

# Přístup profesionálních pečovatelů k pacientům s demencí

**Mgr. Marcel Koňářík, prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.**

Ústav Ošetřovatelství a porodní asistence, LF, Ostravská univerzita v Ostravě

Přístupy, chování a postoje k pacientům s demencí jsou velmi důležitými determinanty kvality péče. V praxi se však často setkáváme s malfunkčními přístupy, jakými jsou stereotypy, předsudky a diskriminace. Dobrá a správná péče je založena nejen na dobrých znalostech o demenci, ale i na osobnosti pečovatele a jeho schopnosti osvojit si profesionální a správné postoje a chování.

**Klíčová slova:** demence, postoje, přístupy, chování.

## Approach of professional carers to patient with dementia

The approaches, behavior and attitudes to patients with dementia are very important determinants of quality of care. In practice, however, often we meet with dysfunctional approaches, such as stereotypes, prejudices and discrimination. Good and right care is not only based on good knowledge about dementia, but also on the personality the caregiver and his ability to master a professional and correct attitudes and behavior.

**Key words:** dementia, attitudes, approaches, behavior.

## Úvod

Střední délka života obyvatel České republiky vzrostla od 50. let 20. století do roku 2012 z 65 let na 78 let (1). Tento fakt s sebou přináší stárnutí populace, které provází nárůst incidence a prevalence nemocí. Nejzávažnějším problémem se stává onemocnění demencí, zejména demence při Alzheimerově chorobě, pro kterou je rizikovým faktorem právě věk. Mezi další příčiny patří demence vaskulární, smíšené, Parkinsonova nemoc, jiné degenerativní onemocnění mozku a ostatní vzácné příčiny. Počet lidí s demencí v ČR se odhaduje na 143 tisíce, přičemž více než dvě třetiny tvoří ženy. Navíc tento počet neustále roste, v roce 2023 lze očekávat nárůst případů na 200 tisíc a v roce 2036 až 300 tisíc. Riziko vzniku demence se zvyšuje s věkem a právě populace v České republice bude v polovině století patřit mezi tu nejstarší (2). Do věku 65 let trpí demencí každý 866. člověk, nad 65 let každý 13., ve skupině

nad 80 let věku každý 5. a nad 90 let bezmála každý druhý (3).

## Péče o pacienty s demencí

Práce pečovatelů všech kategorií je namáhavá jak po stránce fyzické, kdy musí manipulovat s pacienty všech věkových kategorií, tak zejména po stránce psychické. Neodpovídající finanční ohodnocení, nedostatek personálu, obrovské množství zpracovávané dokumentace a suplování několika profesí najednou práci rozhodně neulehčuje. Péče o pacienty s demencí je pak o to náročnější, o co tito lidé (i jejich příbuzní) vyžadují specifický přístup a zacházení. Jejich nemoc provází poruchy chování, které mají pro ošetřující personál rušivé a negativní dopady na psychickou pohodu a schopnost soustředit se na práci. Bylo zjištěno, že pečovateli v zařízeních dlouhodobé péče subjektivně nejvíce vadí tyto projevy demence (sestupně): agrese, noční bloudění po chodbách, problémy s příjmem

potravy, útky, hašteřivost, problémy s hygienou (plivání, nevhodné použití WC), odmítání péče, křik, apatie a stereotypní monotónní projevy (4).

(Nejen) etickými otázkami spojenými s vnímáním demence a chováním k postiženým se intenzivně zabývá společnost Alzheimer Europe, která doporučuje pohlížet na nemocného holisticky a uvědomit si, že demence je jen jedním z aspektů osobnosti člověka, který je zároveň i jedinečným členem společnosti. Je dobré pomyslet i na to, že demencí člověk netrpěl vždy, a že i nyní nás jeho osobnost může obohatit. Lidé s demencí jsou stejně rozmanití jako všichni ostatní, a jako takové bychom je měli i vnímat a vyhnout se zevšeobecňování zkušeností jen na základě omezených informací a vědomostí nebo nepodložených předpokladů, negativních stereotypů a klišé (5). Pacientům s demencí je třeba prokazovat úctu již tím, jak mluvíme nejen s nimi, ale i o nich. Stojí za zamyšlení, jak bychom chtěli, aby pečovateli mluvili o nás a na nás,



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

Mgr. Marcel Koňářík, MarcelKonarik@seznam.cz

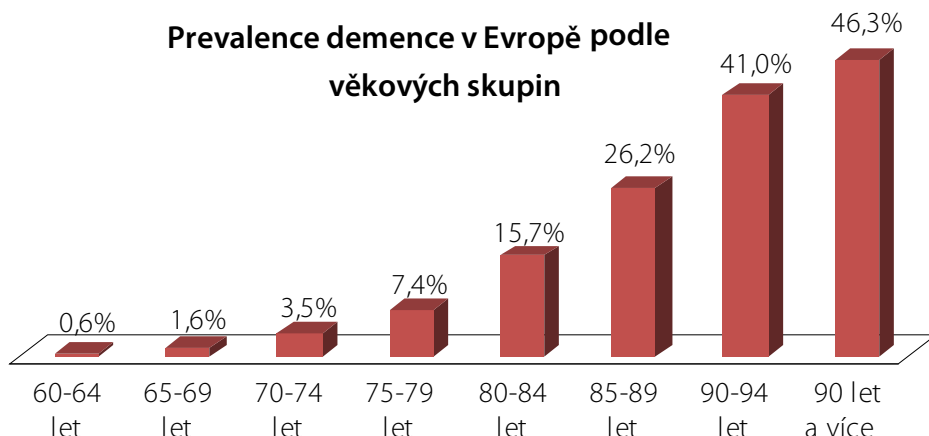
Fakultní nemocnice Ostrava, Interní klinika, 17. listopadu 1 790, 708 52 Ostrava – Poruba

Cit. zkr: Med. praxi 2016; 13(2): 93–95

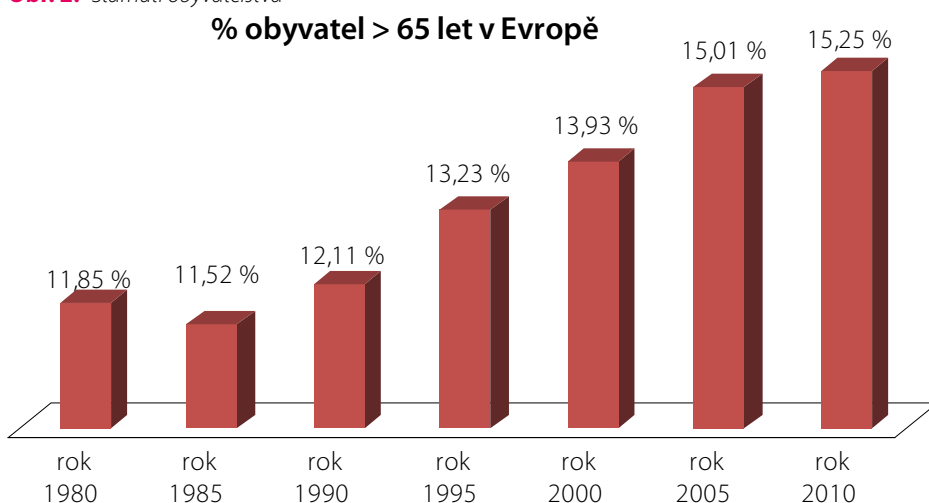
Článek přijat redakcí: 12. 2. 2016

Článek přijat k publikaci: 11. 4. 2016

Obr. 1. Prevalence demence v Evropě



Obr. 2. Stárnutí obyvatelstva



kdybychom sami trpěli demencí. Je důležité s pacienty s demencí hovořit a dozvědět se jejich názory a přání. Bariérou úspěšné komunikace však bývá často fakt, že mnohdy se lze spolehnout pouze na nonverbální techniky, domluva je náročná, zdoluhavá a málo výtečná, pečovatel se proto raději obrátí na rodinné příslušníky a čerpá informace od nich, tedy „o nich bez nich“, bohužel i v takových případech, kdy relevantní údaje (a zejména názory) by pacient byl schopen podat sám (6). Alzheimer Europe zpracovala i tzv. „Evropskou chartu pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují“, která v sedmi bodech shrnuje zejména problematiku potřeb všech zúčastněných a nutnost zvyšování informovanosti. V České republice se demencí a s ní spojenými fenomény zabývají např. Česká gerontologická a geriatrická společnost nebo Česká alzheimerovská společnost. Péči pro lidi s demencí a jejich rodiny se věnují i některá občanská sdružení.

Péče o pacienty s demencí se potýká s mnoha problémy. Kromě případného, naprosto od-

souzeníhodného fyzického napadání, je třeba pamatovat i na to, že zbytečné příkazy a zákazy, nebo direktivní styl řeči, mohou mít za následek dezorientaci pacientů a zcela opačný účinek, než byl zamýšlen. Jako jedna z cest je doporučováno kontinuální vzdělávání v problematice demence a seznamování s dobrými příklady z praxe (7).

Výzkum, který provedli Travers et al., přinesl zjištění, že zdravotní sestry s delší praxí a více zkušenostmi v práci s demenčními pacienty se cítily sebevědoměji, ale sestry, které se v nedávné době účastnily vzdělávacího programu nebo tréninku ke zlepšení postojů k těmto pacientům, měly postoje mnohem pozitivnější. Autoři proto doporučují, aby vzdělávací akce či školení byly poskytovány všem zdravotnickým pracovníkům, kteří pracují s klienty s demencí (8). Vedle toho by pečovatelé měli myslet i na odpočinek (a mít na něj čas). Chronický stres může vést k předrážděnosti, nepohodě, nadužívání léků nebo alkoholu a vyústit do syndromu vyhoření se všemi jeho důsledky, včetně dysfunkčních sociálních vztahů a fyzických projevů až onemocnění.

## Stereotypy, předsudky, diskriminace...

Jak již bylo zmíněno, v péči o pacienty s demencí se setkáváme se spoustou negativních přístupů a malfunkčních postojů. Jsou jimi **stereotypy**, tedy „formy iracionálně založeného poznávání a posuzování jedinců nebo celých skupin, které vyjadřují podřazování vnímaných jedinců pod určitá již hotová a tradiční schémata „vidění“ a hodnocení. Z ní vyplývající stereotypizace je pak výrazně subjektivizujícím a negativním jevem v oblasti sociálního vnímání“ (9). V kontextu s demencí jsou typickými stereotypy, že takový člověk je divný, ucouraný, hloupý, nebezpečný... Stereotypy o lidech s mentálním či duševním postižením se pak promítají do vtipů o „dementech“ nebo posměšných hovorových obrátů (10).

**Předsudky**, které ze stereotypů vychází, pak nabývají nejrůznější intenzity a směrů.

U někoho se předsudky projevují silně a po dlouhou dobu, u někoho slaběji a krátce, a mohou odeznít po bližším seznámení se s problematikou. Některé však mohou ovlivňovat člověka celý život, záleží na osobnostních rysech, nejčastěji duševní rigiditě nebo pružnosti. Behaviorálním výrazem předsudku je diskriminace, tedy odlišné, často negativní zacházení s lidmi, kteří patří do určité skupiny (9).

Předpoklad odlišnosti populace s kognitivním deficitem od populace běžné vede často k její **stigmatizaci**. Ta je důsledkem stereotypu duševně nemocného a vede k diskriminaci člověka. Stigma lze označit jako stav jakési „sociální hanby“, která degraduje jedince na někoho méněcenného. U duševních poruch hraje vliv kulturní prostředí, ale i zdání asociálního chování vyplývající z poruch kognice nebo „nepatřičného“ chování (inkontinence), které postižení může provázet. Stigmatizace má výrazně negativní vliv v běžném sociálním prostředí, ale i v prostředí instituce, např. nemocnice, během ošetřovatelského procesu. Od člověka stíženého demencí se jaks automaticky očekává bizarní chování, nebezpečnost, nekontrolovatelnost, agresivita, nezodpovědnost a personál reaguje s výrazným odstupem až odporem. Důsledkem je „značkovací proces“, který může vést k trvalé stigmatizaci. Značkování používají paradoxně nejčastěji pečovatelé – profesionálové, u nichž jde o jakousi obranu ospravedlňující neúspěch v péči nebo neochotu se nemocným zabývat (10).

## ... a jejich odstraňování

Pro odstraňování negativních postojů, stereotypů a stigmatizace hraje důležitou úlohu zdravotnická výchova a osvěta. Nedostatek informací udržuje negativní stigmatizovaný stereotyp duševně či mentálně nemocného, který má mimo jiné neblahý vliv na kvalitu ošetrovatelského procesu a důstojnost pacienta, tedy člověka. Jedním z cílů profesionálního pregraduálního i postgraduálního vzdělávání by mělo být co nejúčinnější zapojení pracovníků i studentů do kvalitních vzdělávacích programů a tréninků, jejichž náplní nesmí být prázdné moralizování a čtení poučných frází, ale hlubší porozumění pacientovy osobnosti a potřeb. Ruku v ruce s poznáváním pacientova světa by mělo jít poznávání sebe sama a snaha rozvíjet své pozitivní charakterové vlastnosti pro blaho klienta, ale i pro sebe sama. Inspirací může být holandský projekt „Quality of Life“ a jeho pilotáž v České republice v roce 2010, jehož cílem byla aktivizace seniorů s demencí a rozvoj a nácvik komunikačních dovedností ze strany personálu. Z počtu zahraničních aktivit stojí určitě za zmínku anglický projekt „Before and after training: a case study of intervention,“ britských autorů Linternové a Woodse v roce 2000, který byl zároveň studií postojů zdravotních sester, i nácvikem péče o seniory s demencí. V České republice pořádá vzdělávací akce s praktickým nácvikem snad jen Česká alzheimerovská společnost, je jich však poskrovnu a jsou zaměřeny vesměs

na sociální práci s klienty a jejich příbuznými. Je zde tedy velká mezera, kterou je třeba urychleně zaplnit.

Omezené znalosti o demenci, strach z označování, špatného chování ze strany ošetřujícího personálu a sociální exkluze, vedou jak samotné pacienty, tak jejich rodinné příslušníky ke skrývání příznaků nebo popírání demence. Snaha zakrýt diagnózu omezuje mezilidské interakce a postupně připravuje osobu s demencí o přátele i rodinu a výsledkem může být její úplná izolace (5).

## Politika

Profesionální péče je lidem s demencí poskytována ambulantně nebo v lůžkových zařízeních. V České republice však tato péče významně zaostává za vyspělými evropskými státy. V Německu je péče poskytována 26 % a ve Francii 50 % lidí postiženým demencí. V Česku pokrývá péče necelých 10 % nemocných! Pokud budeme chtít nabídnout obdobný objem služeb, jaký je průměr v Evropě, bude nutné dosavadní kapacity ztrojnásobit... a to stojí nemalé peníze. Do boje s demencí se intenzivně pustily organizace jako Evropská unie či Světová zdravotnická organizace. Vyspělé státy jako Francie, Velká Británie, Holandsko, Švédsko a další vyhlásily tento boj jako jeden z hlavních cílů a všechny tyto státy již mají ucelené národní strategie pro problematiku demence (3). V České republice je tato strategie označena jako

„Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016–2019“, který byl zveřejněn po letech očekávání v únoru 2016 na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky. Jedním z cílů plánu je i snaha o zlepšení povědomí široké veřejnosti o demenci, osvěta, odstraňování předsudků a podpora a rozvoj vzdělanosti profesionálních pečovatelů. Tedy snaha o destigmatizaci a odstraňování ageismu.

## Závěrem

Demence je velmi vážným onemocněním s velkou prevalencí, rostoucí incidencí a obrovskými důsledky, které zasahují do všech sfér života společnosti. Kromě ekonomických nároků na poskytování zdravotně sociálních služeb zatěžuje toto onemocnění jak postižené samotné, tak jejich rodiny a pečovatele z řad odborníků i laiků. Jedná o onemocnění progresivní a navzdory sebelepší péči a léčbě končí za současného stavu medicínského poznání letálně. Komplexní řešení problematiky demence spočívá v kvalitní politice státu, časné diagnostice nemoci, osvětě a správnému přístupu všech zainteresovaných stran. Jde o obtížný úkol, který složitě řeší a budou řešit všechny vyspělé země, a jedním z kamínek mozaiky úspěchů bude i dobré a důstojné postavení lidí s demencí ve zdravotnických a pečovatelských zařízeních, kde se jim dostane profesionální, empatické a účinné pomoci a podpory.

## LITERATURA

1. Český statistický úřad: Česká republika v mezinárodním srovnání – 2014, 2015.
2. Holmerová I, Rokosová M, Vaňková H. Kvalita péče o pacienty s demencí aneb co potřebují pacienti a jejich rodinní příslušníci. Česká geriatrická revue 2006; 4(4): 77–83.
3. Mátl O, Holmerová I, Mátl M. Zpráva o stavu demence 2014. Česká alzheimerovská společnost, 2014.
4. Lee J, Auyeung T. Attitudes of Long-Term Care Staff Toward Dementia and their Related Factors. International Psychogeriatrics 2013; 25(1): 140–147.

5. Alzheimer Europe: Guidelines: The ethical issues linked to the perceptions and portrayal of dementia and people with dementia. 2014.

6. Rusina R, Rusinová K, Holmerová I. Léčba pokročilé demence - paliativní přístup. Neurologie pro praxi 2010; 10(1): 16–19.
7. Holmerová I, et al. Kvalita péče o pacienty s demencí: Role a cíle Alzheimerovských společností. Česká geriatrická revue 2004; 2(1): 44–48.
8. Travers C, et al. Survey of the Queensland Healthcare Workforce: Attitudes Towards Dementia Care and Training. BMC Geriatrics 2013; 13(1): 1–7.
9. Kohoutek R. Stereotypy, předsudky a image. In: Psychologie v teorii a praxi 2009.
10. Praško J. Stigmatizace u "psychogenních poruch". Psychiatrie 2001; 5(1): 32–39.