

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Viera Margeťáková

Důstojná péče o pacienta s demencí v domově pro seniory

Dignity care of a patient with a dementia in a senior home

Bakalářská práce

Praha, květen 2016

Autor práce: Viera Margeťáková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství, 3. LF**

Konzultant: **MUDr. Věra Lonská**

Pracoviště odborného konzultanta: **Psychiatrická ambulance,
Brandýs nad Labem**

Předpokládaný termín obhajoby: 22. 6. 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 9. května 2016

Viera Margeťáková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové a MUDr. Věře Lonské za jejich odbornou pomoc, cenné rady a vstřícnost při vedení mé bakalářské práce. Velké díky patří mé komunitě sester, které mě podporovaly modlitbou a pomáhaly mi. Děkuji také Pánu Bohu a Jeho Prozřetelnosti, která mě vedla.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| OBSAH..... | 5 |
| ÚVOD..... | 7 |
| 1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA | 9 |
| 1.1 <i>Epidemiologie onemocnění</i> | 9 |
| 1.2 <i>Popis onemocnění</i> | 9 |
| 1.2.1 <i>Patofyziologie.....</i> | 10 |
| 1.2.2 <i>Symptomatologie</i> | 12 |
| 1.2.3 <i>Vyšetřovací metody</i> | 14 |
| 1.2.4 <i>Terapie</i> | 16 |
| 1.2.5 <i>Prognóza</i> | 19 |
| 2. DŮSTOJNOST | 20 |
| 2.1 <i>Důstojnost v péči.....</i> | 21 |
| 2.1.1 <i>Důstojná péče o nemocného s demencí.....</i> | 21 |
| 3. KAZUISTIKA | 30 |
| 3.1 <i>Anamnéza</i> | 30 |
| 3.1.1 <i>Lékařská anamnéza.....</i> | 30 |
| 3.1.2 <i>Ošetrovatelská anamnéza</i> | 32 |
| 3.2 <i>Průběh pobytu pana J. K. v domově pro seniory</i> | 35 |
| 3.2.1 <i>Charakteristika Charitního domova</i> | 35 |
| 3.2.2 <i>První den pobytu – příjem.....</i> | 37 |
| 3.2.3 <i>Druhý den pobytu.....</i> | 38 |
| 3.2.4 <i>Období adaptace</i> | 39 |
| 3.2.5 <i>Období ustálení</i> | 41 |
| 3.2.6 <i>Období progrese nemoci</i> | 41 |
| 3.2.7 <i>Období in finem.....</i> | 42 |
| 3.3 <i>Ošetrovatelské problémy.....</i> | 44 |
| 3.3.1 <i>Úzkost.....</i> | 44 |
| 3.3.2 <i>Nebezpečí ublížení si</i> | 46 |

| | |
|--|-----------|
| DISKUSE | 49 |
| ZÁVĚR..... | 52 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 54 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | 58 |
| PŘÍLOHY | 60 |
| OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA | 60 |

Úvod

Jsem zaměstnána jako pracovník v sociálních službách v domově pro seniory. Posláním tohoto domova je poskytovat sociální, ošetrovatelskou a zdravotní péči seniorům, kteří nemohou žít v domácím prostředí a kteří chtějí prožít závěr svého života důstojně a v křesťanském prostředí.

Naší cílovou skupinou jsou především kněží římskokatolické církve, rodiče kněží a řádových sester a osoby, které pracovaly v církvi. Obyvatelé potřebují péči v různém rozsahu: od dohledu a pomoci při některých úkonech sebepéče až ke komplexní ošetrovatelské péči zcela imobilních klientů.

V roce 2014 jsme do domova poprvé přijali obyvatele s Alzheimerovou demencí. Do té doby jsme s tímto onemocněním neměli praktické zkušenosti. Přesto, že jsme o Alzheimerově chorobě slyšeli na různých školeních, v praxi jsme se museli vypořádat s mnoha obtížemi, které vyplývaly z chování klienta během progresu jeho onemocnění a z potřeby personálu porozumět mu, přiměřeně s ním komunikovat a pomáhat mu podle jeho skutečných potřeb. V tomto náročném úkolu jsme získali mnoho zkušeností, přesvědčili se, že péči o obyvatele s Alzheimerovou demencí můžeme zvládnout, a proto jsme se nezdráhali přijímat ani další klienty s touto diagnózou. V současné době máme asi pět klientů v pokročilejším stádiu různých typů demence.

Ve své bakalářské práci se věnuji důstojné péči o pacienta s demencí v domově pro seniory. Popisuji konkrétní průběh onemocnění demencí a péči u prvního pacienta, který byl do našeho domova přijat.

Zvolila jsem tuto diagnózu nejen proto, že s ní mám přímou zkušenost, ale také proto, že počet lidí, kteří jí trpí, se zvětšuje a péče o ně se stává velkou výzvou i velkým problémem. V teoretické části zvláště zaměřuji svou pozornost na stav současné péče i na potřeby nemocných a jejich nejbližších.

Práce je rozdělena na tři části:

V první části se věnuji demenci jako onemocnění. Popisuji, v jakých stádiích onemocnění probíhá, jeho výskyt ve světě, patofyziologii. Dále se věnuji léčbě demence a její prognóze.

Druhá část se zabývá důstojností člověka a důstojnou péčí o pacienta s demencí. Třetí část je praktická část práce. Tvoří ji kazuistika prvního klienta s touto diagnózou, který byl do našeho domova přijat, počínaje anamnestickými údaji o počátku a průběhu onemocnění v domácím prostředí, a dále celý průběh onemocnění během pobytu v našem zařízení až do smrti. Snažím se přitom popsat stav klienta nejen pouze v rámci lékařských a ošetrovatelských diagnóz a intervencí, ale tak, aby toto vše bylo zasazeno do každodenních situací a vztahů mezi nemocným a personálem, uvnitř ošetrovatelského týmu, mezi obyvatelem a jeho okolím (dalšími klienty) a v neposlední řadě se zabývám spoluprací s rodinou, až po důstojné doprovázení klienta na věčnost.

Jsem členka Společnosti Dcer křesťanské lásky svatého Vincence de Paul, kterým lidé říkají vincentky. Naším posláním je kromě jiného i péče o nemocné, trpící a chudé. V osobě každého člověka rozpoznáváme obraz Ježíše Krista, kterému v ní sloužíme. Snažíme se žít podle slova Ježíše Krista: *„Cokoli jste udělali pro jednoho z těchto mých nejposlednějších bratrů, pro mne jste udělali.“* Mt 25,40 (Evangelium do kapsy, 2015, s. 93).

Na příkladu tohoto nemocného chci poukázat, že člověk s demencí nepřestává být lidskou bytostí hodnou úcty a důstojné péče. I nadále zůstává člověkem, který je hoden už ze své podstaty patřičné úcty, lásky a uznání.

Na konci práce je diskuze, závěr a seznam použité literatury

1. Teoretická východiska

1.1 Epidemiologie onemocnění

Haškovcová (2010) ve své publikaci píše, že demence patří mezi nejčastější psychická onemocnění seniorského věku, ale touto nemocí mohou trpět i osoby nižších věkových kategorií. Většina odborných pramenů uvádí, že ve věku 65 let trpí touto nemocí 1,5 – 3% osob, u osmdesátiletých se tento počet zvyšuje až na 30% a u dlouhověkých stoupá až na 50%. V roce 2010 žilo ve světě už 27 miliónů lidí postižených demencí. Uvedená autorka o ní hovoří jako o tiché epidemii 21. století.

V současnosti, třebaže lékařská věda dělá neustálé pokroky, počet lidí s demencí se zvyšujícím se průměrným věkem stále roste. Nyní žije ve světě kolem 46,8 miliónů nemocných s demencí. A předpokládá se, že se tento počet za příštích 20 let zdvojnásobí a v roce 2030 dosáhne 74,7 milionu. Jenom za poslední rok přibylo více než 9,9 milionů nových případů demence. V Evropě žije celkem 7,4 milionů lidí s demencí a v České republice jejich počet stoupl na 150 tisíc (Holmerová, 2016).

1.2 Popis onemocnění

Slovo demence pochází z latinského slova „dementia“ což znamená „*být bez mysli*“ nebo „*bez rozumu*“. Tento stav vyvolává poruchy na kognitivní, psychické a motorické úrovni, které výrazně omezují postiženého ve výkonu aktivit každodenního života. Nemoc způsobuje poruchy myšlení, schopnosti zapamatovat si, orientace v čase, místě i osobě. Dále působí poruchy pohybové, motorické, psychické. Člověk se stále více uzavírá do sebe, mívá stavy strachu, úzkosti a deprese, těžko se vyjadřuje a nalézá slova,... (Wehner a Schwinghammer, 2013).

Demence podstatně ovlivňuje nejen život samotného nemocného, ale také i kvalitu života všech jeho blízkých. Úplně se mění jeho osobnost. Člověk s demencí je stále více odkázán na pomoc druhých. Úkony, které byly pro něho kdysi běžné, jsou mu najednou cizí.

„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřeno. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.“ (Pidrman, 2007, s. 9).

1.2.1 Patofyziologie

Demence je patologický stav mozku, v němž jsou poškozené různé schopnosti. Tyto poruchy se týkají paměti a alespoň jedné z následujících poznávacích schopností: řeč, činnost, poznání osob a předmětů, jakož i plánování a organizace každodenních rutinních úkonů. Obyčejně je způsobena progresivním poškozením mozkové tkáně. Degenerativní proces probíhá v mozku a v současnosti nemůže být zastaven ani uzdraven (Faes a kol., 2015).

Demence je spojena s **atroficko - degenerativními** procesy, které vedou ke snížení počtu spojů (synapsí) nervových buněk. Dále má za následek poruchu funkce nervových buněk (neuronů), pomocných nervových buněk (neuroglií), negativně ovlivňuje také tvorbu a ukládání patologických bílkovin, kde probíhají další degenerativní děje. Mezi ně patří apoptóza – geneticky naprogramovaná buněčná smrt (Jiráček a kol., 2009). Jde o řízený proces, při kterém odumírají jednotlivé buňky. V procesu buněčné smrti hraje klíčovou roli metabolismus vápníku. Když přestoupí intracelulární koncentrace kalcia kritickou hranici, dochází k buněčné smrti (Růžička a kol., 2003).

Dalším neurodegenerativním dějem je uvolnění nadměrného množství volných kyslíkových radikálů, které vznikají v rámci látkové přeměny a mají

význam jako stavební jednotky nových tkání těla. Lidský mozek obsahuje enzymy, které tyto radikály likvidují. V případě, že se volné kyslíkové radikály tvoří v nadbytku a nejsou v potřebné míře likvidovány, napadají různé tělesné tkáně včetně stěny nervových buněk a ničí je. Neurodegenerace způsobuje porušení funkce mozku, a to pak vede ke vzniku syndromu demence (Jirák a kol., 2009).

Při Alzheimerově demenci nervové buňky sesychají nebo odumírají a řídicí centrum mozku nefunguje, jak by mělo. Ovšem mozek má k dispozici velké rezervy: když nervové buňky selžou, jiné převezmou jejich úkoly, buď částečně, nebo jako celek a mohou tak pokračovat dlouhou dobu. Proto je počátek nemoci nenápadný, pozvolný a nemocní se chovají docela normálně (Buijssen, 2006).

Druhou nejčastější příčinou demence je **cévní onemocnění mozku** – vaskulární demence. K onemocnění tohoto typu demence přispívají mnohočetné mikroinfarkty šedé i bílé mozkové hmoty jako i rozsáhlejší jednorázové cévní mozkové příhody, ateroskleróza mozkových tepen. Vaskulární demence se může i kombinovat nebo být součástí vaskulárně – degenerativního procesu, protože v cévách ukládaný amyloid může způsobit cévní mozkovou příhodu. Nejběžnější je právě kombinace s Alzheimerovou nemocí, tudíž se jedná o smíšenou demenci (Růžička a kol., 2003; Seifertová a kol., 2004).

Etiologie a faktory vzniku

Bývá velmi obtížné určit počátek demence. Franková (2011) uvádí, že demence vzniká nenápadně, plíživě, příznaky se pomalu zhoršují a je těžké zaznamenat její začátek.

Přesná příčina vzniku demence není ještě známa. Výzkum dokázal, že příímí příbuzní lidí trpících demencí mají vyšší riziko než ostatní, že se i u nich demence objeví. Ve vývoji nemoci hrají roli i genetické faktory. Vyšší riziko vzniku demence je také u lidí, kteří někdy utrpěli poranění lebky, nebo mají potíže s chronickou hypertenzí. Právě vysoký tlak bývá nejen příčinou vaskulární demence, ale zdvojnásobuje i riziko propuknutí Alzheimerovy nemoci. Svou roli zde hraje také stárnutí (Buijssen, 2006).

Demence je syndrom, který zahrnuje několik skupin příznaků. Nejedná se o nemoc, ale o důsledek různých onemocnění, které způsobují poškození mozku, zejména mozkové kůry (Holmerová, 2016). Česká alzheimerovská společnost (2015) uvádí jako nejčastější příčinu demence **Alzheimerovu nemoc (56%)**

Mezi další příčiny patří:

- **Vaskulární demence (14%)**
- **Smíšené demence (12%)**
- **Parkinsonova nemoc (8%)**
- **jiné degenerativní onemocnění mozku (4%).**

Mezi další příčiny demence patří i metabolické a endokrinní poruchy - hypo- a hypertyreóza, jaterní a uremická encefalopatie, Wilsonova nemoc, vitamínový deficit. V minulosti bylo často příčinou demence infekční onemocnění syfilis, dnes infekce virem HIV nebo virové encefalitidy (Růžička a kol., 2003).

1.2.2 Symptomatologie

V této podkapitole vycházím z publikace Jiráková a kol. (2009). Studovaný autor nabízí dělení průběhu demence do tří fází:

1. Počáteční stadium nebo lehká demence – příznaky v tomto stadiu jsou často považovány za běžnou součást stárnutí. Dochází k poruchám paměti, hlavně krátkodobé a střednědobé. Nemocný má problém zapamatovat si nové informace. Nastupují i poruchy aktivit denního života, orientace v čase i prostoru a mohou se objevit i poruchy nálady, deprese, úzkost, apatie nebo podrážděnost.

2. Střední stadium (demence) – výrazné zhoršování paměti ve všech složkách, dezorientace v čase i prostoru, zhoršení soběstačnosti. Nemocný není schopen žít bez pomoci druhé osoby, špatně se vyjadřuje, bloudí, objevuje se inkontinence moči, potřebuje pomoc s úklidem, vařením, ale i s osobní hygienou. Lidé v této fázi potřebují téměř trvalý dohled.

3. Pozdní stádium nebo těžká demence – těžké poruchy paměti. Nemocní nepoznávají své nejbližší příbuzné nebo pečovatele, nedovedou se vyjádřit, nechápou složitá sdělení, je u nich inkontinence moči a stolice, bývají upoutáni na lůžko a objevují se potíže s polykáním. Pozitivní vliv má na ně vlídné chování, pocit pohodlí, čistoty, chutné jídlo a podobné zdánlivé drobnosti.

V publikaci vydané Českou alzheimerovskou společností *Na pomoc pečujícím* (2014) je ke shora uvedenému dělení připojena ještě další (čtvrtá) fáze:

Terminální fáze – může trvat zpravidla několik týdnů až měsíců. Pacient se stává úplně nesoběstačným a upoutaným na lůžko. Zhoršuje se hybnost, vznikají svalové kontraktury. Dochází k chorobnému hubnutí, vyskytují se rizika aspirace až neschopnost nemocného polykat. V této fázi je velmi důležité doprovázení pacienta a mírnění trýznivých příznaků. Tento stav již není zvrátitelný žádnou léčbou, proto se vyhýbáme výkonům, které toto stádium prodlužují a nezlepšují jeho kvalitu.

Právě první stádium demence se dá lehkou zaměnit s přirozenými projevy stárnutí. Zapomínání a úbytek kognitivních funkcí se často bere jako normální součást stáří. Proto se nad nimi nikdo nepozastavuje. Až když se objeví další příznaky demence, jako například bloudění a dezorientace na známých místech, podezírání nebo dokonce obviňování blízkých, začíná se hledat odborná pomoc.

Základní příznaky syndromu demence se dělí do tří skupin, které se vzájemně prolínají:

1. Porucha kognitivních funkcí – zahrnuje poruchy paměti, zapamatování nových informací, poruchy pozornosti, neschopnost soustředit se na více objektů, kolísání pozornosti. Dále je narušeno logické uvažování, nemocný špatně odhaduje své možnosti. Objevují se často i bludy. Pacient si například myslí, že ho někdo okrádá nebo odposlouchává. V pozdější fázi už nemocní nejsou schopni srozumitelně vyjádřit své myšlenky a objevují se u nich celková dezorientace.

2. Porucha aktivit denního života – v počáteční fázi má nemocný potíže s používáním hromadné dopravy, nakupováním, apod. Postupně se postižení rozšiřuje na základní denní aktivity, jako je schopnost samostatně se najíst, obléknout, dodržovat osobní hygienu.

3. Behaviorální a psychologické příznaky - objevují se poruchy chování, stavy neklidu, které se projevují neúčelným přenášením a překládáním věcí nebo svlékáním se. Tento neklid může být spojen s agresí (vykřikováním, nadáváním) (Petr a kol., 2014).

1.2.3 Vyšetřovací metody

Diagnostikovat demenci je velmi složitý proces, během něhož je nutné získat o pacientovi dostatek potřebných informací. Pidrman (2003) dále uvádí, že čím dříve je demence diagnostikována a je zahájena léčba, tím pozitivnější výsledky můžeme očekávat.

Anamnéza

Pacient si svůj problém často neuvědomuje, nepřipouští si ho nebo ho bagatelizuje a racionalizuje. Proto je důležitá spolupráce s nejbližším příbuzným či pečující osobou, která může objektivizovat příznaky a informovat o době vzniku, o délce a průběhu onemocnění. Důležité jsou rovněž jiné anamnestické údaje: o úrazech hlavy, mozkových příhodách, onemocnění srdce, přítomnosti diabetu, o poruchách metabolismu tuků a ostatních rizikových faktorech vzniku cévní demence. Rovněž o léčených depresích, psychických změnách, výskytu demence u přímých příbuzných a nesmíme zapomenout na léky, které pacient užívá (Jirák a kol., 2009).

Orientační vyšetření poznávacích funkcí

Testují se neurologicko-psychiatrické funkce, které jsou v těchto procesech narušené. Jde o paměť, řeč, schopnost orientovat se v prostoru, obsluhovat televizi a jiné tzv. vizuospeciální funkce a praxi, poznávací funkce a tzv. frontální exekutivní funkce jako například plánování úkolů, změny chování a osobnosti. K testování těchto poznávacích funkcí se používají různé testy, které provádí během vyšetření pacienta psycholog, neurolog nebo psychiatr. Například: **MMSE** (Mini-Mental State Examination) testuje orientaci osobou, místem, časem, zapamatování tří slov, počítání, překreslení obrázku a jiné. Dále test kreslení hodin nebo **Stroopův test** k posouzení míry pozornosti, psychomotorického tempa a adaptace na zátěž. U nemocných s demencí se hodnotí i nekognitivní projevy – míra deprese, stupeň celkové integrity (škála ADL – aktivity denního života) (Jirák a kol., 2009; Seifertová a kol., 2004).

Zobrazovací metody

Computerová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR) upozorňují na morfologické odchylky jako je úbytek mozkové tkáně, přítomnost patologických útvarů, změny prokrvení. SPECT a PET informují o kvalitě mozkového metabolismu, mozkového krevního průtoku, o přítomnosti a aktivitě přenašečů vzruchů (neurotransmitterů). K další zobrazovací metodě patří EEG, které upozorňuje na změnu mozkové aktivity (Jirák a kol., 2009).

Laboratorní vyšetření

Provádí se proto, aby se mohla diagnostikovat průvodní onemocnění, byly zjištěny rizikové faktory a prokázala se příčina průvodních komplikací, jakými jsou např. stavy zmatenosti. Sem patří vyšetření krevního obrazu, mineralogramu, glykémie, urey, kreatininu, jaterních enzymů, funkční testy štítné žlázy – T₃, T₄. Při podezření na infekční původ obtíží i sérologické testy na HIV a boreliózu. Dále se vyšetřuje hladina vitamínu B₁₂ a kyseliny listové (Růžička a kol., 2003).

1.2.4 Terapie

Je známo, že i přes velký pokrok vědy a farmaceutického průmyslu dnešní doby, je onemocnění demencí stále nevyléčitelné. Je však zapotřebí radovat se i z malých úspěchů, kterými mohou být udržení dosavadních schopností nemocného, zhoršení stavu v míře nižší, než jaká byla předpokládána v daném stádiu demence a za velký úspěch můžeme též pokládat zlepšení stavu nemocného (Pidrman, 2003). Důležité je co nejdřív začít léčit.

Hlavním cílem léčby je stabilizovat stav nemocného, oddálit rychlý spád onemocnění a přechod nemoci do těžších stadií (Pidrman, 2003).

„Od léčby lze očekávat prodloužení soběstačnosti a funkčnosti nemocného, zpomalení (či na určitou dobu zastavení) progresu nemoci a oddálení institucionalizace chorého. To vede ke zlepšení kvality života jak pacienta, tak jeho ošetřovatelů.“ (Pidrman, 2003, s. 134).

Terapie zahrnuje farmakoterapii, která se rozlišuje na kognitivní a nekognitivní léčbu demence a behaviorální léčbu. Základní farmakologickou léčbu představují inhibitory cholinesteráz, které jsou nejdůležitější skupinou léků určených k terapii kognitivních funkcí. V některých případech mají kladný vliv i na léčbu nekognitivních příznaků. Nejpoužívanějším způsobem léčby Alzheimerovy demence jsou inhibitory acetylcholinesteráz. Cholinesterázy jsou enzymy, které odbourávají přenašeč vzruchu acetylcholin. Proto zablokováním enzymů cholinesteráz v mozku docílíme zvýšení mozkového acetylcholinu a díky tomu i zlepšení paměťových funkcí. Inhibitory cholinesteráz jsou lékem první volby u Alzheimerovy nemoci. Nejpoužívanějšími jsou **donepezil, rivastigmin, galantamin**. V těžších stádiích Alzheimerovy choroby se používá **memantín**, který chrání nervovou buňku před škodlivinami, jako je nadměrné množství kalcia a také zlepšuje schopnost zapamatování si. **Vitamin E a C, retinol, betakarotén, selen** a další vychytávají volné kyslíkové radikály, které organizmus nestačí odbourávat a ony tak způsobují poškození nervových buněk (Pidrman, 2003; Jirák a kol., 2009; Schuler a Oster, 2010).

Mezi nekognitivní farmakoterapii, která pozitivně ovlivňuje poruchy chování, změny nálad a afektu, poruchy spánku a neklid, řadíme antipsychotika II.

generace, antidepresiva a anxiolytika. Antidepresiva zvyšují hladinu serotoninu, noradrenalinu či dopaminu v centrálním nervovém systému. Pro dosažení sedativního účinku jsou vhodná slabá neuroleptika. Silná neuroleptika se používají v případě potřeby antipsychotického účinku. U neuroleptik je důležité začínat nižšími dávkami a postupně je zvyšovat. V některých případech se mohou silná a slabá neuroleptika kombinovat. V případě, že jsou neuroleptika neúčinná, je možné podávat benzodiazepiny, u nich je však potřeba brát v úvahu nebezpečí pádu (Pidrman, 2003; Jiráček a kol.; 2009. Schuler a Oster, 2010).

Ke komplexní léčbě demencí patří i nefarmakologická (behaviorální) terapie, při níž jde o motivaci nemocného, jeho aktivizaci, kognitivní a tělesný trénink, různé aktivity, které vedou k mentální a somatické reaktivizaci (Pidrman, 2003; Jiráček a kol., 2009).

Holmerová (2007) nefarmakologickou terapii dělí do následujících skupin:

1. Včasná diagnóza a podpora pacienta v úvodní fázi nemoci – k zahájení účinné farmakoterapie a zachování uspokojivého funkčního stavu nemocného je důležitá včasná diagnóza Alzheimerovy nebo jiné formy demence.

2. Zachování či zlepšení kognitivních funkcí - pomocí reminiscenční terapie, která pracuje se vzpomínkami. Nemocní s demencí trpí poruchou krátkodobé paměti, ale události z minulosti si vybavují velmi dobře. Dále pomocí cvičení paměti, jako například hrou pexesa,...

3. Zachování či zlepšení soběstačnosti v aktivitách denního života - součástí dobré terapie je vedení pacienta s demencí k soběstačnosti, při respektování jeho dlouhodobých zvyklostí a rituálů tzv. Lifestyle approach – jde o vzájemné sdělení informací o pacientovi mezi pečujícími. Např. v kolik hodin rád vstává, jak se obléká, jestli dovede jíst samostatně, v čem potřebuje pomoc a co zvládne ještě sám. Nerespektování jeho zvyků nebo rituálů způsobuje u pacienta neklid, agresi, bloudění a jiné nevhodné reakce.

4. Zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků demence - je třeba, aby ošetřující personál analyzoval situace, které vyvolávají problémové chování u pacienta s demencí (může to být např. chronická zácpa, nechuť k vykonávání určité činnosti, hlad,...) a podle získaných poznatků přizpůsobil svůj přístup či učinil opatření, aby tyto situace byly minimalizovány.

5. Zlepšení kvality života pacientů s demencí a zlepšení komunikace mezi pacientem a ošetřujícím – je potřeba klást důraz na nonverbální komunikaci. Personál by měl dávat podněty, které jsou přiměřené schopnostem nemocného, nezapomínat na individuální přístup k němu, na laskavost a na posilování schopností a dovedností, které pacientovi zůstaly zachovány.

6. Zlepšení kvality života pacientů v terminálních fázích demence – je třeba, aby ošetřující personál rozvíjel své schopnosti empatie, protože jeho přístup bude muset být více intuitivní. Ti, kdo jsou nablízku nemocnému s demencí v terminálním stádiu a kdo o něho pečují, se budou muset také učit vyrovnávat se s vlastním pocitem bezmocnosti.

7. Podpora pečujících rodin – onemocnění demencí se netýká pouze samotného pacienta, ale celé jeho rodiny. Proto je zapotřebí podpory rodinných příslušníků pacienta a spolupráce s nimi. Rodina potřebuje poradenství ze strany odborných organizací, které se pacienty trpícími demencí zabývají. Mezi ně patří i Česká alzheimerovská společnost, která působí již několik let.

8. Adaptace prostředí pro pacienty s demencí – pacient s demencí se potřebuje pohybovat v pro něj přehledném a bezpečném prostředí. Jeho pokoj by měl být označen a měl by zabezpečovat pocit soukromí, ale zároveň by personál měl mít přehled o tom, co zde pacient s demencí dělá.

9. Organizační opatření, systém péče a služeb – pacient s demencí vyžaduje komplexní a dlouhodobou péči. Přesto, že se cítil zpočátku nejlépe v rodinném prostředí, postupně bývá potřebná profesionální péče.

1.2.5 Prognóza

Alzheimerova a jiné demence jsou zatím stále terminálním onemocněním, které zkracuje lidský život. Pokud se stanoví zavčas správná diagnóza, má nemocný naději, že při dobré péči a podpoře ze strany svých blízkých, bude moci prožít ještě několik let kvalitního života (Na pomoc pečujícím, 2014).

Jak jsme se již výše zmínili, zahájení správné léčby může zmírnit průběh nemoci. V současné době je farmakologie na takové úrovni, že existují léky, které v počátečním stádiu onemocnění demencí prodlužují „stabilizovaný“ stav nemocného, než dojde k dalšímu rozvoji nemoci.

Alzheimerova choroba trvá od objevení prvních příznaků do smrti nemocného 7-10 let. V mladším věku a u případů geneticky podmíněných bývá průběh rychlejší. Existují i výjimky, kdy doba života nemocného od prvního příznaku může být 15 i více let. Pacienti s Alzheimerovou demencí umírají většinou na bronchopneumonii (záněty plic a průdušek) nebo na jiné choroby, které jsou pro ostatní věkem pokročilé osoby léčitelné. Další příčinou smrti bývají úrazy a jejich následky, například pád bez jediného obranného pohybu (Jiráková a kol., 2009).

2. Důstojnost

Důstojnost pochází z latinského slova *dignus, dignita* – což znamená určitý respekt, být hodný úcty a pocty. Toto slovo se často spojuje se zdravotnickou etikou a ošetřovatelstvím (Heřmanová a kol., 2012).

Slovo důstojnost je bez naplnění svého obsahu jen prázdným pojmem. Důstojnost patří k základním hodnotám lidské existence a je považována za nejvyšší hodnotu související s kvalitou života. Důstojnost člověka je často ovlivněna jeho zdravotním stavem nebo kvalitou poskytovaných zdravotních služeb.

Důstojnost je stav, ve kterém by se měl nacházet každý člověk a ve kterém by se mělo s každým člověkem jednat. *„Úcta, ochrana a péče, které právě tak náležejí lidskému životu, vyvěrají z jeho zvláštní důstojnosti.“* (Papežská rada pro pastorační práci mezi zdravotníky, 1996, s. 40).

„Člověk má důstojnost proto, že je člověkem. Nemůže o ni přijít tím, že sám nemůže ovlivnit vše, co se s ním přihodí, tím, že je slabý, znetvořený, nebo tím, že trpí. V každém trpícím lze nalézt mnohem víc důstojnosti než v těch, kteří jen mluví o důstojnosti jiných.“ (Munzarová a kol., 2008, s. 44 - 45).

Každý člověk má svou hodnotu a důstojnost, bez rozdílu jestli je chudý nebo bohatý, zdravý nebo nemocný. V dnešní době, kdy mají na hodnotovém žebříčku mnohých vysoké postavení peníze, kariéra a produktivita, je hodně pošlapávána důstojnost starých lidí, handicapovaných a jakkoli nemohoucích. *„Dnešní společnost považuje za nejvyšší hodnoty výkon, kariéru, úspěch, zdraví, mládí a krásu a plete si důstojnost člověka s jeho užitečností.“* (Munzarová, 2005, s. 69). Zároveň je jedinec považován za jedinečnou osobu, jejíž jedinečnost garantuje sám Bůh a nemělo by se s ní manipulovat.

2.1 Důstojnost v péči

„Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.“ (Mezinárodní rada sester, 2015).

Onemocnění zásadně ovlivňuje život člověka a ohrožuje jeho důstojnost, protože se často ocitá v cizím prostředí (nemocnice, domov pro seniory,...), bývá připoután na lůžko a odkázán na pomoc druhé osoby. Právě v tomto momentě je povinností ošetřujícího personálu, aby pacientovi zajistil důstojnost. Je potřebné začít už od těch nezákladnějších úkonů jakým je oslovení pacienta, otevírání a zavírání dveří jeho pokoje, zajištění intimity při provádění hygieny, zdravotních výkonů, respektování jeho tempa a jiné.

„Z hlediska poskytování zdravotních a sociálních služeb má největší význam ochrana či narušování důstojnosti osobní identity. Služby buď potvrdí klientovi, že přes svá zdravotní postižení a funkční omezení zůstává respektován jako svébytný, kompetentní partner, nebo v něm vzbudí pocit, že se stal „pasivním objektem, bezmocnou závislou „hříčkou“, někdy dokonce „obtížným břemenem“. Tím je dána i míra sebeúcty.“ (Kalvach a kol., 2011, s. 53).

Dobrá péče, kterou pečující podpoří důstojností a respektováním identity a potřeb nemocného, se projeví v kvalitě života pacienta. Hodnota důvěry a vzájemné úcty zaujímá zvláštní místo v péči o nemocné (Zgola, 2003).

2.1.1 Důstojná péče o nemocného s demencí

Péče o pacienta s demencí je náročná a mohli bychom říci, že je to „běh na dlouhou trať“, při kterém budou občas docházet potřebné síly (Holmerová, 2003). Na začátku onemocnění člena rodiny demencí mu mohou příbuzní poskytovat potřebnou péči v domácím prostředí. Je to ta nejlepší varianta, protože nemocný zůstává ve svém přirozeném prostředí a mezi svými nejbližšími. Čím více však demence u nemocného postupuje, tím více se stává téměř nebo zcela odkázaným

na pomoc druhé osoby. Pro jeho příbuzné, kteří o nemocného dosud pečovali, se péče o něj stává náročnou a někdy nevladatelnou. Postupně sami přicházejí k rozhodnutí, že jsou pro svého blízkého nuceni hledat vhodné institucionální zařízení, které zajišťuje péči o takto nemocné lidi. Příbuzným samozřejmě záleží na tom, aby se jejich blízký nemocný dostal do těch nejlepších rukou.

Institucionální péče by měla být co nejvíce individuální, respektující potřeby pacienta, jeho kvalitu života a důstojnost. Měla by podporovat jeho soběstačnost i dosavadní zvyky, vést jej k určitým aktivitám a k dennímu režimu (Jirák a kol., 2009).

Je známo, že péče o pacienta s demencí bývá náročná jak po fyzické, tak i po psychické stránce a vyžaduje od pečujících mnoho úsilí, trpělivosti a empatie. Ošetřující personál by péči neměl nijak podceňovat, protože je důležitou součástí léčby demence a může přispět rovněž ke zmírnění průběhu onemocnění. Právě kvalitní péčí totiž pomůžeme nemocnému prožít tuto část jeho života plnohodnotně a neubírat mu na jeho důstojnosti. Neměli bychom zapomínat, že člověk s demencí, i když je dezorientován, hodně zapomíná nebo ztrácí základní schopnosti, nepřestává být lidskou bytostí, která cítí a vnímá.

Pro člověka trpícího demencí je naprosto důležité, aby cítil, že může lidem ve své blízkosti důvěřovat a že to s ním myslí dobře (Buijssen, 2006).

„To nejdůležitější sdělení o demenci je, že žádná nemoc ani postižení - včetně demence - nikterak nesnižuje cenu a hodnotu lidského života, jeho jedinečnost, vzácnost a neopakovatelnost. Nesmí tedy nikdy vést k degradaci lidské důstojnosti či porušování práv a svobod člověka. Stárí je vyvrcholením lidského života, etapou, která má svůj nezaměnitelný význam.“ (Hajdovská Tlustá, 2006).

Pro kvalitní odbornou péči o pacienta s demencí potřebuje mít ošetřující personál dostatek informací o nemocném. Nestačí znát jenom jeho osobní data, ale i jeho zvyklosti, rituály, oblíbená jídla a další informace, které mohou ulehčit péči o nemocného s demencí, ale zároveň podpořit jeho sebevědomí. Důležité jsou i informace o minulosti nemocného, které mohou personálu pomoci pochopit jeho chování a reakce. Je tedy zcela zřejmá potřeba spolupráce ošetřovatelského personálu s rodinou a známými nemocného, od kterých lze informace získat.

Získáváním zkušeností v péči o nemocného je pak potřebná vzájemná spolupráce ošetrovatelského týmu. Předávání informací může pomoci předejít agresi, úzkosti, bloudění nebo strachu u pacienta (Zgola, 2003).

Pacienti s rozvinutou formou demence se již o sebe nedokáží postarat. Špatně se vyjadřují a žijí ve „svém světě“. Přesto všechno jsou velmi vnímaví na vzhled prostředí, ve kterém žijí, umí se radovat z jednoduchých činností, někteří rádi poslouchají hudbu nebo se těší z dobrého jídla. Je velkým omylem myslet si, že tito lidé „již nic nepotřebují“ a proto mohou být ponecháni, aby nečinně trávili den. Potřebují laskavé, vlídné, bezpečné prostředí a dostatek přiměřených podnětů. Důležitou součástí péče o nemocné s demencí je vyplnění dne vhodnými činnostmi, které jim dodají sebedůvěru a usměrní jejich pozornost. Ošetřující personál by měl procvičovat a posilovat jejich zachované činnosti (Holmerová, 2003).

Holmerová (2007) v jiné publikaci uvádí, že ke kvalitní péči, která podpoří důstojnost pacienta s demencí, patří také:

- **ocenění**, při kterém pacient pocítí svou vlastní hodnotu; lidé s demencí totiž velmi dobře vnímají, že je k nim přistupováno tak, jako když byli ještě zdraví;
- **zdvořilost**, která nepoukazuje na nedostatky nemocného, aby se dotyčný necítil zahanbeně a navíc by to mohlo přispět k jeho agresivnímu chování; naopak je zapotřebí, aby měl pečující personál k pacientovi klidný a trpělivý přístup;
- **paměť** – k zachování paměti pacienta pomáhá stabilita, pravidelnost a opakované pracovní postupy; ošetřující personál by měl úkony týkající se péče o pacienta vykonávat shodně a přitom s individuálním přístupem; může využít i celou řadu pomůcek pro podporu paměti a zlepšení orientace v realitě, např. označení dveří štítky, nástěnky, nápisy, kalendář s uvedením aktuálního dne, data a roku, apod.;
- **podpora sociálních kontaktů** – vztahů a kontaktů s okolím v rámci sociální sítě (návštěvy, písemný kontakt, telefonický kontakt);
- **podpora soběstačnosti pacienta** hraje velmi důležitou roli nejen pro usnadnění péče o nemocného, ale zvláště pro zachování jeho sebevědomí a zmírnění jeho úzkosti;

- **podpora důstojnosti a úcty** – nemocný s demencí ztrácí během nemoci určité schopnosti, ale naopak velmi dobře vnímá, jak k němu ošetřující personál přistupuje; dokáže reagovat na jeho náladu a postoje, ať už jsou vyjádřeny verbálně či nonverbálně;
- **ukládání jednoduchých úkolů** – schopnost nemocného s demencí přijímat a zpracovávat podněty a informace je velmi omezená; je důležité, aby byla aktivizace stále jednodušší a doba požadovaného soustředění stále kratší;
- **zajištění bezpečnosti** – postupná ztráta paměti a snížená schopnost bezpečného pohybu zvyšuje riziko zranění nemocného; z tohoto důvodu je nutné přizpůsobit prostředí, ve kterém se nemocný pohybuje (zabezpečit vstup na schodiště, odstranit pro něj nebezpečné předměty, apod.); naopak je dobré vytvořit příjemné prostředí, aby se v něm nemocný dobře cítil.

Pokud chceme, aby ošetřující personál zmíněné činnosti uváděl do praxe, potřebuje k tomu mít dostatek času. Jeho nedostatek je ale palčivým problémem, se kterým se často potýkáme v péči o lidi s demencí. Killick a Allan (2001) ve své knize rovněž uvádějí, že nedostatek času pro péči o nemocné je vždy první odpovědí pečujícího personálu, který je povzbuzen k větší snaze o zlepšení komunikace s lidmi s demencí. Péče o tyto nemocné vyžaduje trpělivý přístup ošetřovatelského personálu a přizpůsobení se jejich tempu, které je mnohem pomalejší než tempo pečujících. Právě nedostatek času, způsobený často nedostatkem pečujícího personálu, je příčinou toho, že ošetřující osoba pospíchá a vykonává dokonce za nemocného i ty úkony, které je schopen ještě sám zvládnout – pokud by mu byl poskytnut dostatečný čas. Důsledkem toho pak bývá nervozita při poskytování péče – a to jak ze strany pečujícího, tak i nemocného - na kterou nemocný reaguje agresí a vzpíráním se. Jak již bylo výše zmíněno, nemocný s demencí velmi dobře vycítí vnitřní rozpoložení pečujících. A tak nakonec úkony péče trvají déle, než by si personál přál.

Institucionální zařízení potřebují k zajištění dostatečně kvalitní a kvalifikované péče dostatek personálu. Vzhledem k nedostatku financí na provoz a mzdy v těchto zařízeních dochází k tomu, že nemají dostatek zaměstnanců, a to se pak odráží v péči o nemocné, zvláště o nemocné s demencí.

Péče je poskytována v nepoměru počtu personálu na počet nemocných. Důsledkem toho se z péče může pomalu vytrácet láska, úcta, ohleduplnost a nastupuje rutina s nervozitou a podrážděností pečující osoby.

Modlitba jedné zdravotní sestry: „*Můj Bože, dej, ať dokážu vnímat utajenou bolest těch, o které pečuji. Dej, ať ji dokážu vnímat dřív, než ji dají najevo. Dej, ať dokážu prostě přijímat jejich lásku, abych ti ji mohla obětovat. Dej, abych na sebe přejala jejich nenávist, násilí a utrpení, abych je mohla od nich osvobodit. Prosím, Pane, dej, ať dokážu být pozorná, trpělivá a silná. Dej, ať jsem před svými nemocnými klidná jako hluboké jezero, v němž mohou vnímat svůj obraz. Ale především mi, Pane, dej tvou něžnou tvář, která je tu pro ty nejchudší, roztřesené, osamocené, utrápené, aby poznali něčí láskyplnou přítomnost a s nadšením zjistili, že tvá tvář je tváří lásky.*“ (Gilbert, 2010, s. 38)

Ošetřující personál se v péči o nemocné s demencí musí vypořádat i s emočními změnami a problémovým chováním nemocných, které demenci doprovázejí. Abychom jim mohli účinně pomoci a mohli řešit problematické chování, musíme se umět do druhého člověka vžít a představit si sami sebe v jeho situaci (Buijssen, 2006).

Buijssen (2006) se ve své publikaci podrobně zabývá emočními změnami a problémovým chováním pacienta s demencí. Vzpomeňme alespoň některé, se kterými se ošetřující personál nejčastěji setkává při péči o nemocného:

Agresivita – je to normální lidská reakce na složitou situaci nebo na zármutek, stud. Cítíme zlost, když se nám zdá, že se vše obrací proti nám. Lidé s demencí už neumí využívat své intelektové schopnosti, aby porozuměli záměrům druhých a správně zhodnotili situaci. Spustit agresi mohou různé jevy jako např. autoritativní nebo povýšenecký způsob řeči, náznak podrážděnosti v hlase pečovatele a jiné. Na pečujícím personálu je, aby byl všímavý a uměl rozpoznat, co u konkrétního nemocného vyvolává agresi, snažil se předcházet těmto situacím a neřešil je předepsáním sedativ.

Deprese – je výrazem bezmocnosti a úzkosti. Projevy deprese jsou nejvážnější ve chvílích, kdy si nemocní s demencí uvědomují svůj stav. Pokus odvést jejich pozornost má většinou opačný účinek. Pacient může cítit, že ho

nebereme vážně a jeho zoufalství se tím jen prohloubí. V těchto situacích jsou nejúčinnější projevy pochopení a empatie. Častokrát projev deprese oslabí to, že s nemocným někdo promluví, naslouchá mu. Nemocnému to pak dává pocit jeho důležitosti. Velkou sílu má i smích. Někteří lidé s demencí se rozzáří, když je pozdravíte s úsměvem.

Toulání – někteří nemocní s demencí nedokáží dlouho klidně sedět, a proto se „vydávají“ na procházky. V některých případech to bývá odrazem jejich předešlého života, kdy trávili většinu dne na nohou, nebo to souvisí s fyzickým neklidem způsobeným bolestí nebo zácpou. Velmi důležité je pro pečující personál najít příčinu toulání a podle ní uzpůsobit svůj přístup k nemocnému s demencí. Není dobré se ho snažit násilím zastavit. Vyvolalo by to v něm vztek, agresi a rovněž by tím pečující mohl narušit vzájemnou důvěru.

Noční neklid – příčin nočního neklidu je mnoho, např. neschopnost absorbovat dojmy a informace, v noci vyplouvají napovrch bolestné emoce, myšlenky. Další příčinou může být i to, že lidé s demencí chodí brzo spát nebo přes den hodně spávají. Tento problém není jednoduché řešit a vyžaduje od pečujícího personálu trpělivost. Asi nejvhodnější reakcí personálu je, aby zůstal klidný a nepřenášel případnou nervozitu na pacienta. Protože jinak se situace ještě více zkomplikuje. Právě tyto emoční změny u nemocného s demencí a jeho problémové chování představují pro pečující osoby velký stres.

Dříve než ošetřující personál společně navrhne řešení problémového chování u nemocného s demencí, musí dobře znát situaci, získat fakta. Jinak je jeho snaha změnit chování nemocného neúčinná až škodlivá. Navíc - popře tím i individualitu jeho osoby. Cílem péče o osoby s demencí není vychovávat je a chtít od nich, aby se chovali podle principů svých pečovatелů. Cílem je dovolit jim, aby byli sami sebou a vytvořit podmínky, kde by mohli využít a uplatnit své ještě zachované schopnosti. Nemocní s demencí jsou individuálními bytostmi, které reagují různě na věci a události kolem sebe (Zgola, 2003). Důležité je přijmout pacienta s demencí takového, jaký je - na takové úrovni, na které se právě nachází, a umět se mu přizpůsobit. On už nedokáže jednat a chovat se jako zdravý (Holmerová a kol., 2007).

„Je důležité mít na paměti, že osoba s demencí navzdory nemoci je stále jedinečná a cenná lidská bytost.“ (Holmerová a kol., 2007, s. 61).

Jak jsme se již zmínili v první kapitole, onemocnění demencí probíhá ve čtyřech fázích. Ve všech fázích onemocnění je zapotřebí dbát na zachování důstojnosti a respektování práv nemocného.

- Neodmyslitelnou součástí důstojnosti je i vhodné oslovování nemocného „pane, paní“, jeho titulem, nebo jak si to nemocný přeje. Nikdy však nesmíme nemocného nazývat nějakým ponižujícím oslovením. Pacienti s demencí vnímají a potřebují slyšet lidský hlas, i když máme pocit, že komunikace s nimi není smysluplná (Kalvach a kol., 2011).
- K podpoře důstojnosti nemocných patří i přiměřené oblékání. Není vhodné, aby celý den byli oblečeni do nemocničních „andílků“. To je vhodné ve vážném nebo terminálním stavu nemocného. Je zapotřebí rozlišovat noční a denní oblečení. Nemocný by mohl být oblečen do pohodlného oblečení, na které byl zvyklý z domova (Kalvach a kol., 2011).
- Nezapomínejme ani na úpravu vlasů nemocného – dodává mu sebevědomí a je vyjádřením jeho hodnoty (Kalvach a kol., 2011).
- K důstojnému prožívání jeho nemoci patří i vzhled prostoru, ve kterém se nemocný pohybuje a tráví čas. Každý drobný doplněk, např. květina, obraz, lampa, fotografie, apod., vyjadřuje individualitu toho, kdo v prostředí žije.

Specifickým obdobím života nemocného s demencí je jeho terminální fáze. Vyžaduje zejména empatickou a laskavou ošetrovatelskou péči, protože aktivizační a stimulační metody nemají již pro pacienta význam. V této fázi je zapotřebí zaměřit se na zajištění komfortu a pohodlí, uspokojení základních životních potřeb jako je osobní hygiena, příjem stravy, vyprazdňování, apod. Je vhodné respektovat jakkoli vyjádřené přání nemocného – např. když odmítá příjem stravy. Je to způsob, jak se nemocný s pokročilou demencí snaží ještě vyjádřit svou vůli. Pacient v terminální fázi už netoleruje vysazování do křesla, proto je potřebné zabezpečit mu určitý komfort při polohování na lůžku a je

zapotřebí umístit do lůžka nemocného antidekubitní matraci, aby nedošlo ke vzniku dekubitů a tím diskomfortu a bolestem. V posledních dnech života přestává nemocný přijímat tekutiny, případně je přijímá jen v malé míře. Rovněž přestává přijímat i kašovitou nebo tekutou stravu. Můžeme se setkat s tím, že se personál domnívá, že dostatečná výživa je nezbytnou součástí kvalitní péče. Přesto se nedoporučuje aplikace umělé výživy jak sondou tak PEGem a ani intravenózní aplikace tekutin pacientovi s demencí, který se nachází v terminální fázi. Důvodem je, že mu tyto metody nepřinášejí žádný prospěch, jenom zhoršují jeho diskomfort (Jiráková a kol., 2009).

Nemocní v terminální fázi mohou mít bolesti a řadu jiných obtíží, které však nedokáží vyjádřit. Významnou roli má zde ošetřující personál, který by měl porozumět projevům bolesti u nemocného a jiným jeho „negativním“ příznakům a rovněž vnímal náznaky komunikace, která ještě existuje (Jiráková a kol., 2009).

Je vhodné, aby personál i v tomto stádiu nemoci čerpal z dosavadních zkušeností péče o nemocného a zároveň ze zkušeností rodiny a známých. Důležité jsou informace typu – co dělalo nemocnému radost, a naopak – co neměl rád, jak reagoval v určitých situacích...

Nemocný nepřestává být lidskou bytostí ani ve fázi umírání a smrti. Někteří umírající bývají neklidní, nepokojní. Nedokážou už sice vyjádřit slovně své pocity, uvnitř však mohou bojovat se strachem, úzkostí, nepokojem. Je to přirozené, uvědomují si blízkost smrti, blízkost přechodu ze světa do věčnosti. Ve fázi umírání nemocného je vhodné uzpůsobit prostředí v okolí lůžka tak, aby byl umožněn volný přístup k nemocnému. Důležité je také informovat příbuzné a známé, že se nemocný nachází ve fázi umírání. Přitom se však musí respektovat přání nemocného, případně vycházet z jeho vyjádření z doby, kdy byl schopen se sám rozhodnout.

Od ošetřujícího personálu se vyžaduje, aby vytvořil pokojné a důstojné prostředí, umožnil příbuzným strávit tyto poslední chvíle v blízkosti umírajícího nebo ho sám doprovázel, byl přítomen a neponechal ho v těchto chvílích samotného.

„Nikdy bychom neměli připustit, že demence je ztrátou duše, ztrátou lidství nebo ztrátou důstojnosti. Není tomu tak. I lidé v terminálních fázích demence mají své prožitky, jen nám je nedokáží sdělit.“ (Jirák a kol., 2009, s. 133).

3. Kazuistika

3.1 Anamnéza

Jméno: J. K.

Věk: 90 let

Bydliště: Středočeský kraj

Stav: vdovec

3.1.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza:

operace hyperplazie prostaty (2004)

operace šedého zákalu (2009)

chronická ischemická choroba srdce

artróza nosných kloubů

nedoslýchavost

inkontinence III. stupně

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 74 letech pravděpodobně na stáří.

Matka zemřela v 81 letech rovněž na stáří.

Děti (tři): zdravé. V rodině se nikdy nevyskytly poruchy paměti.

Farmakologická anamnéza:

Digoxin 0,125mg 1-0-0 (po – pá)

Moduretic ½-0-0

Mirtazapin 30mg 0-0-1

Alergická anamnéza:

neguje

Abusus:

neguje

Pracovní anamnéza:

Nyní důchodce. Dříve byl učitelem na prvním a druhém stupni základní školy. Po maturitě absolvoval učitelskou akademii. Po odchodu do důchodu pracoval ještě několik let, nejprve v naftových dolech, později v drůbežářství.

Sociální anamnéza:

Když pan J. K. v roce 2000 ovdověl, ujala se ho dcera se svou rodinou. Od roku 2005 se mu začala zhoršovat paměť a v roce 2007 u něho byla diagnostikována Alzheimerova demence. I když rodinné zázemí bylo velmi dobré, péče byla stále náročnější. Do roku 2012 pomáhal v péči o nemocného denní stacionář, kam byl pan J. K. v pracovní dny umisťován. Když se jeho pobyt ve stacionáři stal neúnosným kvůli zhoršení stavu, musela mu dcera věnovat všechny čas. To nebylo dlouhodobě možné. V roce 2013 se rodina pokusila umístit otce na geriatrické oddělení. Pan J. K. zde byl jen asi sedm týdnů, protože personál nezvládal jeho noční bloudění a neklid. I když se dcera s podporou své rodiny starala o svého otce vzorným způsobem, stav pana J. K. byl již natolik pokročilý, že nebylo v jejích silách zajistit dostatečnou péči a bezpečí v domácím prostředí. Proto se v roce 2014 dcera pana J. K., již velmi vyčerpaná péčí o tatínka, obrátila na Charitní domov (dále CHD) s prosbou o přijetí otce k pobytu. Žádosti bylo vyhověno, i když CHD neměl ještě s péčí o nemocné s Alzheimerovou demencí zkušenosti ani přesnější představu o tom, co tato péče bude vyžadovat.

Nynější onemocnění:

Alzheimerova choroba s pozdním začátkem. Diagnostikována byla v roce 2007, na základě testů, které prokázaly kognitivní deficit a narušení aktivit denního života, a na základě příslušných vyšetření (MR mozku prokázalo výraznou hipokampální atrofii bez cévních ložisek, vyšetření likvoru bylo negativní).

Nemoc je již v pokročilejším stádiu. MMSE pokleslo na 9 bodů. Pacient dezorientovaný místem, časem, osobou, nespolupracuje a nemluví.

Fyziologické funkce:

P: 70/min TK: 120/75 mm/Hg D: 18/min SpO₂: 94% TT: 36,5 °C

Váha: 79kg

Výška: 172cm

BMI: 26,7

3.1.2 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza byla odebrána v první den pobytu pana J. K. v našem domově. Pro sběr informací o pacientovi v oblasti ošetřovatelské anamnézy a posouzení stavu nemocného byl použit formulář 3. LF UK, který vychází z modelu Majory Gordon. Z hlediska zaměření práce je podstatnější část informací týkajících se chování klienta zpracována na základě rozhovoru s dcerou, která o svého tatínka dosud pečovala. Obsahuje cenné informace o schopnostech a zvyklostech pana J. K. i o způsobu komunikace a jednání jeho dcery s ním. Proto tato anamnéza bude základním opěrným bodem v nastavení ošetřovatelské péče o pana J. K., jejímž cílem bude především dosáhnout toho, aby se pan J. K. cítil v bezpečí, přijatý, klidný a aby byly uspokojovány jeho fyzické, psychické i duchovní potřeby a přání.

Paměť:

Od roku 2005 se panu J. K. pozvolna zhoršovala paměť. Dokud se mu pouze zhoršovala krátkodobá paměť, dcera ještě nepomýšlela na demenci, přisuzovala to přirozenému projevu stáří. Dlouhodobou paměť měl její otec stále velmi dobrou, dokázal vyprávět o událostech ze svého mládí velmi podrobně a barvitě. Problémy začaly, když zapomínal i na jednoduché úkoly, které dříve plnil bez problémů nebo když na procházce ve známém prostředí najednou

netrefil domů, začal být dezorientovaný v místě a čase, stále více pasivní a podezřívavý. V tomto stavu (v roce 2007) s ním dcera navštívila neurologickou ambulanci, kde mu byla diagnostikovaná Alzheimerova choroba. Paměť se nadále postupně zhoršovala. V roce 2010 začal být pan J. K. dezorientován místně i v domácím prostředí a časová dezorientace začala být prakticky téměř kontinuální. Zároveň se začala projevovat i dezorientace situací.

Soběstačnost pacienta:

Soběstačnost nemocného v základních úkonech sebeobsluhy (hygiena, jídlo, oblékání) se postupně zhoršovala. Zatímco v roce 2007 stačil jen dohled a někdy malá nápověda, o dva roky později již potřeboval při oblékání a hygieně pomoc doprovázenou slovní instrukcí. Nemocný začal trpět inkontinencí a výměnu inkontinentních kalhotek nezvládal. Od roku 2011 nebyl samostatný ani v jídle. I když měl stravu před sebou na stole, začal jíst, až když ho dcera k jídlu vyzvala. Později mu musela dávat i lžičku do ruky, aby pochopil, co má dělat. Bez této pomoci se nenajedl, a to i přesto, že chuť k jídlu měl dobrou. Podobně bylo nutné dohlížet a pomáhat mu, aby dodržoval pitný režim. V posledních letech domácího pobytu byla zvláště hygienická péče náročná, protože nemocný při ní někdy nechtěl spolupracovat a protože často v dezorientaci svlékal inkontinentní kalhotky, znečišťoval sebe i podlahu.

Pohyblivost:

Nemocný zpočátku chodil bez obtíží, ale kvůli dezorientaci potřeboval mimo domov neustálý doprovod a dohled. Od roku 2011 začal chodit o jedné vycházkové holi. Chůze se poněkud zhoršovala, stávala se pomalejší, šouravější, nejistější, o širší bázi, narůstalo riziko pádu.

Spánek:

Brzy po diagnostice nemoci se začaly objevovat poruchy spánku. Pan J. K. míval často převrácený cyklus bdění a spaní, takže ve dne pospával, naopak v noci se probouzel a často býval nečekaně aktivní. V těchto situacích se oblékl sám a bez instrukcí, ale s přeházenými vrstvami jednotlivých částí oděvu a zcela

neadekvátně ročnímu období a venkovní teplotě. V noci také často bloudil po bytě a byla ohrožena jeho bezpečnost, i když vchodové dveře bytu byly zajištěny. Postupem času musela být zajištěna i okna a zejména balkón. V posledním roce nabyly stavy noční dezorientace spojené s halucinacemi na intenzitě. Dcera ho jednou v noci našla stát na stole, jindy vylezl dokonce na okno. Jiné noci přestěhoval kusy nábytku z pokoje na balkón, jindy byl přistižen, jak chce zapalovat svíčky. Jeho noční výstupy začaly být nebezpečné a nemocný potřeboval nepřetržitý dozor.

Aktivity:

Nemocný rád dceři pomáhal a byl něčím zaměstnán, ale jak jeho nemoc postupovala, nebyl schopen zvládat složitější úkoly. Ty v něm vyvolávaly naopak stres a nervozitu. Chtěla-li její dcera zapojit do nějaké činnosti, musela postupovat po krocích jednoduchých úkonů a velmi srozumitelně mu sdělovat, co právě budou dělat – s názorným předvedením. Ve stacionáři, kam do roku 2011 docházel, byl zpočátku aktivní, účastnil se společných činností (např. pletl košíky, tkal), ale později byl stále pasivnější nebo svými svévolnými činnostmi narušoval chod stacionáře (např. začal tam přemisťovat nábytek a nebyl k uhlídání). V poslední době byl schopen jen velmi jednoduchých činností, vždy za pomoci a podpory dcery, a udržel pozornost jen krátkou dobu.

Komunikace:

Úbytek kognitivních funkcí se samozřejmě odrazil i v komunikaci. Nejen v tom, že pan J. K. mluvil stále méně a ve stále jednodušších větách či slovních spojeních, ale i v tom, že nedokázal vhodná slova najít. Neporozumění ze strany dcery vyvolávalo jeho zlostné výbuchy. Vázlo i porozumění řeči. Dcera vyzpozovala, že je nutné mluvit na otce ve velmi jednoduchých větách a popisovat to, co právě dělají a budou dělat. Také mu musela ponechat čas, aby danou informaci stačil přijmout a zpracovat. Postupem času pan J. K. stále méně komunikoval verbálně, proto se dcera musela naučit „vyčíst“ jeho potřeby z jeho neverbálních projevů. Zjistila, že dobře reaguje na úsměv nebo pohlazení po

hřbetu jeho ruky. Citlivě reagoval také na tón hlasu, jakým se na něho mluvilo, i když porozumění obsahu řeči bylo porušeno.

Psychický stav:

Počáteční stádium nemoci bylo pro pana J. K. velmi náročné, neboť si, alespoň někdy, uvědomoval změnu svého stavu a úbytek svých schopností. Reagoval na to zlostnou netrpělivostí nebo sklíčeností. Bylo nutno nasadit antidepresivum, které mu částečně pomohlo. S postupem nemoci už ke stavům smutku nedocházelo, ale pan J. K. byl stále velmi citlivý na přístup k jeho osobě. Dokázal dobře rozpoznat rozpoložení osob, které ho obklopovaly a pokud jejich vnitřní stav byl napjatý, netrpělivý apod., přenášelo se to na pana J. K. Byl klidnější, když cítil přijetí, láskyplnou blízkost, bezpečí. Také potřeboval stále znovu motivovat a podporovat pochvalou.

3.2 Průběh pobytu pana J. K. v domově pro seniory

3.2.1 Charakteristika Charitního domova

Charitní domov je domovem pro seniory. Patří mezi pobytové sociální služby. Kapacita domova je 31 obyvatel. Sídlí v rozsáhlé budově obklopené zahradou, postavené koncem 17. století. Nebyl to objekt, který byl postaven pro péči o nemocné či seniory. Až za totality, když se budovy zmocnil stát, byl v objektu zřízen „Domov důchodců“. Po roce 1990 byl vrácen katolické církvi, znovu renovován a od roku 1994 slouží jako charitní domov především pro staré a nemohoucí kněze, rodiče či nejbližší příbuzné kněží, řeholníků a dále i pro osoby, které pracovaly ve službách církve. Dále podle možností nabízí pobyt i dalším seniorům, kteří chtějí žít v prostředí, které jim umožní naplňovat i duchovní potřeby (možnost pobývat a modlit se v kapli, denní možnost bohoslužeb, denní dostupnost kněžské služby).

Pokoje klientů jsou umístěny ve dvou podlažích, polovina je jednolůžkových, polovina dvoulůžkových. V přízemí jsou především pokoje chodících a soběstačnějších klientů, v druhém podlaží jsou převážně méně pohybliví či zcela imobilní klienti. Každý klient má na pokoji k dispozici lůžko (v naprosté většině polohovací) dle potřeby s hrazdičkou a antidekubitní matrací, dále noční stolek, křeslo (také většinou polohovací a na kolečkách, k němuž se dá připevnit deska sloužící jako jídelní stolek), dle potřeby pokojové klozetové křeslo, dále skříň na šaty, osobní věci a hygienické pomůcky a potřeby. Lůžko je vybaveno dle potřeby pomůckami, které pomáhají předcházet vzniku dekubitů, usnadňují polohování a slouží také k bazální stimulaci. I nepohybliví klienti jsou oblékáni a vysazováni do křesel, v případě nutnosti mechanickým zvedákem. Ten také pomáhá k přesunu nepohyblivých klientů do vany.

Stravovat se mohou klienti buď na pokoji, nebo v jídelně v prvním podlaží. I když klient nemá na pokoji vlastní nábytek, může mít na pokoji vlastní televizi a řadu drobností (fotografie, obrázky, sošky, ozdoby), což napomáhá k tomu, aby se cítil co nejvíce jako doma. Na každém dvoulůžkovém pokoji je paraván, který slouží k přepažení pokoje a k zajištění intimity při hygienických úkonech prováděných na pokoji.

Obě podlaží tvoří jeden celek, to znamená, že jeden pracovní kolektiv má na starosti obě podlaží. Signalizační zařízení je konstruováno tak, že jakmile klient odkudkoli zazvoní, zvukový i optický signál je možné zaznamenat nejen v ošetřovně a na chodbách, ale také tlumeně v jakémkoli jiném pokoji, kde se personál právě nachází a má zapnuté tlačítko, které tento signál přenáší. Tak je zajištěno, že sestra nebo pracovník v sociálních službách může reagovat na zvonění od jakéhokoli klienta, bez ohledu na to, kde se nachází.

V přímé péči o klienty slouží sestry a pracovníce v sociálních službách (dále ošetřovatelky). Sestra koná službu od 7 do 19 hod. V 6 hod. nastupuje jedna ošetřovatelka na ranní službu, která trvá od 6 do 12 hod. V 7 hod. noční služba předává hlášení nastupující sestře a dvěma dalším ošetřovatelkám, které mají službu od 7 do 19 hod. Noční službu vykonává pouze jedna zdravotní sestra nebo jedna ošetřovatelka (v tom případě je jedna ze zdravotních sester bydlících v domě dostupná na telefonu, aby v případě nutnosti mohla přijít na oddělení).

V domově není 24 hodinová lékařská služba. Lékař navštěvuje obyvatele pravidelně jednou za 2 týdny. V případě zhoršení zdravotní sestra konzultuje zdravotní stav s lékařem telefonicky, v akutních stavech se volá RZP. CHD pravidelně navštěvuje i psychiatr a urolog.

Do týmu pečujícího o klienty patří také sociální pracovnice, která ve spolupráci s celým týmem nabízí klientům různé aktivizační činnosti. Podobnou službu provádějí i dobrovolníci, kteří do CHD docházejí ve svém volném čase. V CHD jsou návštěvy prakticky neomezené, i když optimální doba je od 9 do 18 hod., ale ve skutečnosti se snažíme přizpůsobit se potřebám a zdravotnímu stavu klienta. Návštěvy mají možnost v areálu CHD i přespat, chtějí-li prožít se svým blízkým delší čas. Přednostně je tato možnost nabízena příbuzným klientů, kteří umírají.

Skutečnost, že CHD je pobytovým zařízením a že každý z klientů zde pobývá měsíce i roky, je možné vytvářet autentické vztahy mezi pracovníky CHD, klienty i těmi, kdo je navštěvují, což přispívá k „rodinné“ atmosféře domova.

3.2.2 První den pobytu – příjem

Pan J. K. přichází do našeho domova v doprovodu dcery. Při příchodu se jich ujímá vedoucí domova, která je seznámí s chodem domova a ošetřujícím personálem. Pana J. K. si pak převezme službukonající sestra. Ukáže jim pokoj, kde bude zájemce o pobyt bydlet. Pokoj je připraven a uzpůsoben potřebám nemocného, o nichž jsme se dozvěděli díky předem zasláným informacím o jeho zdravotním stavu. Panu J. K. je nabídnut dvojlůžkový pokoj, umístěný naproti ošetřovně, vybavený polohovacím lůžkem se signalizačním zařízením, nočním stolem, jídelním stolem, polohovacím křeslem, dvěma skříněmi a zástěnou pro zajištění soukromí a intimity. Na dveřích pokoje je nalepen štítek se jménem obyvatele a obrázek Pražského Jezulátka, aby se pan J. K. lépe orientoval.

Službukonající sestra sepíše za velké pomoci dcery nemocného jeho ošetřovatelskou anamnézu, převezme od ní léky a ponechá dceři dostatek času na

vybalení všech věcí tatínka. Dcera se snaží vytvořit tatínkovi na pokoji rodinné prostředí, aby se v něm dobře cítil. Její přítomnost je přínosem pro ošetřující personál, kterému sděluje důležité informace o zvycích, rituálech, zálibách a dosud zachovaných schopnostech tatínka. Rovněž upozorňuje na jeho dezorientaci, časté noční stěhování a bloudění. Dcera zůstává s tatínkem celý den a doprovází ho na společný program. Večer rovněž pomáhá s večerní hygienou.

Pan J. K. velmi pozitivně reaguje na přítomnost řádových sester na oddělení. Je věřící, a proto mu vyhovuje duchovní program v domově, kterého se účastnil hned první den.

3.2.3 Druhý den pobytu

Pan J. K. spal klidně celou noc. Ráno jsem šla do jeho pokoje, abych mu pomohla s ranní hygienou. Pan J. K. seděl vystrašeně v rohu postele. Vypadal jako ztracené dítě, které neví, kde je a co se s ním bude dít. Pozdravila jsem ho, informovala jsem jej, kdo jsem a proč jsem přišla. Strach z něho postupně opadával. Pomohla jsem mu vstát z postele a spolu jsme provedli ranní hygienu. Postupně jsem mu říkala, co bude následovat, podala jsem mu umyvadlo s vodou, žínku. Gesta jsem doprovázela slovy a panu J. K. jsem napovídala, co má v daném okamžiku dělat. Dokázal si umýt obličej, horní polovinu těla a pak se utřít. Záda jsem mu umyla já. Pomohla jsem mu obléknout tílko a košili a dál jsem pokračovala v hygieně dolní poloviny těla. Zalepila jsem inkontinentní pomůcku, oblékla ponožky, tepláky a nasadila bačkory. Pan J. K. snídal na pokoji. Bylo mu opět zapotřebí sdělit, co má nyní dělat, protože jinak by jen seděl a nečinně se díval na jídlo. Sestra mu pak podala ranní léky. Dopoledne trávil den na pokoji, seděl v křesle a pospával. Před obědem přišla jeho dcera, které udělalo radost, když viděla tatínka upraveného a spokojeného. Strávila s ním zbytek dne. Doprovázela jej jako v předchozí den na společný program a na mši svatou.

Večerní hygienu zvládl pan J. K. za pomoci sestry. Kolem 19.00 hod byl uložen k spánku. V noci spal přerušovaně, bloudil po pokoji.

3.2.4 Období adaptace

Pan J. K. postupně poznává nové prostředí a lidi kolem sebe. Komunikace s ním je obtížná, hledá slova, nedokáže vyjádřit myšlenku nebo jen přikývne na znamení, že rozumí. Situace, kterým nerozumí nebo když se nedokáže vyjádřit, v něm vyvolávají stres. Jinak je přátelsky laděný, na úsměv sestry reaguje úsměvem. Při ranní a večerní hygieně spolupracuje dle aktuálního stavu. Někdy je apatický

a výjimečně klade i odpor. Je schopen jíst sám, potřebuje však dohled, protože neví, co má s talířem před sebou dělat. Jídlo panu J. K. chutná a jí rád. Horší je to s příjmem tekutin. Je zapotřebí na něj dohlížet a neustále ho pobízet k tomu, aby se napil. Během dne vypije asi 900 ml tekutin.

Pravidelně se účastní mše svaté, která se koná v kapli domova v odpoledních hodinách. Do kaple dojde pouze v doprovodu sestry. Potřebuje doprovod i zpět z kaple. Pan J. K. se díky své nemoci nedokáže orientovat a najít svůj pokoj. Často zoufale čeká na chodbě a hledá někoho, kdo by mu pomohl, nebo vejde do cizího pokoje. Během dne je pan J. K. hodně pasivní a pospává. V noci se budí, toulá po oddělení, otevírá dveře pokojů jiných obyvatel, čímž je ruší a budí. Stává se, že se vzbudí a v nesprávném pořadí na sebe oblékne oblečení. Vícekrát se přihodilo, že si pan J. K. v noci sundal zalepovací plenu a vymočil se na podlahu. Pak noční sestru upozorňoval na „louži“ na podlaze. Neumí používat signalizační zařízení, které má u postele, aby si zavolal pomoc, když něco potřebuje. Péči o něj to značně komplikuje. Noční služby začínají být pro sestry dosti náročné. Sestra je neustále ve střehu, musí dávat pozor, aby si pan J. K. neublížil, a přitom se musí věnovat i ostatním obyvatelům, kteří potřebují pomoc. Někdy je dokonce nucena brát nemocného sebou všude tam, kam potřebuje jít, dokud se pan J. K. neunaví.

Mezi ošetřujícími personálem začíná vyvstávat otázka, zda patří nemocný s Alzheimerovou demencí do našeho domova a zda je pobyt u nás pro něho bezpečný. Někteří z nás ale nechtěli tak rychle vzdát snahu o něj pečovat, a kontaktovali jsme naši lékařku z oboru psychiatrie a požádali ji o pomoc. Panu J. K. byla naordinována nová léčba: **Ebixa 1-0-0** a **Trittico 75mg 0-0-1/2**.

Zároveň se ošetřující personál domluvil, že se bude snažit nemocného více zaměstnávat, aby během dne nespál. Velmi užitečné byly informace o zájmech tatínka, které nám sdělila dcera. Pana J. K. dokáže zaujmout jednoduchá činnost, jako např. prohlížení starých fotografií z jeho života, poznávání předmětů z kartiček apod. Není schopen dlouho se koncentrovat, u činnosti vydrží jen krátkou dobu.

Po měsíci pobytu v domově lze u klienta pozorovat značné pokroky. Také personál si na průběh onemocnění pana J. K. zvyká. Snaží se být co nejvíce vnímavý k jeho náladám a potřebám a také vynalézavý, jak tyto potřeby uspokojovat. Členky ošetřujícího personálu si vzájemně postřehy předávají, aby si pomohly a sjednotily se v péči. Každý den se u nemocného provádí ranní i večerní hygiena ve stejnou dobu. V případě větší potřeby spánku se pan J. K. nebudí, ale umožní se mu spát delší dobu. Jinak by byl nervózní a odmítal spolupracovat. Častou příčinou nervozity a podrážděnosti jsou i problémy se zácpou, kterou se snažíme řešit větším příjmem vláknité stravy, tekutin, vysazováním nemocného na toaletní křeslo, popřípadě podáním laxativ. Pan J. K. je přes den více aktivní. Sestry ho zaměstnávají různou činností – skládáním ubrousků, prohlížením fotografií z minulosti. Zúčastňuje se i aktivit pořádaných v domově – cvičení, koncertů nebo tvořivých dílen. Pro jeho psychickou pohodu je důležité, aby se cítil být užitečným. Nemá rád samotu, a proto tráví volné chvíle na chodbě v křesle, kde sleduje dění kolem sebe, nebo i pospává s vědomím bezpečnosti. Dcera ho pravidelně navštěvuje. Chodí spolu na procházky do zahrady nebo do města. Pan J. K. používá při chůzi vycházkovou hůl. Panu J. K. byla znova upravena medikace. **Trittico 75mg** ošetřující lékařka zvýšila na 0-0-1, přidán **Geratam 1200mg** 1-1-0.

Noční neklid a toulání ještě přetrvává, ale už není v takové míře jako na začátku. Večer trvá delší dobu, než nemocný usne, bloudí po oddělení a někoho hledá. Někdy ho řádové sestry vezmou sebou do kaple na večerní modlitby. Tím umožní službukonajícím sestřím, aby se mohly věnovat ostatním klientům. Pan J. K. v kapli tiše sedí a poslouchá modlitbu, která je mu blízká. Poté, co ho sestra znovu uloží do postele, musí u něj chvíli zůstat a hladit ho po rameni. Nemocný pak pokojně usne.

3.2.5 Období ustálení

Zdravotní i psychický stav pana J. K. se ustálil. Spánek nemocného je lepší, probouzí se pouze asi 1 – 2 krát za noc. Noční neklid a toulání už není tak časté. Během péče o pana J. K. jsme zjistili, co ho dokáže zklidnit, když se v noci probudí – je potřeba ho přebalit do suché pleny, dát mu něco teplého k jídlu (většinou to s chutí sní a pak klidně usne) nebo jenom tiše sedět u jeho postele a hladit ho po rameni, dokud neusne. Přes den se účastní společného programu, duchovních aktivit. Má rád společnost. Spolu s dcerou podnikají vycházky na zahradu, nebo mimo domov. Zlepšila se i jeho komunikace. Nemocný řekne i celou větu, i když většinou nemá souvislost s realitou, vrací se do minulosti. Rád vzpomíná na období, když učil ve škole a velmi dobře reaguje na přítomnost dětí.

Ke stabilizaci pana J. K. ve značné míře pomohla stabilita a neměnnost denního režimu, stejně tak i provádění hygieny.

K původní medikaci mu byly naordinovány nové léky:

Cardilan 175mg ½-0-½ z důvodu chronické ischemické choroby srdce a **Furon 40mg** 1-0-0.

Po příchodu pana J. K. do domova jsou sice denní i noční služby náročnější, ale spokojenost na jeho tváři je pro nás odměnou. Svou přátelskou povahou si získal srdce každého z personálu. Po delší době pobytu nemocného v domově, si už ošetřující personál neklade otázku, zda pan J. K. patří nebo nepatří do našeho domova. Naopak, hledáme způsob, jak mu pomoci, aby v domově mohl se svou nemocí důstojně žít. Musíme si však připomínat, že máme před sebou dospělého člověka a podle toho se k němu chovat. Je zapotřebí nezapomínat na zdvořilost vůči němu, na jeho důstojnost, a nechovat se k němu jako k dítěti, i když nás občas jeho chování k tomu svádělo.

3.2.6 Období progresu nemoci

Alzheimerova demence u pana J. K. během dalších měsíců pokročila. Je více odkázán na pomoc ošetřujícího personálu. Nespolupracuje při provádění

hygieny. Ráno chce nemocný zůstat v posteli stále delší a delší dobu. Snížil se i jeho příjem stravy a tekutin. Nemocný často odmítá jíst, a když mu sestra chce pomoci při příjmu stravy, vyvolává to v něm agresi a vztek. Sestře nezbyvá nic jiného, než odejít z pokoje a po nějakém čase se o nakrmení znovu pokusit nebo respektovat vůli nemocného. Přesvědčování o opaku nemá smysl. Nemocný s demencí zůstává i přes své onemocnění jedincem, který má právo na rozhodování, co chce a nechce. Zdá se, že potřeba příjmu potravy už pro něj není tak důležitá. Podobně je to i s podáváním léků. Sestra je nucena několikrát odejít a pokus podat léky zopakovat později. Od personálu to vyžaduje hodně trpělivosti a pokojné jednání. V případě, že začne na nemocného naléhat a být nervózní, agrese a vzdor pana J. K. se začnou stupňovat. Naopak vlídným a trpělivým jednáním dosáhne sestra úspěchu. Péče o nemocného s Alzheimerovou demencí vyžaduje hodně energie, ale i fantazie, a to právě fantazie lásky.

Chůze nemocného je stále více nejistá. Neujde už tak velkou vzdálenost, proto ho dcera bere ven na procházky na invalidním vozíku. Během dne je pan J. K. pasivnější. Zúčastňuje se sice společného programu a aktivit, ale většinou na nich pospává. Při mši svaté, která trvá asi 45 minut ale zůstává bdělý a aktivně se účastní.

3.2.7 Období in finem

Toto období se v medicíně označuje jako terminální stav. Je to období umírání, kdy dochází k postupnému selhávání životních funkcí. Nemocný by neměl v této fázi zůstat sám, potřebuje lidský kontakt. Proto je důležitá přítomnost rodiny (Vytejková a kol., 2013).

Ke zhoršování zdravotního stavu a k úbytku sil docházelo u pana J. K. postupně, ale terminální stádium nastoupilo rychle a téměř nečekaně.

13. 6. 2015 – Dcera vzala pana J. K. domů na návštěvu. Většinu času stráveného doma prospal. Byl hodně spavý a apatický. Vrátili se večer kolem 21.

hodiny. Pan J. K. byl výrazně unavený. Dcera pomohla službukonající sestře tatínka umýt, převléknout a uložit do postele. Nemocný spal celou noc.

23. 6. 2015 – Dochází k výraznému zhoršení zdravotního stavu. Pan J. K. je při vědomí, slabý, celý den leží. Během dne bez zvýšené teploty. TT: 36,6°C TK: 130/65mm/Hg P: 80/min. O zhoršení stavu informována ošetřující lékařka.

Ranní a večerní hygiena prováděna na lůžku, do něhož byla vložena antidekubitní matrace. Nemocného je nutné pravidelně polohovat. Za celý den snědl 1 jogurt. Polední a večerní léky nelze podat. Tekutiny přijímá po malých dávkách. O stavu nemocného informována dcera a syn. Večer byla panu J. K. místním knězem udělena svátost pomazání nemocných.

24. 6. 2015 – Stav nezměněn. TT: 36,7°C TK: 120/65mm/Hg P: 70/min. Celý den nic nejedl. Tekutiny přijímá jen minimálně pomocí stříkačky. Léky nelze podat.

25. 6. 2015 - Pan J. K. těžko dýchá. TT: 36,7°C TK: 100/60mm/Hg P: 95/min. O aktuálním stavu nemocného zdravotní sestra informovala telefonicky ošetřujícího lékaře.

- V poledne tlak klesl na 80/50mm/Hg, přítomné Cheyneovo-Stokesovo dýchání s apnoickými pauzami, snížení periferního prokrvení akrálních částí, změna barvy kůže.

Přáním pana J. K. i jeho dcery bylo důstojně zemřít v kruhu svých blízkých. Součástí péče v domově je i doprovázení umírajícího. „*Vědět, že i umírající člověk je ve své nevléčitelnosti léčitelný: vždy mu lze pomáhat nejen v klidu umřít, nýbrž i dobře žít při umírání.*“ (Munzarová a kol., 2008, s. 48). V případě, že některý z našich klientů umírá, snažíme se ho na této cestě doprovázet. Jeho pokoj se tak stává středem naší pozornosti. Klienti domova umírají za přítomnosti řádových sester nebo obyvatel domova, kteří se u umírajícího střídají, společně se modlí a drží umírajícího za ruku. Tělu zesnulého je pak prokázána patřičná úcta. Ošetřující personál ho umyje a oblékne do oblečení, které si přál nemocný nebo jeho příbuzní na poslední cestu. Poté je v kapli domova se zemřelým společně rozloučení.

Personál tedy informoval dceru o výrazném zhoršení zdravotního stavu tatínka. Do doby, než přijela, se u jeho lůžka střídal personál, řádové sestry

a obyvatelé, v tichu se modlili a drželi pana J. K. za ruku. Dcera přijela za krátkou dobu a doprovázela tatínka na jeho cestě na věčnost. Vedoucí domova nabídla dceři nemocného možnost přespat v návštěvním pokoji a být tak přítomna až do posledních chvil tatínkova života. Pan J. K. zemřel ve 15.50 hod za její přítomnosti. Pak zdravotní sestra přivolala lékaře rychlé záchranné služby, který konstatoval smrt pana J. K.

Ošetřující personál pokračoval v péči o tělo zesnulého tak, jak je to v domově zvykem.

Pobyťová zařízení pro seniory jsou místem života i smrti. Místem, kde se spojuje snaha poskytnout obyvatelům příjemný, důstojný a bezpečný konec života na zemi s péčí o těžce nemocné klienty, klienty s potřebou náročné péče nebo s demencí. Před nedávnem byli ještě aktivní, účastnili se programu a aktivit zařízení, a náhle nebo někdy i po dlouhém procesu se ocitají v roli umírajícího, který také potřebuje láskyplnou a lidskou péči (Šourek, 2016).

Každý nemocný je jedinečnou bytostí, prožívá svou nemoc rozdílně a vyžaduje individuální přístup. Ošetřující personál jej doprovází v prvních dnech pobytu, během jeho adaptace, ve chvílích radostí, bolestí, vzdoru nemocného. Snaží se mu pomoci přijmout jeho nemoc, změnu prostředí – novou situaci, ve které se ocitl. Právě díky cestě, kterou nemocný spolu s ošetřujícím personálem projdou, mají k sobě blízko. Někdy je tato společná cesta delší, někdy kratší, ale na jejím konci je naděje ve společné setkání na věčnosti.

3.3 Ošetřovatelské problémy

3.3.1 Úzkost

Demenci často doprovázejí stavy deprese a úzkosti. Kdy je nemocný smutný a stahuje se do sebe, protože nerozumí dění kolem sebe (Holmerová, 2014).

Úzkost a deprese jsou stavy, které jedinec neumí ovládnout. Jsou uvnitř jeho nitra. Mají svou progresi díky psychickému tlaku, nemožnosti ovlivnit danou

situaci, nemožnosti se adekvátně vyjádřit a zachovat. Člověk cítí, že není sám sebou, že není schopen ovlivnit své postoje, protože mu nejde reagovat vyrovnaně. Není schopen odpovídat druhým, cítí se nesvůj, nevyhledává společnost, ale je mu lépe být o samotě. Má pocit stísněnosti, vnitřní sklíčenosti. Člověku trpícímu úzkostí a depresí někdy pomůže dostatečný odpočinek. Pokud se však jedná o déle trvající jev, je nutné vyhledat odbornou pomoc a depresi léčit medicínsky.

I u pana J. K. jsme z jeho chování a výrazu tváře pozorovali stavy úzkosti a bezmocnosti. Býval smutný, bojácný a působil vyplašeně. Uvědomovali jsme si, že na jeho reakce může mít vliv nové prostředí, neznámí lidé v podobě ošetřujícího personálu, ale i neschopnost vyjádřit se, sdělit své pocity, potřeby. Při příchodu do domova pro seniory pan J. K. nebyl schopen se verbálně vyjadřovat, což jeho úzkost jen zvětšovalo. Neuměl se ptát na věci a události, kterým nerozuměl. Často bezradně čekal, co se bude dít.

Člověka s demencí stojí mnohem více úsilí, když chce druhým vysvětlit, co cítí nebo co potřebuje. Často mu dělá problém najít ta správná slova. Rovněž musí vyvíjet větší úsilí, aby pochopil, co se mu snaží druzí říct. Komunikace s nemocným demencí vyžaduje hodně energie, a čím je nemoc pokročilejší, tím více energie je zapotřebí vynaložit, abychom dosáhli aspoň částečného úspěchu v komunikaci. V situacích, kdy už nemocný není schopen porozumět našim slovům, může k němu mluvit naše tělo, naše gesta. Například nemocného pohladíme po paži, podržíme za ruku nebo se na něho usmějeme. Dokonce tón našeho hlasu dokáže prozradit, zda jsou naše slova přátelská, nepřátelská, povýšenecká, rozkazovačná nebo plná pochopení. Nakonec můžeme komunikovat i svou přítomností. Pouhá přítomnost někoho, koho nemocný zná a komu důvěřuje, může znamenat: „Neboj se, jsi v bezpečí.“ (Buijssen, 2006).

Ze začátku bylo velmi důležité získat si důvěru pana J. K. Ošetřující personál se snažil o láskyplný a trpělivý přístup a úsměv, při komunikaci si dával pozor na tón hlasu, jakým s nemocným komunikoval. Pan J. K. byl velmi citlivý a z přístupu ošetřujícího personálu dokázal vycítit jeho rozpoložení. Sestry se pokoušely vytvořit přátelské ovzduší, aby nemocný cítil, že mu nehrozí nebezpečí a lidé, kteří jsou kolem něj, ho mají rádi a chtějí mu pomoci. Ošetřující personál

musel být velmi vnímavý na jeho potřeby, které dával najevo právě neverbálními způsoby. Jednalo se o výraz v obličeji – úsměv, smutná tvář, rozpaky, vzdor, někdy až agrese. Velkou roli v péči o pana J. K. hrálo i využití všech poznatků o klientovi a zkušeností z jednání s ním, abychom uhodly, co by si klient přál, když nebyl schopen se dostatečně vyjádřit. Vyžadovalo to nutnost předávat si mezi sebou jednotlivé i drobné zkušenosti z dennodenní péče a komunikace s nemocným.

Informace panu J. K. sestra sdělovala postupně, v jednoduchých větách, přičemž se pak ještě přesvědčila, zda danou informaci pochopil. Nemocný nebyl schopný zpracovat mnoho informací najednou. Důležité bylo také udržování stálého a neměnného prostředí na pokoji a respektování, pokud možno, jeho zvyků. Péče o pana J. K. vyžadovala empatický přístup personálu.

3.3.2 Nebezpečí ublížení si

Projevy onemocnění demencí nesou s sebou řadu nebezpečných situací, kdy může dojít i k poranění nemocného. Během pobytu pana J. K. v našem domově jsme se potýkali s řadou z nich.

Hned v prvních dnech se u nemocného objevil neklid a bloudění, jak přes den, tak v noci. Pro ošetřující personál to byl jeden z největších problémů v péči o něj, protože svým chováním ohrožoval vlastní bezpečnost a rušil ostatní klienty. Nemocný byl nejvíce ohrožen v noci v důsledku nočního bloudění. Často se probouzel, sám vstával z lůžka a ve tmě a bos bloumal po pokoji nebo chodbě domova, otvíral dveře do pokojů ostatních obyvatel. Noční služba musela být stále ve střehu a pana J. K. často kontrolovat, aby neupadl a neublížil si. K tomu, aby se v co největší míře předešlo pádu, zůstávalo panu J. K. na jeho pokoji každý večer rozsvícené noční světlo a lůžko nemocného bylo nastavené do nejnižší polohy. Panu J. K. se na lůžku nezvedaly postranice, protože by se nemocný mohl snažit přelézt je a zamezovaly by mu ve volném pohybu. V případě, že noční služba našla pana J. K. bloudit po chodbě a otvírat dveře do pokojů jiných obyvatel, musela odvést jeho pozornost a pokusit se zavést ho zpět do jeho

pokoje. Chtělo to velkou trpělivost a především empatické „doprovázení“ ve chvílích, kdy byl zmaten, někdy tato situace vyžadovala, aby u něj sestra chvíli zůstala.

Během onemocnění demencí dochází k poruchám cyklu spánku a bdění. Na této poruše se podílí i režim dne, různé zdravotní potíže jako i nedostatek soukromí a klidu. Noční bloudění nemocného v zařízení sebou přináší řadu problémů v soužití – klient ruší okolí, noční osvětlení je slabší, proto může dojít k pádu, na noční směně je menší počet personálu, a proto klienti nemohou být stále sledováni. Další problém nastává, když chceme nemocného zavést zpět na pokoj. Je nutné volit klidný, ale rozhodný přístup doplněný milým slovem. Někdy je možné vést nemocného jemně za paži (Venglářová, 2007).

Přes den zase hrozilo nebezpečí, že nemocný bez povšimnutí opustí domov, odejde do města a nebude se umět vrátit zpátky z důvodu dezorientace. Několikrát se stalo, že pan J. K. v nestřeženou chvíli vešel do otevřeného výtahu, svezl se do přízemí a ubíral se ven. Naštěstí ho ošetřující personál včas zahlédl a pomohl mu vrátit se zpátky. Pro větší bezpečnost a přehled o tom, co právě dělá, byl nemocný ubytován do pokoje naproti pracovně sester. O nebezpečí opuštění objektu panem J. K. byl rovněž informován i ostatní personál domova (uklízečky, zaměstnanci kanceláře, apod.), aby v případě, že uvidí pana J. K. odcházet, mohli jej nasměrovat ke dveřím do zahrady, která by byla pro nemocného bezpečným prostorem a neměl by pocit omezení v pohybu. Poté by o skutečnosti pohybu pana J. K. informovali ošetřující personál.

V ošetrovatelské péči jsme se snažili klienta vhodně aktivizovat během dne, aby byl delší dobu v denních hodinách bdělý a nezůstával na pokoji sám. Snažili jsme se mu nabídnout činnosti, které byl klient ještě trochu schopen zvládnout a které rád dělal. Doprovázeli jsme ho na společné aktivity pořádané v domově, mši svatou, procházky na zahradě, apod. Velkou pomocí nám byla přítomnost dobrovolníků. Díky těmto aktivitám a dohledu osob, které byly s panem J. K. přítomny, se předešlo jeho zabloudění.

O duševním stavu pana J. K. a jeho projevech byl informován rovněž ošetřující lékař, který nemocnému naordinoval nová psychofarmaka. Tyto léky podávala

nemocnému zdravotní sestra vždy v 19 hodin. Díky nim se jeho noční bloudění zredukovalo.

Nebezpečí poranění nemocného plynulo i z jeho nejisté chůze. Proto pan J. K. používal při chůzi vycházkovou hůl. K jeho bezpečnému pohybu pomáhala i bezbariérovost prostor domova a madla podél zdí. Ošetřující personál musel dbát na to, aby pan J. K. měl při chůzi obutou vždy pevnou obuv.

Během celého pobytu pana J. K. v domově nedošlo u něho k pádu ani k ublížení si.

Diskuse

Pokud sledujeme každodenní reklamy, vidíme často velmi zkreslený a zjednodušený obrázek života: všichni jsou mladí, zdraví, finančně zajištěni, šťastní nebo jsou dost průbojní na to, aby si „šťěstí“ zjednali. Nechci zde zevšeobecňovat, jsou i pořady, které ukazují realističtější pohled, nabízejí podněty k zamyšlení, ukazují jiné cesty, ale přesto si troufám tvrdit, že ten zjednodušený vzorec, zmíněný výše, převládá. Na první pohled v něm nemají místo neúspěšní, neproduktivní, slabí, nemocní, staří... Když se ale takoví v realitě života objeví, co s nimi? Je to velká výzva.

Někteří lidé se spíše chtějí pohybovat v onom „ideálním“ schématu života a vše, co by tento obraz narušovalo, prostě vyloučí. Takoví lidé nemají problém odložit stárnoucího nebo nemocného příbuzného do institucionální péče.

Většina lidí má dobrou vůli a ráda by se o svého nemocného blízkého postarala, ale naprosto si s péčí o něj neví rady. Umějí pečovat o malé děti, ale o seniory ne. A takový bezmocný senior, který znečišťuje sám sebe i své okolí, prostě doma být nemůže. „Je nám to líto,“ říkají, „ale doma bychom to nezvládli, nemáme pro to ani zařízený byt.“ Takoví lidé budou svého nemocného často navštěvovat, možná si ho budou brát domů na víkendy či svátky, ale trvale se o něho nemohou postarat, i když, aspoň někteří, vnímají umístění blízkého člena rodiny do domova jako vlastní selhání.

Zdá se mi, že dnešní rodiny často nemají místo ani čas se o své stárnoucí a nemohoucí členy rodiny starat. A když přijde do jejich rodiny stáří a nemoc, musejí tento čas i místo pracně hledat. Naštěstí v tom nejsou sami. V posledních desetiletích se mnohé zlepšilo (určitá finanční kompenzace členu rodiny, který se stará o nemohoucího příbuzného, terénní zdravotnické a pečovatelské služby, denní stacionáře, dokonce hospicová péče v rodinách). Přesto případy, kdy se rodina stará o seniora doma, jsou spíše výjimkou než pravidlem.

U nemocných s Alzheimerovou (či jinou) demencí, je situace ještě složitější.

Pokud se chce rodina o svého nemocného postarat doma, je zde úkol pečovatele nadmíru náročný. Kromě nesamostatnosti se musí vyrovnávat s postupnou změnou osobnosti nemocného, se zmateností, která nevylučuje ani nerozpoznávání nejbližších osob, se změnami nálady, s nepředvídatelnými nápady a reakcemi... Je to služba, kterou je třeba konat 24 hod. denně. Ani zde na to není člověk sám: existují speciální stacionáře pro postižené Alzheimerovou demencí, poradny pro rodinné příslušníky. Česká alzheimerovská společnost se snaží pro „své“ pacienty i rodinné příslušníky udělat mnoho. Nicméně při této diagnóze se častěji stává, že nakonec je umístění nemocného do zařízení nutností. Tak tomu bylo i v případě pana J. K., který měl několik let vzornou péči své dcery.

Problematiky péče o osoby postižené demencí jsem se dotkla v teoretické části své práce i v kazuistice. Zde chci jenom připomenout, že nestačí pouze odborná a formálně „dokonalá“ péče, ale zároveň je nutná také péče lidská, v níž má místo individuální přístup, empatie, doprovázení naplněné respektem a úctou, komunikace a sdílení. U postižených demencí se nedostatky v této rovině zvláště zřetelně „zrcadlí“ v jejich chování, náladě, reakcích.

Je jisté, že každý, kdo je nucen umístit někoho blízkého do domova, by si přál, aby tato péče byla co nejlepší. Vždyť:

„Pohled na otce nebo matku, jak sedí u stolu, sami mezi všemi těmi ostatními lidmi s demencí, jak hledí do prázdna, podřimují, něco si mumlají, mluví nahlas sami pro sebe, křičí, bryndají na sebe jídlo nebo nápoje – to je něco, co lze jen velmi obtížně přijmout. Jak jednou někdo řekl: „Není nic bolestnějšího než pohled na utrpení někoho, koho milujeme a nemůžeme mu pomoci. Vidět milovaného člověka trpět je horší než muset trpět sám.““ (Buijssen, 2006, s. 126)

Jediným správným řešením je zvyšování úrovně péče. Jak bylo patrné z kazuistiky pana J. K., bylo k tomu třeba „jen“ dobré vůle, dobré komunikace mezi ošetrovatelským týmem a rodinou, dobré spolupráce uvnitř ošetrovatelského týmu. Nutným předpokladem bylo potřebné vybavení pro kvalitní ošetrovatelskou péči a dostatek členů týmu, kteří by se mohli nemocnému individuálně věnovat.

Z této kazuistiky nepřímou vyplývá, že nedostatek členů ošetřovatelského týmu či přemíra práce, která nutí k zrychlenému tempu a brání pěstování osobního kontaktu a komunikace, jsou velkou překážkou kvalitní péče.

Vedle opomíjení individuálního přístupu je možná problémem – i u odborného ošetřovatelského personálu – neschopnost správného chování k seniorovi či člověku s demencí. Někdy se zapomíná na jeho lidskou důstojnost a bez dostatečného času k osobnímu kontaktu není možné proniknout pod „slupku nemoci,“ až k jádru osobnosti, k jádru, které v každém případě skrývá nějaký „poklad“. Měřítkem kvalitní péče po všech stránkách je jistě přístup ošetřujícího personálu k nemocnému. Stačilo by, kdyby si členové ošetřovatelského týmu představili v roli nemocného vlastní maminku nebo tatínka, a podle toho se k němu chovali. Kdo z nás by nechtěl, aby se o jeho rodiče pečovalo co nejlépe, s úctou a důstojností? Domov pro seniory by měl být skutečným „domovem“, aby se v něm senior cítil dobře a aby rodina měla jistotu, že jejich blízký je v dobrých rukou.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala demencí se zvláštním zaměřením na důstojnou péči o nemocné s touto diagnózou. Zpracovala jsem případovou studii pacienta s Alzheimerovou demencí, který byl přijat do Charitního domova jako první klient s tímto onemocněním.

Vybrala jsem si tuto diagnózu pro svou práci z důvodu dlouhodobého nárůstu počtu nemocných s demencí a osobní zkušenosti s těmito nemocnými.

Zaměření na důstojnou péči koresponduje s prioritami péče v zařízení, kde pracuji, a respektování a podporování lidské důstojnosti patří k základním křesťanským postojům.

V první kapitole jsem se zabývala diagnózou demence teoreticky. Vedle již zmíněného nárůstu počtu onemocnění, které se v dalších letech očekává ještě ve větší míře (ať již pro patogenní vlivy životního stylu nebo pro prodlužování průměrného věku), jsem zdůraznila význam včasné diagnózy a léčby u této nemoci, která zatím sice zůstává nevléčitelnou, ale při včasné diagnóze lze významně ovlivnit její průběh a oddálit nástup pokročilejších fází onemocnění.

Věnovala jsem se také podrobně symptomatologii onemocnění, která naznačovala široký záběr a náročnost ošetrovatelské péče, v níž se respektování lidské důstojnosti jeví jako její nutná součást, mající vliv na průběh nemoci.

Druhou kapitolu jsem věnovala důstojnosti. Po načrtnutí obsahu tohoto pojmu jsem jej aplikovala na ošetrovatelskou péči a na péči o demenčního nemocného zvlášť. Z obsahu bylo patrné, že přístup k nemocnému s respektováním jeho důstojnosti není jen nutnou, ale i velmi významnou součástí ošetrovatelské péče i celého léčebného procesu.

Třetí část tvoří kazuistika klienta pana J. K. z domova, kde pracuji. V anamnestické části jsem podtrhla důležitost spolupráce s rodinou, nejen při sběru anamnestických dat, ale všech jednotlivých informací o nemocném.

Při popisu průběhu pobytu jsem mohla čerpat z téměř každodenního kontaktu s nemocným. Chtěla jsem ukázat, že důstojná péče není nedosažitelným ideálem, pokud jsou vytvořeny podmínky pro kvalitní službu všech členů

ošetřovatelského týmu. Neopomněla jsem uvést problémy, s nimiž se ošetřovatelský tým potýkal v prvních měsících pobytu pana J. K., i cesty k jejich řešení. Nejvýznamnější ošetřovatelské problémy byly shrnuty v závěrečných podkapitolách této třetí části. Přitom jsem chtěla také ukázat, že přes všechna omezení zůstával pan J. K. osobou, která neztrácela svou důstojnost.

Cílem této práce nebylo objevit něco nového, ale spíše připomenout to, co je všeobecně uznávané a žádané, ale někdy poněkud zapomínané, opomíjené. Dále jsem měla v úmyslu ukázat, že odvaha začít něco nového (přijetí klienta s diagnózou Alzheimerovy demence) přinesla v případě pana J. K. dobré ovoce (spokojenost pana J. K. a otevřenost k přijímání dalších nemocných s touto diagnózou). A také jsem měla přání podělit se o doprovázení člověka s Alzheimerovou demencí, které mě odborně, ale především lidsky velmi obohatilo.

Seznam použité literatury

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

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Alzheimerova nemoc a jiné příčiny demence* [online]. [cit. 24. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>

Evangelium do kapsy. 1. vydání. Praha: Paulínky, 2015. ISBN 978-80-7450-172-2.

FAES, J.; STUDER, A. et col. *Le forme di demenza piu frequenti la malattia di Alzheimer e la demenza vascolare* [online]. Settembre 2010 [cit. 25. 10. 2015]. Dostupné z: file:///C:/Users/Office/Downloads/163_I_05_Haeufige_Demenzen.pdf

FRANKOVÁ, V. *Paní Anežka má demenci*. 2. vydání. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-760-8.

GILBERT, G. *Bud'te světlem!*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-770-1.

HAJDOVSKÁ TLUSTÁ, K. *Demence – palčivý problém i výzva dnešní doby* [online]. 2006 [cit. 21. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.haj-tl.wz.cz/htm/DEMENCE.htm>

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HEŘMANOVÁ, J.; VÁCHA, M.; SVOBODOVÁ, H. a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

HOLMEROVÁ, I. Demence. *Sociální služby*. 2016, **18**(2), s. 10-13. ISSN 1803-7348.

HOLMEROVÁ, I. Sociální a demografické aspekty demencí. In: RŮŽIČKA, E. a kol. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. 1. vydání. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.

HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ, E.; SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienta s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L.; HOLMEROVÁ, I. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KILLICK, J a ALLAN, K. *Communication and the care of people with dementia*. 1. vydání. Philadelphia: Open University, 2001. ISBN 0-335-20775-8.

JIRÁK, J.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. Komunikace a každodenní péče. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

MEZINÁRODNÍ RADA SESTER. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. [cit. 18. 11. 2015]. Dostupné z: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf

MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?*. 2. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.

Na pomoc pečujícím. 10. vydání. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2014. ISBN 978-80-86541-33-4.

PAPEŽSKÁ RADA PRO PASTORACI MEZI ZDRAVOTNÍKY. *Charta pracovníků ve zdravotnictví.* 1. vydání. Praha: Zvon, 1996. ISBN 80 -7113 – 168 – 7.

PETR, T.; MARKOVÁ, E. a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247- 4236-6.

PIDRMAN, V. *Demence.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

PIDRMAN, V. Farmakoterapie demence. In: RŮŽIČKA, E. a kol. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí.* 1. vydání. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.

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

SEIFERTO VÁ, D.; PRAŠKO, J. a C. HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch.* 1. vydání. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2.

SCHULER, M.; OSTER, P. *Geriatric od A do Z.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247- 3013 – 4.

ŠOUREK, D. Doprovázení umírajících v pobytových zařízeních. *Sociální služby.* 2016, **18**(2), s. 20-21. ISSN 1803-7348.

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

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

VYTEJČKOVÁ, R.; SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.

WEHNER, L.; Y. SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.

Seznam použitých zkratk

| | |
|-----------------|--|
| ADL | activities of daily living (aktivity denního života) |
| apod. | a podobně |
| B ₁₂ | vitamin (kobalamin) |
| BMI | body mass index |
| cm | centimetr |
| CT | komputerová tomografie |
| CHD | Charitní domov |
| D | dech |
| EEG | Elektroencefalografie |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti) |
| hod | hodina |
| kg | kilogram |
| LF UK | Lékařská fakulta Univerzity Karlovy |
| mg | miligram |
| mmHg | milimetr rtuti |
| min | minuta |
| ml | mililitr |
| MMSE | Mini-Mental State Examination |
| MR | magnetická rezonance |
| Mt | Evangelium podle Matouše |
| např. | například |
| P | puls |
| pá | pátek |
| PEG | Perkutánní endoskopická gastroscopie |
| PET | Pozitronová emisní tomografie |
| po | pondělí |
| RZP | rychlá zdravotnická pomoc |
| SPECT | Single – Photon Emission Computed Tomography (tomografická scintigrafie) |

| | |
|------------------|----------------------|
| SpO ₂ | saturace krve |
| T ₃ | hormon Trijodtyronin |
| T ₄ | hormon Tyroxin |
| TK | tlak krve |
| TT | tělesná teplota |
| tzv. | takzvaný |

Přílohy

Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza

(Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení: Charitní domov Stará Boleslav, domov pro seniory

Datum a čas odběru anamnézy : 07.08.2014

Jméno (iniciály) : J. K. Pohlaví: muž Věk : 90

Datum přijetí : 07.08.2014

Stav: vdovec

Povolání: důchodce, dříve učitel

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem

Chronická onemocnění: chronická ischemická choroba srdce,
artróza nosných kloubů,
hyperplazie prostaty- řešena operativně,
hypacusis- nedoslýchavost
a inkontinence III. stupně

Infekční onemocnění: x NE ANO

Režimová opatření: rehabilitace a pohybová aktivita

Léčba:

Operační výkon: Pooperační den:

Farmakoterapie: Digoxin 0,125mg 1-0-0 (po – pá)

Moduretic ½-0-0

Mirtazapin 30mg 0-0-1

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci : x ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké:

.....

Fyziologické funkce : P : 70/min TK : 120/75 mm/Hg D : 18/min SpO2 : 94%
TT : 36,5 °C

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 13
 Orientovaný Dezorientovaný

.....

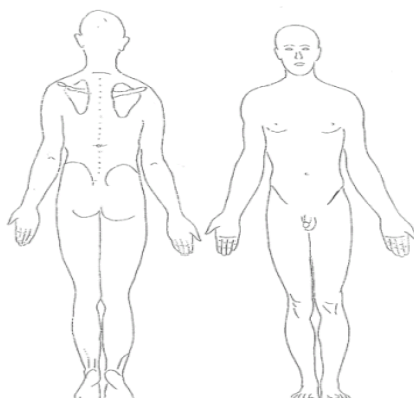
2) Bolest

bolest : ano akutní chronická

tupá bodavá křečovitá svalová
jiná

ne

Lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

.....

3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne

dušnost : ano klidová námahová noční
 ne

Kuřák : ano ne Kašel : ano ne
 bývalý kuřák

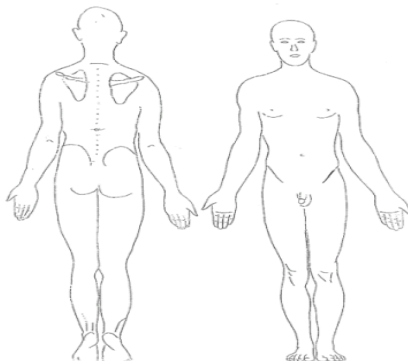
4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné

x ne

Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 25

lokalizace :



Hodnocení

rány:.....

Ošetření rány:

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví: pokročilá demence

Úrazy: ano ne jaké

.....

6) Výživa, metabolismus

Dieta: 3

Nutriční skóre: 0b – nízké riziko

Hmotnost : 79 kg

Výška : 172 cm

BMI: 26,7

Chuť k jídlu : ano ne

Potíže s přijímáním potravy : ano ne jaké: někdy neví co má s jídlem dělat, nutná pomoc personálu

Užívá doplňky výživy : ano ne jaké :

Enterální výživa - ne

Parenterální výživa - ne

Denní množství tekutin : 900 ml/24 hod Druh tekutin : čaj, minerálka, polévka

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ano ne o kolik :

Umělý chrup : ano ne horní dolní

Potíže s chrupem : ano ne

.....
.....
7) Vyprazdňování

problémy s močením : ano pálení řezání retence
 inkontinence
 ne

problémy se stolicí : ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná : ano ne

datum poslední stolice : 06.08.2014

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní

zavedení:.....

Rektální odvodný

system:.....

Stomie

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : chůze s pomocí hůlky

Barthel test: 30 bodů

Riziko pádu: **ANO** skóre 16 bodů NE

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké : hůl

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 9 hod hodina usnutí : 20.00 hod

poruchy spánku : ano ne jaké : časté noční buzení

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano x ne jaké :
potíže se sluchem: x ano ne jaké: nedoslýchavost
porucha řeči: x ano ne jaká : porušena verbální komunikace
kompenzační pomůcky: ano x ne jaké :
orientace : orientován
 x dezorientovaný x místem x časem x osobou

.....
.....

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný x rozrušený
Pocit strachu nebo úzkosti : x ano ne
Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná x částečná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne klient je v domově pro seniory
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : o klienta pečuje personál Charitního domova
kontakt s rodinou : x ano ne

.....
.....

12) Invazivní vstupy

Drény : ano x ne jaké :

Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ano x ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení:

kde:.....

Stav :

.....

centrální datum zavedení:

kde:.....

stav :

.....

x ne

Sonda : ano x ne jaká : datum

zavedení :

Stomie : ano x ne jaká: stav :

Endotracheální kanyla : ano x ne č. ETR : datum

zavedení:

Tracheotomie : ano x ne č.: od kdy:

.....

Arteriální katetr : ano x ne

Epidurální katetr: ano x ne

Jiné invazivní vstupy: žádné

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

| | | |
|-----------------------|---|---------------------|
| 1. najedení, napití | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 2. oblékání | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 3. koupání | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 4. osobní hygiena | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 5. kontinence moči | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 6. kontinence stolice | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |

| | | |
|------------------------|---|---------------------|
| 7. použití WC | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 8. přesun lůžko- židle | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 9. chůze po rovině | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 10. chůze po schodech | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |

Celkem: 30 bodů

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

| Schopnost spolupráce | Věk | Stav pokožky | Přidružená onemocnění | Fyzický stav | Vědomí | Aktivita | Mobilita | Inkontinence |
|----------------------|-----------|--------------|-----------------------------------|----------------|-------------|----------------|-----------------|----------------|
| Úplná 4 | < 10 4 | Normální 4 | Žádné 4 | Dobrý 4 | Bdělý 4 | Chodí 4 | Úplná 4 | Není 4 |
| Částečně omezená 3 | < 30 3 | Alergie 3 | DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3 | Zhoršený 3 | Apatický 3 | S doprovodem 3 | Část. omezená 3 | Občas 3 |
| Velmi omezená 2 | < 60 2 | Vlhká 2 | Trombóza, obezita 2 | Špatný 2 | Zmatený 2 | Sedačka 2 | Velmi omezená 2 | Převážně moč 2 |
| Žádná 1 | > 60 1 | Suchá 1 | Karcinom 1 | Velmi špatný 1 | Bezvědomí 1 | Leží 1 | Žádná 1 | Moč+stolice 1 |

Celkový počet 25

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6
Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

| | | |
|---|-----|----|
| Je BMI (kg/m ²) pod 20,5? | ANO | NE |
| Zhubl pacient za poslední 3 měsíce? | ANO | NE |
| Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu? | ANO | NE |
| Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)? | ANO | NE |

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

| Rizikové faktory pro vznik pádu | |
|--|----------------------|
| Anamnéza: | |
| <input type="checkbox"/> <u>DDD (dezorientace, demence, deprese)</u> 3 body | |
| <input type="checkbox"/> <u>věk 65 let a více</u> 2 body | |
| <input type="checkbox"/> pád v anamnéze 1 bod | |
| <input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd. 1 bod | |
| <input type="checkbox"/> <u>zrakový/sluchový problém</u> 1 bod | |
| <input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa) 1 bod | |
| Vyšetření | |
| <input type="checkbox"/> Soběstačnost | |
| - úplná | 0b |
| - částečná | 2b |
| - <u>nesoběstačnost</u> | 3b |
| <input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce | |
| - spolupracující | 0b |
| - <u>částečně</u> | 1b |
| - nespolupracující | 2b |
| Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu) | |
| <input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě? | <u>ANO</u> |
| 3 body | |
| <input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení? | <u>ANO</u> |
| 1 bod | |
| <input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ? | <u>ANO</u> |
| 1 bod | |
| Celkem: | |
| 0-4 body | Bez rizika |
| 5 – 13 bodů | Střední riziko |
| 14 – 19 bodů | Vysoké riziko |

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

| Hodnocený parametr | Reakce | Body |
|--|-----------------------------------|----------|
| Otevření očí | spontánně otevřené | 4 |
| | na slovní výzvu | 3 |
| | na bolestivý podnět | 2 |
| | oči neotevře | 1 |
| Slovní odpověď | přiléhavá | 5 |
| | zmatená | 4 |
| | jednotlivá slova | 3 |
| | hlásky, sténání | 2 |
| | neodpovídá | 1 |
| Motorická reakce | pohyb podle výzvy | 6 |
| | na bolestivý podnět účelný pohyb | 5 |
| | na bolestivý podnět obranný pohyb | 4 |
| | na bolestivý podnět jen flexe | 3 |
| | na bolestivý podnět jen extenze | 2 |
| | na bolestivý podnět nereaguje | 1 |
| Hodnocení: 13 15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí | | |

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetrovatelské zhodnocení

Klient je při vědomí, ale dezorientovaný místem, časem a osobou. Je nesoběstačný, odkázaný na pomoc a obsluhu ošetřujícího personálu – při hygieně, při oblékání, vyprazdňování. Potřebuje dopomoc při podávání stravy a tekutin. Při chůzi používá hůl. Při námaze se zadýchává.

Je inkontinentní III. stupně, využívá inkontinentní pleny.

Klient má dietu č. 3 šetřící. Má potíže s usínáním a spaním – často se v noci probouzí a bloudí. Užívá hypnotika.

Je nedoslýchavý, nutná pomalá, zřetelná řeč směrem k němu. Klient částečně spolupracuje, ale pro svá fyzická omezení není schopen zvládnout výměnu inkontinentní pomůcky. Nedokáže si připravit léky.

Klient potřebuje pohybovou aktivizaci (návlek běžných denních a sebeobslužných činností).