

# KONFERENCE NEDAŠOV 2009

Senioři v pobytových zařízeních  
sociálních služeb

Sborník příspěvků  
Michaela Lutišánová [ed.]



Praha 2010



Konference Nedašov 2009  
Senioři v pobytových zařízeních sociálních služeb

Sborník příspěvků  
Editorka Michaela Lutišánová

© NADĚJE o.s., 2010

Vydala NADĚJE o.s.  
K Brance 11/19e, 155 00 Praha 5  
Náklad 100 ks  
Vydání první, 2010

Tisk: HEWER, s. r. o., Praha  
Grafická úprava obálky: Miroslav Umlauf

Publikace neprošla jazykovou úpravou.  
Za obsahovou i formální kvalitu odpovídá autor příspěvku.  
Účelová neprodejná publikace.

Sborník je vydán za finanční podpory Nadace Taťány Kuchařové - Krása pomoci.

**NADACE TAŤÁNY KUČAŘOVÉ**

Krása pomoci

ISBN 978-80-86451-18-3

## **OBSAH**

ÚVOD.....	5
Bc. M. Lutišanová, DiS.	
KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM KLIENTEM.....	6
Bc. P. Matula	
TVORBA INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU .....	14
Mgr. N. Komrsková	
TRÉNINK PAMĚTI U SENIORŮ .....	18
L. Šerá	
NEDOSLÝCHAVOST A POUŽÍVÁNÍ NASLOUCHADEL .....	21
P. Kramerová	
VÝŽIVA SENIORŮ.....	22
M. Hrbáčková	
CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY.....	30
MUDr. P. Procházka	
ALZHEIMEROVA NEMOC .....	33
L. Šerá	
DEMENCE .....	35
M. Kantorková	



## ÚVOD

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

sborník, který máte před sebou, obsahuje příspěvky odborníků, kteří se aktivně účastnili již třetího ročníku konference pro zdravotní sestry a pracovníky v sociálních službách, která se konala ve dnech 16. – 17. září 2009 v Nedašově, ve Zlínském kraji.

Konference Nedašov 2009 s podtitulem Senioři v pobytových zařízeních sociálních služeb navazuje na předchozí dva ročníky z let 2007 a 2008. Příspěvky konference byly rozděleny do dvou okruhů: zdravotnická a sociální témata. Své příspěvky předneslo celkem sedm odborníků z praxe.

Z okruhu zdravotnických témat zazněly příspěvky zabývající se Alzheimerovou chorobou, péčí o dementní seniory, výživou seniorů a poruchy příjmu potravy ve stáří, cévními mozkovými příhodami a nedoslýchavostí.

Příspěvky na sociální téma se týkaly individuálního plánování průběhu sociální služby, komunikace s agresivním klientem a řešení konfliktů nebo tréninku paměti u seniorů.

Věříme, že tento, v řadě již třetí, sborník využijí při své práci všichni odborníci z řad poskytovatelů sociálních služeb, zdravotníků i pracovníků v sociálních službách, kteří poskytují péči seniorům a kteří mají zájem na stálém zkvalitňování této péče.

Bc. Michaela Lutišánová, DiS.  
vedoucí vzdělávání, Naděje

# KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM KLIENTEM

Autor: Bc. Pavel Matula



**Komunikace  
s agresivním  
klientem**  
**Konference Nedašov 2009**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Proč toto téma?**

- obtížné situace spojené s agresivitou klientů jsou realitou
- pracovníci je musí řešit a vyrovnat se s nimi
- emotivní a citlivá oblast
- obavy z fyzických zásahů
- roste četnost zásahů, nebyly hlášeny všechny incidenty
- obavy ze zranění pacientů a zaměstnanců
- povinnost organizace – péče o klienty a zároveň bezpečnost pro zaměstnance
- zásahy, které by byly bezbolestné a citlivé vůči pacientovi
- fyzická intervence jako ten poslední přístup ke klientovi
  
- ideální řešení neexistuje

---

---

---

---

---

---

---

---

**Co pracovníky nejvíce zajímá?**

- vlastní odpovědnost
- co si mohou dovolit
- povinnosti organizace
- povinnosti dokumentace
- práva klientů
- přiměřená sebeobrana
- povinnosti pracovníka při agresi
- mohou utéci? musím utéci?
- mám právo si nenechat ublížit i za cenu vzniklé škody?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Zdroje informací

- úmluva o ochraně lidských práv a základních
- úmluva o právech dítěte
- občanský zákoník, trestní zákon, zákoník práce
- standardy – práva klientů
- etické kodexy
- vnitřní směrnice organizace - metodiky

---

---

---

---

---

---

---

---

## FILOZOFIE PŘÍSTUPU

- předcházet
- šetrně řešit
- záznam situace
- vyhodnocení situace, následné posouzení
- opatření
- prevence

---

---

---

---

---

---

---

---

## Co je to problémové chování?

- široký pojem, který skrývá řadu dalších pojmů
- **cvičení č.1**
- příklad problémového chování v práci
- zamyslete se nad pacienty, jak se chovají
- přímé projevy těchto klientů – chování (př. bouchání dveří)
- popsat chování svých klientů
- vytvořit seznam problémového chování
- stupeň – jaká intenzita a míra
- frekvence
- jak dlouho to trvá

---

---

---

---

---

---

---

---

## Co je to problémové chování

- Agrese a násilí
- Ničení majetku
- Pokusy o sebepoškozování, sebevraždu
- Verbální napadání, vyhrůžky, zastrašování
- Chování bez sex. zábran
- Krádeže, křivé obviňování, manipulace

---

---

---

---

---

---

---

## cvičení č.2

- napište příčiny problémového chování pacientů (epilepsie, přelidněnost, strach, úzkost)
- mnohdy jsou příčiny nelogické
- rozdělení příčin: vnitřní, vnější
- propojení těch stupňů příčin
- znát svého pacienta

---

---

---

---

---

---

---

## Osobní bezpečnost

- Zním dostatečně své pacienty
- Jak budu reagovat na agresivní chování
- Kdo mi pomůže
- Zním únikovou cestu
- Informoval jsem o tom, kde se budu právě pohybovat
- Oděv a vzhled, držení těla, odstup

---

---

---

---

---

---

---



## De-eskalace

- Cílem je snížit úroveň pacientovy úzkosti
- Posouzení emočního stavu pacienta
- Identifikace spouštěcích faktorů
- Udržování verbální interakce
- Řešení problému

---

---

---

---

---

---

---

---

## De-eskalace

- (popocházení, vzdychání, stáhnutí se, vyhýbavost – projevy úzkosti, pokud se přejde do hněvu – nepřátelství, negace, křičení
- Využití slovní a neverbální reakce
- Zachování bezpečnosti všech přítomných

---

---

---

---

---

---

---

---

## Možné taktiky

- Poznat svého pacienta
- Znalost jeho „normálního chování“
- Uvědomování si spouštěcích mechanismů
- Pozorování změn v chování

---

---

---

---

---

---

---

---

### Možné taktiky – nonverbální int.

- Poznej sám sebe (vypadej klidně, udržuj si sebekontrolu, pozitivní samomluva, znát vlastní omezení – známky stresu)
- Osobní prostor (bezpečná vzdálenost, postoj čelem)
- Oční kontakt (nezírej, udržovat normální oční kontakt)

---

---

---

---

---

---

---

### Možné taktiky – verbální inter.

- Tón hlasu (tiše ale srozumitelně, ohled na pacientovou náladu)
- Starost o pacienta (projevit zájem o to, co říká, pozornost)
- Odvrácení pozornosti
- Nabízení řešení problému
- Zmírnění pacientova hněvu

---

---

---

---

---

---

---

### Možné taktiky

- Nedělat velké ústupky
- Informovat pacienta o důsledcích
- Jasně sdělení, že dané chování je nepřijatelné
- Nastavení limitů
- Dát pacientovi čas na reflexi

---

---

---

---

---

---

---

## Aktivní naslouchání

- Oceňování
- Zrcadlení pocitů
- Parafrázování
- Shrnování

---

---

---

---

---

---

---

## Umění naslouchat

### **zásady:**

- sebekázeň
- umění mlčet
- věnovat mluvčímu dostatečnou pozornost
- udržovat oční kontakt
- projevovat zájem
- klást vyjasňující otázky
- parafrázovat a shrnovat sdělení mluvčího

---

---

---

---

---

---

---

## Umění naslouchat

- hledat to, co vás zajímá
- posuzovat obsah, nikoli přednes
- neukvapovat se v úsudku
- zaměřovat se na fakta
- nedávat se rozptýlit
- soustředit se na důležitá sdělení

---

---

---

---

---

---

---

## Aktivní naslouchání - cvičení

neoprávněný požadavek, 100x opakovaný  
a vysvětlený u problémového pacienta:

„Chci abyste mě přestěhovali k jinému  
sousedovi“

reagujte v 1. osobě

---

---

---

---

---

---

---

---

## Funkční analýza

- důraz na pozorování klientů v určitých podmínkách
- když známe chování klienta – můžeme odhadnout, co bude následovat
- aspekty, které třeba zvážit: jaké činnosti, předměty a události podmiňují chování klienta
- navrhnout, jak bych reagoval
- používání tabulek ABC, prozkoumat to, kdy k tomu chování dochází

---

---

---

---

---

---

---

---

## Funkční analýza

- sumář intervencí – proč fungovaly a proč nefungovaly
- souvislost s prostředím – změna prostředí
- rozlišovat signály (př. kelímek – neumím to nebo mě už práce nebaví)
- ví personál, jak co dělat, pokyny pro personál
- dávat pacientovi najevo, co chce, aby dělal, než to, co nechce aby dělal

---

---

---

---

---

---

---

---

## Fyzická intervence

- Přístup a pravidla u fyzických zásahů
- Šetrná sebeobrana

---

---

---

---

---

---

---

---

Děkuji za pozornost a  
nepodceňujte velikost pacienta



---

---

---

---

---

---

---

---

## TVORBA INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU

Autorka: Mgr. Noemi Komrsková, supervizorka

Osobnost pracovníka:

Základem dobrého plánování s uživatelem je osobnost pracovníka. Pokud my sami nemáme v motivech svého života i své práce jasno a nezajímáme se o cíle svého života soukromého i pracovního, je malá pravděpodobnost, že budeme dostatečně empatičtí k uživateli služby a budeme schopni empaticky, dobře naslouchat a spoluvytvářet reálnou podobu individuálních plánů. Pracovník není jiný člověk, má také své potřeby a reaguje na stres bolestně (popřením, hledáním viníka, smlouváním, depresí a smířením). Je třeba rozumět sobě a umět se sebou pracovat tak, abychom zachovali profesní úroveň práce a naslouchali svým možnostem – jsou dny, kdy se nám kvalitní plánování nemusí dařit a můžeme s tím pracovat (požádat o pomoc kolegu, odložit plánování, vzít své téma na supervizi apod.)

Cvičení: Tvorba svého erbu, či štítu, která mapuje důležité z mého života – to co mne charakterizuje

Při tvorbě individuálního plánu je třeba přesně zaznamenat přání uživatele, nebo jeho zástupce (rodiče, opatrovníka) jeho vlastními slovy. Jakýkoliv cíl se stává důležitým úvodem ke spolupráci a vzájemnému porozumění – základem sociální práce. (Např. cíl: „chci být zdrav“ se stává úvodem ke komunikaci o způsobu života, přijetí zdravotního omezení, možnosti práce na sobě – aby mohl senior zůstat v domácím prostředí, možnosti přizpůsobení životního prostředí, nebo změny v chování jedince – podpory v aktivizaci atd.)

Standard 5 – individuální plánování – vyžaduje práci na všech standardech – dává cíl i smysl veškeré práci s uživatelm.

### **Jednotlivé kroky v komunikaci a přípravě tvorby individuálního plánu:**

1. Úvodní rozhovor – jednání se zájemcem, o službu (viz standard č. 3) mapuje místo, prostředí, schopnosti, potřeby ve spolupráci, základní motivaci i cíl.
2. Příprava uzavření smlouvy (viz standard č. 4) – porozumění a smysl uzavírání smlouvy vysvětlování, ověřování informací porozumění, v případě potřeby použití piktogramu, větší verze psaného materiálu – formulování úvodního individuálního plánu – proč vlastně žadatel službu chce a co konkrétně potřebuje.
3. Navázání bližšího kontaktu – vedení kvalitního rozhovoru: připojení k uživateli, navázání kontaktu, kladení rozvojových otázek, neposuzování, naslouchání.
4. Sběr základních informací o uživateli, jako podklad pro pozdější komunikaci a práci na individuálním plánování slouží k usnadnění komunikace a zachycení důležitých informací pro uživatele vedoucích k možnosti „reminiscence“. Je třeba nechat si podepsat souhlas uživatele se sběrem informací.
5. Klíčový pracovník spolu s uživatelem definuje dlouhodobý a dílčí individuální plán.
6. Pokud se nemění stav, nebo přání uživatele, je individuální plán revidován jednou za půl roku: uživatel, pracovník, klíčový pracovník.
7. Individuální plán lze měnit kdykoliv podle přání uživatele – pracovníci se učí brát plán uživatele jako pozitivní směr celé sociální práce a osvobozuje pracovníky od vlastních představ o práci s uživatelem.

### **Záznamy o individuálním plánu:**

1. Záznam o prvokontaktu viz standard č. 3.
2. Dotazník – podklad pro individuální plán – zde by měly být mapovány schopnosti, očekávání, co uživatel má a co nemá rád – příloha standard č. 5.

3. Formulář „Základní informace o uživateli“ – slouží k rychlé orientaci v jednání ve prospěch uživatele. Mohl by obsahovat např.:
  - jméno a příjmení,
  - adresa, bydliště,
  - bydlí sám, nebo,
  - kontaktní osoba, telefon,
  - telefon uživatele,
  - telefon obvodního lékaře,
  - klíčový pracovník,
  - dieta,
  - léky,
  - mobilita,
  - rizika (alergie, nestabilita, záchvaty, zvláštní potřeby),
  - datum sepsání smlouvy.
4. Základní informace jako pomoc a podklad pro následný individuální plán obsahuje informace: původní rodina, kamarádi, oblíbený učitel, původní povolání, oblíbené činnosti, partner, datum svatby, děti, vnoučata, vzpomínky, těžké zážitky, trápení, nejdůležitější lidé, vzpomínky, přání. Pro děti: sociální anamnéza, jméno rodičů, sourozenců, kamarádů, bydliště, oblíbené hračky, činnosti, neoblíbené činnosti, na co se těší, koho má rád. Slouží jako podklad následné komunikace a je prevencí kladení stále stejných otázek, které by snižovaly důvěryhodnost a bránily rozvoji důvěry a kvalitní spolupráce.
5. Klíčový pracovník – metodika práce klíčového pracovníka:
  - je prostředníkem mezi organizací a uživatelem (koordinátor),
  - zjišťuje potřeby, požadavky, cíle, připomínky uživatele a přenáší je do pracovního týmu – pomáhá usnadňovat komunikaci mezi uživatelem a asistentem a kontroluje tak kvalitu poskytované služby,
  - je to pracovník, který se vzdělává pro tuto roli,
  - je to pracovník, který vykonává svou práci v rámci pracovní náplně v pracovní době,
  - je pracovník, který kontaktuje uživatele, když si to uživatel přeje, když se společně dohodnou, nebo když vycítí potřebu kontaktu.

### **Otázky – jako podnět k rozhovorům o tvorbě individuálního plánu**

Co vás tady těší?

Zlobí vás něco?

Vídím, že máte rád(a) zvířata, hudbu, knihy, kytičky...

Slyšela jsem, že umíte dobře...

S kým se vám dobře povídá?

Nevadí vám, když si budu dělat poznámky?

### **Hlavní zásady plánování:**

- uživatel je při plánování rovnocenným partnerem,
- naplánovaný cíl, je především jeho cíl,
- podpora definování neomezených představ o způsobu života, který by chtěl uživatel vést,
- zaměření na přednosti uživatele spíše, než na jeho omezení,
- využití všech možných zdrojů ke splnění osobního cíle,
- klíčový pracovník si domluví s uživatelem schůzku,
- na schůzce se představí a seznámí uživatele s cílem schůzky, jméno klíčového pracovníka je zaznamenáno v osobní složce uživatele,
- klíčový pracovník vysvětlí uživateli, čeho všeho se můžou týkat jeho cíle, přání, potřeby.

### **IP vyplňuje s uživatelem klíčový pracovník**

- výstup z každého rozhovoru na téma individuálního plánování je zaznamenán (je dobré zvolit jednoduchý způsob záznamů – možno používat i symboly),
- pokud dojde k důležité komunikaci – důležitému sdělení přání, obav, v kladném či záporném slova smyslu, pokud uživatel nespolupracuje, není mu dobře, je učiněn kýmkoliv delší záznam: datum a obsah – tento záznam slouží jako podklad pro záznam do dokumentace,
- všechny záznamy jsou na poradách konzultovány s vedoucí služby a sociální pracovníci či klíčovým pracovníkem,
- je třeba dobře zvážit tok informací v instituci a jeho záznamy (Jak se dozvědí ostatní pracovníci co je pro uživatele důležité a o čem přemýšlí a na co je třeba dát pozor při spolupráci, abychom nepůsobili opačně, než si uživatel přeje?),
- společně se dohodnou na postupu dosažení cíle
  - a) co může udělat uživatel
  - b) co může udělat organizace,
- dohodne se postup a časový horizont,
- domluví se další schůzka,
- uživatel je informován, že některá jeho přání budou probírána na poradě,
- klíčový pracovník vysvětlí uživateli, že se mohou setkat dříve, pokud bude potřeba,
- seznámí uživatele s tím, že se z každé schůzky bude dělat záznam, do kterého může uživatel nahlédnout,
- záznam o plánování služby, budou založeny ve složce uživatele.

### **Vedení rozhovoru s uživatelem, který nekomunikuje**

1. Intuitivní techniky (fantazie, představy)
  - pozorování uživatele – na základě vlastních pocitů vytvoříme hypotézy, co by uživatel potřeboval, při pozorování jsme blízko a nevstupujeme v přímý kontakt s uživatelem, snažíme se splynout s okolím, neovlivňovat, posuzujeme komplex, nejen samotného uživatele,
  - empatická fantazie – vcítíme se do situace uživatele, představíme si, že jsem v jeho těle, jsme on, zkoumáme, co bychom v pozici uživatele potřebovali,
  - imaginární rozhovor – forma, kdy vedeme ve své fantazii rozhovor s uživatelem a počkáme až naše tělo a mysl odpoví, rozhovor vedeme ve vší úctě a vážnosti,
  - modelový rozhovor, uživatel, pracovník - empatik – v týmu najdeme jednoho pracovníka, který bude hovořit za uživatele.
2. Racionální techniky – co opravdu potřebuje, nutnost znát lidské potřeby – analýza uspokojování potřeb.
3. Studium dokumentace – rozhovor s kýmkoliv, kdo uživatele zná.



## INDIVIDUÁLNÍ PLÁN

Uživatel služby: .....

Klíčový pracovník: .....

### I. Osobní cíl klienta

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### II. Co je potřeba k dosažení cílů

Co můžete udělat vy

.....  
.....

Co může udělat organizace

.....  
.....

III. Datum prvního kontaktu .....

### IV. Kritéria a termín hodnocení naplnění potřeb:

.....  
.....  
.....

V. Datum dalšího vyhodnocení .....

podpis uživatele  
dle přání uživatele

podpis klíčového pracovníka

\*\*\*\*\*

### Následný individuální plán

Při práci na individuálním plánování můžeme použít arteterapeutické metody:

Malování štítu – cíl: kdo jsem a co umím, chci...

Lidská postava – cíl: Co vím – hlava, co umím – ruka, co mohu – noha, jaký jsem – srdce. Je možno hovořit o tom, co by si asi přála pro nás naše babička, dědeček, maminka, tatínek, naše dítě, učitel apod. a co z toho si přeji i já – můžeme to malovat, nebo o tom hovořit.

Tyto metody nám pomohou porozumět a získat spolupráci tam, kde by to jinak bylo obtížné.

## TRÉNINK PAMĚTI U SENIORŮ

Autorka: Ladislava Šerá, Letokruhy, o.s., Vsetín

### **Stárnutí lidského mozku a jeho plasticita**

Dělení nervových buněk lidského mozku přestává kolem porodu, zcela jistě koncem druhého roku věku. Na svět přicházíme s nadbytečným počtem neuronů i jejich spojení.

Nové postupy dokazují, že nervové buňky zdravého lidského mozku s věkem ubývají velmi málo asi 10 - 15 %, a to jen v některých částech mozku.

Základní změnou doprovázející stárnutí je zmenšování neuronů, nikoli jejich úbytek. Nastává i pokles synapsí, což je důležitějším jevem než pokles počtu neuronů. Z hmotnosti mozku ovšem vůbec neplyne jeho výkonnost. Z tohoto pohledu by stárnutí našeho mozku vypadalo jako dění, které nemůžeme ovlivnit. Což je omyl! Je doloženo, že v některých částech mozku nervové buňky dokáží pod vlivem zevních podnětů prodlužovat výběžky a tvořit nová spojení s jinými nervovými buňkami až do věku 90 ti let!

Je třeba vzít v potaz, že mozková buňka není k ničemu, jestliže není spojena s další mozkovou buňkou, tak aby mohla vysílat a přijímat informace.

Pro poruchy paměti obecně platí to, co pro svaly. Když je používáme a posilujeme, jsou silné, pokud je nepoužíváme, atrofují a zmenšují se. S pamětí to je stejné. Na buněčné úrovni je totiž tvorba paměťové stopy doprovázena změnou tvaru zakončení nervových buněk s tvorbou nových bílkovin. Tento proces je možný v každém věku a i během onemocnění, ačkoli je zde významně omezen. Používáním a trénováním nervových zakončení udržujeme celý systém plasticity mozku v dobré kondici. Platí proto, že používáním a trénováním paměti si vytváříme rezervu pro případné onemocnění v budoucnu.

Ještě donedávna, a to do roku 1998, se předpokládalo, že nervové buňky se neobnovují a starším lidem tak nezbyvá nic jiného než se smířit s nevratnými změnami v mozku, které mají za následek zhoršování funkčnosti jejich paměti. Jenže poslední výzkumy prokázaly, že učením vznikají nejen nové mozkové buňky, ale i jejich synaptická propojení.

Dnes víme, že učení vede k tvorbě nových synapsí. Stručně řečeno, ačkoliv jakási únava a stárnutí mozku je s postupujícím stářím neoddiskutovatelný fakt, přece jen se dá u zdravého člověka zbrzdít. I ve stáří se vyplatí učit se. V podstatě cokoliv. Cizím jazykem počínaje, novými dovednostmi konče. Vědci upozorňují, že kvalita nově vzniklých buněk závisí na aktivitě jedince. Čím je aktivnější, více nucen přizpůsobovat se stále novým věcem, pamatovat si je – tedy učit se, tím je aktivita hippokampu větší a v rámci pozitivní zpětné vazby se pak tvoří další nové buňky.

Do těchto aktivit můžeme zcela jistě zařadit trénink paměti.

### **Trénink paměti**

Trénink paměti je cílené posilování všech typů paměti, dále pak nácvik koncentrace a mentálního tempa.

Nejdůležitějším faktorem při trénování je chuť něčemu novému se naučit.

Pomocí vhodných cvičení může trenér dosáhnout u svých svěřenců velmi brzy úspěchu a tím poměrně rychle dochází ke zvýšení sebevědomí zejména u starších lidí, kteří své paměti už moc nevěří.

Optimálního tréninkového efektu se docílí ve skupinové práci. Proto je kladen důraz na pořádání kurzů pro veřejnost, kde se učí frekventanti hravým způsobem paměťovým technikám, které jim usnadní zapamatování velkého množství informací a to na poměrně dlouhou dobu.

Při tréninku se trenér snaží vytvářet pocit pohody a radosti. Umožňuje pokud možno všem prožít úspěch, neboť nic nemotivuje tak silně jako kladná zkušenost, že něco známe a dovedeme. Při skupinové činnosti se pak posiluje nejen tak nutný sociální kontakt mezi zúčastněnými, ale dochází ke zprostředkování prožitků, které dopomáhají trénujícím k novým poznatkům, jež se získávají společným promyšlením.

I lidé s pomalejším mentálním tempem, nebo lidé méně odvážní zažívají pocit důležitosti při zvládnutí společné úlohy.

## **Druhy paměti a jejich cvičení**

Psychologie a fyziologie dochází soustavným rozbořením činnosti paměti ke konstatování 3 odlišných druhů paměti.

- senzorická
- krátkodobá
- dlouhodobá

### **Senzorická paměť (SP)**

Informace přichází prostřednictvím smyslových orgánů – analyzátorů. Tyto orgány zachytí podněty jen na krátkou chvíli – od ¼ s. do 2s.

Cvičení SP

- hledání rozdílů mezi obrázky
- hledání chyb v textu
- bludiště
- rozpoznání zvuků různých hudebních nástrojů, poznávání pokrmů dle chuti...

### **Krátkodobá paměť (KP)**

Krátkodobá, nebo-li pracovní paměť hraje důležitou roli nejen v podržení informací, ale i v jejich zpracování. Pojme okamžitě maximálně 5 – 10 pojmů.

Dva druhy činností KP

- usměrňování známých informací,
- rozhodování, zda bude informace uložena nebo zcela zapomenuta.

Cvičení KP

- hledání synonym, homonym, antonym
- tvorba anagramů, vyhledávání asociací, hledání víceznačných slov, rýmování...

### **Dlouhodobá paměť (DP)**

Je funkcí celého mozku a je také zastoupena ve všech jeho oblastech. K přenosu informací do dlouhodobé paměti dochází pouze tehdy, byla-li jim věnována záměrná pozornost a pokud byly dostatečně opakovány. Informace mohou být vyvolány k opětovnému použití i po mnoha letech. DP obsahuje:

- epizodickou paměť (zaznamenává epizody z našeho života),
- procedurální paměť (uchovává informace potřebné k vykonávání zautomatizovaných pohybů),
- sémantickou paměť (zde jsou uloženy naše poznatky o světě).

Cvičení DP

- doplňování známých přísloví
- vydělování pojmů ze skupiny
- dvojice známých osobností
- státy a jejich hlavní města
- zahraniční města a jejich typické prvky
- země a k nim přiřazujeme trojici pojmů, které je charakterizují
- vědní obory a přiřazení předmětu jejich zkoumání
- stromy a jejich plody
- přirovnání
- druhy sportů a jejich kategorizace
- sportovci a jejich jména
- česká města a čím jsou známá
- spisovatelé a jejich díla
- doplnění názvů známých filmů, knih, divadelních her

### **Trénink paměti a mnemotechniky**

Vedle nácviku koncentrace, reprodukce, nalézání slovních výrazů, rozkrývání vztahů mezi pojmy a jejich objasňování je velmi vhodné do tréninku paměti zařadit nácvik mnemotechnických dovedností (kategorizace, metoda loci, vizualizace, strategie prvního písmene, paměťové háčky...).

#### Metoda loci

Ukázka, jak zvládnout s člověkem s MCI zapamatovat si nákup o 7 – 10 položkách a to ještě v pořadí, které si nadiktujeme.

Cvičení na součinnost mozkových hemisfér.

Informace o tom, jak se stát trenérem paměti, najdete na stránkách [www.trenovanipameti.cz](http://www.trenovanipameti.cz)

## **NEDOSLÝCHAVOST A POUŽÍVÁNÍ NASLOUCHADEL**

Autorka Pavla Kramerová příspěvek nedodala

# VÝŽIVA SENIORŮ

Autorka: Michaela Hrbáčková

**Výživa seniorů**  
**Konference Nedašov 2009**

20.2.2010      Michaela Hrbáčková, registrovaný  
nutriční terapeut

---

---

---

---

---

---

---

---

- Nutriční potřeby seniorů
- Poruchy příjmu ve stáří
- Složení stravy
- Diety

---

---

---

---

---

---

---

---

**Zásady zdravé výživy dospělých**

Cílem zdravé výživy je

- zlepšit kvalitu života
- předcházet vzniku tzv. civilizačních chorob
  - obezita
  - diabetes mellitus
  - CMP
  - hypertenze

---

---

---

---

---

---

---

---

## Zásady zdravé výživy

- Energetický příjem v rovnováze s energ. výdejem
- Správný poměr živin:  
1g bílkovin:1g tuků:4g sacharidů  
omezit tuky - zvýšit sacharidy/bílkoviny
- Pestrá strava / různé způsoby technologie přípravy pokrmů
- Přednost mají rostlinné zdroje

---

---

---

---

---

---

---

---

## Nutriční aspekty stárnutí

- Ztráta pocitu žízně
- Zhoršení tekutinové bilance
- Zhoršení renálních funkcí
- Úbytek svalové hmoty
- Úbytek psychických funkcí a ztráta motivace
- Změny imunitního systému

---

---

---

---

---

---

---

---

## Nutriční stav seniorů ovlivňují :

Sociální faktory	Zdravotní faktory
Úbytek mezilidských vztahů	Vedlejší efekty léků
Ekonomické faktory	Zhoršení funkce trávicího traktu
Omezení schopností vařit a nakupovat	Nedostatek konkrétních živin

---

---

---

---

---

---

---

---

### Nutriční péče ve stáří – co je nutné sledovat?

- Hydratace
- Chut' k jídlu
- Pestrůst jídelníčku

### Význam dobrého nutričního stavu

- pro prevenci dekubitů
- pro celkovou regeneraci organismu
- spokojenost klientů
- dobrý psychický stav

---

---

---

---

---

---

---

---

### Dehydratace

- strach z většího přísunu tekutin-inkontinence
- snížená mobilita
- snížení pocitu žízně
- Bilance tekutin  
Dospělý jedinec 2000-2500 ml vody
- Potřeba tekutin v akutním stavu se zvyšuje

---

---

---

---

---

---

---

---

### Důsledky dehydratace

- urologické - infekce moč. cest, lithiasa
- gastrointestinální - chronická zácpa, neprůchodnost střevní
- dyspeptické obtíže
- onemocnění CNS- CMP
- snížení mobility, zhoršení artrozy, osteoporózy z inaktivity

---

---

---

---

---

---

---

---



## MALNUTRICE - PODVÝŽIVA

Je to stav, kdy příjem živin a jejich využití nepokrývají v dostatečné míře potřeby organismu

### **Vzniká při:**

- sníženém příjmu a neměnicích se potřebách
- sníženém příjmu a zvýšených potřebách

---

---

---

---

---

---

---

---

## Příčiny malnutrice

- defekt chrupu
- postižení slinných žláz
- onemocnění dutiny ústní, jícnu, GIT a jater
- psychické poruchy- deprese, demence
- snížená chuť k jídlu
- velké množství medikace
- omezená hybnost a sebeobslužnost
- malnutrice často není v centru pozornosti

---

---

---

---

---

---

---

---

## Malnutrice

Následky:

- zhoršuje průběh onemocnění
- vznik dekubitů
- prohlubuje imobilitu
- poruchy imunitního systému

Je snazší udržet dobrý nutriční stav,  
je velmi obtížné realimentovat podvyživeného nemocného

---

---

---

---

---

---

---

---

## Interakce potravin s léky

Snížení chuti vyvolávají:

- Digoxin
- Antiflogistika
- Fluoxetin
- Antiparkinsonika
- Antibiotika
- Metformin
- Cytostatika

Chuť podporují:

- Antiepileptika
- Tricyklická antidepresiva
- Atypická neuroleptika

Grapefruitová šťáva –  
nejvýznamnější potravinovou  
interakcí

---

---

---

---

---

---

---

---

## Diety

V nemocnici – dietní systém  
nutriční péče – probíhá  
standardizace – zavádění  
nutričního screeningu –  
odhlazení rizika malnutrice

- Základní diety
- Speciální diety
- Standardizované diety

V domovech pro seniory  
Při příjmu sledovat stav  
výživy/ riziko malnutrice

- Racionální strava
- Diabetická strava
- Strava s šetrící úpravou /  
diabetická varianta
- Strava s omezením tuků  
(šetrící úprava)/  
diabetická varianta
- potravinové alergie

---

---

---

---

---

---

---

---

## Dislipidémie + diabetes + obezita

dodržovat zásady diabetické diety:

- omezit příjem sacharidů
- časové rozvržení jídel
- dostatečný příjem vlákniny
- rostlinné tuky mají přednost

---

---

---

---

---

---

---

---

## Hypertenze

- Omezení příjmu sodíku a kuchyňské soli. DD – 6g/den.
- Ochucovat pokrmy bylinkami, česnekem, cibulí, houbami, rajským protlakem – zakryjí méně slanou chuť
- Omezení nadměrného příjmu kofeinu a alkoholu
- Minimum: šetřící strava

Minerální vody	sodík (mg/1 litr)
Poděbradka	509
Hanáčka	416
Korunní	103
Mattoni	72
Ondrášovka	40
Magnesia	5

- **POZOR!** některé minerální vody obsahují velké množství Na
- Dostatečný příjem vápníku, hořčíku a draslíku

---

---

---

---

---

---

---

---

## Onemocnění žlučníku, slinivky a jater

- velká skupina seniorů
- snaha vyhnout se operaci
- nutnost dodržovat dietní omezení – prevence operativního řešení / postižení slinivky

Kombinace šetřící úpravy + omezení tuků

---

---

---

---

---

---

---

---

## Nutriční podpora – sipping, enterální výživa

### Nutridrink

- Juice style bez tuku
- Multifibre s vlákninou
- Yoghurt stimuluje produkci slin
- Compact v 1/2 množství
- stejná energie
- Fortimel vysoký obsah bílkovin
- Cubitan pro hojení ran a dekubitů
- Diasip pro diabetiky
- Calogen olejová emulze

### Instantní forma -



dodává energii ve formě sacharidů  
možno vmíchat do jídla



dodává bílkoviny  
možno vmíchat do jídla



Instantní zahušťovadlo při potížích s polykáním tekutin

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nutriční ambulance**

<p><b>MUDr. Jiří Štěpančík</b> interní obory, geriatra tel: 577 552 067</p> <p><b>MUDr. Radovan Turek</b> intenzivní medicína (ARCI) tel: 577 552 370</p> <p><b>MUDr. Libor Číž</b> chirurgické obory tel: 577 552 828</p> <p><b>MUDr. Lenka Toukálková</b> pediatrický obor, gastroenterolog tel: 577 552 019</p> <p><b>MUDr. Alena Jakšičová</b> onkologické obory tel: 577 552 605</p> <p><b>MUDr. Petr Hrdý</b> interní obory tel: 577 552 228</p>	<p><b>Kontakt:</b> Krajská nemocnice T. Bati, a.s. Havlíčkovo náměstí 600, Zlín Budova č. 48 (LDN) – 2. patro Tel: 577 552 026</p> <p><b>Ordinační hodiny:</b> Po: 7:00 – 16:00 Út: 7:00 – 16:00 St: 7:00 – 16:00 Čt: 7:00 – 16:00 Pá: 7:00 – 16:00</p> <p>Po telefonické domluvě!</p> <p><small>Nutriční ambulance neobslužuje pacienty na domácí enterální výživě pacientů s PEG, neoperativní stoma, ohr. stomií...</small></p>
--	--

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nutriční ambulance pro pacienty, kteří jsou ohroženi malnutricí**

- Zajištění doplňkové nutriční podpory pro pacienty v riziku malnutrice
- komplexní zajištění pacientů na domácí enterální výživě  
= pacienti s PEG, PEJ, chirurg. stomii
- recept na některou z forem nutriční podpory je možno vystavit v den propuštění pacienta do domácí péče  
nebo se obrátit na lékaře nutriční ambulance  
KNTB, a.s. Zlín

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Ekonomické aspekty**

Vyšší náklady nutriční podpory – podané včas – ušetří daleko větší prostředky, které by byly použity na léčbu komplikací způsobených špatným nutričním stavem pacienta

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Etické aspekty

### Základní etické principy

- Beneficence ( činit pacientovi „dobro“)
- Non-maleficence („neškodit“)
- Respekt k autonomii nemocného
- Spravedlnost ( zájem pacienta vs zájem společnosti)

Mudr O. Sláma, MOU Brno

---

---

---

---

---

---

---

---

Děkuji za pozornost.

---

---

---

---

---

---

---

---

## CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Autor: MUDr. Petr Procházka, neurolog. odd. Krajské nemocnice T. Bati, a.s. Zlín

### **CMP (iktus, mrtvice, mozkový infarkt) je:**

Akutní stav, charakterizovaný vznikem ložiskových neurologických příznaků, které jsou způsobeny lézí určité části CNS. Léze je vaskulární ischemie (nedokrvení) nebo krvácení.

Incidence (výskyt) v ČR je cca 320 případů/100.000 ob., toto jsou odhady, přesná statistika není k dispozici. Odhaduje se, že skutečná čísla jsou vyšší. Pro srovnání, incidence v západní Evropě je asi 150 případů CMP na 100.000 obyvatel.

Navíc se očekává nárůst do r. 2020 asi o 30 % !

V ČR tedy dochází k ročnímu výskytu CMP v počtu asi 28.000.

CMP je závažný stav, který ohrožuje na životě i zdraví:

Je to nejčastější příčina invalidity celosvětově

2.-3. nejčastější příčina úmrtnosti

celosvětově umírá na CMP za rok až 5 mil. lidí

u 2 z 5 pac. s CMP se objeví recidiva CMP do 5 let

2. nejčastější příčina demence

nejčastější příčina deprese jak pacientů, tak jejich opatrovatelů

nejčastější příčina úmrtí u 1/3 pac. v následujících 6 měsících

v ČR je 2-3x větší úmrtnost na CMP než v Evropě

po CMP 15 % riziko infarktu myokardu

15% riziko vaskulární smrti

posouvá se výskyt CMP do produktivního věku

... ekonomické dopady jsou obrovské

Rozlišujeme 2 základní typy CMP

Ischemie (nedokrvení) a hemoragie (krvácení)

Ischemie představují celkově 80 % všech případů CMP. Celkově mají lepší prognozu stran přežití a invalidizace než hemoragické CMP.

Podle vzniku ischemie CNS rozlišujeme několik subtypů iCMP:

- aterotrombotickou CMP (onemocnění velkých tepen mozku, které vedou k rozvoji mozkového infarktu),
- lakunární CMP – onemocnění malých tepen CNS (rozdíl od předchozího typu je tedy ve velikosti ložiska a lokalizace mozkového infarktu),
- kardioembolická CMP – dochází k embolizaci do CNS, nejčastěji ze srdce nebo aortálního oblouku, embolus vede k uzávěru mozkové tepny a vzniku mozkového infarktu),
- hemodynamická CMP – podkladem ischemie CNS není uzávěr či stenosa tepny, ale pokles perfuze CNS na podkladě selhání cirkulujícího objemu krve (selhání srdce jako pumpy, těžká dehydratace etc.),
- kryptogenní CMP – nepodaří se zjistit výše uvedené příčiny CMP,
- často se nejrůznější podtypy kombinují.

Patofyziologie ischemie – při poklesu perfuze mozku z některých výše uvedených příčin dochází k poklesu cirkulující krve, pokud je tento pokles kolem 17-22 ml krve/min. na 100 g tkáň, vzniká tzv. ischemický polostín (penumbra). V této fázi není ještě vytvořen infarkt, tkáň je v přímém ohrožení nekrozy, je narušena funkce nervových buněk (klinicky vzniká porucha hybnosti, čítí, řeči...), ale při obnovení perfuze v dané oblasti je stav plně reverzibilní.

Pokud ale dojde k dalšímu poklesu mozkové perfuze (pod 8 ml/min. na 100 g tkáně), rozvíjí se nekroza tkáně – mozkový infarkt – dochází k nevratnému poškození struktury a funkce tkáně.

Na buněčné úrovni dochází ke komplexním dějům: deplece O<sub>2</sub>, deficit energie, následnému rozvoji poruchy de- a repolarizace, poruchy iontové homeostázy, excitotoxicita. Všechny tyto procesy vedou k aktivaci apoptozy a následnému odumření neuronu.

Klinické příznaky CMP závisí na velikosti a lokalizaci mozkového infarktu. Mezi nejčastější patří: porucha řeči – setřelá řeč (dysartrie), fatická porucha (porucha rozumění a tvorby slov, vět), porucha hybnosti (paresa), porucha citlivosti (hyper, hypestezie, parestezie, dysestezie), porucha zraku (výpadky zorného pole, korová slepota).

Nespecifické příznaky: bolest hlavy, porucha vědomí, zmatenost.

Tak jako infarkt myokardu je projevem ICHS, akutní tepenný uzávěr končetiny projevem ICHDKK, tak je iCMP projevem mozkové aterosklerozy (ve většině případů). Proto i rizikové faktory těchto jednotek jsou společné. Jsou jimi:

- hypertenze
- diabetes mellitus
- hyperlipidémie
- nadužívání alkoholu
- obezita
- fibrilace síní
- kouření
- onemocnění kardiovaskulárního aparátu

Zastoupení rizikových faktorů u pacientů s CMP Zlínského kraje

obezita	69 %
DM	47 %
hypertenze	85 %
fibrilace síní	26 %
ICHS	60 %
hyperlipidémie	71 %
kouření	27 %

Léčba iCMP

Rozlišujeme léčbu akutní fáze CMP a následnou léčbu.

V akutní fázi je možné léčit systémovou trombolýzou a zajistit zákl. životní funkce a parametry (obecné opatření akutních stavů).

Těmito jsou:

- Monitoring vitálních funkcí na JIP/iktové jednotce
- Oxygenoterapie, péče o dýchací cesty
- Regulace TK
- Regulace hyperglykémie
- Regulace tělesné teploty
- Zajištění nutrice, homeostázy
- Rhb, prevence dekubitů, logoped. péče

Systémová trombolýza je léčebný postup akutní iCMP spočínající v aplikaci fibrinolytického enzymu (rekombinační tkáňový aktivátor plazminogenu). Indikační kritéria jsou poměrně úzká, základním předpokladem je trvání příznaků do 4,5 hodiny, proto je enormně důležité, aby byl pacient urychleně transportován do nemocničního zařízení.

### Následná léčba iCMP (prevence)

Základem je přísná kontrola již zmíněných rizikových faktorů.

Neléčená hypertenze zvyšuje riziko recidivy CMP 6x (a to i u pacientů bez hypertenze!). V současné době je doporučována léčba hypertenze v rámci sekund. prevence ACE – inhibitory a blokátory kalciových kanálů (studie LIFE, ASCOT).

Použití antihypertenziv je doporučováno u pac. s anamnézou CMP či TIA bez ohledu na přítomnost hypertenze.

Při dyslipidémii se doporučuje podávání statinů. V rámci primární prevence byl prokázán preventivní účinek atorvastatinu a pravastatinu. V rámci sekundární prevence byl efekt prokázán u atorvastatinu.

Pacienti s diabetes mellitus by měli být v rámci sekundární prevence iktu léčeni pioglitazonem.

### Antitrombotická farmakoterapie

Základem je kyselina acetylsalicylová (pac. s nízkým rizikem kardiovaskulárních komplikací), u pacientů s vysokým rizikem se v současné době doporučuje kombinace ASA + dipyridamol. Clopidogrel je doporučován jako monoterapie u pac. s vysokým rizikem KV komplikací a ICHS.

Antikoagulační terapie je jednoznačně indikována u pacientů s kardioembolickým iktem (nejčastěji anamnéza fibrilace síní, chlopenní náhrady, přítomnost intrakardiálních trombů...). Podávání warfarinu musí být dostačující pro nastavení terapeutické hladiny.

Kombinace ASA + warfarin se doporučuje pouze u pacientů s fibrilací síní a perkutánní revaskularizací pro koronární syndrom.

Cíle a postupy prevence po CMP:

1. dosažení normotenze TK pod 140/90
2. pokles cholesterolu pod 5,0 mmol/l
3. adekvátní antitrombotická léčba

Při plné korekci všech rizikových faktorů dochází k redukci recidivy CMP o 65 %, redukci rizika kardiovaskulárních komplikací až o 75 %!

### Chirurgická léčba CMP

možnost řešení stenosis magistralního povodí – karotická endarterektomie (CEA)

velký důraz na časné provedení (u stabilizovaného pacienta by měla být provedena do 2 týdnů od vzniku CMP)

stenting

endovaskulární výkony (aneurysmata, AV malformace-LGN, kavernomy...)

dekompresní kraniektomie – při rozvoji maligního edému (fatální CMP)

Diferenciální diagnostika CMP – od CMP je nutno diferencovat jiné stavy, kterými jsou:

traumata (Epidurální a subdurální hematomy, mozkové kontuze...)

expanze (tumory, cysty)

záněty (encefalitis, meningitis)

demyelinizace (sclerosis multiplex, parainfekční, toxické, polékové, autoimunita...)

encefalopatie

psychogenní stavy



## ALZHEIMEROVA NEMOC

Autorka: Ladislava Šerá, Letokruhy, o.s., Vsetín

- Alzheimerova nemoc je degenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci.
- Symptomy této nemoci popsal jako první německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer (3. 11. 1906)

### Biomedicínský pohled

- příčina vzniku této nemoci stále není známa,
- patologické usazování nerozpustných bílkovin (beta-amyloid) v mozkové tkáni mezi nervovými buňkami a srážení bílkoviny (tau-protein) uvnitř mozkových buněk,
- dochází k úbytku acetylcholinu, což vede ke ztrátě synapsí mezi neurony a současně k odumírání mozkových buněk,
- AN začíná 20-30 let před vypuknutím prvních příznaků.

### Příznaky Alzheimerovy nemoci

- ztráta krátkodobé paměti,
- zhoršená orientace v čase a prostoru,
- porucha řeči,
- zhoršující se schopnost úsudku, stále obtížnější rozhodování,
- problémy s abstraktním myšlením,
- změny osobnosti,
- ztráta zájmu o koníčky,
- ztráta iniciativy.

### ABC koncept

#### A - Aktivita denního života

(zvládnutí běžných denních aktivit – oblékání, příprava jídla, nakupování, zvládnutí hygieny, zacházení s financemi)

#### B - Chování

(poruchy emotivity, chování, poruchy cyklu spánku - bdění, psychotické příznaky)

#### C - Kognitivní funkce

(všechny myšlenkové procesy, které umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se, neustále se přizpůsobovat měnícím se podmínkám prostředí)

Alzheimerova nemoc má tři stádia:

#### 1. Lehké stádium

Obtížné dorozumívání, zapomínání, podezřivost, vztahovačnost, popírání problémů, dezorientace v čase. Bloudivost na známých místech, známky deprese, úzkosti i agresivity, ztráta zájmu o koníčky, změna osobnosti.

#### 2. Střední stádium

Poruchy soudnosti, nekritičnost, prohlubování změn osobnosti, neschopnost vykonávat běžné aktivity, toulání, stavy zmatenosti.

#### 3. Těžké stádium

Poruchy příjmu potravy, nerozpoznání blízkých osob, ztráta schopnosti souvislé řeči, velké stavy zmatenosti, obtížná chůze, poruchy vylučování moči a stolice, úplná ztráta soběstačnosti, upoutání na invalidní vozík, tělesné i duševní chátrání, smrt.

## Mírné kognitivní zhoršení (MCI)

Během normálního stárnutí pozvolna ubývá fyzických a psychických schopností. U některých seniorů bývá zapomnětlivost větší než odpovídá obvyklému výkonu v populaci. Pokud dosahují poruchy paměti takové tíže, že vážněji narušují každodenní, sociální a pracovní činnosti, hovoříme o demenci.

Pokud je zapomínání lehkého stupně neovlivňující běžný život, razí se pro tento stav nový termín – mírné kognitivní zhoršení. Nejedná se již o přirozený projev stárnutí a ještě ne o demenci. Osud osob s mírnou kognitivní poruchou je rozmanitý (stav se upraví, zůstane po léta stejný, nebo může nastat progresse do některé z forem demence). Progrese do AN 12 % za rok, 80 % do 6 ti let. Proto má správné ačasné určení mírné kognitivní poruchy důležitý praktický význam, jelikož může ohlašovat nastupující nemoc. V tomto stadiu jsou také relativně ještě rezervy k ovlivnění paměťových schopností trénováním nebo některými léky (např. s výtažky ginkgo biloba).

### Dny paměti

- projekt prevence na včasný záchyt poruch paměti,
- spolupráce s odbornými lékaři – psychiatry, neurology,
- testy zdarma,
- addenbrookský kognitivní test – ukázka skříninku.

Prevence poruch kognitivních funkcí a komplexní rehabilitace byly donedávna opomíjeny. Dnes je jim věnována značná pozornost, protože byl prokázán jejich význam. Důležité jsou programy podporující prevenci kognitivních poruch, kognitivní trénink a časnou léčbu u rizikových skupin.

### Prevence AN

- nepodcenit MCI,
- v rodinné zátěži testovat paměť 10 let před vypuknutím onemocnění v předchozí generaci,
- nenechat se odbýt u lékaře,
- fyzická aktivita,
- psychická aktivita (trénink paměti),
- budovat si rezervní mozkovou kapacitu.

A     AKTIVITA (SMYSLUPLNÁ)  
L     LÁSKA  
Z     ZRCADLENÍ  
H     HODNOTA A DŮSTOJNOST  
E     EMPATIE  
I     INFORMACE (O PROJEVECH NEMOCI)  
M     MINULOST (KLIENTA)  
E     EMOCIONÁLNÍ ZÁVISLOST NA PEČOVATELI  
R     RESPEKT A DŮVĚRA

## DEMENCE

Autorka: Marie Kantorková, registrovaná zdravotní sestra Diakonie ČCE stř. Sobotín

### Syndrom demence (méně správně dementní syndrom)

se skládá z poruch paměti, úsudku, schopnosti učení, počítání, řeči, orientace a myšlení. Zhoršení kognitivních funkcí bývá provázeno nebo i předcházeno zhoršením sebekontroly, emoční labilitou, poruchami sociálního myšlení. Demence způsobuje snížení intelektu a obvykle i poruchu dalších funkcí. Zhoršení paměti a úsudku je takové, že narušuje běžný život. Postižena je zejména nová paměť, ale i uchování a vybavování nových informací. Nemocný stále obtížněji vnímá víc věcí najednou, nezvládne např. konverzaci s více osobami a má potíže s přesunem pozornosti z jednoho tématu na druhé. Tyto příznaky by měli trvat nejméně 6 měsíců, aby mohla být stanovena diagnóza syndromu demence.

Diferenciální diagnostika:

### Charakteristika demence

Anamnéza	organické onemocnění
Známky organicity	časté
Věk	častěji vyšší
Nástup onemocnění	nemá prudký
Průběh	pozvolný
Diurnální kolísání	zhoršení bývá v noci
Inteligence a paměť	výrazné zhoršení
Projev	zmatenost, konfabulace, prezentace drobných úspěchů
Nálada	bezvýrazná, popřípadě labilní
Náhled	bez náhledu
Chování	odpovídá stupni mentálního postižení
EEG	celkové zpomalení
CT	atrofie, lakunární stav, jiný nález

### Nejčastější výrazy, s nimiž se setkáváme u diagnóz syndromu demence:

**Abstrakce** – schopnost oddělit podstatné od vedlejšího, odlišit kvalitu od objektu a myslet na symbolické úrovni

**Abulie** – úbytek, útlum, nedostatek vůle

**Afázie** – narušená schopnost komunikovat řečí, psaním nebo posunky díky narušení mozkových center dominantní hemisféry

**Afektivita** – charakteristika afektivní oblasti, někteří považují za synonymum emotivity, objektivní behaviorální složky mohou být popisovány jako snížení (změlčení), oploštění (nepřítomnost), zúžení (omezení) rejstříku emočních projevů, nepřiléhavá afektivita, labilní afektivita

**Afektivní inkontinence** – emoční inkontinence, podněty pro spuštění afektu jsou podprahové nebo prakticky chybí, je extrémním vystupňováním afektivní lability

**Afektivní labilita** – rychlé střídání různých emocí po minimálním podnětu nebo i bez něho, (smích a pláč v jednom uzlíčku) bývá u organických poruch = demencí

**Afektivní oploštělost** – kladné ani záporné podněty nevyvolávají reakce (emoční zchudnutí)

**Afektivní otupělost** – afektivní nivelizace, oploštělost, efektivita ve vztahu k sociálnímu kontextu nevýrazná, setřelá, neměnná

**Afektivní stupor** – po silném hrůzném podnětu není postižený schopen pohybu, řeči, gestikulace, trvá krátce

**Afrázie** – neschopnost užívat hlasu

**Agitovanost** – stav neklidu, ve kterém se úzkost projevuje v motorické oblasti zvýšenou činností a vzrušením

**Agnosie** – porucha poznávání, neschopnost porovnat aktuální vjem s dříve získanými poznatky

**Agorafobie** – strach z nových prostranství

**Agravace** – vědomí přehánění subjektivních projevů nemocí (často příbuzní)

**Agrese** – zlostné myšlenky, pocity a postoje vůči lidem, věcem, zvířatům

**Akathisie** – neposednost, vnitřní neklid provázený přešlapováním (neklidné nohy), neschopnost vydržet v klidu

**Akinéza** – úplné vymizení pohybu

**Amence** – zmatenost

**Amnezie** – ztráta paměti, neschopnost vybavit si minulé události

**Anorexie** – nechutenství

**Anxieta** – pocit obdobný strachu, jenomže bez určitého objektu, stísněnost

**Apatie** – ztráta zájmu, emocí, pocitů, netečnost

**Apraxie** – porucha volných pohybů, přičemž motorické i senzorické systémy jsou nedotčeny

**Asthenie** – slabost

**Ataka** – vzplanutí

**Autismus** – stažení se do sebe

**Breptavost** – překotné tempo řeči s vypadáváním částí slov a přeřikáváním

**Bulimie** – žravost

**Degradace** – znamená sociální úpadek osobnosti

**Depersonalizace** – pocit neskutečna, ztráta identity

**Depravace** – mravní a citový úpadek osobnosti

**Derealizace** – pocit změněné skutečnosti, okolí se zdá cizí, bývá spojená s úzkostí

**Deteriorace** – úpadek (intelektu, paměti) někdy též dle příčiny

**Deteriorace osobnosti** – trvalé snížení úrovně jedince

**Dezorientace** – ztráta uvědomění si své pozice v prostoru, čase a ve vztahu k jiným lidem, většinou provází zmatenost, může být i důsledkem bludu či poruchy paměti

**Dysartrie** – potíže v řeči způsobené poruchou koordinace řečového aparátu

**Dysfonie** – narušená schopnost používat hlasu (osamělí lidé)

**Dysforie** – rozmrzelost, rozladěnost, mírnější forma rezonantní nálady

**Dysgrafie** – porucha psaní, která není primárně způsobena nízkým IQ, poruchami zraku nebo chybným naučením

**Dyskalkulie** – porucha schopnosti počítat

**Dyskinéze** – porucha hybnosti

**Dyspraxie** – patologická nešikovnost, neobratnost, nemotornost, porucha motorické koordinace

**Echolálie** – opakování slov vyslovených jinými

**Echopraxie** – napodobování pohybů po jiných

**Ekmnézie** – v paměti časová nesprávná lokalizace skutečného zážitku

**Enuréza** – pomočování se

**Eretismus** – neklid a nezvládnutelnost

**Euforie** – přehnaný pocit pohody a dobré nálady, často psychogenní

**Hostilita** – nepřátelství

**Hyperkineza** – zvýšená pohybová aktivita

**Hypersomnie** – nadměrná spavost, prodloužený spánek, usíná i ve dne

**Hypokineza** – ochuzení rejstříku a zpomalení pohybů

**Hypomimie** – snížení mimiky

**Hypoprosexie** – zhoršení soustředění

**Hyposomnie** – zkrácená doba spánku

**Identifikace** – proces, jímž se jedinec ztotožňuje s někým jiným, přebírá rysy jiné osoby, začleňuje je do své vlastní a tím snižuje napětí, jedna z technik vyrovnávání se s náročnými situacemi

**Idiosynkrasie** – emoční přecitlivělost na některé podněty

**Iluze** – porucha vjemu, zkreslení vnímání, dělí se na pravé a nepravé paměti

**Impulzivita** – jednání bez rozmyslu, okamžitá realizace chorobného nápadu, zdánlivě nemotivovaného, provázeného minimálním afektem, bývá nutkavé

**Inkoherence** – nesouvislé myšlení, porucha asociací, narušení logických, formálních i obsahových vazeb řeči

**Insomnie** – úplná nespavost

**Intelligence** – schopnost orientovat se v nové situaci, odlišit důležité od nedůležitého a najít příznivé řešení

**Kognitivní** – poznávací, související s vnímáním a myšlením

**Kompulse** – nevládnutelné nutkání něco vykonávat

**Konfabulace** – proměnlivé smyšlenky, kterými se přemost'ují výpadky v paměti

**Konflikt** – duševní stav daný působením protichůdných přání, tendencí a požadavků

**Konkrétní myšlení** – neschopnost sestavit celek z jeho částí

**Koprofagie** – požívání výkalů

**Koprolalie** – záliba ve výkalech

**Lakrimozita** – plačtivost

**Logofobie** – strach promluvit

**Lucidita** – jasnost a uvědomění si sebe sama v kontextu času, prostoru a situaci

**Moria** – plané vtipkování

**Morození** – mrzutý

**Myšlení zmatené** – porušené vědomí

**Náhled-Nosognosie** – uvědomování si situace, v níž se nemocný nalézá

**Druhy nálad** – úzkostná = auxiozní, apatická = netečná, bezradná = ztráta nálady, depresivní = smutková, plačtivá, expanzivní, extatická, rezonantní

**Neologismy** – novotvary – výraz pacientovy individuální symboliky

**Nyktofobie** – strach ze tmy

**Obřadnost** – šroubovaná, strojená mluva

**Orientace** – uvědomování si sebe sama v čase, místě a ve vztahu k okolí, často narušena

**Paměť** – schopnost ukládat informace a vybavovat si je

**Paramnézie** – kvalitativní poruchy paměti

**Paratymie** – emoční nepřiléhavost situaci

**Percepce** – vnímání

**Perseverace** – opakování téhož a to i na různé otázky

**Psychopatie** – porucha osobnosti, její struktury a vývoje

**Psychoza** – závažné duševní onemocnění charakterizované výskytem kvalitativních poruch vědomí, vnímání, myšlení, které vedou ke ztrátě kontaktu s realitou

**Recepce paměti** – příjem informací, vstřípivost paměti

**Reprodukce paměti** – vybavnost paměti

**Roztržitá pozornost** – myšlení a řeč jsou ovlivněny nedůležitými detaily

**Schopnost ovládací, sebepoznávací** – schopnosti dotyčného se ovládnout a rozpoznat situaci

**Socializace** – vrůstání do společnosti

**Somnolence** – ospalost

**Sopor** – středně hluboká kvalitativní porucha vědomí, ve které dotyčný reaguje na silné podněty

**Úsudek** – schopnost rozeznat skutečné vztahy mezi myšlenkami a idejemi, schopnost učinit relevantní závěry ze zkušenosti

**Zastřené vědomí** – narušení orientace, vnímání a myšlení

**Zmatenost** – Amence – narušená orientace časem, místem, osobou či situací, provázená bezradností, kolísající nejistotou, iluzemi a částečnou amnezií

## DRUHY DEMENCÍ

### Demence u Alzheimerovy choroby:

Poprvé popsána německým psychiatrem Aloisem Alzheimerem v roce 1906 na své služebné Dorotě, která ve věku necelých 60 let jevila známky syndromu demence. Dříve se odlišovala jen senilní demence. Senilní forma od presenilní se odlišuje věkem 65 let.

Demence Alzheimerova typu je primární demence a je způsobena primárním onemocněním (atrofií) mozkové tkáně, v popředí je komorová atrofie.

Diagnostická vodítka = příznaky:

- přítomnost demence,
- plíživý začátek s pomalou deteriorací (úpadkem osobnosti),
- vyloučení jiné příčiny demence (hypothyreóza, hyperkalcemie, nedostatek vitamínu B 12, nedostatek niacinu, neurosifilis, normotonický hydrocefalus, subdurální hematoma),
- v raném stádiu onemocnění není přítomen paroxysmus ani ložiskové změny neurologické.

Pokud se ovšem objeví příznaky vaskulární demence nutno stanovit obě diagnózy.

### Demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem:

Demence počínající před 65 rokem (dnes častější výskyt), má čtyři stádia:

- I. poměrně plíživý průběh trvá 1-2- roky někdy déle až 5 let, někdy hůře diagnostikováno klient konfabuluje příznaky,
- II. zpravidla 1 rok někdy až 3 roky příznaky demence již jasné,
- III. do ½ roku přidávají se ostatní dg (vaskulární, ICHS, plicní),
- IV. většinou se přidá jiná diagnóza, která je vůdčí při úmrtí, stádium trvá dle zvládnutí základního onemocnění.

U mladších jedinců rychle se zhoršující průběh poměrně brzy se objeví afaticko-aprakticko-agnostický syndromy. Dalším rizikovým faktorem je výskyt onemocnění v rodinné anamnéze.

### Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem:

- počíná až po 80 roce věku,
- progrese onemocnění je pomalejší až 10 let a více,
- nejčastější příznak zhoršující se paměť.

### Demence u Alzheimerovy choroby atypický nebo smíšený typ:

- průběh plíživý, dlouhodobý, u presenilní formy rychlejší,
- vede k deterioraci – úpadku,
- psychotické příznaky – bludná vztahovačnost, paranoidní percepce, bludy, zmatenost,
- prognóza značně infaustní,
- léčebně lze průběh zpomalit,
- nutná intenzivní komplexní a dlouhodobá léčba.

Farmakoterapie stanoví lékař, není v kompetenci sestry zasahovat, možno ovlivnit podávání vitamínu B komplexu generica – zpomalí vývoj onemocnění zlepšit chuť k jídlu, celkově posílí organismus.

Pracovní terapie – nutný ID klienti jsou ostatními spolupracovníky znevažováni, zesměšňováni, občas zneužíváni pro méně hodnotné práce, je nutno předejít občansko-právním deliktům (krádeže, podvody, pedofilní jednání apod.), nutno vše řešit cestou psychiatra specialisty.

Heredita: často postižení přímí rodinní příslušníci.

### **Vaskulární demence:**

- multiinfarktová, aterosklerotická, vzniká po CMPM, při hypertenzi, cerebrovaskulární arterioskleróze
- časté TIA tranzitorní ataky, náhlé drobné kolapsy s krátce narušeným vědomím, přechodné parézy s narušeným viděním, nápadné zhoršení paměti a myšlení, počátek může být pomalý nebo postupný.

Diagnostická vodítka = příznaky:

- přítomnost demence,
- zhoršení kognitivních funkcí,
- náhled na nemoc zachován,
- občas egocentrismus, podezřívavost, podrážděnost, emoční labilita,
- vyšetření očního pozadí potvrdí domněnku dg, EEG, hypertenze, karotický šelest.

Průběh počátek bývá brzy, velmi proměnlivý, nutno léčit hypertenzi a TIA a nemusí se rozvinout.

Terapii stanoví opět lékař specialista psychiatr nebo geriatr, zde je možno ovlivnit podávání vitamínu C a E ve vysokých dávkách.

Pracovní omezení jako u Alz. typu.

Heredita není zde přesně stanovena.

Diagnózu přesně stanoví lékař psychiatr je méně než Alzheimerova typu.

### **Demence u Pickovy choroby:**

- postupně se rozvíjející demence středního věku 50-60 let,
- provázena postupnými změnami povahy a společenským úpadkem,
- dále zhoršení intelektu, paměti, řečových funkcí, přidává se apatie, euforie, extra pyramidové příznaky.

Etiologie atrofie mozku neznámého původu.

Diagnostická vodítka = příznaky:

- progredující demence,
- tupá euforie, emoční otupělost, zhoršení sociálního chování s apatií a neklidem,
- projev chování předchází přímému zhoršování paměti.

Diferenciální diagnóza nutno rozlišit všechny druhy demencí.

Průběh a prognóza čím dříve začne tím horší průběh, prognóza infaustní, trvá řádově roky.

Terapii stanoví lékař specialista.

Heredita není dostatek informací.

Prevalence ojedinělé onemocnění.

Pracovní neschopnost plný ID.

### **Demence u Jakobs-Creutzfeldtovy choroby:**

Progresivní demence s rozsáhlými neurologickými příznaky na podkladě encefalopatie, onemocnění ve středním a vyšším věku.

Průběh smrtící, subakutní 1-2 roky trvání.

Etiologie na podkladě infekčního agens.

Diagnostická vodítka = příznaky:

- rychlý průběh, četné neurologické příznaky,
- demence,
- pyramidové a extra pyramidové poruchy,
- charakteristické EEG.

Terapie a pracovní posouzení jako u ostatních demencí.

Heredita není prokázána, prevalence minimální.

### **Demence u Huntingtonovy choroby:**

Demence v důsledku demence mozku, objevuje se v III. a IV. deceniu života, první příznak deprese, úzkost, paranoidní syndrom se změnou osobnosti.

Diagnostická vodítka = příznaky:

- demence s choreatickými poruchami hybnosti,
- familiární výskyt Huntingtonovy choroby,
- v popředí pohyby obličeje, rukou, ramen nebo chůze,
- psychopatie poruchy frontálního laloku.

Průběh a prognóza postup pomalý a končí smrtí do 10 až 15 let.

Terapie stanoví lékař specialista.

Heredita genetická porucha 4 chromozomu s kompletní penetrací, pokud má jeden z rodičů pak 50% výskyt u dětí, pro obě pohlaví.

Výskyt 1 ku 100000.

### **Demence u Parkinsonovy choroby:**

Idiopatická porucha hybnosti, charakterizována zpomalením, klidovým třesem, maskovitým vzezřením, příznakem ozubené kolo, propulzí. U 40-80 % onemocnění demencí je přítomen depresivní syndrom.

Diagnostická vodítka = příznaky:

- demence na základě neurologických příznaků.

Diferenciální diagnóza jiné sekundární demence, multiinfarktová demence spojená s hypertenzí nebo diabetickou vaskulární demencí, intrakraniální tumor, normotonický hydrocefalus.

Etiologie neznámá, možná opakovanými traumaty hlavy a možná intoxikace.

Průběh postupně progredující s obdobím úlevy, nepříznivá prognóza.

Výskyt poměrně častý.

Heredita není přesně známá.

Terapie určí lékař specialista psychiatr gerontolog.

### **Demence u HIV infekce:**

Demence bez současné přítomnosti jiné choroby, projevuje se zapomnětlivostí, zpomaleností, hypoprosexií, zhoršeným výkonem při řešení problémů a obtížnějším čtením. Průvodním jevem je snížená spontánní apetie, sociální stažení. Neurologické vyšetření odhalí třes, poruchu rovnováhy, ataxii, hypertonií. U dětí při HIV dochází ke zpoždění ve vývoji, mikrocefalii, a kalcifikaci bazálních ganglií.

Diagnostická vodítka: demence při HIV komplexu.

Etiologie: encefalopatie vyvolaná HIV.

Diferenciální diagnóza demence jiného původu.

Průběh během týdnů až měsíců progreduje k těžké globální demenci, mutismu a smrti.

Terapie stanoví lékař, heredita neprokázána.

Prevalence v ČR zatím ojedinělá.

### **Demence u ostatních chorob klasifikovaná jinde.**

Demence může být projevem nebo následkem různých somatických poruch. Pro jejich určení by měla být stanovena základní diagnóza. Patří sem demence při intoxikaci CO, cerebrální lipidoze, epilepsii, progresivní paralýze, hyperkalcemii, hypotyreodismu, při intoxikacích, roztroušené skleroze, neurosyfilidě, nedostatku vit. B 12.

### **Nespecifická demence:**

Používá se zcela výjimečně pokud jsou splněna kritéria pro demenci a nelze ji identifikovat do žádného druhu.

Léčbu demencí určuje lékař specialista psychiatr nebo gerontolog, zpravidla má zařízení smluvního lékaře či se v obvodě nachází specializovaná ambulance.



Nejčastěji vyskytovaný syndrom demence je v našem zařízení Syndrom demence u Alzheimerovy choroby časným začátkem téměř 40 % a Syndrom demence s pozdním začátkem 50 %, 10 % jsou jiné druhy demencí a ostatní psychiatrické diagnózy.

### **Rady pro ošetřování Syndromu demence Alzheimerovy choroby v časném začátku:**

Možno rozdělit na rané stádium, které se někdy dělí na I. a II. stádium této nemoci

- Útlum krátkodobé paměti novo paměti je třeba vytvářet seznamy věcí, obrázků, stanovit jednoduché úkoly, mít náhradní klíče, označit věci v koupelně, v kuchyni, zásuvky, používat často kalendáře a věci k zapamatování.
- Řeč počíná se zhoršovat vyjadřování, těžko si vzpomíná na správná slova – nutno dopomáhat pozor na frustraci rychlým napovídáním, hovořit klidně a jemně, dívat se zpříma na klienta, uvolnit chování a vystupování, mluvit pozitivně, pomalu, počkat nechat vyjádřit myšlenku, neskákat do řeči, ptát se jednoduchými otázkami, pochválit – nutné a důležité, mluvit i o důležitých a zásadních věcech, používat jména, příjmení si nemusí pamatovat v ústavních zařízeních zakázané, ale sami si řeknou jak oslovovat.
- Vytvořit systém a strukturu.
- Dát dostatek času na úkoly – oblékání, úklid, mytí, úklid oblečení, příprava k jídlu apod.
- Pravidelnost při stravování, společenské aktivitě a odpočinku.
- Dobře stanovit harmonogram a vyvěsit jej.
- Vytvořit kalendář aktivit a odškrtnout provedené úkoly – lepší představivost, zkoušet či hledat pro klienta nové postupy, aby vše ještě sám zvládl.
- Společenské aktivity neomezovat, ponechat volnost pohybu v daném časovém rozvrhu.
- Pozor na úbytek sociálního myšlení ztrácí smysl pro oblékání a hygienu, nutno stále udržovat lidskou důstojnost, sebeúctu a dobrý pocit.
- Podporovat logické myšlení a úsudek (možno vést deník a postupně zaznamenávat úbytky).
- Zajistěte pravidelný pohyb, cvičení a procházky.
- Smyslové omezení – sledovat – dochází k úbytku náraz (sluch, zrak, čich).
- Dotyky, podpora hudbou, uměním apod., televize sledování oblíbených pořadů, naučných + vytvořit slavnostně prostřený stůl, světlo z lampy či svíčky, schody v bytě označit může vše omezit smyslové odumírání.

### **Rady pro ošetřování Syndromu demence Alzheimerovy choroby v časném začátku:**

Stádium mírné zpravidla rozpětí II. a III. stádia

- Paměť – začíná být obtížná konverzace – klient si nevybaví na co již myslel, a pak to řekl, krátkodobá paměť nefunguje, dlouhodobá zpravidla ještě ano! Nutno často připomínat úkoly, vzpomínat u fotografií apod.
- Označit věci štítkem, zpívat společně písničky, nepřipomínat nezvládnuté úkoly ztrácí důstojnost, sebeúctu a sebedůvěru, obtížná komunikace pomoci mu vzpomínat, nutno mít stále náhradní zubní protézy, NEHÁDAT objeví se agrese a frustrace! Jednoduché úkoly pokládat s pohledem na klienta a umět se společně usmát či zasmát, užívat jednoduché a krátké věty, pozor na náladovost špatně si vysvětluje a je deprimován, dostatek času na vstřebání úkolu, omezit hluk, mít čas na úkol a klid.
- Povídání si, výrazy z dětství – vzpomeneš dříve, mluvit klidně a rozvážně NEHLUČIT.
- Úkoly nechat plnit déle, umožnit úkoly, které dříve dělal.
- Pozor na elektrospotřebiče, zásuvky ošetřit pojistkami apod.
- Odstranit koberce, rohože, prahy, odstranit odpadkové koše – považuje to za WC.
- Léky zamykat uchovávat mimo dosah, podávat pravidelně se sklenicí vody, sledovat polykání.
- Bezpečnost místa, kde se nachází, odstranit možnost pádu a nebezpečí poranění.
- Zvážit rodinné návštěvy – nutný odpočinkový režim, změna paměti chování a osobnosti, velké návštěvy nevhodné, vhodné dárky – jídlo, kazety, obrázky, knihy, kapesníčky.
- Jídlo krájet, věnovat čas výběru! Pozor na servírování, úprava prostředí a stolu zvýší chuť k jídlu, možno nechat jíst rukama, pokud zamezíme úsudek a logické myšlení ubývá a klient dostane vztek a zlost, že mu vše bereme.

- Akceptuj strach a starosti, pomoci překonat zklamání, odstranit zrcadlo, aby se nebál, pozor na televizi může vyvolat paniku a strach.
- Pozor na bezpečnost při pohybu, osvětlení, odstranit koberce možnost uklouznutí.
- Vytvořit pevný řád dne pobyt u lékaře zjednodušit nebo řešit domácí návštěvou.
- Omezit cestování, vhodné jen krátké výlety – únava nevstřebání nových dojmů – frustrace, pozor na toalety – osoby stejného pohlaví doprovod.
- Smysly – dotyky, objímání, dostatek tekutin pozor na agrese, závratě, suchá kůže, červenání v obličeji, zrychlený tep, zmatenost odmítání tekutin.
- Klidné prostředí, mírnost v jednání a hovoru, nemocnému číst nahlas, vhodné živé zvíře, duchovní zlepši postoj věřící osoby, pozor na brání věcí do rukou a úst zajistit předměty.

Zpravidla I. a II. až někdy počátek III. stádia se osoby s tímto onemocněním nacházejí doma v rodinném prostředí nebo jsou dováženi do denních center, od poloviny III. stádia jsou již pro neúnosnost pečující osoby umístěni v ústavních zařízeních. I u nás v zařízení zpravidla v tomto stádiu klienty přebíráme od rodin či z měsíčního pobytu na odlehčovacím oddělení.

### **Rady pro ošetřování Syndromu demence Alzheimerovy choroby v časném začátku:**

Stádium pokročilé zpravidla IV. stádium

- Schopnost vykonávat cokoli složitého i oblékání se zcela vytrácí a zpravidla je klient odkázán zcela na pomoc pečující osoby a rodinných příslušníků, jejichž úkolem je zachovat důstojnost a úctu.
- Pečovatel zaujímá direktivní přístup, nutno přesto stále komunikovat o běžných událostech i úkolech, ztrácí se schopnost poznat své blízké, nutno mluvit pomalu a jemně co nejdéle, pokud jde do nemocnice či do ústavní péče dát sebou dárky k upamatování na domov, rovněž pro pocit bezpečí, že naň myslíte, pobyt doma prodloužit na co nejdelší možnou dobu, při návštěvě používat pohlazení, držení za ruku.
- Paměť zcela selhává – možno pomocí obrázku a hudby vrátit krátkodobé vzpomínky, je sinusoidní denní výkyv nemoci, komunikace je zcela obtížná, vážne, komunikaci nahrazovat gesty, sledovat projevy klienta a vyrozumívat, co chce říci, co požaduje, klient je zcela odkázán na pomoc pečovateli.
- Pozor na bezpečnost, odstranit strach z hygieny (koupání – voda apod.).
- Společnost opouští, je potřeba více spánku a je plná inkontinence, stravování vyžaduje zdaleka větší časový prostor, svátky a oslavy organizovat s pomocí rodiny a ostatních klientů.
- Logické myšlení a úsudek zcela vymizí, buďme připraveni na vykonání posledních přání klienta, buďme připraveni na různé reakce, intimní záležitosti řešit s ohledem, sexuální aktivitu směřovat na náhradní úkoly anebo zajistit intimitu a prostředí.
- Pohyb pozor na bloumání a neklid, přesuny na lůžko, při upoutání na lůžko pozor na proleženiny, někdy možné řešení matrace na zem, poblíž okna, pokud možno dopřávat pobyt venku, polohování, teplé oblečení, používat „řeč těla“ a chápejte „řeč těla“, používat dotyky, hlazení, promazávání a masírování, zajistěte počet návštěv proti pocitu osamocení, použít vhodné plyšové doplňky do lůžka, zvířátka, polštářky, doplňky lůžka, stravování upravit do chutí, možno použít stříkačku pokud se nenají a nenapije a nebo ztratí schopnost polykat, upoutat pozornost barvami, obrázky a zvuky, dbejte na duchovní potřeby klienta.

### **Sexualita ve stáří – výskyt u syndromu demence:**

Intimita v ústavech – upustit od mýtu staří lidé jsou asexuální. Sexualita není výsadou fyzického mládí, u starších lidí nepředstavuje jen akt soulože je to: láska, teplo, láskyplné pocity a společenský prožitek, šedé vlasy, vrásky a jiné projevy stáří jsou zcela nepodstatné.

Více než pouhý pohlavní styk, sexualita je lásky, teplo, vzájemné sdílení pocitů a doteků mezi lidmi. Sexualita je propojena s osobností jedince a hraje významnou roli v obohacení a zkvalitnění života.

V tom spočívá první problém: výraz „sexualita“ vyjadřuje mnoho různých věcí. Pro někoho znamená blízkého přítele-společníka, pro jiného je to zase možnost k fyzickému sblížení, někdo jiný srovnává sexualitu se souloží a s tělesnými prožitky. Existují fyziologické a psychologické, mužské a ženské

předpoklady, které nabízejí různé výklady sexuality jako např.: tělesnou intimitu, společenskou intimitu, intelektuální intimitu a citovou intimitu. Úsilí o dosažení komplexně pojeté sexuality by mělo zahrnovat: „citové, somatické, intelektuální a společenské aspekty, a to tak, aby pozvedlo kvalitu bytí každého jedince“.

Abychom mohli pokračovat ve vzdělávání a pomohli povzbudit zdravý sexuální projev u starších lidí, je nutno provést celkovou přeměnu vzdělávání v kulturní a společenské oblasti. Staří lidé se necítí starými až tehdy, jsou-li konfrontováni s faktem, že jejich okolí je považuje za „staré občany“. Dále staří lidé se nedomnívají, že jsou asexuální až do doby, kdy se jim to dává najevo. Ale proč naše kulturní a společenské prostředí projevuje tak negativní postoj, pokud jde o tak důležitou dimenzi lidské osobnosti?

Při vstupu do domova s pečovatelskou službou či do pobytového zařízení se nesmí pokračovat v sexuálních aktivitách. Starší občané v ústavu by měli být rozděleni podle pohlaví a soukromí není dovoleno. Sexuální aktivita není důležitá a nezáleží na ní. Zajímat se o sex je nemorální, zejména v prostředí ústavu. Neměla by se dávat možnost vzniku nového sňatku a starší ženy by neměly přicházet do styku s mladšími obyvateli.

Je tragické, že mnoho těchto mýtů a záporných názorů se nevyskytuje jen v širší společnosti, ale často kolují mezi samotnými klienty v ústavech. Praktický přístup pečovatele v otázkách výživy a tělesného cvičení mohou napomoci ke zlepšení fyzického vzhledu a kondice. Přátelé a děti zestárlých lidí často zastávají názor, že být starý znamená být bez sexu. Čím více společnost vyzvedává kult mládí, fyzickou krásu a vitalitu, tím více se staří lidé cítí být vinni a v rozpacích nad otázkami sexu. Sexuálně aktivní starší lidé se stávají „starým nemravou“ a „nemravnou starou bábou“. Je zcela zřejmé, že společnost potřebuje převychovat.

Je naprosto nutné, aby pečovatelský personál, zejména sestry podrobily kritice své vlastní postoje k sexuálním otázkám. Pokud mají negativní přístup ke své vlastní sexualitě, může pro ně být velmi obtížné pomáhat jiným, aby si udrželi svůj pozitivní postoj k sexualitě. Pokud sestry považují sexualitu u starších lidí za špatnou a nedůležitou a myslí si, že stáří je doba bez sexu, nemohou mít dobré výsledky v práci a pomáhat starším lidem rozvíjet kladný postoj k životu.

#### **Použitá literatura:**

Cyril Höschl: Psychiatrie pro praktické lékaře 1996

MUDr. Tamara Tošnerová: Sexualita ve stáří

Patricia R. Callone: Alzheimerova nemoc

Eva Marková: Psychiatrická ošetrovatelská péče

