatků (ač jí po operaci zůstala kratší noha, kterou měla skroucenou a kulhala).

4.2.2 Další operace: druhá fáze

Jednoho dne venku upadla a zlomila si nohu v krčku. Po operaci, zřejmě následkem další narkózy a předešlého úrazu mozku, se začal zhoršovat její stav. Trpěla inkontinencí moči, někdy následkem špatné motoriky nestihla dojít na toaletu ani na velkou stranu. Stolice byla pravidelně rozmazána po celém bytě a Liba jí obalena. Inkontinenční vložky zatvrzele odmítala nosit s tím, že žádnými problémy netrpí. Následkem bylo převlékání ložního prádla a výměna peřin několikrát za den. (V pozdějších stádiích si dokonce v naší nepřítomnosti sama na sobě žehlila noční košili. Proto je nutné odstranit veškeré nebezpečné předměty z dosahu postiženého). Když jsme ji po dobrém přemlouvaly či nutily, vzbuzovalo to v ní agresi, hrozila nám holí, odmítala spolupracovat, umývat se, jíst prášky. My samy jsme byly našťvané, protože jsme měly pocit, že nám schválně komplikuje situaci, ale nechápaly jsme proč. Pořídily jsme vedle postele gramofon, který nikdy nepoužila, a později sloužil jen k jejímu převozu do koupelny. Zakoupily jsme paměťovou matraci kvůli většímu pohodlí. Snažily jsme se ji převlékat do domácího oblečení a večer zpět do noční košile, abychom ji udržely v běžném denním rytmu, což později začala odmítat. Dívala se celý den na televizi, kterou před tím nikdy nesledovala.

V tomto období se s ní alespoň částečně dalo „domluvit“ tím, že se tvrdě nastavila pravidla. O tom, jestli se jdeme koupat nebo ne, jsem s ní nedebatovala, o jídle také ne.

Inkontinenční vložky začala nosit až tehdy, když jsem jí vysvětlila, co se následkem nehody stalo se svalstvem, s močovým měchýřem a svěračem, a že se neděje nic vážného, protože podobné problémy má spousta lidí, i mladších. Když přestaly vložky stačit, protože si už močení vůbec neuvědomovala, nastal další boj o používání natahovacích kalhotek, další převlékání postele několikrát denně. Když na to přistoupila, byla schopna si kalhotky natáhnout sama.

Jak jsem se již zmiňovala, na začátku jsme ani my zásadní kognitivní změny u Liby nezaznamenávaly, nebo jsme si spíše neuvědomovaly, co se vlastně děje, neznalé této problematiky. Markantní byla změna její osobnosti. Začala být depresivní, vzteklá.

Co se týče schopností a paměti, byly to jen jednotlivé úkony, které na počátku nezvládala. Příčina se dala vysvětlit jakkoliv. Byla velmi zatvrzelá a houževnatá. Problémů však postupně přibývalo a v této fázi již nebyla schopna obsluhovat ani rychlovarnou konvici (pila vodu přímo z ní - přestala používat hrnek – nebezpečí popálení úst) a mikrovlnou troubu (jídlo lila volně dovnitř).

Na začátku druhé fáze také přestala brát prášky, pokud jsme jí je nepodaly samy. Nyní to již chápu tak, že prášky nikdy před tím nebrala, proto si s nimi nevěděla rady a házela je do odpadu. Pokud si upamatovala co s nimi, nebo si to přečetla na cedulce, stalo se dokonce, že si vzala dvojitou dávku, protože si nevzpomněla, že už je jednou brala. Později jsme jí je už musely podávat my.

Musely jsme schovat peníze, protože je rozdávala cizím lidem z okna, nebo si je pustila do domu. Odstranily jsme klíč od terasy, ze které by mohla spadnout. Nebyla schopna pouštět psa na zahrádku, kvůli venčení, ani ho adekvátně krmit. Přecpávala ho vším možným. Pes musel z domu, což těžce nesla. Zpětně nám bylo jasné, že jsme neměly respektovat její přání a psa z domu odvést mnohem dříve. Je nutné si uvědomit, že za některé věci je nezbytné převzít odpovědnost s ohledem na stav nemocného.

Do domácnosti musely začít docházet pečovatelky, aby jí pomáhaly s navlékáním inkontinenčních kalhotek, došly s ní do koupelny na WC (dokud to šlo, stále jsme jí dávaly možnost použít WC a uchovat si tak běžné návyky) a umyly ji. Od nás začala pomoc odmítat, cizím se neodvážila vzpouzet.

Občas na ni zafungovalo, když se jí připomnělo, že by se nějaké její chování nelíbilo její mamince, když sprostě nadávala (ve zdraví by neřekla sprosté slovo), dalo se pohrozit kostelem.

Bohužel jsme úplně stav Liby nechápaly a neodhadly, očekávaly jsme zlepšení. Nebylo jednoduché si připustit a pochopit, že z inteligentního člověka se stává bytost, která nechápe základní věci. Bylo těžké přijmout její ztrátu. Byla to ztráta její osobnosti, blízkého partnera, který toho tolik uměl a věděl, se kterým jste si mohli popovídat o běžných věcech nebo se poradit. V této fázi nám k porozumění chyběly důležité informace, které máme dnes. Vše jsme musely dělat intuitivně, způsobem pokus a omyl. Nebyl nikdo, kdo by nás podpořil, její stav vysvětlil, abychom se mu mohly adekvátně přizpůsobit. Taková pomoc z venku zde bohužel nefunguje, ač by to všem zásadně ulehčilo situaci.

4.2.3 Ulehnutí a smrt – třetí fáze

Když jsem se chystala začít psát tuto kapitolu, Liba nám prvního dubnového dne umřela. Proto budou následující řádky psány již v minulém čase.

Postupně Liba přestala chodit. Do koupelny a na záchod jsme ji musely přemísťovat na vozíku. Při stálých samostatných pokusech se zvednout padala z postele, její obsluha na klasickém lůžku byla komplikovaná. Stav místnosti, ze které se zatvrzele nechtěla stěhovat, se zhoršoval, protože za provozu nešla příliš upravovat (vymalování, uzpůsobení nábytku, apod.).

Vše co potřebovala – pití, jídlo, ovladač TV, telefon, knihy měla na konferenčním stole vedle postele jako doposud, nicméně stůl již více sloužil jako obslužný odkládací pult pro ošetřující osoby a jako zábrana pro případ pádu, či pád brzdil. Při manipulaci s Libou se musel odsouvat a zase důsledně vracet zpět. Což dělalo problém některým pečovatelkám, tedy jsme se pádům nevyhnuly. Často se volal lékař či záchranná služba. Mnohdy jsme ji našli na zemi prochlazenou, ležící v krvi (rozražená hlava, zlomený nos). Z toho je patrné, jak je důležité dodržovat drobnosti, zvyky a uzpůsobení

domácnosti nemocného, abychom ho neohrožovali na životě. Nezbytné je vcítění a schopnost předvídat a postarat se.

Liba měla stavy, kdy nespolupracovala. Když bylo potřeba, aby si sedla k jídlu, nebo jsme po ní vyžadovaly jakoukoliv další aktivitu, zůstala nehybně ležet a jen nám s úsměvem říkala na všechno „ano“ či „ne“. V takovýchto momentech by alespoň bylo dobré vyzkoušet otevřené otázky a vysvětlování, ale - zdali by to v tomto případě pomohlo - nedokážu zpětně posoudit. Bylo těžké nenechat se vyvést z klidu.

Do domu jsme několikrát denně docházely, to však nestačilo pro správný celodenní pitný režim, proto měly pečovatelky podávat také pití. Liba se v té době velmi zhoršila, přestala úplně spolupracovat, mluvit a jen spala, nic nechtěla, byla apatická. Postupně vyšlo najevo, že připravený uvařený čaj vylily, takže nebylo patrné, zda ho Liba vypila, a pití podávané námi, nestačilo. Byla silně dehydratovaná. Když jsme pitný režim začaly důsledně hlídat, rapidně se zlepšila. Přestala být spavá a začala opět komunikovat a v rámci svých možností spolupracovat.

Podařilo se nám dokončit rekonstrukci prvního patra domu, kam jsme se přestěhovaly, abychom byly nepřetržitě k dispozici. Koupily jsme dětskou videochůvičku pro neustálou kontrolu.

Časem se Liba nebyla schopna ani posadit, převoz do koupelny nebyl možný, stále hrozily pády. I přes její stále trávající odpor se stěhovat do jiné místnosti, jsme obstaraly polohovací postel (odstranitelné postranice, lze polohovat část pod nohama i trupem, lze tedy zvednout do polosedu při podávání jídla či při sledování TV, dění venku; pronajato) se speciální nafukovací antidekubitní matrací a nechaly ji smontovat v prostorné prosvětlené kuchyni s velkým oknem a dveřmi na balkon. Vše bylo prakticky po ruce, od vody až po lednici, v bezprostřední blízkosti koupelny. Přemístění do prostornější, slunnější místnosti, kterou jsme mohly předem dobře uzpůsobit jejím potřebám, mělo na Libu blahodárné účinky a i péče o ni se tím zjednodušila. Byl to zásadní předěl v její péči, ale i životě. Nám to usnadnilo péči o ni, a nemocniční postel, ze které již nemohla vstát, nám asi pomohla pochopit, že je v tak vážném stavu, že se již nebude zlepšovat a přestaly jsme na ni tlačit.

Při přebalování, cvičení či krmení bylo možné postel uvést do správné výšky i polohy. Bylo nutné zabezpečit postranice postele polštáři či molitany, aby se o ně neuhodila, nebo nevsunula končetiny do meziprostoru postranic a neporanila si kůži nebo nezpůsobila zlomeninu. Opět bylo nezbytné a problematické, aby si určité zvyklosti některé pečovatelky zapamatovaly. Někdy došlo ke stržení tenké kůže až na kost, jindy polštáře umístily tak, že ji málem udusily.

Umývání probíhalo na lůžku otíráním. Liba do poslední chvíle dokázala sama libovolně dlouho držet zvednutou hlavu. Pokud toho pacient není schopen, je možné ho pod zády podložit, aby hlava zůstala ve vzduchu a podsunout lavor k umytí vlasů. Lze také u pečovatelské služby objednat koupání v nafukovací vaně, která se umístí do postele pod pacienta a nafoukne se. Poté se napustí vodou. Je to však velmi fyzicky i časově náročné, je potřeba dvou i více lidí a všude je spousta vody.

Nezapomínáme na vytírání uší hadříkem a čištění zubů, pokud jsou vlastní i v případě protézy. Zvýšenou pozornost věnujeme zvláčňování kůže na celém těle a péči o nohy. Nehty na rukou by neměly být moc dlouhé, aby se osoba neporanila.

U takto dlouhodobě ležícího člověka je nutná prevence dekubitů, které se tvoří velmi snadno. Léčení většinou trvá i několik měsíců. U Liby k nim v domácí péči často nedocházelo (při nutné hospitalizaci hned druhý den), a pokud se dekubitus vyskytl /první stupeň/, zhojil se během týdne. Pečovatelky měly z počátku tendenci si práci ulehčit a po přebalování ji pouze „umýt“ krémem Menalind a natřít krémem proti opruzení. Osvědčilo se pokožku omývat vodou a potom natřít, když už došlo k dekubitu pod plenu, nechat ji na boku rozbalenou a větrat pokožku. Některé byly pravidelně překvapené, když začala Liba při přebalování močit. Neměli pod ní ani ochranou podložku, ani čistou plenu. Tedy se musela převlékat celá postel, což je velmi náročný proces, vzhledem k tomu, že ležící na ní musí zůstat. Nemělo by se stávat, že ošetřující osoba nezná stav nemocného a je pravidelně nepřipravena a zaskočena jejím stavem nebo mu dokonce nerozumí.

Vedle pečovatelek k ní pravidelně docházely i zdravotní sestry, které případně převazovaly rány, Libu vždy celou prohlédly, rehabilitovaly s ní. Pokud v poslední fázi člověk jen spí a nereaguje, neznamená to, že s ním nemůžeme cvičit. Můžeme

protahovat končetiny i ve spánku. Je nutné zachovat alespoň částečnou hybnost a protahovat končetiny do přirozeného tvaru. Šlachy jinak mají tendenci se zkracovat a končetiny deformovat. Zdravotní sestry byly velkou pomocí a zdrojem důležitých informací.

Liba byla velmi často zahleněná a sípala. Nejdříve jsme se snažily tuto skutečnost společně s ošetřující lékařkou odstranit prášky, protože se zdálo, že je buď nachlazená, nebo zavodněná v důsledku oslabeného srdíčka. Při jídle Liba vždy celá zrudla a nemohla popadnout dech, začala se dusit. To byl důvod, proč k ní odmítaly některé pečovatelky chodit, když bylo nutné ji nakrmit. Bály se. Nakonec jsme se od plicní lékařky dozvěděly, že v důsledku demence má oslaben polykací reflex a zúžený jícn a proto suché či drobné kusy jídla (viz nedoporučené potraviny) jí zůstávají v dýchacích cestách, následně dráždí ke kašli a vzniká hlen, který má kousky potravy odstranit z dýchacích cest. Bylo nutné upravit stravu tak, aby mohla jíst do poslední chvíle to, co jí chutnalo, a bylo výživově vhodné a přitom se dobře polykalo. K snídani různé kaše /špaldová, vločková, krupičná) s ovocem či rozpuštěnou čokoládou, rozmačkanou bábovkou (vyrůstala v pekárně), kterou měla ráda, ale už nemohla samotnou polykat. Na svačiny hodně ovoce a jogurt. Vláčny chléb dobře namazaný cottage sýrem, proložený velikou vrstvou sýra, nakrájený na kousíčky a kousky zabaleny do šunky. K obědu těstoviny se zeleninou, masem, omáčky, sekanou, bramborová kaše, rizoto, masové kuličky, kuře s nádivkou, paprikový lusk, dušené hovězí a vepřové, houby atd. Polévky jsme nepodávaly, dusila se. Zajímavé bylo, že řízky se suchou, na polykání ostrou strouhankou, které měla ráda, ji nedusily do poslední chvíle. Pokrmy maminka připravovala výrazné. Liba se do poslední chvíle na jídlo těšila.

Správnou stravou se dá pomoci správné peristaltice střev, která je při demenci a ztrátě pohybu snížena a může častěji docházet k zácpám. Pokud nepomůže úprava stravy, můžeme používat projímadlo, abychom zajistili pravidelné vyprazdňování. Z tohoto důvodu je nutné každou stolici zaznamenávat, aby nedošlo k bolestivé zácpě, kdy projímadlo již nepomůže a je nutný převoz do nemocnice a ruční vybavování stolice ze střev.

Liba byla schopna si některé věci, které pořád s mamkou opakovaly, zapamatovat. Rituál večer bylo popřání dobré noci a Liba říkala: „Uvidíme se ráno u snídaně“. Zapamatovala si, že jsem se v průběhu její nemoci přestěhovala do Prahy a do poslední chvíle věděla, že jsem za ní přijela na návštěvu z Prahy. Někdy byla zcela neorientovaná a nevnímala, jindy, když jsem ji představovala partnera (asi půl roku před smrtí), chválila jeho jméno s tím, že je pěkné staročeské a divila se příjmení, kterému špatně rozuměla.

V tom stejném časovém období měla záchvaty zmatenosti breptavosti, „slovní salát“. Byla schopna stále dokola po celý den opakovat kočka Micka (kočička z dětského věku) či naši muzikanti, nemohla ani jíst a pít, protože ji nešlo v mluvě zastavit, až večer usnula vyčerpáním.

Zdalo se, že nemůže přestat mluvit, že se ani neslyší, protože když jsme po ní začaly dokola slova opakovat, rozčílila se, že se to nedá poslouchat, ať zmlkne. Někdy při rozrušení chtěla něco rychle říct, ale překotně ze sebe drmolila jenom zvuky.

Často se dívala do rohu stropu a mluvila s různými lidmi. Někdy to byl tovaryš z jejich pekárny, jindy doktor B., který držel holčičku? Komunikovala také se svojí maminkou, mluvila, velmi spisovně, na schůzích ve škole nebo s panem řídícím.

Když jsem se jí ptala na manžela Františka, odkývala mi, že pracoval v bance, na práci v kostele zarytě mlčela.

Paměť s maminkou trénovaly každý den. Maminka jí pravidelně četla oblíbené dětské příběhy. Při Kájovi Maříkovi se Liba hodně smála. Říkaly si říkanky, které Liba doplňovala, a zpívaly. Vzpomněla si dokonce na sloky, které jsme neznaly. U zpívání přirozeně trénovala i dýchání. Z přírody jsme jí nosily kůru stromů, různé plody a větvičky. Ty i různé plyšové hračky jsme jí vkládaly do rukou. Podněcovalo to její zájem a zároveň trénovala ruce, které za běžných okolností nešly rozevřít. Pažemi nehýbala, pokud se však pustila hudba a ruce se chytly k tanci, uvolnily se a hybnost byla volná.

Měla ráda kytičky a žlutou barvu. Pravidelně jsme jí dávaly přivonět květy (i oblíbené potraviny z dřívější doby) a stavěly jsme žlutě rozkvetlé kytky do jejího zorného pole. Na okno před ní jsme upevnily budku s krmením pro ptáčky, aby je

mohla pozorovat. Koukala také na televizi a někdy komentovala, co se v ní děje. Pouštěly jsme jí chrámovou hudbu.

Pro zlepšení dýchání a duševní harmonizaci jsme zapalovaly aroma lampu s olejíčky. Velmi ji uklidňoval a upokojoval jemný kontakt. Hlazení, masáž a škrabání zad nebo hlavy. Měla ráda svoje plyšové hračky kolem sebe v posteli. Dobře také posloužily k podkládání rukou při nebezpečí proleženin. Přirozeně je objala a nedotýkala se podložky. Když k ní pečovatelka přivedla pejska a vyzdvihla do postele, byla velmi šťastná a euforická.

Když člověk vstupoval do místnosti, bylo dobré na ni rovnou mluvit (uklidňoval ji tichý a přívětivý, klidný hlas) a hned přijít do jejího zorného pole, tam setrvat i vše připravovat. Pokud se člověk otočil zády, či na ni mluvil a neviděla ho, velmi ji to rozrušovalo. Když byl kdokoliv nemocný a šel ji ošetřovat, bylo nutné, aby si vzal roušku a nenakazil ji. To ji však děsilo, když osobě neviděla na ústa. Dokonce ji rozrušila maminky nově nasazená rovnátka. Lekala se nečekaných hlasitých zvuků, hovorů a velmi špatně snášela, když byl před ní někdo našťvaný nebo něco rozčileně vykládal, přestože se to jí netýkalo. To ji velmi stresovalo.

Občas se stávalo, zřejmě i v souvislosti s počasím a tlakem, že přestala vnímat. Vypadalo to, jako by jí vždy na období několika dnů odpojil mozek od našeho světa a to jen spala. V této době bylo vždy velmi problematické podávání jídla a pití. Většinou jsme ji krmily v polospánku. Tekutiny jsme podávaly injekční stříkačkou, jak jsem již zmínila dříve, a doplňovaly pomocí kapačky několikrát za týden. Sousedka učitelka Libu naučila otevřít pusku na: „Aaaa“ (jako ve škole). Pusu také otevřela na čokoládu, nebo když jsme jí ke rtům přiložily mandarinku, kterou měla moc ráda. Toho se dalo rychle využít ke krmení či pití.

Pro základní péči pro ni bylo nutné navázat blízký bezpečný vztah s ošetřující osobou. Pokud k Libě přišel někdo, koho se bála, odmítala otevřít oči, přijímat potravu, zařala rty a nešlo jí ani podat čaj. Dovedu si představit tu úzkost, když jí přišla krmit cizí osoba, která vypadala jako chlap, byla zamračená a hrubá, při přebalování jí převracela jako žok a celou půlhodinu na ni ani jednou nepromluvila. Není potom divu, že nespolupracovala.

Výhodou bylo, pokud se u Liby mohlo střídat maximálně pět pečovatelek, které dobře znala, a ony znaly ji a už věděly, jak na ni. Uměly ji rozveselit a přimět k činnostem, které od ní potřebovaly. Potom vše probíhalo bez problémů.

S novým vedením pečovatelské služby se tento systém změnil. Střídalo se v péči asi 15 osob, mnohé z nich se k ní dostaly jednou za měsíc, vůbec si nevěděly rady s Libou, s domácností. Byla to katastrofa, Liba tím velice trpěla. Dostávala se do stresu, okamžitě se zhoršila její nálada, dýchání i výskyt proleženin. Je třeba takovýmto situacím předcházet.

Poslední měsíce, zhruba od Vánoc byla Liba čím dál smutnější. Ještě se na mamku občas usmála, ale už to moc nešlo. Snažila se odpovídat, ale už nebyla schopna formulovat slova, evidentně jí to trápilo. Asi měsíc před smrtí mě ještě poznala, ale už se jen z vypětí sil probírala ze spánku a zase rychle usnula. Dobře jedla, pila, vůbec se nedusila a klidně volně dýchala. Téměř stále spala. Poslední týden se objevil obrovský dekubit v gluteální oblasti, který se přes veškerou péči a ošetřování zhoršoval. Na mamku jen zoufale koukala a nemohla komunikovat. Občasný úsměv byl prakticky neznatelný. Při hlazení, které ji vždy uklidňovalo, uhýbala a byla neklidná. Ráno se dobře najedla, při umývání byla velmi tichá a klidná. V poledne zemřela v poloze na boku po devíti letech života s demencí.

ZÁVĚR

Tato teoreticko-empirická práce se zabývá základním vymezením, problémy, průběhem a důsledky choroby zvané demence. Vzala si za cíl sloužit sociálním pracovníkům k rychlému zorientování v situaci, kdy se jim do péče dostane takto postižená osoba a v konečném důsledku celá rodina nemocného.

Závažnost choroby přináší specifické obtíže a tedy i potřeby, které osoby postižené nemocí i jejich blízcí mají. Rozhodně se nejedná o běžnou péči o starého či nemohoucího člověka. Je nutné se s problematikou nemoci co nejdůtálněji seznámit, aby mohla být péče podpůrná a prospěšná postiženému i rodině. V případě nepochopení závažnosti situace a nekompetentnosti pečujících, může dojít k závažným fyzickým i psychickým traumatům všech zúčastněných, nevyjímaje osob, které jsou zdrojem těchto obtíží.

Autorka této práce z vlastní zkušenosti ví, jak důležité a významné jsou předchozí informace o anamnéze, diagnóze a stupni pokročilosti choroby, na základě čehož si lze otevřít možnosti podrobnějších znalostí o povaze a životním příběhu postižené osoby, což umožní adekvátní přístup při jejím ošetřování.

Neměly by také chybět základní informace o nároku na podpůrnou péči či kompenzační pomůcky a jejich dostupnost.

Není prakticky v silách jedné osoby, aby se o takto nemocného postarala, a to pro fyzickou i psychickou náročnost takové péče. Životně důležitá je maximální informovanost a spolupráce všech zapojených - rodiny i externě pečujícího personálu pečovatelské služby či zdravotního personálu.

Mělo by být nepřijatelné, aby pečovatelé byli nezkušení, s problematikou neseznámení, necitliví, nespolupracující či nesamostatní. V případě nepochopení závažnosti zdravotního stavu nemocného nevyhnutelně dochází k závažné traumatizaci postižené osoby i dalších členů domácnosti. Při nedodržení základních principů péče o ležící osobu v posledním stádiu demence pak může velmi snadno dojít i k ublížení na zdraví, ke smrti.

Práce upozorňuje na to, že je velice důležité neopomíjet detaily, které mohou způsobit značné utrpení pro takto postiženou osobu: stačí jen shrnuté ložní prádlo nebo špatná poloha ležící osoby, což vede k tvorbě dekubitů. Zranění může nastat nárazem o postranice postele, omylem zastlanými tužkami či kelímky a jinými předměty.

Neméně důležitý je správný postup při omývání a následného ošetření kůže po přebalení.

Péče o podávání, skladbu a dávkování potravy je nezbytný. Nemocný je ohrožen dehydratací a podvýživou, pokud ošetřující osoba spěchá, nebo neví, jak přimět nemocného ke spolupráci, či nevhodně reaguje na odmítavé chování postiženého. Takový přístup svědčí o nekompetentnosti ošetřující osoby.

Neméně závažný je nevhodný přístup k nemocnému po stránce komunikační. Dementní osoba je plně odkázaná na pečující, což je samo o sobě dosti stresující faktor. V rozvinutém stadiu demence není pacient schopen vnímat obsah slov, přesto je pro něj komunikace důležitá. Významně citlivý je na tón hlasu, náladu i výraz obličeje ošetřujícího. V případě nevlídnosti ošetřujícího se ošetřovaná osoba dostává do stresu, který může mít za následek odmítání příjmu potravy, pití a celkový záporný postoj ke spolupráci při základních nezbytných úkonech.

Nevhodné je také větší střídání ošetřujících osob. Dementnímu pacientovi dá dost námahy, aby se naučil poznávat, kdo stojí u jeho lůžka, a neznámá osoba u něj vyvolává strach a nedůvěru.

Při časté frekvenci různých pečovatelů je nemocný stresovaný a nevyhnutelně dochází k závažným komplikacím. V případě, že organizace poskytující doplňkovou péči tuto skutečnost nechápe, nelze hovořit o podpoře a pomoci. Mnohdy však, mimo Prahu, není příliš možností výběru, a celá situace se stává vyčerpávající a komplikovaná ještě více. Jde o permanentní péči o dementní osobu a neustálé „boje“ o základní věci s organizací.

LITERATURA

1. BUIJSSEN, Huub. *Demence*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.
2. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. Praha: Portál, 2000, s. 101, 261. ISBN 80-7178-303-X.
3. HOLMEROVÁ, Iva a JAROLÍMOVÁ, Eva a SUCHÁ, Jitka. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Edice Vážka, 2007. ISBN 978-254-0177-4.
4. GLENNER, Joy A. aj. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.
5. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
6. KOUKOLÍK, František a JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN: 80-7169-615-3.
7. MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-7184-867-0.
8. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 46, 226. ISBN 80-7178-549-0.
9. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
10. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
11. NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
12. PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky*. Čtvrtý díl. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974.
13. REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.
14. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
15. VOKURKA, Martin a HUGO, Jan aj. *Velký lékařský slovník*. Vyd.8. Praha: Maxdorf, 2008, s. 203, 458. Edice Jessenius. ISBN 978-80-7345-166-0.
16. VURM, Vladimír. aj. *Vybrané kapitoly z veřejného zdravotnictví a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.

17. WHO. *Expert Series on Biological Psychiatry*. Vol. 5. Seattle – Toronto – Bern – Göttingen: Hogrefe a. Huber, 1993.
18. ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Bakalářská práce

HOREHLEĎ, Petr. *Edukativní dimenze gerontopedagogiky*. Bakalářská práce. Brno, 2006. Masarykova Univerzita. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Ved. práce: PhDr. Pavel Mühlbacher, Ph.D.

MINAŘÍKOVÁ, Vladimíra. *Péče o dospělého člověka s demencí*. Bakalářská práce. Praha, 2014. UJAK, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Brožová.

PELCOVÁ, Alena. *Senior a prevence okolo rektálních karcinomů*. Bakalářská práce. Brno, 2013. Masarykova Univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství. Ved. práce: PhDr. Michaela Schnordrová.

Internetové zdroje

Alzheimerova choroba. In: *Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. St. Petersburg [Florida]: Wikipedia Foundation, 2001 – Posl. revize 4. 6. 2012 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Alzheimerova_choroba

Demence. In: *Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. St. Petersburg [Florida]: Wikipedia Foundation, 2001 – Posl. revize 14. 6. 2012 [cit. 2014-06-26]. Česká verze. Dostupné z:

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Demence>

Demence. Wikislovník. Souputník svobodné encyklopedie Wikipedie [online]. c2004. Posl. revize 3. 9. 2013 [2014-06-28]. Dostupné z:

<http://cs.wiktionary.org/wiki/demence#.C4.8De.C5.A1tina>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Příspěvek na péči. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online] c2014 [cit. 26-06-2014]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek> 2014.

PŘÍLOHA I.

V této části je autenticky zachycen život Libuše v posledním roce a půl, tak jak jej pozorovala moje mamka, která o ni v té době soustavně pečovala. Jsou zde vidět propady a zlepšení jejího psychického i fyzického stavu.

Období od 1. do 23.12.2012

Výborné. Liba komunikuje, je veselá, smějeme se a povídáme si vše v rámci jejích možností. Vymýšlí různé nové věci i si nové věci, které stále opakujeme, pamatuje. Chystáme se na svátky, čteme a zpíváme koledy. Vzpomíná na učitelku Zachovou (kolegyně) a říká její křestní jméno.

23.12. Večer upadla do svého dlouhého spánku, kdy sice přijímá potravu, ale nekomunikuje. Občas při jídle procitne, usměje se a zase spí.

Období od 24.12.2012 až 5.1.2013

Má tři dny, kdy je vzhůru, je euforická, stále dokola opakuje slova: „Kočka Micka“ a breptá stále něco o kočkách. Po pár dnech stejná situace, jen celý den opakuje: „Ta naše kapela“. Trvá to tři dny. Obličej má vzrušený, červený a strhaný. Hůře dýchá. Znovu nasazuji Erdoment (na odkašlání) po pětidenní pauze. Do aromalampy a na topení stále dávám Litseu Cubebu. Je proti depresím a krásně voní. Benzoe nechávám denně pouze 3x a na ¼ hodiny. Benzoe – pryskyřice z různých druhů stromů rodu *Styrax*. Rozpouští se v malém množství tuku a dává do aromalampy. Rozpouští hleny a dezinfikuje.

5.1. špatně dýchá, jí i pije. Stále spí a má zvláštní výraz v obličejí. Když se probere, asi na tři minuty, usměje se a zvláště se dívá, úplně oddaně a odevzdaně. Pak hned usne. Tekutina se musí dodat v úterý a pátek infuzí do stehna.

6.1. Liba spí a hůře dýchá, večer čteme Maříka (Kája Mařík od K. Háje), to se probere.

12.1. Liba se alespoň probere na jídlo a na Maříka.

13.1. Liba se pomalu probouzí, mluví a je to lepší.

14. až 17.1. Výborný, nespí, komunikuje, jen občas hůře vydechuje.

19.1. Liba tvrdě spí, nechtěla moc pít, ale podařilo se. Jedla hodně. Pečovatelka U. tady byla večer a pít ji nedala! Liba má umytou hlavu.

22.1. Jsem v Praze. Liba OK, jen má trochu rýmu a chrapot, ale lepší se, už tolik nespí.

24.1. Liba je bezva, povídá a je milá, jen to dýchání! Jinak je vše OK, i stolice.

25.1. Úplně normální komunikace (přiměřená jejímu stavu). Vnímá, že vezu mamku na pohotovost s nohou (moje babička, která v domě dříve žila). Večer je malinko zmatená, neví kde je, ale jinak je veselá a hodně jí! Čteme večer Maříka, zcela vnímá souvislosti a

směje se, i příběh komentuje. Říkala jsem jí, že ráno budeme mít lívance a Liba si pamatovala, že už jsme je v poslední době jednou měly!

26.1. Ráno křičí, že má hlad. Budeme mýt hlavu. Po obědě – vinná klobása a brambory (má moc ráda) – káva a cukroví.

27.1. Liba začíná spát, jí a pije, občas otevře oči a komunikuje. Dobře dýchá.

28.1. Liba spí, ale jinak je OK.

22.1. Liba opět tvrdě spí, když jsem přijela z Prahy. Mluvím na ní a procítá, je skvělá, dobře dýchá, mluví a reaguje.

24.1. Liba hůře dýchá, začíná si opět vymýšlet, tak asi zase usne. Ale zatím je veselá a směje se, čteme a Liba to komentuje. Hůře se jí vydechuje, má strašný hematoma na pravém lokti.

Do 11.3. je vše v pořádku. Liba je veselá a mluví, zpíváme a smějeme se.

12.3. Dnes sice nespí, ale nemluví, jen vše blokuje. Zavře pusku a nic nechce, ale na čokoládu pusku otevře. Zuří a nadává: „Svině, kráva, baba.“, když má pít a jíst nebo se umývat. Oči má otevřené, ale dělá, že neslyší. Na čokoládu reaguje a odpovídá. Tedy jen nechce. Mění se počasí, bude zima, tak proto ta změna. Dávám jí pít stříkačkou, jinak už to nejde.

Do 4.4. Liba komunikovala, nespala, utvrzovala se o mém přátelství. Věděla, že musí na záchod a že se nekadí do plen. Musela jsem ji uklidnit, že může. Poslední týden hůře dýchá. Vypila 1,5 litru pomocí stříkačky, na „Aaaaa“ otevře pusku. To jí naučila Mili (sousedka).

4.4. hodně jedla, mluvila o kafičku a chtěla ho udělat. Vzpomněla si, že měla revmatickou horečku a že jí lékař hladil po hlavě, že bude nosit aktovku do školy, musí do školy, že kočka micka je vždy pod křeslem, musí na schůzi, bratránek byl komunista a dal jí zabrat.

Další dubnové dny (nedatováno):

Dnes se na 5 minut zmobilizovala, najedla se a pak usnula jako špalek. Změna počasí tentokrát není. Pečovatelka mi napsala, že se s ní nebude prát a nechá ji na boku místo na zádech. Ach jo, zase někdo, kdo by to neměl dělat.

Liba se probudila, ne moc, ale jedla a pila i mluvila a smála se. Usnula hned po jídle.

Do 9.00 Liba tvrdě spala, v 13.00 se začala probouzet, je nachlazená, chraptí, oko zanícené, ale je veselá, hodně jí.

V sobotu jsem jí říkala: „Pozdravuje Tě Praha“. Ptala se, kdo a potom souhlasně kývala, že Terka.

Ví, co čteme, co má ráno ke snídani, ale zase pořád opakuje slova o kočce a babě, která je hrozná. (Dnes zde byla pečovatelka po mateřské, Libu neumyla, špatně dala na bok).

Bere antibiotika, je to lepší, ale dnes opět kýchá, má špatnou náladu. Od středy je jako kolovrátek „ Paní docentko, ta naše kapela, paní doktorka, paní ředitelka, paní učitelka atd.“ Opakuje to pořád dokola, nezastaví, ani když čtu, když jí. Chuť k jídlu má.

Od neděle, kdy jí ráno nenamazala pečovatelka, má Liba na zadku 2x1 cm stržené místo.

22.4. je jí trochu lépe, ale opět se potí. Večer mě chce Liba učit latinu, že jí musíme umět, že bude mluvit a já překládat. Mluví o profesorovi Hornovi, který prý učí latinu a má děti. Všichni musí umět jazyky.

Začíná být sprostá a zlá. Je v euforii, vše si pamatuje ze školy i z kapely i jména.

Už 5 dnů bez stolice, ale měla projímadlo – 5 kapek.

Má červené oči a slzí. Dala jsem jí Brufen.

Od 5.5. je skvělé. Občas zanícené oči, ale jen málo. Komunikuje, dívá se na ptáčky v krmítku a povídá o nich, pozná je.

Je veselá, děkuje mi, říká mi: „Kamarádko“. Hodně jí, pije kávu a čokoládu. Má ráda výraznější věci. K snídani Pajerský koláč, na ten si pamatuje. Neustále jezdí do Prahy a vykládá, kde je. Na Letohrádku atd. Jezdí vlakem, ale občas už chce zpět domů.

5.5. Dnes má Liba narozeniny, oslavíme je četbou. Pečovatelky zkracují dobu, falšují odpípnutí příchodu a odchodu. Některé péči dost flákají. Některá se alespoň snaží. Jedna zde byla jen 4 minuty, jak chvátala, ani Libě nenamazal zadek. Další vynechala podávání odpoledního pití, jiná ji za 30 minut řekla dvě slova. Myslely, že jsem pryč, ale vrátila jsem se dřív.

Od 15.5. Liba je veselá, ale už breptá, kočka Micka.

16.5. Liba zase usnula, ani pít nechtěla.

18.5. Liba začíná brebentit, je veselá. Zase upadá do spánku až do 22.5.

23.5. je o malinko lepší, má i otevřené oči.

9.6. špatně dýchá i vydechuje. Mele o škole už 3. den i přes špatné dýchání a má zvláštní výraz.

Další dny (nedatováno):

Spí a hodně se usmívá, má dobrou náladu. Když se probrala, měla zvláštní výraz.

Před týdnem se jí spánek střídá s dobrou náladou, dokonce celý týden dobře dýchala. Dávám aromaterapii, kapky, masáže, polohuji až 4 x denně. Hodně pije, až 1,5 litru.

Neustále opakuje, jak to chodilo ve škole, co děti a inspektor.

Dnes je červená a teplá. Musím změřit teplotu. Odpoledne už je lepší.

10.6. Liba stále špatně dýchá, téměř neustále spí, jen občas koukne, usměje se a to je vše. Měla by přijít obvodní.

Ve středu se probrala a dnes už je zase jako kolovrátek. Ptala se na Terku, zazpívala všechny sloky, je euforická, červen, stále se otáčí a povídá. Ptá se, co budeme jíst a zpívat, vykládá o lékaři a nějakém dítěti, plete do toho školu, kapelu, Micku, celý den.

Od 15.6. Liba brala antibiotika na nachlazení, bylo jí hodně špatně, potila se, byla bledá a nemohla dýchat. Byla hodně vyčerpaná, stále dokola povídala o škole, katechetu, hodný hoch, ředitel, doktor atd. U jídla se dost dusila, byla zničená a s námahou říkala, že je ráda a umřít doma. Po půl hodině znovu, bylo vidět, že jí není dobře, ale jedla. Dvakrát se ptala na Terku, kdy přijede! Pak byla veselá, smála se, jedla i pila. Dostala půl Neurolu a teď klidně spí na boku, i normálně oddychuje. Také mi stále děkuji.

Od 19.6. kdy jsem odjížděla se stále ptala na Terku, vedla divné řeči. Při návratu v neděli spala, od pondělí se probírala.

2.7. zase pořád opakuje: „Kočka Micka, pan ředitel, pan doktor, pan učitel, hodný pán....“ Je euforická a ostatní nevnímá, jen povídá a huře dýchá. Jinak je veselá a směje se.

3.7. Liba je stále veselá a vyrovnaná, žádné propady. Je čilá, povídává a přemýšlí i zpívá.

22.7. asi změna počasí, Liba opakuje dvě věty a nejde zastavit, je už z toho sama šílená. Když jsem na ni hukla, ať je potichu, aby se mohla najíst, tak začala šeptat. Odpoledne je horečnatá a divná, vůbec nereaguje, jen opakuje: „Pan učitel, paní Škodová, pan ředitel Škoda.“

Další období téměř půl roku:

Liba stále vyrovnaná, žádné výkyvy. Jen více slintá, hlavně v poloze na boku. Špatně mluví, občas se mnou jen zpívá.

12.11. Liba obrovské hluboké díry v lokti. Kupuji zase stříbro, rána se hojí velmi rychle. Huře mluví, když se dusí, hodně u toho křičí, jakoby od sebe odváděla pozornost?

14.12. Po mém návratu jsem se vyděsila. Liba má oteklé rty, snad od zubu? Vypadá to jako velké puchýře spíše v ústech. Za 3 dny byla v pořádku. Během té doby hodně spala.

Vánoce 2013 - jedla s chutí, méně však komunikuje, stále se usmívá.

Leden 2014 - loket se téměř zahojil, polohujeme na druhé straně, ale už je možné ji položit i na nemocný loket. Liba už říká jen pár slov, méně se usmívá, je jako vyplašená. Jí dobře a hodně, ale začínám vše mělnit a víc tekutou stravu.

25.1. Liba má zase opary? Je spavá, možná to souvisí se zadkem, je zase červený. Více se dívá do stropu a má prázdný pohled. Méně se usmívá, ale jí stále hodně, i lépe pije. Sama na vše otvírá pusku. Reflex na jídlo se zesiluje. Jen když přijdu i když dojí, pořád otevírá pusku. Hodně slintá. Musím ji pod bradou nechávat ručníček.

2.2. Liba je na tom lépe, opary ustupují, je víc vzhůru, komunikuje, ale nemluví. Denně promluví snad jen 2 slova, ale vnímá. Když se jí ptám i smysluplně odpovídá, sice jen ano, ne. Ale je vidět, že ví, o čem mluvíme, a reaguje. Vnímá, že má polknout, jestli jí chutná, jestli chce ještě jíst. Dnes i pozorovala okolí, jak loupu mandarinku, TV. Byla veselejší, pochutnávala si na řízku, ten jediný ji nedusí? Jinak ke snídani vařím už jen teplé kaše, asi 5 druhů a k tomu jablečný rosol, aby jí to lépe chutnalo. Sladím různými sirupy a sladidly. Agávový, třtinový, ječmenný, palmový nebo přidávám marmelády. Obědy jsou hodně kašovitě. Zelenina, maso a k tomu těstoviny, rýže nebo brambory, polenta. Luštěniny nezařazuji. Večeře – pečivo na kousky, hodně namazané máslem, případně omotané šunkou, aspikové závitky, měkké sýry, gervé, párek, malá rozkrájená rajčátka, mozzarella. Ovoce má ráda, hlavně mandarinky, které však už musím vylupovat ze slupky, jinak se dusí. Čokoládu jí bez problémů! Když je vše více měkké a tekuté, nedochází k žádnému dušení ani kašli. Od minulého týdne bere Erdomet, ale již ne dlouhodobě. Vždy jen ob týden. Po jídle podávám čerstvě vymačkanou šťávu z ovoce. Snažím se omezit cukr, přidat ovoce. Ruce má Liba hodně stažené k tělu, pokrčené. Ztěžuje to polohování. Bolí ji levá noha, při polohování a pokrčování nohy nařiká. Oči stále čistím, hlavě to slepé oko je stále zanícené. Dávám obklady ze Světlíku, občas mastičku na noc. Čteme Káju Mařika, zpíváme. Liba vypadá, že nevnímá, ale vše ví. Nevydrží dlouho s otevřenými očima. Vypadá pak, že stále spí. Chtěla by mluvit, ale nejde to. Stolici mívá pravidelnou, bez laxativ.

3.2. Liba je lepší, občas i řekne nějaká slova.

4.2. Stav je stále stejný, hodně spí. Koupání v nafukovací vaně, nepraktické vypouštění, spousta mokrých ručníků, spousta času a práce.

9.2. Velké dušení při večeři, měla malá rozkrojená rajčátka, také mandarinky. Teď už může jen šťávu z ovoce. Velmi pomalu snědla housky s měkkým sýrem a hermelínem. Pití bez problémů. Po dušení je velmi unavená, okamžitě usnula, ani mi neřekla na dobrou noc to, co se denně učíme a opakujeme. Pusinku a křížek na čelíčko a jak se vyspínáme. Vždy řekne: „Do růžova“. Občas jen nesrozumitelně mumlá, ale snaží se. Teď se méně směje. Hodně podle počasí. Když svítilo, usmívala se a opalovaly jsme chvíli obličej u balkonu. Dnes oběd, brambory, mrkev, brokolice, máslo a vše rozmačkané. Přidávám šťávu z hovězího a kousky masa úplně rozdrobené.

18.2. Dávám Erdomet, Liba je dost zahleněná. Bude ho brát týden.

Liba už od listopadu téměř nemluví, ale ví, co se děje, když ji o něco požádám, splní to (polknutí, podívání se na mě, otevření úst), občas i něco zamumlá (většinou jí nerozumím) nebo řekne: „Děkuji“.

Dávám jí čichat do dózy s kávou, podávám šlehačku, tu měla Liba ráda. Krekry už rozmočené, aby jí neuvízly v krku.

26.2. Liba má zhojený loket. Jakoby tam nikdy nic neměla. Zadek je ovšem opět červený. Vrchní sestra mi radila, že ji mám nechat celý den na boku, pokud nemohu polohovat. Alespoň na oběd se jí snažím trochu narovnat, ale krmení na boku je co do polykání úplně nejlepší. Lépe polyká a nedusí se tolik.

Vysadila jsem Erdomet. Už asi měsíc Liba dýchá naprosto klidně, ne nitkovitě nebo přerývavě. Jen při stresu se dech zhorší.

Některé pečovatelky s ní zacházejí surově. Odpívají si jiné časy, než u ní jsou.

Liba má už skoro půl roku zkroucené ruce, položené na prsou. I některé prsty jsou zkroucené, šlachy zkrácené. Natahuji je, ale jde to velmi těžko. Nemohu na pravou ruku, tak natahujeme méně. Po každé se snažím ruce podkládat, aby vydržely napnuté déle. Nad lokty se dávají malé molitany, aby lokty byly ve vzduchu a to i v poloze na boku. Musí se celá vytáhnout výše na postel a podložit. Pod zadek od února dáváme kruh (antidekubitní kruh), který jsem rozřízla, aby nebyl tak tlustý a šel dát pod Libu. Má ochranný obal, který se dá práť.

Mytí hlavy. Nejlepší systém je dát na polštáře podložku, Libě kolem krku veliký ručník a pod hlavu malý lavor. Takto to jde lehce.

K snídani už jsou pouze kaše. Sladím nově rapadurou, přidávám jablečné domácí pyré. Večer rozdrobím chléb, přidám cottage sýr nebo gervé či mozzarellu, nakrájím šunku a zamíchám. Hodně zapijíme čajem. Někdy dávám ovocné knedlíky, sladím stévií. Ty Liba dobře polkne. Střídám je s nudlemi na sladko i slano. K obědu veškerá zelenina, maso (pokaždé jiný druh) vařené v tlakovém hrnci. Vždy má jinou přílohu (rýže, brambor, polenta, těstoviny). Ostatní jídla už nemůže polknout. Vše musím být skoro tekuté, mixované. Svačina – ovoce nebo šťáva z ovoce, někdy vyloupaný pomeranč, banán, v létě hodně meruněk, broskví a švestek. Hroznové víno ne. Občas dávám krekry, aby měla také jinou chuť nebo čokoládu, ale to jí občas dusí. Namáčím perníčky nebo vánoční cukroví do kávy. Někdy zařadím kompot, ale ne moc, kvůli cukru.

Když svítí sluníčko, otevřu balkon a opalujeme buď obličej nebo zadek. Pouštím Libě chrámovou hudbu, sport v TV, ale už se nedívá, jen občas koukne a spí.

Snažím se, aby u sebe měla stále nějaké rozkvetlé kytky, a dávám jí je přivonět. Nejraději má žluté.

Režim dne – celé dopoledne spí, po obědě začínáme aktivity. V 6.15 snídane, pak přebalování, v 9.30 svačina, ve 12.00 oběd, v 16.00 svačina, v 17.00 přebalování a v 18.00 večeře. Poslední pití v 19.30. Omytí 1x týdně v posteli.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Tereza Petráňová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Uplatnění sociálního pracovníka v domácí péči o ležící seniory postižené demencí

Počet stran (bez příloh): 42

Celkový počet stran příloh: 6

Počet titulů české literatury a pramenů: 17

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 4

Počet internetových odkazů: 4

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2014

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Tereza PETRÁŇOVÁ

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Uplatnění sociálního pracovníka v domácí péči o ležící seniory postižené demencí

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 42

Počet stránek příloh: 6

Počet titulů v seznamu literatury: 21 + 4 internet.

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěš/a

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaký názor má autorka s odstupem času na svou práci? Co by změnila, nebo přidala, kdyby se tohoto tématu rozhodla ujmout i v diplomové práci?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Volba tématu je z hlediska oboru vhodná. Autorka vymezuje pojmy k tématu, zaměřuje se na jednotlivé typy demencí a popisuje jejich příznaky. Neopomíjí ani prožívání demence postiženými. Dále se pak zabývá obtížemi, se kterými se setkávají ti, kteří se dementními osobami zabývají a pečují o ně.

V praktické části se pak zabývá podrobně a velmi působivě případovou studií.

Práce správně vymezuje pojmy související s danou tematikou, autorka pracuje velmi dobře s literaturou, citace jsou správné.

Formální úprava je v pořádku. Autorka své téma zpracovala zodpovědně a neopominula otázky, které s ním souvisejí.

Před názvem kazuistika dávám přednost názvu případová studie.

Lze říci, že autorka se drží zvyklostí používaných obvykle v tomto typu práce a splňuje požadavky kladené na bakalářskou práci.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

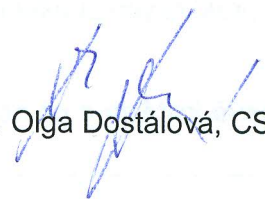
Navrhovaná klasifikace:

Velmi dobře, případně podle uvážení komise při úspěšné obhajobě i výborně

Datum, podpis:

8. 9. 2014

MUDr. Olga Dostálová, CSc.



Posudek oponenta bakalářské práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Tereza Petráňová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Uplatnění sociálního pracovníka v domácí péči o ležící seniory postižené demencí

Oponent* práce: Mgr. Lucie Vacková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 42

Počet stránek příloh: 6

Počet titulů v seznamu literatury: 21

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Vysvětlete základní principy sociální práce u ležících seniorů s demencí.
- 2) S jakými změnami se postižený senior musí vyrovnávat?
- 3) Objasněte rozdíly v příspěvcích na péči pro osobu trpící demencí.

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Autorka se zaměřila na aktuální sociální problematiku – domácí péči o seniora trpícího demencí. V teoretické části BP nastínila klíčové pojmy, rozlišila dva základní typy demence a pravděpodobné multifaktoriální příčiny jejich vzniku a vývoje. Důkladněji se pak soustředila na specifika komunikace s osobou postiženou demencí i na potřebnou zdravotní péči. Vhodný přístup sociálního pracovníka popsala ve třech podkapitolách poněkud stručněji. V praktické části BP předložila podrobnou případovou studii seniorky trpící demencí, v níž zaznamenala několikaletý vývoj tohoto regresivního onemocnění, s nímž se žena i blízcí museli vyrovnávat.

Nedostatky: Nalézám v obsahové části BP. Podkapitola - 2.5 Prožívání demence - zůstala jakýmsi torzem, obsahujícím pouze jedinou větu. Na základě uvedené kazuistiky bych očekávala důkladnější propracování tohoto tématu, ať už z pohledu pacientky nebo zúčastněných rodinných příslušníků či pečovatелů. Významnější zpracování by zasluhovala i sama role sociálního pracovníka.

Klady: Kazuistika nabízí v dlouhodobé perspektivě hlubší vhled do dané problematiky. Autorka vycházela z osobní zkušenosti, což napomohlo rozkrýt zejména obtíže a starosti viděné a prožívané z úhlu pohledu domácích pečovatелů. Oceňuji i doprovodný text v podobě deníku v příloze č. 1, který celou situaci výstižně dokresluje. Zvolené téma je oborově přiléhavé, autorka dokázala propojit teorii s praxí.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 8. 9. 2014

Mgr. Lucie Vacková

