

Aktivizačné techniky u chorých s demenciou

3. díl

V poslednom diele tohto seriálu si predstavíme vhodné aktivizačné techniky v stredne ťažkom a ťažkom štádiu demencie.

▪ **Text: PhDr. Terézia Fertaľová, Ph.D.,**
Katedra ošetrovateľstva,
Fakulta zdravotníckych odborov
Prešovskej univerzity v Prešove

Sredné štádium demencie sa vyznačuje závažnou poruchou pamäti, nové informácie sa veľmi ťažko fixujú, a ak áno, len na krátku dobu. Pacient zabudne aj svoju adresu, má ťažkosti si spomenúť dátum narodenia, miesto kde býva, kde sa nachádza, čo dnes robil, nepoznáva aj známe prostredie. Nevie si spomenúť ani na mená svojich detí, partnera, známych. Úsudok je nelogický, výrazné poruchy časovej a priestorovej orientácie spôsobujú, že sa stráca aj v známom prostredí.

Chorý stráca náhľad chorobnosti a pridružujú sa fatické poruchy (schopnosť hovoriť, čítať, písať, počítať a myslieť v abstraktných pojmoch, vrátane sémantiky, teda významu slov) (Zvěřová, 2017).

Objavujú sa poruchy správania, emocionálna labilita, depresie, prejavy agresivity, poruchy spánku, bezcieľne blúdenie po byte. Môžu sa vyskytovať bludy a halucinácie. Vznikajú aj poruchy neurologické, ako sú poruchy reči rôzneho typu, apraxia, ataxia (Bednařík, Ambler, Růžicka et al., 2010).

Toto štádium je charakterizované potrebou nepretržitého dohľadu a pomoci pri samoobslužných činnostiach. Pre ošetrojúceho je najnáročnejším obdobím. V tejto fáze ochorenia majú význam nefarmakologické prístupy a aktivizácia chorých (Holmerová, Jarolimová, Suchá et al., 2007). Pomoc spočíva skôr v dohľade a sprevádzaní pri bežných denných činnostiach. Chorému sa snažíme vytvoriť denný program, ktorý ho zároveň aktivizuje. Nečinnosť urýchľuje progresiu ochorenia a prechod do ťažkého štádia. V tomto štádiu je vhodné uvažovať o inštitucionalizovanej starostlivosti, ak rodina nebude schopná zabezpečiť 24 hodinovú starostlivosť a ak pacient bude úplne odkázaný na pomoc druhej osoby. Nepretržitá starostlivosť o chorého je zafazujúca a ovplyvňuje fungovanie celej rodiny. Starostlivosť o chorého v tomto štádiu nemôže zabezpečovať jedna osoba. Starostlivosť o chorého s demenciou poskytujú špecializované zariadenia. Príbuzní si v predsti-

hu môžu preveriť dostupnosť sociálnych a zdravotných služieb, ktoré chorý bude v blízkej budúcnosti potrebovať. Aktívnym prístupom sa snažíme zachovať úroveň kognitívnych funkcií a rôznymi činnosťami „burcovať“ pamäť a myslenie k aktivite. V starostlivosti akceptujeme pacientove možnosti a činnosti, ktoré mu prinášajú radosť.

Ťažké štádium ochorenia charakterizuje úplná strata pamäti s neschopnosťou vstiepenia nových informácií, vybavujú sa iba neucelené útržky skôr získaných informácií. Chorý nespoznáva blízke osoby, nedokáže sa o seba postarať, je úplne 24 hodín závislý na starostlivosti okolia, spravidla pripútaný na lôžko, inkontinentný, verbálna komunikácia je obmedzená až nemožná, s nesúvislými výkrikmi bez obsahu.

Starostlivosť o pacienta je zameraná na uspokojovanie základných biologických potrieb. Ak je starostlivosť o pacienta zverená odborníkom, aj v tomto štádiu ochorenia vieme pacientovi poskytnúť adekvátnu starostlivosť, ktorá nie je obmedzená iba na zabezpečenie fyziologických potrieb. Skúsenosť odborníkov, formálnych opatrovateľov sú zárukou kvality poskytovanej starostlivosti. Aj keď domáca starostlivosť je preferovanejšia, neznamená vždy najlepšie riešenie pre samotného pacienta, preto aj v tejto súvislosti zdôrazňujeme individuálny prístup, zhodnotenie potrieb pacienta a možnosti domácej starostlivosti v porovnaní s inštitucionalizovanou starostlivosťou.

V terminálnom štádiu sú prítomné neurologické extrapyramidové príznaky, hypomímia, zvýšený tónus parkinsonského typu, myoklonie. Pacienti najčastejšie umierajú na interkurentnú infekciu (Bartko et al., 2008).

„V poslednom štádiu demencie pacient nie je schopný spolupodieľať sa na rozhodovaní o liečbe. Môže, ale nemusí byť oficiálne zba-vený spôsobilosti na právne úkony. Zástupné rozhodovanie preberá poverená osoba alebo jeho najbližšie okolie.“ (Brtáňová, 2016 s.e6).

V terminálnom štádiu ochorenia sa snažíme paliatívnym prístupom zachovať dôstojnosť chorého až do konca. Vzájomná spolupráca príbuzných a zainteresovaných má potenciál prejsť touto fázou života s rešpektom a úctou, ktorá každému ľudskému životu prináleží.

V tejto fáze ochorenia je potrebné iniciovať starostlivosť o starajúcich sa, čo zahŕňa psychoedukáciu neformálnych opatrovateľov, rôzne svojpomocné skupiny, respitnú starostlivosť a podporu psychickej kondície, pretože záťaž opatrovateľa v terminálnom štádiu demencie je vystupňovaná (Brtáňová, 2016).

V treťom štádiu demencie zvlášť akceptujeme individuálny prístup a pacientove možnosti. Vzhľadom na pokročilý vek a celkový zdravotný stav je zvyčajne chorý pripútaný na lôžko, dezorientovaný, niekedy nervózný, kričí, správa sa „čudne“, strháva si šaty, odkladá jedlo pod vankúš, odrýva si prikrývku, opakuje jedno a to isté, má zmenený spánkový rytmus (pospáva počas dňa, v noci kričí), stále chce niekam ísť, vstáva z postele, čím sa zvyšuje riziko pádu a nežiaducej udalosti. Starostlivosť o takéhoto pacienta je zvlášť náročná. Dôležité je uvedomiť si niektoré významné skutočnosti, ktoré môžu pomôcť pochopiť pacientovo správanie a konanie. Je vhodné, ak pacient v inštitucionalizovanej starostlivosti má určenú opatrovateľku, ktorá pozná pacienta bližšie, jeho históriu, čo robil, z akej rodiny pochádza, čo významné prežil a zároveň komunikuje s príbuznými, ktorí si vyžadujú informácie ako sa ich príbuzný cíti, čo potrebuje, ako môžu byť nápomocní.

Naomi Feil, autorka Validáčnej terapie®, na workshope v Bratislave v roku 2015 povedala, že každý človek počas svojho života zažije pozitívne či negatívne emócie. Mnohé emócie, hlavne negatívne (zlosť, hnev, nenávisť), nemôže prejavovať navonok, pretože v danej situácii je to nežiaduce a nevhodné. V období ťažkej demencie tieto emócie môžu vychádzať na povrch. Ak sa pacient správa čudne, je potrebné pátrať, čo prežil počas detstva a v rannej dospelosti a ako v tomto období žil, čo jedol, čo robil, ako sa obliekal, pretože vo svojej pamäti sa vracia do tohto životného obdobia. Súčasná generácia seniorov v roku 2020 je poslednou generáciou, ktorá zažila vojnu, biedu, hlad, nedostatok, plač, straty. Uvedomením si týchto skutočností môžeme skôr pochopiť pacientovo správanie a konanie a nájsť vhodné alternatívy na jeho zvládanie. Jednoznačný návod neexistuje, len skúsenosťou, osobným záujmom a zranením vieme pacientovi zabezpečiť čo najvyššiu kvalitu života a v rámci paliatívnej starostlivosti ho sprevádzať.



Cieľom využívania aktivizačných techník v stredne ťažkom a ťažkom štádiu demencie je zaujať chorého, vyvolať pozitívnu emóciu a do každodenného stereotypu vniesť jedinečnosť a výnimočnosť. Z viacerých terapeutických prístupov odporúčame využívať nasledujúce.

➤ Snoezelen terapia

Snoezelen terapia je netradičná forma práce s ľuďmi s mentálnym deficitom, spája terapeutické prvky s prvkami špeciálneho a liečebno-pedagogickými (Ponechalová, 2009). Snoezelen produkuje pocit pohody a pôsobí uvoľnene, privádza ľudí do pokoja, ale tiež aktivizuje, prebúdzá záujem, riadi a porovnáva podnety, vyvoláva spomienky, organizuje človeka, odoberá strach a prináša istotu, vedie človeka, navodzuje a podporuje vzťahy, jednoducho prináša radosť. Snoezelen je názov pre multisenzorickú miestnosť, ktorá poskytuje nádherné zmyslové zážitky pomocou technologických produktov, ktoré u klienta vyvolajú zmyslové odpovede a reakcie. V tejto miestnosti dochádza k produkcii pocitu pohody, spôsobuje uvoľnenie a relaxáciu, aktivizuje a prebúdzá zmysly. Tiež však vyvoláva spomienky, riadi a zjednocuje podnety, odbúrava strach, prináša istotu, znižuje agresivitu, sebapoškodzovanie a násilné správanie (Sonnenberg, 2019). Snoezelen terapia sa zameriava na sedem zmyslových systémov. Primárnou úlohou zmyslov je pomôcť sprostredkovať skúsenosť a reagovať na okolie.

Klienti väčšinou nenavštevujú Snoezelen miestnosť samostatne, ale v doprovode niekoho z rodiny alebo personálu. Na niektorých klientov môže Snoezelen spočiatku pôsobiť desivo a táto negatívna emócia môže byť prítomnosťou známej osoby zmiernená. Väčšina zariadení podporuje priamu účasť sprevádzajúcej osoby počas celého Snoezelen stretnutia. Jedná sa o vynikajúcu príležitosť prehliadnúť vzťah medzi klientom a jeho opatrovníkom. Sprevádzajúca osoba by sa mala nielen naučiť, ale sa aj oboznámiť so všetkými príslušnými technickými inštruktami nutnými pre efektívne ovládanie vybavenia v Snoezelen miestnosti. Snoezelen pôsobí na každého klienta jedinečne. Závisí to od jeho individuálnych vlastností. Vo všeobecnosti je cieľom Snoezelenu pôsobiť na zmysly človeka a iné vlastnosti a schopnosti klienta (Orieščiková, Hrčová, 2010). Multisenzorická stimulácia sa odporúča aspoň raz alebo dvakrát za týždeň v intervale aspoň 30 minút, aby sa pacient stimulmi nepresýtil. Snoezelen terapia je vhodná vo všetkých štádiách demencie, ale obzvlášť prínosné je, ak u pacienta v ťažkom štádiu vzbudíme záujem, stimulujeme psychiku a vyvoláme príjemné pocity.

➤ Reminiscenčná terapia

Reminiscenčná terapia využíva spomienky a ich vybavovanie prostredníctvom rôznych predmetov. Je vhodná pre pacientov s demenciou, ktorí trpia poruchami krátkodobej pamäti, ale dobre si vybavujú

udalosti z minulosti. Môže byť individuálna, alebo skupinová. Jej cieľom je zlepšenie komunikácie a posilnenie ľudskej dôstojnosti. Metódy môžu byť rôzne – rozprávanie starých príbehov, prezeranie fotografií, ale aj rôzne aktivity, ako sú tanec, spev, recitácia.

Prvky reminiscenčnej terapie sa objavujú vo viacerých terapeutických prístupoch. Tvorivosť terapeuta je neobmedzená a ponúka nápadité možnosti ako vyplniť voľný čas klientom v zariadení, vzbudiť záujem a vyvolať príjemnú emóciu. Pri tvorbe programu a harmonogramu je vhodné o aktivitách informovať príbuzných, pretože niektorí majú aktívny záujem na starostlivosti o chorých napriek inštitucionalizácii príbuzného.

➤ Validačná terapia

Validačná terapia je jedným z prvých špecifických prístupov k chorým s demenciou. Autorkou prístupu je Naomi Feil, ktorá sa narodila v roku 1932 v Mníchove a vyrastala v domove dôchodcov.

Validačná terapia je považovaná za jeden z prvých špecifických nefarmakologických prístupov k pacientom s demenciou. Táto metóda je akceptovaná tak v paliatívnej medicíne, ako aj v gerontológii. Validácia znamená uznanie, potvrdenie, ide o uznanie hodnoty človeka.

„Validovať niekoho znamená prijať jeho emócie, povedať mu, že jeho emócie sú pravdivé. Odmietanie emócií zneisťuje“ (Feil, de Klerk-Rubin, 2015, s. 13). ➤➤➤ 36

««« 35

Východiskom validačnej terapie je rešpektovanie jedinečnosti a neopakovateľnosti každého jedinca a individuálny prístup k nemu. Vo validácii sa rešpektuje svet, v ktorom starší a dezorientovaný človek žije, i keď niekedy dokonale nezodpovedá skutočnosti. Ďalšia úloha validácie, pre starého človeka často najdôležitejšia, spočíva v pomoci starším a dezorientovaným ľuďom pri splnení ich poslednej životnej úlohy – zomrieť v pokoji a zmiernený s okolím.

Cieľom načúvania nie je rozvíjať pacientovu fantáziu, ale pokúšať sa vyplaviť potlačené emócie, a tým čo najviac zmierniť jeho stres a úzkosť.

Validácia je citlivé zovšeobecnenie skúsenosti ľudí starajúcich sa o ľudí s demenciou. Jej hlavným princípom je úcta k človeku. Mylný názor dementného človeka násilne nevyvraciam, ale ani ho v ňom nepodporujeme.

Validačná terapia môže byť individuálna, alebo skupinová. „Odporúčaná doba prevažne individuálnej validácie je 5 minút vo frekvencii 5–8krát denne“ (Pokorná, Sukupová, 2014, s. 90).

Cieľom skupinovej validácie je aj redukcia strachu, zníženie nutnosti obmedzujúcich a upokojujúcich prostriedkov a zabrániť vegetovaniu. Nemenej dôležitý cieľ je aj pre príbuzných a personál, pretože validáciou je možné znížiť riziko syndrómu vyhorenia (Feil, de Klerk – Rubin, 2015).

Do validačného tímu je pre čo najlepšie využitie validácie možné zapájať všetkých pracovníkov – nielen ošetrovateľský personál, ale aj personál z úseku upratovania, kuchyne, kancelárií, sociálnych pracovníkov alebo fyzioterapeutov. Najvhodnejším riešením je vytvoriť validačný tím, ktorý by stimuloval pacienta rovnakou validačnou technikou (Sukupová, 2013). Vzájomná spolupráca všetkých členov tímu je dôležitá, aby práca terapeutov nebola negovaná nevhodnou komunikáciou.

Certifikovaným lektorom validácie na Slovensku a v Českej republike je Mgr. Mária Wirth, PhD.

» Využitie terapeutických bábik

Terapeutické bábiky (doll - empirické bábiky) je veľmi účinná pomôcka v rámci doplnkovej formy terapie u pacientov s rôznymi formami a stupňami demencie, s mentálnou retardáciou a rôznymi psychickými poruchami. Používanie bábik u pacientov s demenciou, vrátane Alzheimerovej choroby je novodobým terapeutickým prístupom.

Ide o nefarmakologickú intervenciu s cieľom eliminácie behaviorálnych a psychických príznakov, ktoré demenciu sprevádzajú. Terapia bábikami vyvoláva pozitívne

emocionálne zážitky a podporuje zlepšenie stavu pacienta s demenciou a jeho spoluprácu s okolím (Pezzati et al., 2014).

Terapeutické bábiky svojimi rozmermi a vzhľadom pripomínajú malé deti. Bábiky sú vyrobené s prírodného materiálu, ktorý je zároveň antialergický. Na dotyk je príjemný, mäkký a pozitívne stimuluje zmysly pacienta. Jednotlivé časti tela sú špeciálne vyvážené, aby sa nimi lepšie manipulovalo. Nohy sú tvarovateľné, vhodné na obopínanie pacienta a nabádanie ho k prítuleniu. Takáto manipulácia sa využíva v rámci bazálnej stimulácie. Oddelené prsty u niektorých bábik predstavujú skutočnú ruku a podnecujú k dotyku. Dotyk stimuluje emócie, podporuje jemnú motoriku a u pacienta vyvolávajú pocit uspokojenia. Štúdie odborníkov skúmajúcich vplyv terapeutických bábik u chorých s demenciou poukazujú na zníženie agresívneho správania, zlepšenie komunikácie a celkovej pohody (Shin, 2015). Terapiu bábikami nie je vhodné využívať dlhodobo, aby sa bábika postupne nestala dekoratívnym predmetom, ale aby zostala terapeutickým nástrojom (Birnbaum, Hanchuk, Nelson, 2015).

S terapiou prostredníctvom bábiky začíname pomaly a postupne, aby sme sa vyhlili problémom, ktoré sa môžu prejavovať negatívnym správaním sa pacienta, či odpudzujúcim postojom k terapii a terapeutovi. Bábiku pacientovi predkladáme nenútené, aby sám mohol rozhodnúť, či mu vyhovuje a zaujíma.

» Psychobiografický model starostlivosti podľa Erwina Böhma

Böhmov model je medzinárodne uznávaný ošetrovateľský model a v súčasnosti je najviac využívaný v nemecky hovoriacich krajinách v oblasti geriatrickej a gerontopsychiatrickej starostlivosti. Model je zameraný na podporu schopnosti starostlivosti o seba, starších a zmätených ľudí a na spôsoby, ako čo najdlhšie túto schopnosť uchovať či navrátiť, a to princípom vzkriesenia záujmu seniora a oživením jeho psychiky.

Biografiu v súvislosti so starostlivosťou môžeme definovať ako súbor informácií o jedincovi, ktorý sa podieľa na jej tvorbe, tzv. aktívna biografia. V ošetrovateľskej praxi sa môžeme stretnúť s pojmom biografická anamnéza, ktorej súčasťou sú informácie zo života chorého formou voľného zápisu (Procházková, 2014).

Pokiaľ sa zameriame na medicínsku a ošetrovateľskú diagnózu, potom sa staráme o demenciu, pokiaľ sa zameriame na biografiu klienta, staráme sa o človeka ako o osobnosť, teda vidíme prioritne človeka s jeho dušou (Böhm, 2009).

Geriatrická starostlivosť má byť primár-

ne zameraná na psychiku a sekundárne na somatický problém. Cieľom Böhmovej starostlivosti je oživenie psychiky, ľudskej energie duše, takzvanej elan vital, ktorá je východiskom pre ľudské konanie, pre motiváciu (Procházková 2012).

„V praxi sa často stretneme so zámenou termínu medzi technikou reminiscencie a práca s biografiou klienta“ (Procházková, 2014, s. 26).

Reminiscencia je metóda, pri ktorej využívame spomienky seniora, pričom veľmi často ide o rozhovor s klientom. Práca s biografiou je súbor techník, ktoré podporujú vybavovanie spomienok seniora. Tieto informácie slúžia potom na diagnostický proces, na základe ktorého je vytvorený plán individuálnej starostlivosti o klienta.

V praktickej rovine využitie psychobiografického modelu znamená zamerať sa na životný príbeh seniora, na jeho prežité detstvo, mladosť, dospelosť a starobu. Pri kompletizovaní biografickej anamnézy sa zaujíma čo robí pacient keď má bolesti, čo robí, aby sa cítil dobre, rituály súvisiace s denným režimom (káva, zákusok, modlitba, spánok, televízne noviny, pravidelné a obľúbené rozhlasové a televízne relácie a mnohé iné).

Zaujímá nás, aké má rád dotyky, v akej polohe spí. Zároveň nás zaujíma individuálna starostlivosť o chrup, ako sa holí, obľúbené jedlá a nápoje, obľúbená hudba, oslovenie, sociálna situácia (partner, rodina, bývanie), spoločenský typ/introvertný atď., ako vidí, ako počuje, denný rytmus, dôležitý zážitok v poslednej dobe. Tieto dôležité informácie pre následnú starostlivosť nám poskytnú príbuzný, opatrovateľ a samozrejme sám pacient. Na základe týchto vstupných informácií tvoríme individuálny plán starostlivosti.

Psychobiografický model E. Böhma môžeme využívať pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti, zvlášť je efektívne jeho využívanie v špecializovaných zariadeniach pre seniorov so zameraním na starostlivosť pacientov/klientov s demenciou. Pri organizovaní starostlivosti sa osvedčuje, aby každý klient mal kontaktnú opatrovateľku, ktorá tieto informácie v súvislosti s biografiou bude dopĺňať, poznať a implementovať do starostlivosti v kooperácii so všetkými členmi zdravotníckeho tímu.

Certifikovanou lektorkou psychobiografického modelu Erwina Böhma je PhDr. Eva Procházková, Ph.D., špecialistka na starostlivosť o chorých s demenciou.

» Záver

Starostlivosť o pacienta s demenciou si vyžaduje profesionálny citlivý a ľudský prístup na všetkých úrovniach zabezpečovania starostlivosti. Vedomosti a životná skúsenosť sú nevyhnutnosťou pre zabez-

pečenie kvalitatnej starostlivosti. Celoživotné vzdelávanie, horizontálny a vertikálny prenos informácií sú zárukou, že záujem odbornej a laickej verejnosti v oblasti starostlivosti o chorých so syndrómom demencie je jednou z priorit súčasnej starostlivosti o seniorov.

Zoznam použitej literatúry:

- BARTKO, D., ČOMBOR, I., MADARÁSZ, Š., LULIAK, M. Demencia Alzheimerovho typu. *Via practica*, 2008, roč.5, č.10, s. 398-402. ISSN 1336-4790.
- BEDNAŘÍK, J., AMBLER, Z., RŮŽICKA, E. et al. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2010. 1324 s. ISBN 978-80-7387-389-9.
- BIRNBAUM, S., HANCHUK, H., NELSON, M. Therapeutic Doll Play in the Treatment of a Severely Impaired Psychiatric Inpatient: Dramatic Clinical Improvements With a Nontraditional Nursing Intervention, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2015, vol. 53, no. 5, p. 22-27. ISSN: 1938-2413.
- BRTÁŇOVÁ, J. Paliatívna starostlivosť o pacienta v poslednom štádiu demencie. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*, 2016, roč. 9, č. 1e, s. e5-e10. ISSN 1339-4193.
- FEIL, N., de KLERK – RUBIN, V. Validácia®. *Cesta, ako porozumieť dezorientovaným*

starým ľuďom. Bratislava: OZ Terapeutika, 2015. 185 s. ISBN 978-80-971766-1-7.

- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007. 149 s. ISBN 978-80-254-0177-4. [online] [cit. 2019-02-28]. Dostupné z https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjK-1KzG097gAhWgh7QKHwy6DNMQFjA-BegQICBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.geriatrie.cz%2Fdokumenty%2FPece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_1.pdf&usq=AOvVaw1Q5SVT-OcK_KLIh7xve39D
- ORIEŠČIKOVÁ, H., HRČOVÁ, J. *Snoezelen*. Ružomberok: Verbum, 2010. ISBN: 978-8084-639-8.
- PEZZATI, R., MOLteni, V., BANI, M., SETTANTA, C., DI MAGGIO, M., G., VILLA, I., POLETTI, B. ARDITO, R., B. *Can Doll therapy preserve or promote attachment in people with cognitive, behavioral, and emotional problems? A pilot study in institutionalized patients with dementia*. *Frontiers in Psychology*, 2014, vol. 5, n. 342, p. 1-9. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00342
- POKORNÁ, A., SUKUPOVÁ, M. *Validace podle Naomi Feil® v geriatrické péči*. In *Kontakt*, 2014, roč. 16, č.2, s. 88.96. ISSN 1212 - 4117.

- PONECHALOVÁ, D. *Snoezelen pre deti a mladých ľudí s poruchou autistického spektra*. Martina: Osveta. 2009. ISBN 978-80-970549-8-4.
- PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. 133 s. ISBN 978 - 80 - 204 - 3186 - 8.
- PROCHÁZKOVÁ, E., 2012. *Inovační přístup k otázkám demence*. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 2, s. 11-13. ISSN 1210-0404.
- SHIN, H., J. *Doll Therapy: An Intervention for Nursing Home Residents With Dementia*. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2015, vol. 53, no. 1, p.13-18. DOI: 10.3928/02793695-20141218-03.
- SONNENBERG, M. *Dementia patients responding to sensory therapy*. *Florida Today*; Melbourne, Fla, 2019, Jan 24. p. 1-3. ISSN 1051-8304.
- SUKUPOVÁ, M. *Validace podle Naomi Feil v geriatrické péči*. 2013. Diplomová práce. Masaryková univerzita, Lékařská fakulta. [online] [citované 19.11.2014] Dostupné z: http://is.muni.cz/th/398054/lf_m/Sukupova-DP-.txt
- ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

INZERCE

Portfolio produktů Arjo pro péči o osoby trpící demencí

Naše pečlivě sestavené portfolio výrobků určených pro péči o osoby trpící demencí vám může pomoci poskytovat personalizovanou péči vašim klientům 24 hodin denně, včetně přesunů, koupelí a wellnessu.



Arjo je jedinou společností v oblasti zdravotnických prostředků, která získala tuto akreditaci.

Středisko vývoje služeb pro osoby trpící demencí Dementia Services Development Centre na Stirlingské univerzitě provedlo posouzení výrobku a jeho konstrukce v souladu s principy designu pro osoby trpící demencí a jeho využití v prostředí zahrnujícím tyto osoby. Pro snazší identifikaci je vhodnost výrobku označena číslem s odpovídajícím vysvětlením použití podle uvedeného klasifikačního klíče.



Carendo

Víceúčelové hygienické křeslo



Sara Flex

Určeno pro usnadnění každodenních přesunů a péče



Sara Steady

Podpora mobility, důstojnosti a nezávislosti