

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Náročnost práce sester o pacienty s Alzheimerovou  
chorobou**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. Valérie Tóthová PhD.

2011

Autor práce:

Bc. Jana Salotová

## **Abstract**

This diploma work focuses on demanding and important task of nurses care of patients suffering from Alzheimer's disease. The problems of Alzheimer's disease represent socially serious and very important subject at present due to the fact that our generation is growing old, which will obviously result in increasing frequency of Alzheimer's disease occurrence. This diploma work is divided in two parts: theoretical part and practical part.

In the theoretical part there are causes, signs and symptoms, diagnosis and therapy of Alzheimer's disease. Furthermore there is a conceptual framework of nursing care applied to the patients suffering from Alzheimer's disease according to nursing model by Virginia Henderson. In addition to it burn out syndrome is mentioned here because due to the syndrome the nursing personnel is exposed to extreme psychic and physical load. The Alzheimer Programme Plan in the Czech Republic is presented in order to get better idea about activities in our country.

In the practical part of this diploma work we laid down the following three objectives. The first objective was to ascertain exacting character of nursing work of the nurses taking care of the patients suffering from Alzheimer's disease. The second objective was to ascertain what is considered by nurses to be the most problematic area within the range of nursing care of the aforementioned patients suffering from Alzheimer's disease and the third objective of our research was to ascertain the contribution of specialised Alzheimer centres. The above-specified objectives have been fulfilled. In addition to it another research questions have been defined as follows: what is the level of exacting character of nursing work of the nurses taking care of the patients suffering from Alzheimer's disease, what do the nurses see as the most problematic area within the range of nursing care of the aforementioned patients suffering from Alzheimer's disease within the range of nursing care, what is the contribution of specialised Alzheimer centres and what nursing care should be provided in the specialised Alzheimer centres. The research questions have been answered.

For the purpose of the development of this diploma work a qualitative examination has been used. Data acquisition and collection have been performed by

applying the method of non-standard structured interview. The research work took place in Psychiatric Ward of the Hospital of České Budějovice a.s. (Joint stock company), in Alzheimer Centre named Loucký Mlýn near the town of Vodňany and in Alzheimer Centre in the town of Písek, and in Home of Old People in the village of Dobrá Voda. The answers of the interviewed nurses have been worked out in the form of sixteen case reports and subsequently category matrices (tables) containing the most important data were created from the aforementioned reports. The examination took place in the time period from March 2011 to June 2011.

The results of our work could serve as a feedback for hospitals and sanatoria first of all for those where the examinations took place. Furthermore the results may be used for keeping public informed about the possibilities of helping patients suffering from Alzheimer's disease e.g. in the form of information booklet.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum.....

.....

Podpis studenta

## **Poděkování**

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Prof. PhDr. Valérii Tóthové PhD. za odbornou konzultaci, věnovaný čas a cenné rady při psaní mé diplomové práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem sestrám z psychiatrického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., z Prácheňského sanatoria v Písku a z Louckého Mlýna a z Domova důchodců Dobrá Voda, že si i přes náročnost své práce našly čas, aby mi svěřily své profesionální i lidské zkušenosti. Děkuji za jejich ochotu spolupracovat a vyjádřit názor na danou problematiku. Rodičům děkuji za podporu, starost a důvěru, kterou mi poskytovali během celého mého studia.

## Obsah

ÚVOD.....	3
<b>1. SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>4</b>
1.1 ALZHEIMEROVA CHOROBA .....	4
1.2 ŽIVOTOPIS ALOISE ALZHEIMERA .....	5
1.3 NEUROBIOLOGICKÉ ZMĚNY ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	6
1.4 PŘÍZNAKY ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	7
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY PRO ROZVOJ ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	8
1.6 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	9
1.7 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	11
1.7.1 <i>Farmakologická léčba</i> .....	11
1.7.2 <i>Nefarmakologická léčba</i> .....	12
1.8 NOVINKY V LÉČBĚ ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	16
1.9 KONCEPČNÍ RÁMEC PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI U PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU .....	17
1.10 KONCEPČNÍ MODEL HENDERSONOVÉ .....	17
1.11 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DLE MODELU V. HENDERSONOVÉ.....	18
1.12 OMEZUJÍCÍ PROSTŘEDKY V PÉČI O PACIENTY S DEMENCÍ.....	26
1.13 MOŽNOSTI PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU .....	29
1.13.1 <i>Respitní péče</i> .....	29
1.13.2 <i>Denní stacionář</i> .....	30
1.13.3 <i>Ústavní péče pro pacienty s demencí</i> .....	30
1.14 SYNDROM VYHOŘENÍ .....	32
1.14.1 <i>Projevy syndromu vyhoření</i> .....	34
1.14.2 <i>Prevence syndromu vyhoření</i> .....	34
1.15 ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST .....	35
1.16 ALZHEIMER PLÁN FRANCIE .....	36
1.17 ALZHEIMER PLÁN ČESKÉ REPUBLIKY .....	37
1.18 CENTRUM PRO SENIORY PATUP.....	38
<b>2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>39</b>
2.1 CÍLE PRÁCE .....	39
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY: .....	39
<b>3. METODIKA.....</b>	<b>40</b>

3.1 METODA SBĚRU DAT .....	40
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	40
<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>41</b>
4.1 PSYCHIATRICKÉ ODDĚLENÍ NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE A.S. ....	41
4.2 PRÁCHEŇSKÉ SANATORIUM O.P.S., LOUCKÝ MLÝN U VODŇAN .....	49
4.3 PRÁCHEŇSKÉ SANATORIUM PÍSEK .....	57
4.4 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM DOBRÁ VODA .....	64
4.5 SEZNAM KATEGORIZAČNÍCH SKUPIN .....	71
4.6 KATEGORIZACE DAT V TABULKÁCH.....	72
<b>5. DISKUZE .....</b>	<b>86</b>
6. ZÁVĚR.....	96
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>98</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>106</b>
<b>9. PŘÍLOHY .....</b>	<b>107</b>

## Úvod

Téma diplomové práce jsem si zvolila na základě neustále se zvyšující aktuálnosti dané problematiky. Naše populace stárne a lidí s Alzheimerovou chorobou bude stále přibývat. I když v současné době se začínají otevírat specializovaná zařízení na Alzheimerovu chorobu je jich pořád nedostatek. Tento problém však netrápí jenom naši zemi, ale týká se všech vyspělých zemí celého světa.

Každého člověka během života čeká povinnost o někoho pečovat. Ať je to péče o malé dítě či nemocného rodinného příslušníka. Vždy je náročná. Při práci s pacienty s demencí je personál vystaven mnoha zátěžovým situacím. Dochází k vysilování po stránce fyzické a hlavně psychické. Zdravotní sestry tak nemají dostatek času ani samy na sebe, na uspokojování svých vlastních potřeb a na své koníčky a zájmy.

V naší práci se proto zabýváme náročností práce sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Tato choroba postihuje celou rodinu a blízké pacienta. Pečovatelé jsou vystaveni extrémní psychické a fyzické zátěži, ze které nezdědka nemají úniku po celých 24 hodin každý den v týdnu. Nemalá je pro rodinu i zátěž finanční. Pečovatelé s pacientem v domácím prostředí občas ztrácí i zaměstnání. Jsou vystaveni riziku vyčerpání a zejména depresi, která pak vyžaduje psychiatrickou a někdy i psychoterapeutickou intervenci.

Oslovila jsem čtyři zařízení v Jihočeském kraji, která poskytují péči klientům s Alzheimerovou chorobou - psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, Alzheimercentrum Loucký Mlýn u Vodnan, Alzheimercentrum Písek a oddělení se zvláštním režimem Domova důchodců Dobrá Voda. Zde jsem hovořila s pracovníky, kteří byli ochotni zodpovědět mé otázky a podělit se o své praktické zkušenosti. Setkala jsem se však i sestrami, které nebyly ochotny na toto téma hovořit.



*„Starý člověk je podruhé dítětem.“*

William Shakespeare

## 1. Současný stav

### 1.1 Alzheimerova choroba

Moderní civilizace přinesla mezi různými změnami i jednu zcela zásadní. Díky lepším životním podmínkám a zdravotní péči žijeme déle než dřívější generace. Již v roce 1982 varovala OSN, že světu hrozí čtyři globální nebezpečí: války, hlad, rychlé vyčerpání energetických zásob a stárnutí světové populace. Stárnutí je sice přirozený proces, vyšší věk však přináší i vyšší riziko vzniku řady onemocnění. Některá z nich lze oddálit nebo i vyléčit, ale často se objeví choroby, jejichž příčiny dosud zcela objasněny nejsou. Úplně je vyléčit nedokážeme, avšak jejich průběh ovlivnit lékaři dnes již umí. Příkladem mohou být takzvané demence. Nejčastějším typem demence je Alzheimerova choroba, která vede postupně k závislosti nemocného na každodenní pomoci jiného člověka. Populace stárne a samozřejmě přibývá starých lidí, kteří potřebují zdravotní a sociální péči. A právě to je důvod, proč by všichni zdravotníci měli mít základní znalosti z gerontologie. Podle evropských vědců bude Alzheimerova nemoc spolu s dalšími formami demence jedním z největších problémů světového zdravotnictví během 21. století (20,29).

Pojem demence je odvozen z latiny a znamená „bez myslí“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl“. Demence je syndrom, to znamená skupinu symptomů nebo rysů, které se objevují v kombinaci. Podle Huuba. Buijssena (2005, s. 13-14) *„je nemoc tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku“*. V konečné fázi nemoci je závislý na druhých ve všech svých potřebách. Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil - jako bezmocné dítě. Nakonec v důsledku choroby umírá. Bezprostřední příčinou smrti bývají například bronchopneumonie nebo úrazy, k nimž však dochází v důsledku základní Alzheimerovy choroby, a proto je tuto nemoc nutno pokládat na primární příčinu smrti (7).

V dětském věku jsou demence vzácné, narůstají s věkem. Ve věku 65 let trpí průměrně 1,5-3% populace Alzheimerovou chorobou. U osmdesátiletých a starších se počet zvyšuje až na 30%, u dlouhověkých až 50%. Na celém světě žije nyní 27 miliónů lidí postižených demencí. Odhady vědců hovoří o tom, že počet nemocných stoupne do roku 2040 na 50 miliónů. Jen v Evropě nyní žije přibližně 6,1 miliónů lidí, kteří trpí nějakou formou demence. V České republice se tento počet odhaduje asi na 105 tisíc. Demence představují nesmírnou zdravotní, sociální a ekonomickou zátěž nejen pro pacienty, ale i pro jejich pečovatele (54,19).

Demence má mnoho forem a nejčastější je Alzheimerova nemoc, pojmenovaná po německém neurologovi Aloisu Alzheimerovi, který ji poprvé popsal v roce 1906. Ze všech lidí, kteří trpí demencí, má asi 55 procent Alzheimerovu chorobu v čisté formě. Další častou demencí je vaskulární demence, která představuje asi 15 procent všech případů. Ve zhruba 15 procentech případů pozorujeme kombinaci nejčastěji Alzheimerovy choroby a vaskulární demence. Když připočítáme Alzheimerovu nemoc v čisté formě k uvedeným 15 procentům, znamená to, že zhruba 70 procent všech pacientů s demencí trpí Alzheimerovou chorobou. Zbývajících 15 procent představuje dlouhá řada relativně vzácných demencí, například Parkinsonova, Pickova, Huntingtonova. Patří jsem i AIDS, který může ve své poslední fázi také způsobovat demenci (7).

## ***1.2 Životopis Aloise Alzheimera***

Alois Alzheimer se narodil 14. června 1861 v Marktbreitu nad Mohanem. Studoval medicínu v Berlíně, Tubingenu a Wurzburgu. Stal se významným psychiatrem a neuropatologem. Spolupracoval s Emilem Kraepelinem (1856 – 1926). Kraepelin byl německý psychiatr, jeden ze zakladatelů moderní psychiatrie, konkrétně psychofarmakologie a psychiatrické genetiky. Alois Alzheimer byl v letech 1888-1903 asistentem v Městské psychiatrické klinice ve Frankfurtu. V roce 1895 se oženil, manželka ale v roce 1901 náhle zemřela. V roce 1903 společně s Kraepelinem odešli do Mnichova na Královskou psychiatrickou kliniku. Dne 16. července 1912 se stal ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity Friedricha Viléma ve

Vratislavě. Koncem roku 1915 ho postihla angína, jejímž důsledkem byla revmatická endokarditida, nefritida a artritida. Zemřel 19.12.1915 ve věku 51 let. Obrázek Aloise Alzheimerera uvádím v přílohách (18,26,31).

Jestliže bychom za počátek výzkumu Alzheimerovy choroby považovali histologický objev senilních plaků v mozkové kůře, pak začal v roce 1892, kdy je popsali Paul Blocq a Georges Marinesco. Na vědecké konferenci v roce 1906 představil Alois Alzheimer kolegům případ psychicky narušené ženy, která zemřela ve svých pětapadesáti letech. Augusta Deterová se postupně nebyla schopna starat sama o sebe, avšak zároveň odmítala pomoc ostatních. Po hospitalizaci se u ní dále objevila dezorientace, zhoršená paměť nebo problémy se čtením a psaním. Symptomy se postupně zhoršovaly, až do té míry, kdy propukly halucinace a celkové omezení vyšších mentálních funkcí. Obrázek Augusty Deterové uvádím v přílohách (31).

Po většinu své vědecké kariéry v Mnichově Alois Alzheimer vyučoval na klinice. Studenti měli jeho přednášky velmi rádi. Nikdy o svých výzkumech nevydal žádnou knihu, ale pracoval na rukopise pro vysokoškolskou učebnici s názvem *Die Anatomie der Geisteskrankheiten* - Anatomie duševních nemocí (31).

### ***1.3 Neurobiologické změny Alzheimerovy choroby***

Alzheimerova choroba je progresivní neurodegenerativní onemocnění, které se projevuje atrofií mozkové kůry a úbytkem neuronů. Makroskopicky zjišťujeme ztenčení mozkové kůry a mikroskopicky zjišťujeme extracelulární a intracelulární změny. Základní extracelulární patologickou změnou je ukládání beta-amyloidu, který tvoří shluky, kolem kterých vzniká komplex dalších neurodegenerativních procesů. Vznikají útvary, které se nazývají Alzheimerovské plaky. Platí zde přímá úměra mezi počtem plaků a funkčním postižením. Nejdůležitější intracelulární změnou je degenerace tau-proteinu. Jedná se o bílkovinu, která je spojena s neuronálními vlákny. Mikrotubuly tau-proteinu jsou fosforizovány a vlákna jsou zkracována, tím dochází ke ztrátě jejich funkce a tvorbě neuronálních uzlíčků nazývaných tangles. Dochází k zániku neuronů takzvané apoptóze. Dalším patogenickým činitelem je zvýšené množství volných kyslíkových radikálů. Dochází k nadměrnému uvolňování a centrální nervový systém

není schopen toto množství odbourat. Volné kyslíkové radikály pak vyvolávají řadu nežádoucích reakcí. Jednou z nich je peroxidace lipidů neuronální membrány. U neuronů, u kterých došlo peroxidaci rovněž zanikají (17, 44, 54).

#### ***1.4 Příznaky Alzheimerovy choroby***

Typický je pomalý a nenápadný začátek. Projevuje se nejprve poruchami krátkodobé paměti. Častá je také porucha orientace, nemocný se ztratí ve vlastní ulici a nemůže nalézt cestu domů. Nemocný na počátku choroby odmítá často přiznání nemoci, trpí současně pocitem strachu, úzkosti, až depresí. Nemocný má čím dál větší problémy s vyjadřováním, rozhodováním, nedokončuje myšlenky, je zmatenější. Péče o dementního pacienta znamená péči 24 hodin denně (44,45).

Další příznaky, které nemusí být vždy přítomné, vznikají důsledkem poškození různých oblastí mozkové kůry. Patří sem například fatické poruchy takzvané afázie. Existují různé formy. Sensorická afázie znamená neschopnost porozumět při dobře zachovalém sluchu. Motorická (expresivní) afázie je neschopnost tvořit srozumitelnou řeč při neporušených mluvidlech. Lehčí formy afázie se nazývají paraafázie. Projevují se například komolením slov nebo nesprávnou stavbou vět. Podobně vznikají i různé druhy apraxie, což je neschopnost provádět naučené úkony. Například odemknout a zamknout klíčem. Dále jsem patří alexie, což znamená neschopnost porozumět čtenému textu, agrafie (neschopnost psát), akalkulie (neschopnost počítat), astereognózie (neschopnost rozeznat levou a pravou stranu) a další (39,44).

U pacientů s Alzheimerovou chorobou se setkáváme s agresivitou, která se často projevuje agresí slovní, zaměřenou na nejbližší příbuzné a pečovatele. Slovní agresivita je dvakrát tak častá než agresivita brachiální. Nejčastěji se jedná o obranné jednání v situaci, kterou jedinec nechápe nebo není schopen plně akceptovat. Může jít i o protest nebo snahu dosáhnout některé z nesplněných cílů, nebo o reakci na zvýšenou kontrolu personálu. Důležité je proto preventivně předcházet tomuto jednání, vyhýbat se stresujícím situacím a výkonům. Správné je udržovat přiměřený stereotyp v činnostech. Dojde-li k rozvoji agresivního jednání, pak je třeba reagovat klidně a nenechat se

vyprovokovat k náhlým obranným reakcím. Velmi často se nevyhne psychofarmakoterapii a v určitých situacích i fyzickému omezení (44,45).

Často může docházet k poruchám sexuálních funkcí. Častější je výrazný pokles potence a libida. Avšak někdy může dojít naopak ke zvýšenému, až nežádoucímu zájmu o sexuální život. V pozdějších stádiích může docházet k inkontinenci moče a stolice. Lidé přestávají dbát o svoji hygienu, nezvládnou se sami umýt, najíst, a proto jsou odkázáni na pomoc druhých. Postupně přestávají poznávat i své nejbližší osoby. (44)

Nejnámější veřejně činnou osobou s Alzheimerovou nemocí byl exprezident USA Ronald Reagan. Svou nemoc veřejně oznámil v roce 1994 a zemřel v roce 2004 ve věku 93 let jako důkaz úspěšné ošetrovatelské péče (26).

Každý z nás čas od času položil klíče na nesprávné místo, zapomněl nějaká jména, nedodržel domluvenou schůzku. Zapomnětlivý nebo roztržitý člověk ví, co ztratil. Jakkoli je to frustrující, může dotyčný k osvěžení paměti zapojit množství různých mechanismů, může vyvinout aktivní snahu vzpomenout si. Když mu někdo připomene, co hledal, hledanou věc pozná. Na rozdíl od něj osoba s kognitivní poruchou si často ani neuvědomuje, že něco zapomněla (66).

### ***1.5 Rizikové faktory pro rozvoj Alzheimerovy choroby***

K nejvýznamnějším rizikovým faktorům patří věk nemocného. Mezi 45. a 54. rokem trpí demencí jen 0,025 procenta populace. U skupiny 65letých je rozsah výskytu stále ještě menší než jedno procento, ale ve skupině mezi 65. a 70. rokem už stoupá na 2,5 procenta. Potom se každých pět let procento zdvojnásobuje. Nemoc tak převládá mezi velmi starými lidmi. Mezi 85letými a staršími trpí demencí každý pátý. Ve vývoji nemoci hrají roli genetické předpoklady. Výzkum dokázal, že přími příbuzní lidí s demencí mají dvakrát vyšší riziko, že se u nich vyvine demence, než ostatní. Vyšší riziko vzniku demence je také známo u lidí, kteří někdy v životě utrpěli vážné poranění hlavy, a u těch, kteří mají chronický vysoký tlak (44).

## ***1.6 Diagnostika Alzheimerovy choroby***

Při podezření na Alzheimerovu chorobu je třeba v první řadě vyloučit onemocnění, která ji mohou připomínat, ale jsou léčitelná. Jedná se například o deprese, onemocnění štítné žlázy, nebo jiná tělesná onemocnění. Pacienta čekají vyšetření u praktického lékaře, případně u specialistů, jako je neurolog, nebo psychiatr (32).

Součástí každého diagnostického vyšetření je anamnéza pacienta. Pacient trpící demencí si svoje problémy neuvědomuje, nepřipouští si je a bagatelizuje je. Proto je velmi důležitá objektivizace příznaků další osobou, jako je nejbližší rodinný příslušník, nebo pečující osoba. Důležité jsou informace o době, délce vzniku a průběhu onemocnění. Dále je nutné pátrat po úrazech hlavy, mozkových příhodách, onemocněních srdce, cukrovce, poruchách metabolismu tuků, léčených depresích a jiných psychických změnách. Zjišťujeme přítomnost demence, nebo jiných neurologických, či psychických poruch a užívání léků u přímých příbuzných. Některé léky mohou zhoršovat paměť. Lékař zjišťuje výskyt vážných chorob v rodině i životní styl pacienta. Následují vyšetření, která jsou zaměřena na odhalení případného tělesného onemocnění, určení typu a stupně demence (32).

Z pomocných testů se používá řada vyšetření. Celosvětově používaný je Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, 1975). Je nejpoužívanější metodou ke zjištění celkových kognitivních funkcí a k záhytu demence s určením míry postižení. Skládá se ze 30 otázek a výkonů. Jedná se například o určení dne, měsíce, roku, místa, zapamatování si tří podstatných jmen, obkreslení dvou pětiúhelníků. Za každou správnou odpověď je 1 bod, člověk s normální úrovní kognitivních funkcí by měl dosáhnout 30 bodů. Od 26 bodů se již výkon posuzuje jako kognitivní porucha, od 10 bodů dolů se jedná o těžkou demenci. Předností MMSE je snadná administrace bez složitých pomůcek, krátké trvání a určitá kvantifikace postižení. Nedostatkem testu je chybějící subtest na vyšetření exekutivních funkcí a závislost na věku a vzdělání. Osoby s vyšším vzděláním tak mohou dosahovat normálních hodnot i navzdory již probíhajícímu postižení. A naopak osoby s nižším stupněm vzdělání mohou mít nižší skóre, ačkoliv se u nich nejedná o funkční pokles. MMSE je nutné považovat za základní orientační metodu, která se musí posuzovat s ohledem na širší kontext

výsledků dané osoby. Test je vhodnou pomůckou pro praktické lékaře, neurology, psychiatry a geriatry k prvnímu posouzení osoby, sledování progresu demence a efektu léčby. Test nevyžaduje speciálně proškolený personál. Může jej po rychlém zaškolení provádět zdravotní sestra, sociální pracovník nebo student. Mini-Mental State Examination MMSE je uveden v přílohách (27,29,34).

Dalším testem je Test hodin (Clock drawing test), ve kterém je pacient instruován, aby nakreslil ciferník hodin se všemi čísly a nastavil ručičky na určitý čas. Instrukci můžeme pacientovi zopakovat, avšak neměli bychom mu radit. Dle návodu kresbu poté ohodnotíme. Dementní pacienti podle tíže demence v tomto testu chybují. Test hodin uvádím v přílohách (27,29,34).

Ischemické skóre dle Hachinského se používá u geriatrických nemocných k odlišení demence při Alzheimerově nemoci od demence vaskulárního původu. Hodnocení se provádí na základě údajů získaných z psychiatrického a neurologického vyšetření. Hodnotí se celý průběh choroby včetně současného stavu. Dotazník se skládá ze 13 příznaků a jejich přítomnost je hodnocena 1-2 body. Skóre 1-4 svědčí pro Alzheimerovu chorobu. Hachinského skóre uvádím v přílohách (29,34).

Řada psychologů využívá další specifické zkoušky, například paměťový test učení. Pacientovi čteme 15 jednoduchých známých slov, po skončení si je má vybavit. Nezáleží na pořadí. Postup se opakuje celkem pětkrát. Diagnosticky jsou důležité konfabulace, kdy vyšetřovaný přidá slovo, které v původním seznamu vůbec nebylo a opakování slov. Vyšetřovaný opakuje slovo, které již jednou řekl (29).

Dalším používaným testem je test verbální fluence (plynulost myšlení, formulace a řeči, pohotovost, nápaditost). Pacienta pomocí zkoušky testujeme na schopnost vybavit si maximální počet slov začínajících určitým písmenem například M, N a K. Všechna slova zapisujeme a pak je sečteme a porovnáme s orientačními normami. Diagnostika Alzheimerovy choroby je složitá a jednoznačné potvrzení nemoci je možné stanovit až neuropatologickým vyšetřením pomocí mozkové biopsie po smrti pacienta (29).

Další škála hodnotí aktivity denního života – Activity of Daily Living ADL. Škála je široce používaná pro stanovení stupně funkčního postižení pacienta a zahrnuje

tyto aktivity: umývání, oblékání, toaletu, přesouvání, kontinenci a schopnost se najít (29,34).

Samostatná škála pro instrumentální hodnocení IADL umožňuje lékaři stanovit úroveň, na které je starší člověk schopen samostatného fungování při sebezaopatření a provádění složitějších každodenních úkolů (29,34).

Zobrazovací metody mozku nám slouží k vyloučení jiných onemocnění, jako například tumor nebo hydrocefalus. Používá se pozitronová emisní tomografie. Tato metoda zjišťuje, kde je v mozku porušen krevní průtok a metabolismus. Dále se používají moderní zobrazovací metody jako je počítačová tomografie CT a magnetická rezonance MR, kde pomocí rentgenového záření jsou zobrazeny určité části těla ve vrstvách a pomocí počítače vyhodnoceny rozdíly v pohlcování záření mezi jednotlivými částmi tkání a orgánů (29, 53).

## ***1.7 Léčba Alzheimerovy choroby***

### ***1.7.1 Farmakologická léčba***

Léčba Alzheimerovy choroby by měla být komplexní. Skládá se jak z biologických, tak z nebiologických metod. K nebiologickým metodám patří především velmi důležitá základní péče o pacienta, kterou mají na starosti pečovatelé (nejbližší rodinní příslušníci nebo profesionálové). Lékaři slouží především jako konzultanti a kromě stanovení diagnózy řídí léčbu. Důležité jsou také různé společnosti poskytující pomoc pacientům a pečovatelům. Významná je reedukace běžných denních aktivit (53).

Z biologických terapií je používána především farmakoterapie. Tu lze rozdělit na kognitivní a nekognitivní farmakoterapii. Kognitivní farmakoterapie je farmakoterapie kognitivních funkcí, které jsou u demencí postiženy primárně a nejvíce. Jedná se proto o kauzální terapii. Samotná Alzheimerova choroba je stále neléčitelnou chorobou, u níž cca po 7 až 10 letech po plném propuknutí nastává smrt. K oddálení vzniku a zpomalení průběhu nemoci lze přispět aktivním způsobem života a správnou životosprávou. Základem léčby jsou kognitiva - látky, které brání odbourávání acetylcholinu, který je nezbytný pro přenos nervových signálů. Acetylcholinergní systém lze ovlivnit několika



způsoby. Jedním z nich je podání prekurzorů acetylcholinu (lecitin), ty jsou ale málo účinné. Nejčastější způsob je podání inhibitorů acetylcholinesteráz. Jsou to látky inhibující činnost enzymů odbourávající acetylcholin. V České republice se používá donepezil (Aricept) a rivastigmin (Exelon). Oxidativní metabolismus glukózy zlepšují především nootropní farmaka. Mezi nejznámější patří jinan dvoulaločný, latinsky *Ginkgo biloba*. Extrakt z listů je využíván v medicíně již několik tisíc let. Na trhu je řada přípravků s jeho výtažkem, například Tanakan. Mezi další nootropní farmaka patří pyritinol (Enerbol) a piracetam (Geratam). Chybějící nervové růstové faktory lze substituovat několika způsoby. Selegilin působí jako nervový růstový faktor nebo pomáhá mozkové hormony uvolňovat. U postklimakterických žen je důležitá substituce estrogeny. Tyto hormony působí jako nervové růstové faktory nebo je uvolňují. Pokud lze stanovit algoritmus podávání kognitivních farmak u Alzheimerovy choroby, v první řadě by měly být podávány inhibitory acetylcholinesterázy. Dále se přidávají neuroprotektivně působící farmaka (Selegilin). Při současném výskytu delirií se používají nootropní farmaka. Farmakoterapie Alzheimerovy choroby představuje vysoce perspektivní oblast výzkumu. Je nutno udělat ještě mnoho práce, než bude poskytnuta dostatečná satisfakce pacientům v podobě účinné léčby (15,31,53).

Nekognitivní farmakoterapie Alzheimerovy choroby je symptomatická terapie nekognitivních funkcí. Depresivní symptomatologie se léčí antidepresivy, například sertralin (Zoloft), fluoxetin (Deprex). Poruchy spánku se tlumí buď pomocí moderních nebenzodiazepinových hypnotik, například zolpidem (Stilnox, Hypnogen), nebo některých neuroleptik jako je tiaprid (Tiapridal). Psychomotorický neklid, agresivitu, přidružené paranoidně-halucinatorní syndromy i jiné závažné poruchy chování lze ovlivnit neuroleptiky, například tiaprid (Tiapridal), melperon (Buronil), haloperidol (Haloperidol, Haldol) a jiné. Anxiolytika jsou léky, které odstraňují úzkost. V posledních letech doznala anxiolytika masového rozšíření a jsou často nadužívána. Při jejich delším užívání vzniká závislost (9,53,54,64).

### ***1.7.2 Nefarmakologická léčba***

K nefarmakologické léčbě patří především ergoterapie, která je součástí péče o klienta. Představuje aktivizaci, nácvik soběstačnosti a co nejdelší zachování návyků

klientů nebo dovedností. Jde o to, že pokud nejsou u klientů s demencí jejich návyky a dovednosti obnovovány a opakovány, stačí jen několik málo dnů k tomu, aby zcela vyhasly a nejsou ve většině případů obnovitelné (3,21).

Další aktivizační a validační metodou je reminiscence, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Vychází ze skutečnosti, že i v poměrně pokročilé fázi demence zůstává dlouhodobá paměť poměrně zachována. S pacientem si rozpomínáme na různé věci, které jsou pro něj důležité. Vhodná je spolupráce s rodinou, která nám může poskytnout informace o životě nemocného, ale také staré fotografie nebo předměty, které evokují vzpomínky. Jednou z možností jak využít vzpomínek je memory book, neboli portfolio života. Jedná se o album, ve kterém jsou kromě starých fotografií také další obrázky, staré vyhlášky, plány domu, noviny, vysvědčení a další. Podobnou metodou je memory box, neboli kouzelná krabice s drobnými předměty, které pacientovi připomínají mládí a předchozí život. Může se jednat o oblíbenou knihu, památník, vyznamenání a další drobnosti. Některá zařízení pečující o tyto pacienty zřizují memory room. Jedná se o místnosti, které jsou vybavené tak, jak tomu bylo v době mládí pacientů, kteří v těchto zařízeních žijí (21).

Zdrojem reminiscence může být ale také starý film, hudba, tanec a podobně. Reminiscence probíhá nejčastěji v malých skupinách, kde se zvolí určité téma, kterým se budou zabývat. Témata se mohou týkat například práce, vojny, školy a prvních lásek. Důležitá pro tato setkání je znalost účastníků, proto abychom se vyhnuli tématům, která by byla bolestná nebo nepříjemná. V České republice je reminiscenční terapie poměrně novou metodou, není ještě tolik známou a prozkoumanou oblastí možností komunikace a práce nejen se seniory (21, 32).

Pro přístup k osobám s demencí je určena validační terapie. Metodu vypracovala sociální pracovnice Naomi Feilová na základě svých vysokoškolských znalostí. Jde o další velmi významný způsob pomoci, která rozhodně není jen naučenou technikou, která by měla být rutinně uplatňována. Jedná se o filozofii přístupu k osobě s demencí a podstata vychází z teorie, že každé chování osoby s demencí má svou příčinu v nevyřešených emočních prožitcích a situacích z minulosti (47).

Opačnou podstatou než validace je rezoluční terapie. Je vhodná u osob s pokročilým stadiem demence, které již nejsou schopny plně si uvědomovat realitu. Podporuje uvědomění pracovníků, že minulost klienta, která je ještě díky dlouhodobé paměti u klienta zachována, se projevuje v současnosti. Konkrétní uplatnění v praxi znamená, že pracovník přistoupí na změněnou realitu tak, jak ji vnímá klient. Nepřesvědčuje ho, že skutečnost je jiná, vždy vychází ze znalosti životního příběhu klienta. Přístup rezoluční terapie umožňuje minimalizaci konfliktních situací s klientem a zvýšení jeho spokojenosti (47).

Další léčebnou metodou, kterou můžeme využít u klientů s Alzheimerovou chorobou je kinezioterapie. Je definována jako působení pohybu na psychiku nemocného. Ovlivňuje duševní procesy, funkce, stavy, osobnost a vztahy prostřednictvím předem určeného, aktivně prováděného pohybového programu využívajícího prvků tělesných cvičení, sportů a pohybových her (21).

Lidé trpící Alzheimerovou chorobou bývají až na výjimky v dobrém fyzickém stavu. Kinezioterapie jim proto umožňuje vydat nahromaděnou energii přijatelným způsobem. Vlivem těchto činností prováděných během dne dojde k přirozené únavě, čímž je možno eliminovat noční neklid, zlepšit kvalitu spánku a snížit výskyt nežádoucího chování, jako je bezcílné bloudění a útky. Některá cvičení se provádí ve skupinách nebo ve dvojicích. Působí proto na zlepšení vzájemné komunikace mezi jejími členy a na prohloubení pocitu sounáležitosti (21).

U lehčích forem demence můžeme využít aktivně relaxujících programů s použitím gymnastických a tanečních prvků. Zaměřujeme se na udržení a podporu kognitivních, koordinačních, psychických a sociálních funkcí. Cvičíme manipulaci s drobnými předměty a komunikativní programy. U těžších forem demence provádíme nenáročná gymnastická a dechová cvičení doprovázená automasáží (21).

Nejvhodnější formou komunikace u pacientů s Alzheimerovou chorobou se svým okolím je bazální stimulace. Metoda vznikla v Německu v 70. letech a autorem je lékař a speciální pedagog Andreas Fröhlich, který ji uplatňoval u psychosomaticky postižených dětí. Do ošetrovatelství přenesla tento koncept zdravotní sestra Christel Bienstein, která zjistila, že se dá uplatnit v ošetrovatelské péči u dospělých všech

věkových kategorií, zdravých i nemocných. V České republice koncept bazální stimulace představila tehdejší všeobecná sestra, dnes PhDr. Karolína Friedlová, která se zasloužila o jeho zavedení do praxe v řadě zdravotnických a sociálních zařízení (47).

Cílem bazální stimulace je doprovod a podpora klientů se změnami v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace. Základním předpokladem je respekt autonomie klienta. Jedná se o cílenou stimulaci smyslových orgánů, čímž se přispívá k aktivování mozkové činnosti. Bazální stimulace je formou aktivní ošetrovatelské péče. Formuje se ze vztahu mezi ošetrujícím personálem a klientem. Procvičováním získaných dovedností a stimulace uložených vzpomínek v paměťových drahách v mozku umožňuje klientům komunikovat s okolím, prožít svůj život důstojně. Ze somatické stimulace je oblíbená osvěžující koupel, poloha hnízdo a masáž stimulující dýchání, která uvolňuje psychosomatické napětí a navozuje pocit jistoty a bezpečí. U těžkých demencí se doporučuje provádění orální stimulace, protože pacienti se často brání vstupu do dutiny ústní, nechťejí přijímat tekutiny, potravu a odmítají provádění hygieny dutiny ústní. V přílohách uvádím obrázky některých metod, které se používají v bazální stimulaci. Po zavedení konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče došlo k markantnímu zkvalitnění života u klientů s demencí. Výsledky nás přesvědčují o tom, že bazální stimulace obohacuje nejen klienta, který dožívá svůj život důstojně, ale i personál, který se může seberealizovat a být maximálně kreativní (47).

V České republice je zaváděn tento koncept zatím jen ojediněle na několika málo odděleních akutní medicíny anesteziologicko-resuscitační. U starých a dlouhodobě nemocných pacientů je zaváděna bazální stimulace v Prácheňském sanatoriu o.p.s., jako v prvním zařízení v České republice. V zahraničí se jedná o koncept poměrně běžný a je součástí ošetrovatelské péče (19,47).

Podle nejnovějších výzkumů je vhodná i dietologická terapie neboli lecithinová dieta. Tato dieta je bohatá na olivový olej, ořechy, luštěniny, rybí a drůbeží maso, ovoce a určité druhy zeleniny. Podle amerických vědců může snížit nebezpečí vzniku Alzheimerovy choroby až o 40 procent. Tato dieta je využívána zatím jen v USA. Vzhledem k tomu, že nemoc nelze léčit, je její prevence klíčová (54).

Jako pomocná léčba se používají nejrůznější techniky včetně pet-terapie. Je to terapie prostřednictvím chovu domácího zvířete. Využívání zvířat má blahodárný vliv na zmírnění pocitů osamělosti a společenské izolace. Působí pozitivními účinky na psychiku lidí postižených demencí. Snižuje deprese, úzkosti a ovlivňuje vyšší nervovou činnost. Má vliv i na fyziologické funkce, snižuje krevní tlak a srdeční činnost. Léčbu touto formou lze provádět například pravidelnými návštěvy dobrovolníků nebo rodinných příslušníků se zvířaty. Další možností je trvalé umístění zvířat přímo v instituci, kde se mohou sami pacienti podílet na péči o zvířata (21,54).

Jednou z látek, která zpomaluje průběh Alzheimerovy choroby, je i marihuana. V České republice je její užívání zatím nelegální i přesto, že pacientům pomáhá. Není však vhodné ji aplikovat kouřením, protože při spalování dochází k podobnému procesu jako při kouření cigaret s tím rozdílem, že riziko výskytu rakoviny po kouření marihuany je oproti cigaretám větší. Ve světě není marihuana v lékárnách ničím neobvyklým, průzkum dokonce ukázal, že stoupá počet konzumentů mezi seniory (54).

### ***1.8 Novinky v léčbě Alzheimerovy choroby***

Světově proslulý pokus s očkovací látkou provedl v roce 1999 významný americký odborník Dale Schenk, který naočkoval látku myším. Imunitní reakce vyčistila mozek od amyloidních plaků, jimiž je tento orgán u pacientů s Alzheimerovou nemocí zanášen. Pokus vzbudil velké naděje a očekávání. Po ověření snášenlivosti a bezpečnosti léčby na prvních zdravých dobrovolnících se zahájila velká studie na lidských subjektech. Pacienti dostávali dvě injekce amyloidního antigenu, nebo placebo do svalu. Studie se bohužel zastavila pro výskyt nežádoucích účinků. U 6 % pacientů se objevila meningoencefalitida. Další očkovací látka se zkouší od roku 2005 ve Švédsku. Rakouská firma Affiris zahájila novou fázi testů svého přípravku, který by se mohl stát oficiální očkovací látkou proti zatím neléčitelné Alzheimerově chorobě. Firma začíná s klinickými testy na 420 pacientech. Výsledky testů by experti mohli znát v roce 2012. Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) testování v Česku neschválil a nemocnice dosud nebyly osloveny, aby se testů zúčastnily (55).

### ***1.9 Koncepční rámec pro ošetřovatelskou péči u pacientů s Alzheimerovou chorobou***

Pokud se podíváme do ošetřovatelské teorie, je vhodný na tuto problematiku aplikovat ošetřovatelský model Virginie Henderson. Narodila 30. listopadu 1897 v Kansas City, v USA. Studovala Armádní ošetřovatelkou školu ve Washingtonu, kterou ukončila v roce 1921. V roce 1932 získala bakalářský titul ošetřovatelství na Teachers College Columbia University a o dva roky později magisterský titul na téže univerzitě. Od roku 1930 pracovala na Teachers College Columbia University, kde přednášela klinické ošetřovatelství. V roce 1953 působila na Yale University of Nursing New Havene. V letech 1959-1971 se zde stala vedoucí ošetřovatelských studií a věnovala se výzkumu. Během studia ošetřovatelství se V. Henderson seznámila s učebnicí Berthy Harmer, která soustředila pozornost na potřeby pacientů. Nelíbilo se jí, že péče o pacienta je poskytována jen podle služebních předpisů a nemá jako příjemce zdravotnických služeb zajištěnou plně kvalifikovanou ošetřovatelskou péči a ochranu před poškozením (2, 42).

Mezi její nejznámější publikace Virginie Henderson patří Basic Principle of Nursing Care (Základní principy ošetřovatelské péče), které publikovala v roce 1960 a byly přeloženy do více než 20 jazyků. V roce 1966 publikovala The Nature of Nursing (Charakter ošetřovatelství), kde definovala funkci sestry. Virginia Henderson získala sedm čestných doktorátů na různých univerzitách a v roce 1988 jí bylo udělené čestné členství v ANA (American Nursing Association) za celoživotní přínos výzkumu a vzdělání v ošetřovatelství. Zemřela 19. března 1996 v Bransfordu (USA) ve věku 98 let (2,42).

### ***1.10 Koncepční model Hendersonové***

Základním cílem modelu V. Henderson je nezávislost pacienta v uspokojování potřeb a dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti. Pacienta chápe jako jedince, který potřebuje pomoc při dosahování zdraví a nezávislosti, nebo při klidném umírání. Duše a tělo jsou neoddělitelné a pacient a jeho rodina tvoří jeden celek. Role sestry spočívá v udržování nebo navrácení nezávislosti, v pomoci v situacích, kdy si základní lidské potřeby nemůže pacient zajistit sám, v plnění terapeutického plánu lékaře a spolupráci

s ostatními zdravotníky v zájmu uzdravení pacienta. Zdroj potíží vidí v nedostatku síly, vůle a vědomostí. Ohnisko zásahu vnímá jako deficit, který je zdrojem potíží pacienta (2, 42).

Funkci sestry definovala takto: „Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat člověku, nemocnému nebo zdravému, provádět činnosti přispívající k udržení nebo návratu zdraví, případně klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli a znalosti. A dělá to tak, aby mu pomohla co nejrychleji dosáhnout samostatnosti.“ (Henderson, V. The nature of nursing, 1966, (2,42).

### ***1.11 Specifika ošetrovatelské péče dle modelu V. Hendersonové***

#### ***Uspokojení potřeby dýchat***

Dýchání je základní biologická potřeba. S přibývajícím věkem se snižuje funkce dýchacího systému a onemocnění plic se stává rizikovým. Bezprostřední příčinou smrti u pacientů s Alzheimerovou chorobou bývají bronchopneumonie. Ve stáří se vyskytují častěji a jejich průběh je komplikovanější než v mládí. Příznakem je kašel s vykašláváním zbarveného hlenu, horečka velmi často s třesavkou, dušnost a bolest při dýchání. Léčení je antibiotiky, při vysoké teplotě podáváme i antipyretika, například acylpyrin. Dýchání ovlivňuje poloha nemocného, zvláště u ležícího. Nemocný by měl ležet v poloze na boku nebo na zádech v polosedě (13, 59).

#### ***Dostatečný příjem potravy a tekutin***

Staří lidé mají snížený pocit žízně, což může způsobit dehydrataci. Ležící nemocný by měl vypít 2 až 3 litry tekutin denně. Někdy nechtějí pít z důvodu obavy častého chůzení na toaletu. Důsledky dehydratace se promítají v řadě závažných problémů. Malé množství moči a snížený průtok močovými cestami usnadňuje rozvoj infekce močových cest. Zhoršuje se i cévní zásobení centrálního nervového systému. Nedostatek tekutin vede k chronické zácpě, a pokud pacient používá projímadla, prohlubuje tím ještě více dehydrataci. Dehydratace se projevuje neklidem, či naopak apatií, únavou, ospalostí a bolestí hlavy. Objevuje se také nestabilní chůze, závratě a pády. Klinicky se dehydratace projevuje snížením kožního turgoru a oschlým jazykem. V rámci kvalitní péče by mělo být samozřejmostí dbát o dostatečný příjem tekutin. Na

hydrataci se často zapomíná i v nemocnicích. Proto je důležité monitorování příjmu a výdeje tekutin, takzvaná diuréza. Dehydratace bývá ve stáří častá, její příčiny jsou banální a důsledky velmi závažné (23,25).

Objevují se i poruchy v přijímání jídla. Někteří pacienti ho odmítají, ale většina má problémy s polykáním. Dostatečná výživa se považuje za nezbytnou součást kvalitní péče. Pokud je příjem stravy u nemocného nedostačující, nebo chceme-li jeho stravu obohatit, můžeme v lékárně zakoupit nutriční doplněk stravy. Často používané jsou Nutridrinky. Jedná se o nutriční nápoj s různými příchutěmi v podobě malého koktejlu. Obsahuje všechny nezbytné součásti výživy, jako jsou cukry, tuky, bílkoviny, vitamíny, minerály a stopové prvky. Tyto přípravky lze užívat dlouhodobě, nemají žádná rizika a předcházejí podvýživě. Důležité je ale respektovat, že odmítnutí jídla je jednou z mála možností, jak může člověk s pokročilou demencí vyjádřit svou vůli. V terminálních stádiích se nedoporučuje aplikace umělé výživy ani intravenózní aplikace tekutin. Tyto metody nepřináší pacientovi žádný prospěch, ale naopak zhoršují jeho diskomfort (23,25,32).

### ***Vylučování***

Inkontinence je jedním z příznaků demence. Je to neschopnost udržet moč a stolici. U některých pacientů se objeví relativně brzy, u některých až v pozdějších stádiích. Je nutné pátrat po příčině inkontinence a konzultovat u žen gynekologa a u mužů urologa. Důležité je provést kultivační vyšetření moči, protože právě infekce močových cest jsou jednou z častých a zbytečných příčin inkontinence, ale i dalších komplikací. Inkontinence může mít u pacienta s Alzheimerovou chorobou mnoho dalších příčin. Stává se, že pacient potřebu mikce (vyprázdnění) nesprávně vyhodnotí. Často zapomene, nenajde záchod, nedokáže se svléci, splete si místo mikce. Je proto důležité mít na vědomí, že inkontinence je u pacientů s Alzheimerovou chorobou specifický problém. Její příčinou je podstata choroby, porucha kognitivních funkcí a chování pacienta. Je proto důležité u těchto pacientů vytvořit takový režim, aby k těmto omylům nedocházelo. V denním režimu pacienta by se mělo těmto funkcím dát určitý řád a pravidelnost, aby byly spojeny s dalšími aktivitami a pacient si na ně navykl (23,34,51).



Cílem správné ošetrovatelské péče je udržet pacienta kontinentním, a to právě díky správnému léčebnému režimu včetně režimu mikčního. Doporučuje se, aby se pacient přibližně ve dvouhodinových intervalech, i častěji, mohl vymočit (23).

Toalety pro pacienty s Alzheimerovou chorobou by měly být zřetelně označené vhodnými symboly či nápisy. Dveře by se měly dít snadno otevírat. Toaleta by měla být prostorná s madly na uchycení, tak aby na ně pacient z mísy dosáhl, dostatečně osvětlená, vytopená, čistá, taková, aby se tu pacient cítil příjemně a nebránil se jejímu použití. Mísa by měla být zvýšená, aby se pacientovi lépe vstávalo (23).

Mnoho pacientů si neuvědomí potřebu vymočit se včas a na správném místě. Velmi špatně ale nesou skutečnost, že se pomočí, berou to jako prohru, selhání. Často se stydí a jsou kvůli tomu plačtiví, neklidní, až agresivní. Proto bychom se k nim měli chovat co nejtaktněji, nemohou za to. Zloba či ostré slovo jenom vytváří bludný kruh strachu a úzkosti a hlavně ničemu nepomohou. To je třeba si uvědomit i v situacích v našich nemocnicích, kde jsou samozřejmě pacienti s Alzheimerovou chorobou ošetřováni. Počet ošetrovatelského personálu však, bohužel, neodpovídá potřebě. Často vidáme u těchto pacientů zbytečně zavedené permanentní katétry, které můžeme považovat jako jeden z prostředků omezování (19,23).

### ***Pohyb a udržení vhodné polohy***

Úrazy seniorů představují závažnou příčinu geriatrické imobility, funkčně závažné nemoci a úmrtí. Uplatňují se nejen vlastní úrazy, ale také strach z nich. U pacientů s organickými poruchami lze očekávat výskyt pádů. Souvisí to s narušením kognitivních funkcí, dochází ke snížené koordinaci pohybů, k úbytku svalové síly. Pády jsou ve stáří časté a jejich výskyt s věkem stoupá. Bývají podceňovány, přitom jsou ale významnou komplikací. K pádům dochází především tam, kde pacient tráví nejvíce času tedy doma nebo v ústavní péči. Opakované pády, obava z poranění a z nemožnosti vstát z podlahy patří k nejčastějším příčinám žádostí o přijetí do zařízení s celoročním pobytem. Důsledky pádů a dlouhodobé instability jsou závažné. Hrozí zejména zlomeniny, nejčastěji krčku stehenní kosti, Collesova zlomenina předloktí a kompresivní zlomeniny obratlů. Dále může dojít ke kraniocerebrálnímu poranění, například subdurální či epidurální hematom, mozkové komoče či kontuze. Často po

pádu dochází k tomu, že nemocný nemůže vstát a hrozí podchlazení. Pokud nemocný zůstane ležet delší dobu v zaklíněné poloze bez možnosti pohybu, může vzniknout rabdomyolýza. Mezi nejčastější příčiny pádů patří nevhodná obuv a nebezpečný povrch. Jedná se například o kluzké podlahy v koupelně, čerstvě vytřené povrchy, vanu či sprchový kout. Koberčky či rohožky lze opatřit protiskluzovými podložkami. Dále se může jednat o překážky v bytě v podobě prahů, různých kabelů elektrických spotřebičů a nevhodný nábytek. Mimo byt jsou to hlavně schody a obrubníky. Pro bezpečný pohyb seniora by bylo ideální bezbariérové prostředí. Příčinou pádů mohou být i léky. Jedná se především o léky navozující útlum, jako jsou anxiolytika, hypnotika, antihistaminika a jiné (5,34,44,65).

V zahraničí fungují mobilní ergoterapeuti, kteří provádí zhodnocení domácího prostředí a navrhnou vhodné úpravy a kompenzační pomůcky. Zhodnocení domácího prostředí je placený výkon, který v České republice není dosud prostřednictvím domácí péče plně realizován. V současné době je na trhu velký výběr kompenzačních pomůcek, které lze i zapůjčit u agentury domácí péče. Odborný lékař může také kompenzační pomůcky předepsat, musí je ale schválit revizní lékař dané pojišťovny (35).

### ***Spánek a odpočinek***

Pacienti často trpí poruchami spánku, nejčastěji noční nespavostí, která bývá obvykle doprovázena agitovaností (neklidem). Dochází proto ke spánkové inverzi, což znamená, že v noci pacient bdí a ve dne spí. Noční aktivita přináší často problémy v soužití, protože pacient ruší okolí. Noční světlo je slabší a může dojít i k bloudění či pádu. I ve zdravotnických zařízeních je na noční směně menší počet personálu a pacienti proto nemohou být stále sledováni. Personál je stále v napětí, hledá pacienta po chodbách, a ztrácí tak čas. Vzdělávají i obavy, že pacient upadne a zraní se. Objevují se i stížnosti okolních spolubydlících, pacienti otevírají dveře pokojů, někdy i vcházejí do cizích pokojů a prohlíží si osobní věci. Důležité je proto pacientovi vybudovat stálý režim spánku tak, aby chodil každý den v určitou stanovenou dobu spát a v určitou stanovenou dobu se budil. Pacientovi bychom měli zabránit v pospávání v průběhu dne. Dále bychom měli zajistit, aby oblečení, které nosí ve dne, měl v noci z dohledu a dosahu. Vymlouvat pacientovi uprostřed noci, aby se neoblékal, může být velmi

vyčerpávající. Nejlepší je zamknout skříň. Před spaním bychom měli pacienta přimět, aby si došel na toaletu. Posledním krajním řešením je užívání hypnotik, léků na spaní. Musíme je však používat jen zřídka, protože jsou návykové (7, 65).

### ***Vhodné oblečení, oblékání a svlékání***

Pacienti s Alzheimerovou chorobou často zapomínají, jak se obléci, a někdy si ani neuvědomují, že je potřeba se převléci, a můžou se na veřejnosti objevit v něčem nevhodném. Doporučuje se proto pacientovi připravovat oblečení v pořadí, v jakém si je má vzít na sebe. Oblečení by nemělo mít složité zapínání. V oblékání podporujeme jeho samostatnost tak dlouho, jak jen to půjde (7, 43,66).

### ***Udržování fyziologické tělesné teploty***

Změny tělesné teploty se mohou vyskytnout, pokud pacienti utíkají, toulají se a nedovedou se vrátit domů. Pokud zabloudí při extrémně nízkých teplotách, nedostatečně oblečení, může vzniknout podchlazení, až omrzliny. Podchlazením mohou pacienti trpět i v nemocnicích, když se zde nedostatečně topí a často větrá. Hlavními komplikacemi podchlazení jsou poruchy srdečního rytmu a rozvoj respiračních infekcí, zejména pneumonie (23, 34).

### ***Udržování upravenosti a čistoty těla***

Pacienta je třeba povzbuzovat k udržování osobní hygieny. V pozdějších stádiích onemocnění bude mít pacient tendenci na mytí zapomínat, anebo nebude schopen vybavit si postupnost potřebných kroků. Být dobře upravený a pěkně oblečený přispívá k udržení lidské důstojnosti, sebeúcty a dobrého pocitu (8,43,66).

### ***Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých***

U mnoha pacientů se může vyskytnout nechuť zůstat ve zdravotnickém zařízení, snaží se utíkat, toulají se a někdy se nedovedou se vrátit. Než si personál všimne, že pacient chybí, může být ztracený daleko v lesích, nebo může ujít několik kilometrů po silnici. Nemocný není schopen zapamatovat si, kde se nachází a proč. Často proto musí být přivolána policie, která pomáhá pacienta hledat. Zdravotnické zařízení je za pacienta zodpovědné, proto někdy dochází k tomu, že musí tyto pacienty zavírat na pokoji nebo na oddělení. Není to ale prospěšné jejich duševnímu stavu a tito pacienti rychleji

chátrají. Z těchto důvodů se doporučuje zavádět procházky s doprovodem personálu nebo rodinného příslušníka. Vhodné je také umístit na venkovní dveře velké znamení STOP (jako jsou dopravní značky na silnicích). Ukázalo se, že i velmi dezorientovaný pacient reaguje na tento známý symbol. Pacienti s Alzheimerovou chorobou bývají umisťováni do speciálních zdravotnických zařízení, kde je pro ně vytvářen specifický program (45,56).

V Anglii v březnu 2010 otestovali zařízení, které má pomáhat lidem s demencí v případě, že ztratí orientaci v prostoru a zabloudí. Zařízení na principu GPS navigace pomáhá jak lidem s demencí, tak i jejich rodinám, které se tak mohou spolehnout, že v případě nouze mohou svým příbuzným pomoci. V současnosti poskytují tento přístroj každému zájemci z řad nemocných, který o něj požádá. Doufají, že se zavedením podobných přístrojů do praxe, přispějí k tomu, aby nemocní mohli zůstat ve svém domácím prostředí co nejdéle (56).

### ***Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů***

Pro komunikaci s dementním pacientem platí určité zásady. Je důležité používat jednoduché, krátké věty. Mluvíme pomalu, s přestávkami, zřetelně artikulujeme a používáme takovou intonaci, která bude znít klidně a příjemně. Nikdy bychom neměli křičet. V rozhovoru bychom neměli zapomínat na úsměv, dotyk a gesta, protože vyjadřují náš vztah k pacientovi. V důsledku poruch paměti je pro pacienta s demencí velmi obtížné odpovídat na otázky, které se týkají jeho nedávné minulosti. Proto bychom se měli v komunikaci vyhnout nadbytečným otázkám, na které nemůže pacient odpovědět (34,51,52).

### **Vyznání vlastní víry**

Mnoho lidí, a to včetně zdravotníků, si není vědoma toho, že člověk je bytost bio-psycho-sociálně-spirituální, a proto potřebuje v nemoci podporu na všech těchto čtyřech úrovních. Bohužel ale duchovní péče ve zdravotnických zařízeních často chybí. Klinická pastorační péče je péče o existenciální, duchovní a náboženské potřeby nemocných i těch, kdo se o ně starají. Nemocniční spirituální péči poskytuje nemocniční kaplan, který je vyslán státem uznanou církví a akceptován zdravotnickým zařízením, ve kterém poskytuje nemocniční duchovní službu, k níž je speciálně

vyškolen. Péče o pacienty je týmová práce. Je ideální, když je kaplan uznávaným členem multidisciplinárního týmu. Při týmové práci se zdravotníky může být přínos kaplana velký, protože ne všechno, co svěří kaplanovi, svěří i zdravotníkům. Klinická pastorační péče se však týká i rodinných příslušníků a zdravotnického personálu. Na jedné straně se zdravotnický personál věnuje potřebám svých pacientů, ale na straně druhé i tito zdravotníci mají své starosti a potřeby, které při práci odsunují. Časem to může způsobovat problémy, jako je třeba syndrom vyhoření (30).

### **Smysluplná práce**

V péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Pokud jsou tyto aktivity dobře používány, dokážou pozvednout člověka na duchu, rozptýlit depresi, zklidnit nervozitu a neklid. Program aktivit neznamena pouze zaneprázdnit pacienta, když byly poskytnuty všechny složky základní péče. Jde o celkový proces, ve kterém je každému dána možnost žít způsobem, který mu nejlépe vyhovuje, a pokračovat v tom, co je důležité pro jeho pocit jistoty, výkonnosti a sociálního začlenění. Pečovatelé by měli znát důležitost a význam programů. Měli by být seznámeni a vyškoleni v technikách aktivace. Špatně vedené aktivity mohou být v lepším případě neúčinné, v nejhorším případě mohou i ublížit. Smysluplná činnost musí splňovat určitá kritéria. Každá činnost musí být dobrovolná, společensky přijatelná a nesmí vést k neúspěchu (66).

Provoz zdravotnického zařízení poskytuje pacientům řadu možností, aby se na něčem podíleli. Jedná se například o uklízení, pomoc s přípravou jídla, práce na zahradě, roznášení novin a mnoho jiných. Některé činnosti lze rozdělit tak, aby vyhovovaly i schopnostem pacientů s vážným postižením a přitom jim daly i možnost být skutečně produktivní a slyšet, jak jim někdo řekne „děkuji.“ (66).

### **Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace**

Společenské hry poskytují mnoho příležitostí, podporují soutěživost a hravost. Dávají pocity uspokojení, umožňují šanci vyhrát. Vhodná je například hra Člověče, nezlob se. Hry na podporu paměti zábavnou formou procvičují nejen paměť, ale i pozornost, soustředění, logické uvažování, schopnost plánovat a řešit problémy. Hrají se zde různé hry na procvičení krátkodobé paměti nebo na posílení slovní zásoby. Klienti

vyplňují různé kvízy, rébusy a křížovky. Jako jedna z forem odpočinku může sloužit muzikoterapie. Poslech hudby nebo vlastní zpěv lidových písní s doprovodem rytmických nástrojů je činnost velice oblíbená. Texty písní z mládí si klienti dobře vybavují, neostýchají se zpívat a zlepšuje se nálada. (3, 36,66).

### **Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení**

Hlavní specifika ošetrovatelské péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou se odvíjí od symptomů. Velmi často dochází ke kognitivním poruchám. Jde hlavně o poruchy paměti. K nemocnému s rozvinutými kognitivními poruchami musí sestra přistupovat velmi ohleduplně, s citem a velkou dávkou empatie. Když má nemocný bludy nebo halucinace, nevyvracíme mu je, ale ani ho v nich nepodporujeme. Respektujeme ho a nechováme se k němu jako k malému dítěti, říkáme mu pravdu. Dalším symptomem může být afázie. Proto je důležité ve zvýšené míře pozorovat jeho neverbální komunikaci, pomocí které můžeme zjistit příčiny deprese, nepohody a úzkosti. (57, 66).

V péči se dále zaměřujeme na kognitivní tréninky, hlavně zaměřené na procvičování paměti, orientace v čase, prostoru, osobou. Je důležité zachovat co nejdéle soběstačnost nemocného, podporovat ho v jeho snaze nakoupit si, uvařit a obléci se sám. Vhodné je společně napsat lístečky, jako například návod na uvaření kávy nebo seznam důležitých telefonních čísel. Nedoporučuje se dělat náhlé změny a různé přesuny v okolí nemocného, ale dodržovat jeho stereotypy a pravidelný režim dne. Je důležité pro pacienta zajistit bezpečné prostředí: v koupelně namontovat madla, omezovač teploty vody na baterii, nainstalovat hlásič požáru. Po dohodě s pacientem mu je možno pořídit od alzheimerovské společnosti náramek, který pomůže zbloudilého pacienta vrátit domů (10,44,66).

Lidé trpící demencí jsou velmi citliví na změny prostředí, a proto každé umístění do instituce vede ke zhoršení příznaků. Setkáváme se s tzv. adaptačním syndromem. Může se projevovat zhoršením nálady, zmateností, neklidem, poruchami vnímání a myšlení. Institucionalizace bývá spojována s vyšší mortalitou (19, 64).

### ***1.12 Omezující prostředky v péči o pacienty s demencí***

Demence způsobuje poruchy chování, které komplikují péči a mohou pacienta ohrozit. Omezující prostředky je možné používat jen tam, kde je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta. Použití jakýchkoliv těchto prostředků se považuje za krajní řešení, ke kterému je možné přistoupit až tehdy, když byly vyčerpány všechny ostatní možnosti. Vždy je třeba přesně definovat důvod, proč se pro omezení pacienta rozhodujeme. Tímto důvodem nesmí být pouhé usnadnění péče či pouhý neklid pacienta. V žádném případě nesmí být řešením nedostatku ošetřujícího personálu. Naopak použití omezujících prostředků vyžaduje posílení personálu, protože pacienty je třeba intenzivněji sledovat. Vždy je důležité pátrat po příčinách problémového chování. Může se jednat o bolest, nepohodlí, vedlejší účinky léků, stres, špatný vztah mezi pečujícím a pacientem nebo jiné onemocnění. Použití omezujících prostředků je možné pouze tehdy, když nelze nalézt odstranitelnou příčinu chování pacienta, které je mu nebezpečné. Použití těchto prostředků je odůvodnitelné pouze v případech, kdy je riziko plynoucí z chování pacienta příliš vysoké a hrozí zhoršení jeho stavu. Vždy je třeba dbát na to, aby přínos tohoto opatření byl vyšší než jeho možné riziko. Na rozhodování o použití omezujících prostředků by se měl podílet vždy multidisciplinární tým. Pokud se je rozhodneme použít, musíme se pokusit vysvětlit pacientovi co se děje, proč a jak dlouho bude toto opatření trvat. Zejména je důležité, aby pacient věděl, kdo bude po tuto dobu přítomen a bude na něj dohlížet, a kde a jakým způsobem bude dosažitelný. Nesmí se v žádném případě stát, že pacient s tímto omezením bude ponechán bez dozoru. Vždy je třeba pečlivě zvážit veškerá nebezpečí v souvislosti s poškozením pacienta. Proto je nezbytné, aby alespoň jeden ze členů ošetřovatelského týmu byl vždy přítomen a s pacientem udržoval trvalý vizuální a verbální kontakt, a to po celou dobu trvání tohoto opatření. Je proto naprosto nezbytné zabezpečit dostatek ošetřovatelského personálu, a to včetně nočních směn. Každý člen týmu by měl být dostatečně zaškolen v metodách péče, které pacienty neomezují, a také v otázkách souvisejících s používáním omezujících prostředků (24,66).

### ***Mechanické omezení***

Jedná se o používání speciálního nábytku, oblečení či dalších pomůcek, které mohou omezit pohyb v prostoru. Může jít například o zvláštní židle se zvedacími podnožkami, kurty a pásy, rukavice, postranice, bezpečné spací pytle a podobně. Mechanické omezení nesmí být v žádném případě použito pouze z důvodu neklidu pacienta. V těchto případech je třeba pacienta pečlivě vyšetřit a zvážit změnu medikace, teprve poté je možné použít ostatní možnosti, jako jsou přidržení rukou, vedení za ruku a podobně. Pozornost je třeba věnovat také prostředí, přiměřené teplotě, úrovni hluku, osvětlení, počtu přítomných a podobně. Často právě tady mohou být nalezeny faktory způsobující poruchy chování pacientů s demencí, které je možné relativně snadno odstranit. Pokud se pro omezení pacientů používají křesla se zvednutou podnožkou, je třeba dbát na to, aby byla dostatečně pohodlná, prostorná a umístěná dle přání pacienta. V žádném případě nesmí být pacient připoután k židli nebo znehybněn svěrací kazajkou. Pokud používáme pro bezpečnost postranice na lůžku, je třeba dbát na to, aby je pacient nepřekonal a nevystavil se tak ještě nebezpečnější situaci a pádu. Jako alternativní postup pro tyto pacienty je třeba vzít v úvahu možnost velmi nízkého lůžka či matrace umístěné přímo na podlaze v prostředí, které však musí být útulné a důstojné, dostatečně teplé (24,66).

### ***Fyzické omezení***

Fyzické omezení znamená, že pomocí rukou zabráníme, aby pacient učinil pohyb, který by ho mohl ohrozit. Ošetřovatelský personál by měl být zaškolen v přístupech, kterými lze prostřednictvím přiměřených hmatů zabránit nebezpečnému pohybu pacienta ohroženého demencí. Toto zaškolení ošetřovatelského personálu v jednotlivých manuálních postupech je důležité jednak proto, aby nedošlo k poranění pacienta či pečujícího, ale také proto, aby ošetřující používal přiměřených gest, která nebudou pacienta dále provokovat a zhoršovat již tak komplikovanou situaci (24,66).

### ***Zamykání dveří***

Pacienti s demencí nemohou být v žádném případě zamykáni v jedné místnosti. V zájmu jejich bezpečnosti je však účelné, aby pobývali ve společném prostoru, ve kterém probíhá péče a kam mají přístup také jejich rodinní příslušníci a další pečující.



Dveře nemají být zbytečně zamykány. Proto je důležité mít na mysli při projektování zařízení, že dveře mají být umístěny tak, aby zbytečně nepoutaly pozornost pacientů s demencí. Ti, kteří nejsou ohroženi blouděním, nemají být omezováni v uzamknutých prostorech (24).

### ***Elektronické dohlížecí systémy***

Elektronické zařízení signalizuje, že se přiblížil nebo například prošel dveřmi pacient, na jehož oděvu či náramku je umístěno speciální zařízení vyvolávající alarm. Tyto systémy mohou být používány pouze v případě, že je pacient ohrožen blouděním. Pokud se používá, je třeba dbát na to, aby pacienta nerušil a neponižoval a zařízení, které má pacient na těle, mu nezpůsobovalo obtíže a nepohodlí. Tato opatření by měla vést ke zvýšení svobody pohybu v rámci vymezeného bezpečného prostoru a nikoli k jeho omezování (24).

### ***Dohled prostřednictvím videa***

Další omezující metodou může být sledování určitých prostor prostřednictvím videokamer. Jedná se zejména o chodby a společné prostory a pouze v některých výjimečných případech o soukromý prostor pacientů. Tento systém by měl být používán jen v případě, pokud s tím souhlasí pacienti či jejich rodinní pečující, protože se jedná o zásah do soukromí pacienta. V případech, že pacient není schopen se v této otázce rozhodnout, je třeba si vyžádat souhlas zákonného zástupce. Dohled prostřednictvím videa není zdůvodnitelný v soukromých obytných prostorech, na toaletách a v koupelnách. Lze k němu přistoupit ve zcela výjimečných situacích po souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce, pokud je stanoven, a to v případě, že pacient není schopen se k problému vyjádřit. Důvody tohoto dohledu prostřednictvím videa musejí být zcela zřejmé a pravidelně, nejlépe denně musejí být prověřovány (24).

### ***Pasivní alarmy***

Jedná se o užití podložek pod matracemi, infračervených čidel a zvukových monitorů k detekci pohybu osoby v prostoru. Tyto alarmy se považují za méně narušující soukromí a méně obtěžující než dohled prostřednictvím videa. V žádném případě nesmí tyto systémy pacienta rušit či obtěžovat a ani nesmí být bezdůvodné. Je třeba, aby je ošetrovatelský personál sledoval, vyhodnocoval a přiměřeně na ně v péči o

pacienta s demencí reagoval. Pacienta je třeba informovat, a pokud je to možné, vše mu vysvětlit. Jedná se o možnou alternativu uzamykání prostoru (24).

### ***Farmakologické omezování***

Jedná se o užívání léků se sedativním účinkem a léků zmírňujících strach a úzkost. Předtím než jsou předepsány léky, které by bylo možné považovat za omezující preskripci, je třeba pacienta pečlivě vyšetřit a jeho stav konzultovat s celým ošetrovatelským týmem se snahou najít příčinu problémového chování, ať již ve zhoršeném zdravotním stavu či v zevním prostředí. V průběhu terapie je třeba pacienta pečlivě sledovat zejména s ohledem na možné vedlejší účinky léků. Všechny členy ošetrovatelského týmu i rodinné příslušníky je důležité informovat o důvodu zvolení tohoto omezení a o výhodách i možných nežádoucích účincích. Poruchy chování nemají trvalý charakter, ale přechodný. Proto je důležité sledovat, aby byla tato terapie v přiměřené době a po úpravě stavu pacienta opět vysazena. Všichni členové ošetrovatelského týmu musejí být seznámeni s možnými vedlejšími účinky léčby, aby o nich mohli včas informovat ošetřujícího lékaře. Vhodné je také, aby byli poučeni, že některé léky, u kterých očekáváme spíše tlumivý efekt, mohou neklid pacienta naopak zhoršit (24,66).

### ***Psychologické omezování***

Mezi psychologické omezování lze zařadit používání verbálních a nonverbálních pokynů, příkazů a zákazů omezujících pohyb a jednání pacientů s demencí. Důležité je mít na paměti, že zbytečné příkazy a zákazy vedou často k dezorientaci pacientů a mají tak zcela opačný účinek než byl původní záměr. Ošetrovatelský personál musí být trvale veden a vychováván k tomu, že je bezpodmínečně nutné respektovat práva a lidskou důstojnost, a to v jakýchkoli situacích (24).

## ***1.13 Možnosti péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou***

### ***1.13.1 Respirní péče***

Respirní neboli odlehčovací péče je určena lidem, u nichž byla diagnostikována Alzheimerova choroba a o které doma pečuje osoba, která potřebuje nezbytný odpočinek od celodenní péče. Služba se poskytuje v domácnosti pacienta. Pracovníci

respirační péče pomáhají pacientovi při zvládnání běžných úkonů, při osobní hygieně, zajištění stravy a dalších úkonech. Zajišťují také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Neposkytují ale pomoc při úklidu domácnosti a ošetrovatelské úkony jako jsou například převazy ran a injekce (10, 32).

### ***1.13.2 Denní stacionář***

Optimální formou péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou je možnost pobytu v denním stacionáři. Slouží pacientům po celý den, několik hodin denně, nebo jen několik dní v týdnu, a to individuálně podle potřeb pacientů a jejich rodinných příslušníků. Denní stacionáře tohoto typu postupně vznikají i v České republice. Péče však předpokládá funkční sociální zázemí, do kterého se pacient může vrátit. Tato forma péče je velkou pomocí rodinám, když jsou všichni její příslušníci v práci nebo jinak zaneprázdněni a podobně. Pacientovi pak pobyt umožňuje participovat na různých aktivitách a zachovává se tak déle jeho soběstačnost i sociální dovednosti. Podstatné je, že je zachována kontinuita péče v rodině, a to za podmínek, které jsou pro rodinu ve většině případů únosné (32).

### ***1.13.3 Ústavní péče pro pacienty s demencí***

Péči o nemocného s demencí by měla nemalou částí zajistit rodina. Někdy je však indikována dlouhodobá ústavní péče. Mnoho rodinných příslušníků žije v domnění, že za určitých okolností předají svého nemocného, starého člena profesionálům, kteří se o něj budou starat do roztrhání těla. Neodpovídá-li pak reálná péče jejich představám, stávají se zdravotničtí pracovníci terčem kritik. Ústavní péče poskytuje nemocnému člověku určité zázemí: je zde ošetřován, dostává najíst a napít. Rodině je nezdárka zatěžko mít ve svém středu obtížného starého člověka. Tadáž rodina se však i domnívá, že profesionál, který má takových pacientů desítky, je povinen rozdávat dnes a denně kolem sebe radost a lásku. Není to v silách žádného člověka, tedy ani profesionálních zdravotnických pracovníků, ale v možnostech rodiny, protože je to její morální povinnost. Je proto velmi důležité zapojit do péče i rodinu, i když je senior v instituci (19).

Mnoho rodin se o nemocné vzorně stará a projevuje zájem i v době institucionální péče. Tito obětaví rodinní příslušníci poznávají dlouhodobou ošetrovatelskou péči zblízka a následně objektivně hodnotí práci zdravotnických pracovníků. Opakovaně jsou totiž svědky toho, jak byl inkontinentní pacient řádně ošetřen, umyt a převlečen, aby se v následujících minutách znovu znečistil. Vidí také, že personál má na starosti řadu takových pacientů a několikrát za den si zopakují rituál mytí pacienta a převlékání postele. Už je proto neudivuje, že nemají sílu se láskyplně usmívat. Nezasvěcený člověk toto všechno neví (19).

Důležité je také zmínit, že zdravotnický režim oddělení, nejčastěji psychiatrické léčebny, léčebny pro dlouhodobě nemocné, oddělení následné péče, často nevyhovuje specifickým potřebám pacientů. Prostředí je příliš nemocniční a není zde respektována potřeba specifického režimu, programování denních aktivit a vedení k soběstačnosti (32).

V posledních letech se stala kvalita péče na odděleních typu LDN, následné péče a podobně častým tématem médií. V roce 2008 novinář v roli sanitáře sdělil veřejnosti své zkušenosti s péčí na oddělení následné péče. Zveřejnění nedostatečné kvality následné péče, a to zejména v institucích, které ji zajišťují je jednou z cest, jak tuto problematiku dostat na pořad jednání a dosáhnout jejího zlepšení. Bohužel skutečnost zůstává, že zařízení dlouhodobé péče jsou v rámci zdravotnictví na samém okraji zájmu. Často se nachází v objektech, které stavebně nevyhovují, nemají dostatek pracovníků ani prostředků na adekvátní léčbu. V současné době je možnost hospitalizace ve speciálních zařízeních, která se zaměřují na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou (32,65).

### **Loucký Mlýn u Vodňan**

Zařízení je specializované pro klienty s Alzheimerovou chorobou, s psychickými poruchami, s jinými typy demencí a s poruchami chování ve stáří, včetně nejtěžšího stupně onemocnění. Toto zařízení není vhodné pro klienty plně ležící, i když je vybaveno polohovacími postelemi, antidekubitními pomůckami a vším, co k moderní ošetrovatelské péči patří. Nachází se uprostřed krásné přírody, která je součástí terapie a která umožňuje mnohem volnější a svobodnější pohyb, než zastavěná městská

aglomerace plná aut a smogu. (1)

### **Prácheňské sanatorium Písek**

Prácheňské sanatorium je ojedinělé nestátní zařízení, které vzniklo v roce 1992. Ředitelkou, zakladatelkou a odborným garantem je paní Jaroslava Jůzová. Problematice stáří, seniorů a dlouhodobě nemocných se věnuje od roku 1986. Je členkou České alzheimerovské a České gerontologické společnosti. Písek je první město v České republice, ve kterém byla v roce 1996 zahájena činnost sanatoria tohoto typu. Nachází se v klidné zóně nedaleko centra. Písecké zařízení disponuje velkým parkovištěm, před domem je uzavřená předzahrádka s kašnou pro posezení klientů a za domem je chráněná zahrádka s krbem pro grilování. Ošetrovatelská péče v Písku je poskytována zejména ležícím nebo omezeně pohyblivým klientům, např. u stavů po mozkových mrtvicích, operacích, úrazech, onkologických onemocněních, náhle vzniklých příhodách, včetně apalického syndromu. Zařízení je vybaveno polohovacími postelemi, antidekubitárními podložkami, rehabilitačními pomůckami a vším tím, co je nutné k moderní ošetrovatelské péči takto postižených klientů. Ubytování klientů je realizováno ve dvoulůžkových nebo třílůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením. Ubytování pro rodiny nelze poskytnout přímo v samotném zařízení, ale je několik možností hotelového ubytování v blízkém okolí. (1)

#### ***1.14 Syndrom vyhoření***

Alzheimerova nemoc, je choroba, která postihuje celou rodinu a blízké pacienta. Pečovatelé jsou vystaveni extrémní psychické a fyzické zátěži, ze které nezdědka nemají úniku po celých 24 hodin každý den v týdnu. Nemalá je často i zátěž finanční. Pečovatelé pacientů s Alzheimerovou nemocí často ztrácejí zaměstnání. Jsou vystaveni riziku vyčerpání a zejména depresi, která pak vyžaduje psychiatrickou a i psychoterapeutickou intervenci (30).

Každého člověka během života čeká povinnost o někoho pečovat. Ať je to péče o malé dítě či nemocného rodinného příslušníka, vždy je náročná. Při práci s pacienty s demencí je personál vystaven mnoha zátěžovým situacím. Dochází k vysilování po

stránce fyzické a hlavně psychické. Zdravotní sestry nemají dostatek času samy na sebe, na uspokojování svých vlastních potřeb a na své koníčky a zájmy (30).

Syndrom vyhoření, burn – out syndrom, je velmi diskutovaným tématem u zdravotnických povolání. Je to stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Nejčastěji vzniká dlouhodobým působením chronického stresu. Nejvíce jsou právě ohroženy pomáhající profese. Příklad říká: „Jestliže někdo vyhořel, musel zákonitě předtím hořet, a to velmi intenzivně“. Zapálíme-li svíčku na obou koncích, budeme mít více světla, ale svíčka dříve shoří (30,38).

Za zakladatele této problematiky je považován Herbert Freudenberger, který v roce 1974 definoval syndrom takto: „Jaké jsou základní projevy burnout syndromu? U někoho jsou to pocity únavy a exhausce (neschopnost setřást pocit chladu), pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy až po nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrozličnějších úrovních celou psychosomatickou oblast. To jsou převážně tělesné projevy. Mohou se však objevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální: například osoba známá svou povídaností je náhle nápadně zamlklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita, ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny“ (Freudenberger, 1974), (4,30).

Právě zdravotníci nebo sociální pracovníci jsou ohroženi tímto civilizačním problémem, syndromem vyhoření. Jejich morální kredit i obecné povědomí od nich očekává zázraky na počkání, obětavost a empatii bez hranic. I tyto vlastnosti ale mají své limity. Syndrom vyhoření vede právě k útlumu empatii, vstřícnosti a zájmu o druhé, ke ztrátě nadšení z práce a zhoršení kvality poskytované péče. Paradoxem je, že postihuje právě lidi, kteří své povolání začínají s obrovským nadšením, entuziasmem a velkým pracovním nasazením a ideály. Po čase mohou být zklamáni ztrátou ideálních představ, která vede k pocitům osobního zklamání. Překážky a kupení neřešitelných problémů, neschopnost stíhat pracovní nasazení vedou k postupnému fyzickému, emocionálnímu a psychickému vyčerpání (4,30).

### ***1.14.1 Projevy syndromu vyhoření***

Syndrom vyhoření charakterizuje zejména to, že člověka přestane těšit práce, prvotní nadšení vystřídá nechuť a lhostejnost k druhým lidem. Nezajímá se o jejich problémy, není schopen se do druhých vcítit. Pozorujeme necitlivé chování. K lidem se se pak takový člověk chová jako k neživým věcem. Dochází k omezení na stereotypní, rutinní práci a snížení kvality péče. Chyby v zaměstnání se množí, zodpovědnost ustupuje. Zdravotní sestra tráví čas v sesterně místo u pacientů. Může trpět rychlou únavností, úzkostí, nízkým sebevědomím, pocitem bezmocnosti, bezcennosti, pocitem neustálého napětí, smutkem, je bez nálady, nešťastná, zklamaná, plná obav, bez nápadů a iniciativy. Má pocit, že její kolegové jsou nepříjemní a často se s nimi může dostat i do konfliktu. Může docházet i k omezení kontaktu s okolím. Největším nebezpečím je zvýšená konzumace alkoholu a uklidňujících léků (25,30,4).

### ***1.14.2 Prevence syndromu vyhoření***

Ve zdravotnictví je nutné se všemi klienty navázat kontakt. Ne vždy a ne všichni klienti jsou nám sympatičtí. Pak musíme zapojit profesionalitu, vůli a překonat úskalí, aby vztah fungoval. Vztah je často ukončen smrtí klienta nebo jeho přeložením do jiného zařízení ve zhoršeném stavu. Obranou před smutkem může být podvědomá tendence se příliš emočně neangažovat, zůstat chladnějším (4,63).

V péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou, by se měli střídát všichni rodinní příslušníci. Nikdy by se neměli bát využít v průběhu roku respitních služeb. I pečující člověk si potřebuje odpočinout a relaxovat. Doporučuje se začít chodit cvičit, navštěvovat kulturní akce, chodit do přírody nebo navštívit psychologa, aby doporučil nějakou relaxační techniku. Často pomůže i konzultovat své problémy s okolím (40).

Problematika Alzheimerovy nemoci je společensky velmi závažné téma, a to i vzhledem k tomu, že naše populace stárne a četnost této choroby se bude následně zvyšovat. Včasná diagnostika této nemoci a včasné zahájení adekvátní léčby může pomoci udržet kvalitu života těchto pacientů a oddálit jejich institucionalizaci. Následně může pomoci i pečovatелům snížením jejich zátěže. Víme, že Alzheimerovu nemoc

nedokážeme vyléčit, naším cílem ale musí být zlepšení kvality života trpících touto nemocí a jejich pečovateli a dalších jejich blízkých (64).

### ***1.15 Alzheimerovská společnost***

Mezinárodní alzheimerovská společnost ADI (Alzheimer s Disease International) je celosvětovou asociací alzheimerovských společností. V Evropě působí asociace Alzheimer Europe, která sdružuje 28 evropských alzheimerovských společností. Jejich hlavním úkolem je upozorňovat na problémy nemocných demencí a jejich rodin, prosazovat práva těchto nemocných i těch, kteří o ně pečují. Mezinárodní Alzheimerovská společnost vydala Evropskou chartu pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují. Je známá pod názvem Deklarace Alzheimer Europe (10,20,32).

Česká alzheimerovská společnost ČASL vznikala v průběhu roku 1996 a zaregistrována byla jako občanské sdružení v únoru 1997. Podnětem k jejímu vzniku byl pocit některých profesionálů v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších) a rodinných příslušníků, že problematice demencí, a to zejména praktickým aspektům péče, není u nás věnována dosud dostatečná pozornost. Členy ČALS se stávali ti, jichž se problematika demencí zejména týká – rodinní příslušníci a pečovatelé. Její předsedkyní je MUDr. Iva Holmerová PhD. Během své uplynulé činnosti zaznamenala ČASL mnoho úspěchů. Za podstatné se považuje prosazení kognitiv do úhrady z veřejného zdravotního pojištění, ke kterému došlo až po mnoha intervencích společnosti a prošetření celého případu ombudsmanem. Tyto léky jsou dostupné od roku 2002. V současné době je Česká alzheimerovská společnost již respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International. (10,20,32).

Zaškolení pracovníci kontaktního a informačního centra podávají osobní i telefonické informace a sjednávají osobní konzultace s odbornými pracovníky České alzheimerovské společnosti. Poskytují základní informace o problematice demencí a zodpovídají základní otázky nebo mohou klienta nasměrovat na další vhodný zdroj informací. Zajišťují i další služby a projekty například „Bezpečný návrat.“ Cílem



projektu je zajistit pomoc lidem, kteří často bloudí a nemohou nalézt cestu domů. Princip je jednoduchý. Náramek, který zájemce obdrží po odeslání přihlášky, je označen identifikačním kódem (slouží pro identifikaci bloudícího) a telefonním číslem ČALS. Pracovníci zjistí na základě kódu identitu bloudícího a zajistí mu pomoc jeho příbuzného. (10,20).

Cílem České alzheimerovské společnosti je pomáhat lidem postiženým syndromem demence a jejich rodinným příslušníkům. ČASL vydala také řadu knih. Mezinárodní alzheimerovská asociace „Alzheimer’s Disease International“ si připomíná již od roku 1994 21. září jako Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci. Česká alzheimerovská společnost se k této tradici připojila krátce po svém vzniku v roce 1997. Od roku 2001 si tento den připomínáme jako Pomerančový den. Upozorňuje na skutečnost, že včasná diagnóza je prvním předpokladem pro správnou terapii a péči. Distribuují se informační materiály a ve spolupráci s kontaktními místy se pořádají i další akce například Koncerty pro vážku. Kontaktní místa pořádají každoročně v tomto termínu také sbírku, jejíž výtěžek slouží ke zlepšení péče o osoby trpící demencí. V roce 2005 se Pomerančový den přesunul na 21. června, tedy den, kdy v Česku slaví jmeniny Alois (10,20,32).

Česká alzheimerovská společnost vydává také brožury a letáky určené zejména laické veřejnosti se záměrem poskytnou dostatek informací o této problematice. Další informační materiály jsou určené pacientům s demencí a jejich rodinným příslušníkům s cílem podat dostatek informací pro lepší zvládnutí situací spojené s onemocněním. Podílí se také na přípravě a vydání pomůcek pro kognitivní trénink. Přednášková činnost je zaměřena na různé cílové skupiny, na pracovníky ve zdravotnictví a sociální sféře, na rodinné pečovatele, studenty i širší veřejnost (10,20,32).

### ***1.16 Alzheimer plán Francie***

Prezident Nicolas Sarkozy si vybral za prioritu francouzského předsednictví Evropské unie právě problematiku Alzheimerovy choroby. Na konferenci, která se konala ve dnech 30. a 31. října 2008, přednesl charismatický projev. Zdůraznil čísla o aktuálním i perspektivním výskytu Alzheimerovy choroby a představil francouzský

Alzheimer Plan. Plán se skládá z hlavních tří pilířů: péče, osvěta, výzkum. Zdůraznil, že potřebuje výzkum, který by odhalil mechanismy Alzheimerovy choroby. Dále je potřeba stanovit, kdo, v jakém počtu a s jakými znalostmi a dovednostmi bude pečovat o nemocné. Současně i poznamenal, že je třeba zatraktivnit profese, které pečují o pacienty s demencí. Umožnit jim profesní růst a zvýšit jejich mzdy. Slavnostního představení plánu se nezúčastnil žádný oficiální zástupce České republiky. Oblast dlouhodobé péče, geriatry a s tím i problematika Alzheimerovy choroby je na okraji zájmu naprosté většiny českých politiků (46).

Plné znění Plánu Alzheimer je k dispozici na [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz) nebo [www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org). Částka 1,6 miliard euro, která byla vynaložena na Alzheimerovu chorobu se rozdělila do různých sektorů. 200 miliónů na výzkum, 200 miliónů na zdravotní péči a 1,2 miliardy na zdravotně sociální péči a rozvoj komunitních služeb. O úspěch Alzheimer Plánu se musí také postarat vlády, média i samotní pacienti nebo jejich rodinní příslušníci (46).

### ***1.17 Alzheimer plán České republiky***

Vláda na svém zasedání 6.10. 2010 přijela Doporučení Rady vlády pro seniory a stárnutí populace ve věci zpracování koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice (46).

Vládou schválený materiál uvádí některá velmi alarmující čísla. Zejména ta, že ve věkové skupině mezi 80 a 85 lety je víc než 10% populace postiženo nějakou formou stařecké demence, nejčastěji Alzheimerovou chorobou. V kategorii 90 až 95 let je to dokonce 30 % osob. Vzhledem ke stárnutí populace se tedy jedná o velmi závažný společenský problém, který je třeba řešit,“ řekl Jaromír Drábek, ministr práce a sociálních věcí. Dále také zmínil zásadní dopad na osoby, kteří pečují o tyto pacienty. Péče má za následek depresi: podle evropské studie až 78% pečujících životních partnerů a 47% pečujících dospělých dětí trpí nebo trpělo depresí (46).

Koncepce na níž se vedle Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva školství, bude podílet také Ministerstvo spravedlnosti, by měla být dokončena v červnu 2011 (46).

„Plán Alzheimer“ by měl zmapovat současnou situaci lidí s demencí a jejich rodinných příslušníků, potřeby jejich zajištění, včetně dostupnosti a kvality zdravotnických a sociálních služeb pro cílovou skupinu. Bude obsahovat opatření v oblasti poskytování zdravotní péče, sociálních služeb, vzdělávání a výzkumu. Součástí plánu by měla být i systematická podpora rodinných pečujících a péče v domácím prostředí. Plán by měl zahrnovat nejen problematiku Alzheimerovy choroby, ale i dalších demencí či degenerativních onemocnění s podobnými důsledky (46).

### ***1.18 Centrum pro seniory PATUP***

V roce 2002 v Českých Budějovicích při Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity zahájilo svoji činnost Centrum pro seniory PATUP. Jeho činnost vyjadřuje zkratka PATUP – jedná se o hlavní témata, kterými se centrum zabývá: P – Parkinsonova nemoc, A – Alzheimerova choroba, T – Trénování paměti, U – Úspěšné stárnutí, P – Pečovatelská dobrovolná služba studentů. Centrum provozuje i bezplatnou telefonní linku pro seniory, kteří mají možnost získat informace týkající se stáří (například jak se na ně mohou připravit) a v případě zájmu si domluvit i osobní konzultaci. U telefonu čekají vyškolení dobrovolníci, ale i studenti oboru Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby Zdravotně sociální fakulty (63)

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíle práce***

- 1.) Zjistit náročnost práce sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou.
- 2.) Zjistit co sestry považují za největší problémovou oblast v rámci ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou
- 3.) Zjistit přínos specializovaných Alzheimercenter o pacienty s Alzheimerovou chorobou.

### ***2.2 Výzkumné otázky:***

- 1.) Jaká je náročnost práce sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou.
- 2.) Co sestry vidí jako nejvíce problémovou oblast v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou
- 3.) Jaký je přínos specializovaných Alzheimercenter v ošetrovatelské péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou
- 4.) Jaká by měla být poskytovaná ošetrovatelská péče ve specializovaných Alzheimercentrech

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metoda sběru dat***

Ke zpracování diplomové práce bylo použito kvalitativní šetření. Sběr dat byl realizován technikou nestandardizovaného rozhovoru. Odpovědi sester byly zpracovány do 16 kazuistik, ze kterých pak byly vytvořeny kategorizační tabulky s nejdůležitějšími údaji výzkumu. Šetření probíhalo od března do června 2011. Rozhovor byl zaznamenán písemnou formou, posléze přepsán a následně analyzován.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Rozhovor byl zaměřen na názor sester pracujících na psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., v Alzheimercentru Loucký Mlýn a v Písku a na oddělení se zvláštním režimem v Domově důchodců Dobrá Voda.

Při samotném sběru dat byly informovány jednotlivé vrchní a staniční sestry o mé přítomnosti v zařízení. Sestry byly dopředu informovány, co po nich bude požadováno, měly právo neodpovídat na danou otázku. Každá sestra byla před zahájením rozhovoru po představení tazatele seznámena s důvodem a cílem návštěvy včetně záruky anonymity. Každý rozhovor jsem vedla podle předem připravené struktury otázek v tematických okruzích. Je samozřejmé, že se hovor čas od času odchýlil od původního tématu, avšak základní tematická linie zůstala podle mého názoru zachována. Mými komunikačními partnery byli pracovníci institucí, které poskytují péči seniorům s Alzheimerovou chorobou, a kde byli ochotni věnovat mi svůj čas a podělit se o zkušenosti. Zkoumaný soubor tvořilo 16 respondentů. 4 respondenti z psychiatrického oddělení Nemocnice České Budějovice, 4 respondenti z Alzheimercentra Loucký Mlýn, 4 respondenti z Alzheimercentra v Písku a 4 respondenti z oddělení se zvláštním režimem Dobrá Voda.

## 4. Výsledky

### *4.1 Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.*

#### **Sestra 1**

Této sestře pracující na psychiatrickém oddělení je 35 let. Ve zdravotnictví pracuje od roku 1995, což znamená 16 let. Dříve byla zaměstnána na úrazové chirurgii v Nemocnici České Budějovice. Po mateřské dovolené chtěla pracovat na klidnějším oddělení. Dostala nabídku nastoupit na psychiatrické oddělení, kde pracuje čtvrtým rokem na pozici staniční sestry. Její nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské, které získala na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dále absolvovala psychiatrickou specializaci v Brně. Chystá se na dálkové magisterské studium do Příbrami nebo Berouna. Na oddělení slouží na ranní směnu čtyři sestry, dvě ošetrovatelky a jeden zřízenec, který slouží 24 hod. denně. Dementní pacienti jsou zde hospitalizováni často. Jsou zde 3 až 4 pacienti, oddělení má kapacitu 23 lůžek.

S agresivním chováním se u pacientů s demencí setkává často, většinou se jedná o brachiální agresi. Pacienti se brání běžným úkonům, to znamená, že se s ošetrovatelským personálem perou (koušou, škrábají). Používají i vulgární výrazy, které dříve nepoužívali.

Toulání, k němuž mají pacienti s Alzheimerovou chorobou sklon, řeší uzavřeným oddělením. Pacienty na lůžku nekurtují, v případě agresivního jednání používají izolační (separační) místnost, která je speciálně vypořádovaná, bez nábytku, pouze s postelí.

Na oddělení mají výborný kolektiv, umí se spolu zasmát a jedna druhé jsou si oporou. A to je podle ní nejlepší způsob, jak předcházet syndromu vyhoření. Nikdy zde zatím neviděla „vyhořelou“ sestru. V případě potřeby mají zaměstnanci možnost konzultace s psychologkou.

Fyzická náročnost je zapotřebí hlavně pokud je člověk už ležící a vyžaduje kompletní ošetrovatelskou péči. Psychická náročnost vyplývá z toho, že při ošetrování pacientů s Alzheimerovou chorobou je třeba neustálý dohled, převážně v hygienické

péči. Nejhorší je ale podle ní psychická náročnost a především trpělivost - neustálé opakování, kde pacient je a kde má svůj pokoj. Snaží se i připravovat pacientovi oblečení v tom pořadí, ve kterém se obléká. Je třeba se obrnit velkou trpělivostí. Opakuje mu, aby ty úkony, které ještě zvládá, dělal opravdu sám. Snaží se, aby stravu jedl sám. Když mu to nejde příborem, dávají mu lžici nebo třeba ho nechávají jíst i rukama, aby zachovali maximální soběstačnost člověka.

Zda se liší péče ve specializovaných Alzheimercentrech od péče poskytované v nemocnicích na psychiatrických oddělení neví. Péči nemůže posoudit, protože ve specializovaných centrech nikdy nebyla. Bazální stimulaci zde nepoužívají, personál není proškolen.

Rodina se do ošetrovatelské péče zapojuje, spolupráci hodnotí jako kladnou. Berou si pacienty na víkendové propustky. Často rodinné příslušníky edukují, jak pečovat o člověka s demencí. Spolupracují s rodinnými příslušníky, kteří mají pro ně cenné informace. Jsou od nich informováni, co člověk zvládá sám a co ne. Podrobně s nimi vyplňují i příjmovou anamnézu.

Denní režim pacientů se odvíjí od stupně demence. Ráno zde probíhá klasická ranní hygiena, snídaně a plnění ranních ordinací. Následuje individuální vizita, která neprobíhá na pokojích, ale na vyšetřovně, kam pacienti postupně dochází. Po vizitě odcházejí schopní pacienti do stacionáře, který probíhá dopoledne i odpoledne. Pacienti tam mají možnost cvičit, malovat, provádět jednoduché ruční práce. Mohou sledovat i filmy nebo hrát hry, při kterých si trénují paměť jako například pexeso, člověče nezlob se, puzzle. O víkendech stacionáře nefungují. Návštěvní doba je zde stanovena od 14 do 17 hodin, mimo pracovní dobu jen výjimečně po domluvě s lékařem.

Jako nejvíce problémovou oblast v péči o klienty s Alzheimerovou chorobou vidí jednoznačně obtížnou komunikaci. Především hovory na totéž téma jsou pro ni zatěžující. Velmi nepříjemné je pro ni také, když pacienti používají vulgární výrazy. Dle ní nepomáhá napomínání typu: „Takhle se tady chovat nebudete, na takové tady nejsme zvyklí.“ To situaci ještě zhorší.

Domnívá se, že v České republice není dostatek zařízení specializovaných na léčbu Alzheimerovy choroby. Státních zařízení je málo, soukromá jsou příliš drahá a

málokterý rodinný příslušník si je může z finančních důvodů dovolit. Ze svého okolí uvádí Domov důchodců Dobrá Voda a Domov pro seniory Máj.

## **Sestra 2**

Této sestře je 38 let a ve zdravotnictví pracuje již 20 let. Dříve byla zaměstnána na neurologické, později na chirurgické jednotce intenzivní péče. Nyní pracuje již 9 rokem na ženské části psychiatrického oddělení jako sestra u lůžka. Tento obor ji vždy zajímal, a když se uvolnilo místo na psychiatrickém oddělení, neváhala a přestoupila. Vystudovala střední zdravotnickou školu a její nejvyšší dosažené vzdělání je maturita. V Havlíčkově Brodě absolvovala psychiatrickou specializaci a o dalším vzdělání neuvažuje.

Pacienti s Alzheimerovou chorobou jsou zde hospitalizováni často. Kapacita je 23 lůžek. Na ranní směnu slouží 3 až 4 sestry, na odpolední směnu 2 sestry a noční jedna sestra. Doma se snaží na práci nemyslet. Má početnou rodinu a dvě dospívající děti. Pokud je fyzicky vyčerpaná, jde se odreagovat do fitness centra a miluje také jízdu na kole. Psychickou náročnost považuje za složitější a zatím nenašla spolehlivou metodu odreagování.

S agresivním jednáním se u pacientů již setkala. Při zvládnání této problémové situace je dle ní nutné dodržovat určitá pravidla a zásady. Domluva s neklidným či agresivním pacientem je složitá a vyžaduje vysokou profesionalitu. Zdůrazňuje nutnost k pacientovi přistupovat čelem, udržovat stálý oční kontakt a vyvarovat se zbrklých a rychlých pohybů. Mluvit klidně, jasně, srozumitelně a neužívat zdravotnického slangu. Nereagovat na slovní útoky, být empatický a naslouchat. Někdy však psychologický přístup nestačí a je nutné jej kombinovat s užitím léků - farmak. Léky vždy indikuje lékař. Nejvíce dle jejího názoru používají u neklidných pacientů benzodiazepiny například Apaurin. Způsob podání nejčastěji intramuskulárně u spolupracujících nemocných je možná intravenózní cesta. Ve zcela výjimečných situacích, kde selhaly předchozí metody, využívají fyzické omezení. Jedná se o výkon bez souhlasu nemocného, který ohrožuje sebe nebo okolí. Fyzické omezení opět indikuje lékař. Je třeba provést zápis do dokumentace: důvod fyzického omezení, formu (kurty, pásy,



pouta), čas a podpis indikujícího lékaře. Jako využití omezujících prostředků před útekem uvádí, že oddělení je uzavřené. Sítové lůžko používají jen zcela výjimečně na noc: „Když je nějaká babička zmatená a hrozí pád, pokud jsou ležící, tak nikam neutěčou.“ Do izolační místnosti je většinou nedávají.

Bazální stimulace se na oddělení neprovádí, a ani nepřemýšlí o tom, že by se zde provádět měla. Jedná se o akutní lůžkovou péči a není tu na ni dostatek času ani proškolený personál. Velmi často se jedná o první místo kontaktu nemocného s psychiatrií.

Pacienti zde mají pravidelný denní režim (snídaně, oběd, večeře). Myslí si, že mimo občasných návštěv stacionáře je jejich pracovní aktivita minimální. Trénování paměti tu neprovádí, jsou spíše zaměřeny na režimová opatření v noci spát ve dne koukat.

V péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou považuje za nejnáročnější především trpělivost. Nemocný vyžaduje zvláštní, individuální a vysoce citlivý přístup. Od ošetrovatelského personálu se vyžaduje zmiňovaná trpělivost, protože například pacienti s touto chorobou po 5 minutách nevědí, co jedli, a neustálé opakování je dle ní vyčerpávající.

Zda se liší péče na psychiatrických odděleních od specializovaných centrech si myslí, že určitě ano. Na psychiatrických odděleních to není pro pacienty s Alzheimerovou chorobou dostatečně přizpůsobené. Ve specializovaných centrech jsou lépe vybaveni a více se jim věnují. Návštěvní doba je zde stanovena od 14 do 17 hodin, mimo pracovní dobu jen výjimečně po domluvě s lékařem, aby to nerušilo chod oddělení.

Na otázku, zda se rodina zapojuje do ošetrovatelské péče, odpověděla, že když se stav pacientů zlepší, tak si je rodina bere. Když je stav neúnosný a nemají jiné východisko, přistupují k hospitalizaci. Alzheimerova choroba dle ní znamená významný socioekonomický problém, který nabývá na závažnosti, neboť s rostoucím věkem populace se zvyšuje množství nemocných a péče o ně je velmi náročná a nákladná

Je přesvědčena, že v České republice není dostatek zařízení specializovaných na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Soukromá zařízení jsou velmi drahá a mají

velké čekací doby. Ze svého okolí jmenuje Domov důchodců Dobrá Voda, který má oddělení pro tyto pacienty.

### **Sestra 3**

Její věk je 44 let a ve zdravotnictví pracuje 24 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské a o dalším vzdělání neuvažuje. Dříve pracovala u zubního lékaře a pak na interním oddělení, ze kterého z důvodu náročnosti odešla na psychiatrické oddělení. Zde je již 4 rokem a je velmi spokojená. Na oddělení mají kolektivní péči, pokoje rozděleny nemají.

Práce na psychiatrickém oddělení je dle jejího názoru náročná po fyzické i psychické stránce, proto je pro ni velmi důležité odreagování. Nejraději chodí na procházky se psem. Velký význam pro ni má harmonická rodina. Je vdaná 21 let a její dospívající dcera se věnuje stejnému oboru ve zdravotnictví. Dovedou si proto o své práci otevřeně popovídat a předat zkušenosti. Po psychické stránce, která je pro ní horší, je nejnáročnější opakování a zodpovídání dotazů: stokrát za den odpovědět na stejnou otázku s úsměvem, stále vyprávění stejných historek.

Dle jejího mínění se specializovaná centra od psychiatrických oddělení určitě liší. Je tam více terapie na trénování paměti, zpívání a mnoho dalších aktivit. Péče je tam poskytována vyškoleným personálem ve spolupráci s ergoterapeuty, reminiscenčními terapeuty a pracovníky provádějící bazální stimulaci. Trénování paměti u klientů zde neprovádí. Chodí sem ale mnoho studentů na praxi, kteří s nimi aspoň hrají jednoduché hry, kterými mohou cvičit paměť.

Bazální stimulaci zde neprovádí, domnívá se, že je to otázka spíše specializovaných zařízení, kde na to mají vyškolený personál. Sama kurz nemá a ani o něm nepřemýšlí. Určitě se domnívá, že má pozitivní vliv na kvalitu péče, ale zde na to nejsou časově ani personálně vybaveni.

S agresivním chováním se u pacientů také již setkala. Takové pacienty se snaží nejprve slovně uklidnit. Omezující prostředky používají zcela výjimečně, z důvodu zvýšeného rizika poškození zdraví (například dekubity). Dle jejího názoru kladou vysoké nároky na ošetrovatelskou péči. Proto je podle ní velmi důležité pečlivě

zvažovat, kdy u zmateného dementního pacienta použít fyzické omezení a komplexně zajistit péči o somatické potřeby nemocného (příjem výdej tekutin, polohování, kontrola vitálních funkcí apod.) a mít pacienta pod trvalým dohledem. U zmatených a dementních pacientů lze často laskavým a klidným přístupem zmírnit napětí a strach, které vedou k agresivním projevům.

Na otázku zda se rodina zapojuje do ošetrovatelské péče, odpověděla, že málo. Pečovatelé jsou rádi, že si od nemocných odpočinou. Velmi často se jedná o manželského partnera či partnerku nemocného, rovněž ve vyšším věku, s výraznými tělesnými i finančními omezeními. Často jde též o děti postižených, obvykle dcery nebo snachy.

Jako nejvíce problémovou oblast v péči o klienty s Alzheimerovou chorobou vidí jednoznačně finanční náročnost léčby. Když se rodinný příslušník rozhodne umístit svého nemocného člena rodiny do zařízení, je to dost drahé. Ale i když se rozhodne starat se o něj doma, tak musí opustit práci, protože péče o takového člověka je 24 hodin denně. Málokdo si ale může v dnešní době dovolit opustit práci. A ti ostatní zase musí vynakládat značné prostředky na placení pomocného ošetřujícího personálu. V obou případech však navíc náklady trvale rostou v závislosti na progresi onemocnění. Nicméně i navzdory veškeré finanční zátěži a dalším problémům, dle jejího názoru, dává většina lidí pečujících o nemocné s Alzheimerovou chorobou přednost tomu mít své blízké doma. Vůbec neodsuzuje lidi, když se rozhodnout odložit svého příslušníka rodiny do specializovaného zařízení, protože si dobře uvědomuje, co starost o takto postiženého člena rodiny obnáší.

Dle jejího názoru je u nás velký nedostatek zařízení specializovaných na Alzheimerovu chorobu. A bude jich třeba víc a víc, protože populace

#### **Sestra 4**

Této sestře pracující na psychiatrickém oddělení je 42 let, ve zdravotnictví pracuje už 23 let. Vystudovala Střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích. Po maturitě pracovala na chirurgickém oddělení. Po mateřské dovolené se rozhodla věnovat psychiatrii a nastoupila na psychiatrické oddělení českobudějovické nemocnice.

Pracuje zde už skoro 10 let, a proto má bohaté zkušenosti s psychiatricky nemocnými lidmi. Absolvovala psychiatrickou specializaci a o dalším vzdělání ve svém věku již neuvažuje.

Práce sestry na psychiatrickém oddělení je dle jejího názoru náročná, avšak velice zajímavá. Mezi psychickou a fyzickou náročností nevidí rozdíl, dle ní jsou obě stejně náročné. Aby úspěšně předcházela syndromu vyhoření, má reálná očekávání. Nicméně nejdůležitější je pro ni klidné pracovní prostředí, kolektiv, ale i péče o duševní hygienu. Jako odreagování od práce na prvním místě uvádí cyklistiku a zumbu, které se nedávno začala věnovat.

Přesto, že se jedná o uzavřené oddělení, jsou možné vycházky nemocných po areálu nemocnice a to jak samostatně, tak i v doprovodu příbuzných, se schválením lékaře. Nevzpomíná si, že by jim nějaký pacient utekl. Oddělení je uzavřené a sledováno kamerovým systémem. Proti útěku jsou zabezpečeni i okna a výtah. Omezující prostředky používají výjimečně při agresivním jednání pacienta. S agresivitou se setkává často. Mají možnost pacienta umístit do speciální izolační místnosti. Do omezujících prostředků se zahrnuje i medikační omezení, které podávají dle ordinace lékaře.

Na otázku, zda se liší péče poskytovaná na gerontopsychiatrických odděleních v nemocnicích od péče ve specializovaných centrech, odpověděla, že určitě ano. Psychiatrické oddělení neposkytuje systematickou psychoterapii a po ústupu akutní fáze vlastně nemá co nabídnout. Na rozdíl od specializovaných center, kde je kladen důraz především na nadstandardní péči, každodenní ergoterapie a u ležících na speciální cvičení.

Bazální stimulaci zde neprovádí a myslí si, že by se zde ani provádět neměla. Pro pacienty je určitě přínosná, ale je to prý otázka specializovaných center. Sama kurz bazální stimulace nemá a ani o něm neuvažuje.

Rodina se dle jejího mínění do ošetrovatelské péče zapojuje individuálně. Některá více, některá méně. Nejvíce se dle ní do péče zapojují životní partneři nemocného člověka. Chodí pravidelně na návštěvy, a když je to možné vezmou ho i na

propustky domů a starají se o něj. Návštěvní doba je zde sice časově omezena, ale po domluvě s lékařem je možné přijít i mimo návštěvní dobu.

Denní režim je zde pravidelný – snídaně, oběd, večeře. Každý den je také dopolední a odpolední stacionář, kde provádí různé aktivity – především arteterapii. Jedná se o seskupení pacientů, kteří se scházejí v rámci povinných léčebných aktivit dne, nebo z vlastní iniciativy. Arteterapeut většinou určuje témata, radí, pomáhá a usměrňuje pacienty, aby neulpívali na určitých námětech v souvislosti s jejich chorobou. Trénování paměti provádí ve stacionáři v omezené míře. Maximálně formou her typu pexeso, člověče, nezlob se, puzzle. Dle ní by se mohlo provádět více i v jiných formách, ale zde na to nejsou přizpůsobeni jak časově, tak personálně. Je to spíše opět záležitost specializovaných center. Zdůrazňuje také, že stacionáře jsou určeny pro přizpůsobivé a soběstačné pacienty.

Jako největší problémovou oblast vidí jednoznačně problémy s komunikací. Pacienti mluví zmateně, věty nedávají smysl, neorientují se v čase ani prostoru a nejsou schopni nalézt cestu do svého pokoje.

Dle jejího mínění Česká republika potřebuje více pobytových zařízení pro pacienty s Alzheimerovou chorobou. Myslí si ale, že se situace sice postupně lepší - jsou otevírány nové domovy důchodců s Alzheimerovou chorobou, stále ale prý není dobrá.

## ***4.2 Prácheňské sanatorium o.p.s., Loucký Mlýn u Vodňan***

### **Sestra 1**

Této sestře pracující v Prácheňském sanatoriu Loucký Mlýn je 32 let. Vzdělání ukončila maturitou na střední zdravotnické škole a o dalším vzdělání již neuvažuje. Ve zdravotnictví pracuje od maturity, to je 14 let. Pracovala zde dva roky, pak se jí naskytla nabídka pracovat v zahraničí. Chtěla získat zkušenosti a zdokonalit se v jazycích, tak neváhala a práci přijala. Působí v rodině, kde se stará o chlapečka s Downovým syndromem. V Louckém Mlýně ale stále slouží pár služeb do měsíce, když přijede domů k rodičům.

V Alzheimercentru pracují prostřednictvím systému skupinové péče. Skupinová sestra během směny pečuje o určenou skupinu nemocných. S agresivním chováním se již setkala. Klienty z ničeho nic popadne agresivní chování. Nejčastěji se tyto situace snaží řešit domluvou.

Péče o demenční pacienty je psychicky i fyzicky náročná. Psychická náročnost je pro ni určitě horší. Doma o práci občas přemýšlí, ale jelikož slouží jen pár služeb do měsíce, neupadá do stereotypu. Fyzická náročnost je dle ní především u ležících pacientů se kterými je obtížná manipulace z důvodu nedostatku ošetřovatelů.

V prevenci útěku nepoužívají žádné omezující prostředky. Dříve, když ještě nebylo sanatorium dostatečně zabezpečené, docházelo k případům, že pacient utekl. Musela být kontaktována policie a nasazen vrtulník. Nejčastěji pacienti skákali z oken, což mělo za následek i zranění. Nyní je již oddělení uzavřené a okna zabezpečená.

Zda se liší péče ve specializovaných Alzheimercentrech od péče poskytované na psychiatrických oddělení v nemocnicích odpověděla, že určitě ano. Ošetřovatelská péče zde je specializována na Alzheimerovo onemocnění a jiné typy demence. Péče je poskytována na vysoké úrovni.

Bazální stimulaci zde provádí speciálně vyškolený ergoterapeut. Dle jejího názoru je přínosná pro pacienta i zdravotnický personál. Pro ošetřující znamená bazální stimulace rozšíření ošetřovatelských kompetencí. Ošetřující na základě klientova psychického a tělesného stavu rozhodne o integraci vhodných technik konceptu do péče. Na základě vývoje stavu klienta a jeho reakcí pak adekvátně mění či přidává

stimulující techniky. Tato samostatná a kompetentní práce mnohdy chrání ošetřující před syndromem vyhoření. Myslí si také, že výrazně přispěla ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče a podpořila nutnost ošetrovatelského výzkumu. Kurz bazální stimulace nemá a neuvažuje o něm. Dle jejího názoru by se měla provádět i v nemocnicích.

Rodina se do ošetrovatelské péče zapojuje individuálně. Někteří členové rodiny jezdí pravidelně na návštěvy, jiní zde svého člena rodiny odloží a víc se o něj nezajímají. Návštěvy jsou neomezené, rodinní příslušníci mohou přijít ve kteroukoli dobu.

Denní režim zde začíná v 7.30 hodin ranní hygienou, masáží, nácvikem oblékání nebo čištění zubů. Následuje podávání léků a snídaně. Dopolední program pro pacienty vymýšlí ergoterapeuti. Pacienti se shromáždí ve společenské místnosti, kde nejčastěji zpívají známé lidové písničky, čtou, vyprávějí historky. Po obědě následuje klidový režim. Odpoledne opět ergoterapeuti vymýšlí zábavný program. Když je hezké počasí, mají možnost posezení na terase nebo jít s doprovodem na procházku.

Jako největší problémovou oblast v péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou vidí jednoznačně náročnou komunikaci. Stereotypní opakování stále stejných dotazů je pro ni zatěžující. Ví, že pacienti to nedělají schválně, že důvodem je zapominání. Nepamatují si, se kterou sestrou či ošetrovatelkou mluvili před okamžikem ani o čem spolu hovořili.

V České republice je dle jejího názoru velký nedostatek zařízení specializovaných na Alzheimerovu chorobu. Tito pacienti bývají hospitalizováni nejčastěji na gerontopsychiatrických odděleních psychiatrických léčeben, kde většinou dožívají, nebo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, kde zase chybí odborný personál, nebo takzvaně obsazují místo v nemocnicích na akutních lůžkách. Problém s těmito pacienty tkví tedy v tom, že jsou obtížně umístitelní. Pobyť v domovech důchodců je kontraindikován a specializovaných center, která jsou běžná v jiných zemích, u nás mnoho není.

## Sestra 2

Této sestře je 23 let. Po střední zdravotnické škole nastoupila na denní studium Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, kterou dosud studuje. V Louckém Mlýně pracuje necelý rok, dříve tam chodila na brigády, proto při nástupu kolektiv již dobře znala. K práci s pacienty s Alzheimerovou chorobou ji nic bližšího nevedlo, nastoupila tam především z důvodu, že nemusí dojíždět.

Výskyt agresivity je u těchto pacientů velmi častý. Jakákoliv maličkost je dovede vyprovokovat, někteří vyžadují neustálou pozornost, jsou rozmrzelí a negativističtí. Tyto stavy nejčastěji řeší slovním uklidněním. V těžších případech konzultují stav s lékařem, který může naordinovat uklidňující léky.

Jelikož je tato sestra ještě mladá a nepracuje v zařízení dlouho, nezdá se jí zatím práce tolik náročná. Určitě je ale pro ni horší psychická náročnost než fyzická. Domů se snaží práci netahat, ale jsou chvíle, kdy si na nějakého pacienta vzpomene. Je citlivější povahy, a proto je občas pro ni náročné oddělit práci od soukromí. Myslí si, že ostatní členy rodiny by tím neměla zatěžovat, protože by to mohlo mít negativní vliv na soužití v rodině.

Zatím se jí nestalo, že by jí nějaký pacient utekl ze zařízení, které je uzavřené a zabezpečené proti útěku. Spíše se setkává s tím, že pacienti bloudí po zařízení a často se ocitnou na cizím pokoji. Zdravotnický personál zde nepoužívá žádné omezující prostředky, pouze u ležících pacientů používají postranice k zabránění pádu.

Péče poskytovaná zde se určitě liší od péče poskytované v psychiatrických odděleních v nemocnicích. „Je to tu jako doma.“ Pacienti jsou civilně oblečení a netráví celý den v pyžamu, nebo v andělu. Mohou si dělat, co chtějí, a rodina zde s nimi může být 24 hodin denně. Provádí zde i bazální stimulaci, zaměstnanci jsou proškoleni v rámci zařízení. Přínos bazální stimulace vidí jednoznačně ve zklidnění pacientů. Nedílnou součástí bazální stimulace je dle ní i zapojení rodiny do péče o nemocného.

Rodina se do ošetrovatelské péče zapojuje individuálně. Nejčastěji si je příbuzní berou jednou týdně. Přijdou na návštěvu nebo jedou někam společně na výlet. Spolupráce s rodinou je dle ní přínosná především v získání informací o pacientovi a v edukaci rodinných příslušníků.



Denní režim začíná kolem 7.30 ranní hygienou, snídaní a ranními ordinacemi. Od 10 hodin začíná ergoterapie. Pokud to dovoluje zdravotní stav pacienta, je vhodné ho co nejdříve zapojit do běžných denních činností. V terapeutických skupinách se pracuje s pacienty, kteří zvládají práce ve skupinách a spolupracují. U pacientů s fatickými poruchami, s těžkým stupněm demence, inkontinencí či s poruchami chování, kteří neudrží delší dobu pozornost a nevládají práci ve skupinách, se pracuje individuálně. Trénování paměti se provádí každý den, v rámci ergoterapie. Nejčastěji, jak uvádí, formou kalendária: co se ten den významného stalo, kdo má ten den výročí, významné osoby například Karel Gott. Po obědě mají klidový režim. Odpoledne následuje opět ergoterapie, pracovní terapie. V současné době výzkumu vyráběli velikonoční ozdoby. Návštěvní doba není omezena, rodinní příslušníci jsou zde naopak vítáni.

Jako největší problémovou oblast v rámci péče o takového člověka uvedla psychickou náročnost. Především soucit s pacienty a empatie.

Dle jejího názoru není u nás dostatek zařízení, která se specializují na Alzheimerovu chorobu. Ze zkušenosti říká, že i zde mají spoustu žádostí o přijetí, ale čekací doby jsou bohužel dlouhé. Tito pacienti pak nejčastěji končí v léčebnách dlouhodobě nemocných a podobných zařízeních, která pro ně nejsou přizpůsobena.

### **Sestra 3**

Této sestře pracující v Louckém Mlýně je 40 let. Pracuje zde jako směnová sestra. Vystudovala Střední zdravotnickou školu v Písku a dále ještě přemýšlí o bakalářském studiu. Ve zdravotnictví působí již 20 let. Dříve pracovala na gastroenterologické ambulanci v Prachaticích, kde byla spokojena vzhledem k vyhovující pracovní době, ale vadilo jí dlouhé dojíždění. Proto přijala nabídku nastoupit do Prácheňského sanatoria v Louckém Mlýně. Je zde již třetím rokem. Toto zařízení je uzavřené a ošetřovatelská péče je zde specializována především na Alzheimerovu chorobu. Pacienti mají ale i jiné typy demencí, psychické poruchy nebo poruchy chování ve stáří.

S agresivním chováním se u klientů s Alzheimerovou chorobou setkává často. Takové stavy pak konzultuje se staniční sestrou a lékařem a řeší je buď domluvou nebo medikací. Žádné omezující prostředky, kromě toho, že je oddělení uzavřené, nepoužívají.

Pokud srovná fyzickou a psychickou náročnost o tyto pacienty, je pro ni určitě těžší psychická náročnost (obtížná komunikace, zpívání písniček dokola). Toto vše může dle ní vyústit v syndrom vyhoření. Je proto pro ni důležité na práci doma zapomenout a věnovat se rodině a koníčkům.

Rodina klienta se do ošetrovatelské péče zapojuje individuálně. Dle jejího názoru je ale spolupráce velice vítaná a při některých terapeutických úkonech dokonce nezbytná například při reminiscenci. Jedná se o vyhledávání starých fotografií a jiných předmětů, které byly kdysi součástí jeho života, pro kufřík vzpomínek. Rodina klienta má také možnost pravidelně sledovat jeho stav a provázet ho i v posledních chvílích jeho života. Vstřícná spolupráce s rodinou podle ní ovlivňuje pozitivně kvalitu ošetrovatelské péče a zároveň je také edukována pro případ, že si klienta berou na propustky domů.

Péče v těchto zařízeních se podle ní určitě liší od péče poskytované v nemocnicích. Zde se snaží o individuální přístup ke klientovi. Mají možnost výběru z několika jídel s ohledem na dietu a chutě pacientů. S nemocnicí se to nedá srovnat. Provádí zde i bazální stimulaci, kterou v nemocnicích na psychiatrických odděleních neprovádí a dle ní by provádět měli. V této oblasti ji proškolila ji staniční sestra. Na otázku v čem je bazální stimulace pro pacienta přínosná odpověděla, že například v iniciálním doteku, který zde používají. Nečekané doteky mohou u pacientů se sníženým stupněm vnímání vyvolávat pocit strachu, nejistoty a mohou je i lekat. Místo doteku volí na základě anamnézy, kterou odebírají od rodinných příslušníků. Nejčastěji to bývá rameno. Pevným a zřetelným dotekem pacienta vždy informují o počátku a ukončení své přítomnosti nebo o činnosti s jeho tělem. Každého člena ošetrovatelského týmu a rodinného příslušníka musí o místě tohoto doteku informovat. To zajišťují cedulky na viditelných místech u postele.

Denní režim pacientů začíná v 7.30 hodin ranními hygienami. Pokud je ale nějaký pacient zvyklý vstávat později, přizpůsobí se mu. Následují snídaně a ranní medikace. V 9.30 hodin se shromáždí v hlavní jídelně, kde vedou každý den program ergoterapeuti. Vymýšlí různé zábavné hry, především na trénování paměti. Po obědě je klidový režim a následuje odpolední program opět pod vedením ergoterapeutů. V 18.00 hodin se začínají pacienti ukládat do postele. Záleží opět na individuálním přístupu: pokud jsou někteří zvyklí chodit spát později, mohou se dívat třeba na televizi, kde rádi sledují oblíbené seriály a soutěže.

Jako zásadní problémovou oblast v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou vidí jednoznačně nedostatečné finanční zabezpečení. Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou je finančně náročná, léky jsou drahé. Mnoho pacientů trpí i inkontinencí a mají velkou spotřebu plenkových kalhotek. Bohužel příspěvky na pleny jsou velmi malé. Často se stává, že na pacienta připadají dvoje plenkové kalhotky na den, což je u některých pacientů nedostačující.

Důležitou léčebnou metodou používanou u pacientů s Alzheimerovou chorobou je trénování paměti. Provádí ji zde každý den pomocí her, úkolů s čísly nebo s obrazovým materiálem, doplňování přísloví a luštění křížovek. K oblíbeným hrám patří vyhledávání co nejvíce slov například na písmeno D (datum, dvůr, důvtip, duše ...). Ergoterapeut je zapisuje na tabuli. Jedním z nejdůležitějších léčebných postupů je vzpomínková terapie, ve které se využívají předměty, které znají pacienti s Alzheimerovou chorobou ze svého mládí.

Dle jejího názoru je v České republice nedostatek zařízení, která se specializují na péči o pacienty s demencí. Vlivem stárnutí populace bude těchto zařízení zapotřebí víc a víc. Ze svého okolí jmenovala například Psychiatrickou léčebnu v Dobřanech či Alzheimercentrum Písek.

#### Sestra 4

Této sestře je 21 let a ve zdravotnictví pracuje teprve 2 a půl roku. Po absolvování střední zdravotnické školy nastoupila na ortopedické oddělení Nemocnice Bulovka v Praze. Pracovala zde dva roky, pak se přestěhovala k příteli nedaleko Českých Budějovic a nastoupila do Louckého Mlýna, kde pracuje půl roku. Nyní dálkově studuje prvním rokem bakalářský obor Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory.

S agresivním chováním se již zde během svého krátkého působení setkala. Nejčastěji se to projevuje křikem, škrábáním, vyvolávání šarvátek mezi spolubydlícími, pacienti se vztekají, ničí nádobí, oblečení atd. Sestra se je snaží slovně uklidnit. Je potřeba mluvit pomalu a mít individuální přístup.

Péče o tyto pacienty je podle ní určitě náročná jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Je přesvědčena, že psychická náročnost je daleko horší než fyzická. Jelikož je ještě mladá a pracuje zde krátce, nepocituje na sobě zatím žádné vyčerpání. Doma o práci nepřemýšlí, ráda poslouchá hudbu a zajde s přáteli do hospůdky.

Péče ve specializovaných centrech se určitě liší od péče poskytované v nemocnicích na psychiatrických odděleních. Dbají zde především na lidský přístup, důstojnost člověka a osobnější vztah. Oddělení je uzavřené z důvodu prevence útěku. Nepoužívají žádné omezující prostředky kromě postranic u lůžek, které využívají u ležících pacientů z důvodu zabránění pádu.

Všechna zařízení typu Alzheimercentrum pracují na základě konceptu bazální stimulace. Dle jejího názoru tím výrazně zkvalitňují péči o klienta. Zohledňují životní návyky, zvyky a prožitky klientů. Celý ošetřující personál přistupuje k nemocným jako k osobnostem, a to bez ohledu na jejich postižení a aktuální tělesný nebo duševní stav. Kurz bazální stimulace nemá, ale byla proškolená staniční sestrou. I rodina pacienta se zapojuje do ošetřovatelské péče, berou si pacienty na propustky domů. Vše je o vzájemné domluvě. Návštěvní doba není nijak omezena.

Vzhledem k typu onemocnění je daný denní režim klientů nezbytný a je součástí terapie. Klienti nejsou schopni, ve většině případů, si sami organizovat režim dne, denní aktivity. Nemají pocit hladu a žízně. Režim je individuální. Po ranní hygieně jsou

klienti v péči ergoterapeutek, které jim zajišťují společnost, péči, ergoterapii a celodenní aktivizační programy. Během této péče zdravotní personál zajišťuje medikace, léky, výměnu inkontinentních pomůcek, doprovází klienty na vyšetření a pomáhá při zvládání všech běžných úkonů péče o vlastní osobu. Vzhledem k bezpečnosti a zdravotnímu stavu klientů není možné, aby klienti opustili sanatorium, dveře i okna jsou uzavřeny. V objektu sanatoria je nainstalován kamerový systém, který monitoruje bezprostřední okolí budovy, vstupní halu, chodby a ergoterapii. Kamerový systém je v nepřetržitém provozu. Záznamy z kamerového systému jsou využívány k zajištění bezpečnosti a ke kontrole pohybu klientů.

### **Denní režim:**

7:30 – 9:30 vstávání dle individuální potřeby, ranní hygiena, snídaně, ranní medikace

9:30 – 11:30 dopolední ergoterapie

11:30 – 12:00 oběd

12:00 – 13:30 klidový režim

13:30 – 17:00 odpolední ergoterapie

17:00 – 17:30 večeře

17:30 individuální večerní hygiena a ukládání klientů na lůžko

Jako největší problémovou oblast v rámci péče o klienta s Alzheimerovou chorobou uvedla obtížnou komunikaci.

Trénování paměti provádí každý den v rámci ergoterapie. Například kolikátého dnes je, významná výročí atd. Dle jejího názoru by se mělo trénování paměti realizovat i na lůžkových gerontopsychiatrických odděleních.

Na otázku, zda je v České republice dostatek zařízení specializovaných na Alzheimerovu chorobu odpověděla, že jich je velký nedostatek. A vlivem stárnutí populace jich bude třeba víc a víc. Loucký Mlýn u Vodňan, který patří pod Prácheňské

sanatorium nabízí těmto pacientům 65 lůžek. V současné době je dle ní jeho kapacita zcela obsazená a na volné místo se čeká až rok a půl.

### ***4.3 Prácheňské sanatorium Písek***

#### **Sestra 1**

Této sestře pracující v Prácheňském sanatoriu v Písku je 28 let. Vystudovala Střední zdravotnickou školu v Písku a následně vyšší odbornou školu obor porodní asistentka. Po škole dostala nabídku pracovat v Prácheňském sanatoriu. Rozhodla se opustit práci s dětmi a věnovat se seniorům. Pracuje zde už celých 6 let a neměnila by. Práce ji zde velice baví a hlavně si pochvaluje výborný kolektiv. Na otázku, zda uvažuje ještě o dalším vzdělání s úsměvem odpověděla, že by ráda zkusila bakalářské studium ošetrovatelství. Má ale obavy, jak se po šestileté odmlce opět zapojí do studijního procesu a zda bude zvládat náročnost tohoto povolání a studia.

Na starosti má 20 až 22 klientů. S agresivním chováním se u nich setkává velmi často. Za svou šestiletou praxi už má mnoho zkušeností, jak takového klienta slovně uklidnit.

Péče o tyto pacienty je podle ní určitě psychicky, ale i fyzicky náročná. Horší je pro ni psychická náročnost, zejména nutnost rychle se rozhodnout zda volat lékaře ke klientovi nebo ne. Lékař v tomto zařízení není 24 hodin denně, protože zdravotní stav klientů se v průběhu dne příliš nemění. Pacient je svým způsobem stabilizovaný, jedná se o chronické onemocnění, které nevyžaduje stálou přítomnost lékaře. Ošetrovatelský personál je přítomen v zařízení 24 hodin denně. Lékař dochází pouze na vizity a konzultace. Pouze pokud se zdravotní stav klienta zhorší, je k němu volán lékař, který rozhoduje o dalším postupu. V případě převozu klienta do nemocnice je rodina okamžitě informována. Do zařízení dochází praktický lékař a psychiatr. Dále je pro ni náročné nezapomínat zápisy do dokumentace a především obtížná komunikace s dementním klientem. Musí mu dokázat vysvětlit, že to se nedělá. Zmiňuje ale i fyzickou náročnost při polohování imobilních klientů. Často se proto stává, že doma myslí na práci. Nejčastěji relaxuje jízdou na kole, na kterém i v letních měsících dojíždí

do práce. Dále také relaxuje prací na zahradě, jelikož bydlí v rodinném domku. Ráda si vyjde s přáteli do hospůdky.

Péče zde se dle ní určitě liší od péče poskytované v gerontopsychiatrických odděleních. Dbají zde především na soběstačnost klienta a podporu v těch činnostech, které zvládá sám. Oddělení není uzavřené. Nepoužívají žádné omezující prostředky.

Provádí zde i bazální stimulaci, která je podle ní velice důležitá u klientů v terminálních stádiích. Například uvádí napolohování klienta do polohy hnízdo a mumie. Užití polohy mumie nejčastěji používají u klientů, kteří jsou velmi neklidní, zmatení, agresivní nebo jsou dlouhodobě upoutaní na lůžko či se probouzejí z komatu. Polohu hnízdo používají u klientů za účelem odpočinku. Ta u nich navozuje příjemné pocity, nabízí pocit jistoty a bezpečí a také umocňuje vnímání hranic svého těla. Kurz bazální stimulace nemá, je pouze proškolená staniční sestrou.

Velmi důležitá je v péči o tyto klienty spolupráce s rodinou, která se dle jejího názoru zapojuje do ošetrovatelské péče individuálně. Důležitá je především při stanovení ošetrovatelských diagnóz u pacientů, kteří si nepamatují nebo nedokážou formulovat různé údaje ze svého života, které by jí pomohly co nejlépe vytvořit plán ošetrovatelské péče. U pacientů, kteří rodinu nemají nebo její příslušníci se zařízením nespolupracují, je dle ní ošetrovatelská péče omezena pouze na fyziologické potřeby člověka. Mají zde neomezenou návštěvní dobu a návštěvy jsou naopak vítané.

Denní režim klientů začíná obvykle v 7 hodin ráno ranní hygienou, úklidem pokojů, snídaní a ranními léky. Poté následuje ergoterapie. Oběd s poledními léky a inzulinem, po obědě následuje klidový režim. Odpolední program opět zajišťují ergoterapeuti. Následuje večere a individuální ukládání pacientů.

Jako největší problémovou oblast v rámci péče o klienty s Alzheimerovou chorobou jednoznačně považuje obtížnou komunikaci s dementním člověkem.

Každý den zde provádí trénování paměti nejčastěji formou reminiscenční terapie. Klient si s sebou do zařízení může vzít drobné předměty, fotografie, obrázky, vysvědčení, které byly kdysi součástí jeho života. Z nich mu je sestaven vzpomínkový kufřík, se kterým s pomocí reminiscenčního terapeuta pracuje. Na otázku zda by se

mělo trénování paměti provádět i v nemocnicích na gerontopsychiatrických odděleních odpověděla, že asi ne.

Dle jejího názoru v České republice velký nedostatek zařízení, která se specializují na Alzheimerovu chorobu.

## **Sestra 2**

Této sestře pracující v Alzheimercentru v Písku je 41 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a specializační studium ARIP (ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči). Uvažuje ještě o bakalářském vzdělání, ale s ohledem na to, že má velkou rodinu a vyšší věk se obává, zda by studium zvládla. Ve zdravotnictví působí již 23 let, a proto má již velké praktické zkušenosti. Po škole nastoupila na interní jednotku intenzivní péče, poté na dětské oddělení. Z důvodu stěhování přijala nabídku pracovat v Alzheimercentru. Práce zde ji velice baví a pochvaluje si i výborný kolektiv, na který se může kdykoli spolehnout.

Během svého působení v Alzheimercentru se již několikrát setkala s agresivním chováním u klientů. Vše je dokáže vyprovokovat, a proto se domnívá, že je v péči velmi důležitý klidný a trpělivý přístup. Pokud se pacienta nedaří uklidnit, je poslední možností medikační omezení. Jiné omezující prostředky nepoužívají, oddělení není uzavřené.

Péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou je dle ní náročná, stresující a společensky málo prestižní. Horší je pro ni určitě psychická náročnost než fyzická. Není zde vystavena zvýšeným nárokům na rychlost a technickou zdatnost v ovládání nejrůznějších přístrojů, je zde ale vyžadována velká trpělivost, empatie, komunikační dovednosti a především lidskost. Doma občas přemýšlí, zda v práci něco nezapomněla udělat. Jako účinná forma relaxace a prevence syndromy vyhoření je pro ni aktivní společenský život a především se snaží spát alespoň sedm hodin denně.

Péče ve specializovaných alzheimercentrech se určitě liší od péče poskytované v nemocnicích na gerontopsychiatrických odděleních. Péče je zde poskytována zdravotnickým personálem a pro každý výkon jsou vytvořeny standardy kvality péče, které zaručují kvalitu a kontrolovatelnost každého výkonu. Všichni klienti mají své



vlastní oblečení ne jako v nemocnici, kde celé dny tráví v bílém andělu. V noci jsou pokoje pravidelně kontrolovány zdravotnickým personálem z důvodu bezpečí a sledování zdravotního stavu klientů.

Provádí zde i bazální stimulace. Kurz nemá, pouze je proškolená v rámci zaměstnání. Přínos bazální stimulace vidí v technikách, kterými lze nefarmakologicky klienty zklidnit.

Denní režim je přizpůsobený potřebám klientů. Buzení klientů začíná obvykle mezi 7.00 a 7.30 hodinou ranní hygienou, podáváním léků a snídaněmi. Odpolední a dopolední program zajišťují ergoterapeuti. Vymýšlí zábavné programy, hry na trénování paměti. Na otázku, jaké metody používají na trénování paměti, odpověděla, že trénování paměti provádí ergoterapeuti nejčastěji formou slovního fotbalu, nebo vyjmenováním co nejvíce slov na vybrané písmeno. V ergoterapeutických dílnách mohou kreslit a vytváří různé výrobky. Za hezkého počasí mohou posedět na terase se zahrádkou.

Rodinní příslušníci mohou přijít na návštěvu kdykoliv, jelikož návštěvní doba je neomezená. Do ošetrovatelské péče se zapojují individuálně. Někteří příbuzní nejeví zájem o svého blízkého, odloží ho do zařízení a víc se o něj nezajímají. Stává se, že někteří příbuzní navštěvují pacienta jen proto, aby si vyzvedli jeho důchod a jinak je nezajímá.

Jako nejvíce problémovou oblast v rámci péče o klienta s Alzheimerovou chorobou vidí jednoznačně obtížnou komunikaci. Zejména pak nezapamatování si informací, stálé dotazy, ztráta schopnosti porozumět slovům a porucha vyjadřování.

V České republice dle jejího názoru existuje poměrně pestrá nabídka nejrůznějších zařízení, která nabízejí péči seniorům: od denních stacionářů, domovinek, domovů se zvláštním režimem, domovů důchodců až po léčebny dlouhodobě nemocných. Mezi jejich provozovatele patří stát, soukromé společnosti, sdružení, anebo církve. Počet zařízení, která by poskytovala speciální a odbornou péči seniorům trpícím Alzheimerovou chorobou, je přesto velmi malý.

### Sestra 3

Tento 21 letý mladý muž zde pracuje jako zdravotní asistent. Vystudoval střední zdravotnickou školu a po jejím ukončení nastoupil do Alzheimercentra v Písku, kde působí rok a půl. Do budoucna uvažuje o bakalářském studiu.

V Alzheimercentru pracují prostřednictvím systému skupinové péče. Skupinová sestra během směny pečuje o určenou skupinu nemocných, odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu a vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Každého nemocného osobně předá příslušné skupinové sestře z další směny. Během své směny pečuje o 20 až 24 klientů a slouží krátké a dlouhé týdny. Zatím se u pacientů neseťkal s agresivním jednáním.

I přesto, že je tato práce psychicky i fyzicky náročná, udělá si čas na osobní život a návštěvu kulturních zařízení. Na otázku, zda by mohl porovnat psychickou a fyzickou náročnost, jednoznačně odpověděl, že je pro něj horší psychická náročnost. Především obtížná komunikace.

Péče se dle jeho názoru zde určitě liší od péče poskytované v nemocnici na gerontopsychiatrických odděleních. Zde mají na klienty více času a mohou se jim více věnovat. Zdůrazňuje, že v zařízení mají i psa a několik koček k provádění zooterapie, především canisterapie a méně známé felinoterapie. Jejím principem je přímý kontakt pacienta s kočkou domácí. Možnost kontaktu pacientů se živým tvorem dle jeho názoru vede ke zlepšení psychického stavu a navození pohody a připomínky domova.

Návštěvní doba zde není omezena, rodinní příslušníci mohou přijít na návštěvu kdykoli. Velmi vítaná je dle něho spolupráce rodiny a ošetrovatelského personálu a především zapojení rodiny do ošetrovatelské péče, která je většinou individuální. Setkal se již s rodinnými příslušníky, kteří se o svého člena rodiny, velmi starali, pravidelně chodili na návštěvy a brali si nemocného domů na propustky. Zažil bohužel i smutné příběhy, kdy rodina svého člena rodiny do zařízení odložila a víc se o něj nezajímala. Oddělení není uzavřené a nepoužívají zde ani žádné omezující prostředky.

Provádí zde i bazální stimulaci, která je dle něho klientům velice prospěšná. Osobně zatím zkušenosti s bazální stimulací nemá. Čeká ho teprve školení v rámci zaměstnání.

Jako největší problémovou oblast v rámci péče o člověka s Alzheimerovu chorobu uvedl obtížnou komunikaci. Opakování stejných dotazů a vysvětlování, že to se nesmí dělat, je pro něho nejnáročnější.

Trénování paměti zde provádí každý den, nejčastěji formou slovního fotbalu. Někteří klienti zde mají i fotografie se jmény členů rodiny. Dále uvedl, že klientům umisťují poblíž lůžka kalendář, nejlépe takový, kde je na jednotlivých listech pro lepší orientaci uvedeno pouze datum současného dne. Pokud pacient zapomíná provést některé úkony, eventuálně po jejich neprovedení může nastat ohrožení pacienta, musí personál daná rizika označit nápisy například. „po uvaření vypnout sporák“, „zavřít vodu po umytí“ atd.

Zdůrazňuje, že pacienti vyžadují velmi náročnou a psychicky vyčerpávající péči. Přesto zastává názor, že by se o pacienta mělo pečovat, co nejdéle to jde, v domácím prostředí. Pokud není k dispozici takové rodinné zázemí, které by tuto péči zajistilo, je nutná institucionální péče. Přesto dle jeho názoru je v České republice nedostatek zařízení specializujících se na Alzheimerovu chorobu. Ze svého okolí uvedl zařízení stejného typu Loucký Mlýn u Vodňan

#### **Sestra 4**

Této sestře pracující v Alzheimercentru je 32 let a ve zdravotnictví pracuje 13 let. Vystudovala Střední zdravotnickou školu v Písku. Poté začala pracovat na interním oddělení. Po mateřské dovolené již nechtěla pracovat na interním oddělení, ale nadále se chtěla věnovat práci se seniory, a proto nastoupila do Alzheimercentra, kde pracuje třetím rokem.

S agresivním jednáním se u pacientů s Alzheimerovou chorobou setkává často. Nejčastěji se jedná o verbální agresi a násilí vůči věcem - například bouchání dveřmi, shazování předmětů a plivání léků.

Alzheimerova choroba představuje velkou zátěž pro celý zdravotnický tým. Osobně je pro ni určitě horší psychická náročnost než fyzická. Pokud mají v zařízení imobilní pacienty, tak jí pomáhají v manipulaci ošetřovatelé, zdravotní asistenti – muži, kteří zde také pracují a jsou vybaveni větší fyzickou silou.

Péče se dle jejího názoru určitě liší od péče poskytované v nemocnici na gerontopsychiatrických odděleních. Zde je péče poskytována na základě indikace lékaře v celém spektru výkonů ošetrovatelství. Patří do ní péče o imobilního pacienta, edukace, polohování, hygiena, převazy a ošetřování ran, aplikace injekcí, podávání léků, infuzní terapie, kyslíková terapie, výměna nebo ošetření cévky, klyzma, ošetrovatelská rehabilitace, nácvik soběstačnosti, sledování fyziologických funkcí, sledování a vyhodnocení zdravotního stavu a mnoho dalších. Důraz klade především na nadstandardní péči, lidský přístup a respektování lidské důstojnosti lékařem počínaje, zdravotní sestrou, sanitářem a uklízečkou konče.

V zařízení provádí i bazální stimulaci, která je dle ní přínosná hlavně u imobilních nesoběstačných pacientů. Jako hlavní prvek používají iniciální dotyk. Nejčastěji provádí uklidňující celkovou koupel na lůžku s následným napolohováním nemocného do polohy "hnízdo". Tato poloha navozuje u nemocných příjemné pocity, nabízí jim jistotu a zlepšené vnímání hranic vlastního těla, které se u nemocných dlouhodobě ležících na antidekubitárních matracích ztrácí. Tělo je ohraničeno srolovanými dekami a současně je splněn požadavek polohování nemocného v prevenci vzniku dekubitů.

Jako největší problémovou oblast v rámci péče o pacienty s demencí uvádí nerespektování lidské důstojnosti ze strany ošetrovatelského personálu (sestry, pečovatelky, sanitáři apod.). Nezáměr o pacienta, pocit, že jsou pacientem obtěžováni, dochází k ponižování pacienta, oslovování "dědo a babi", i když nejde o jejich příbuzného, špatná ošetrovatelská péče zejména v oblasti hygieny u nepohyblivých pacientů. Minimální polohování, výměna plenkových kalhotek max. 2x/den, nucení k jídlu, arogance, spěch při krmení zcela imobilních pacientů, ztráta intimity při vyprazdňování - na míse nebo na židli na pokoji za přítomnosti ostatních pacientů, při ranní hygieně čekání na sprchu v řadě pacientů, neúcta, odpor ke starým, demenčním nebo zmateným lidem. S takovýmto jednáním se setkala na předešlém pracovišti.

Trénování paměti zde provádí. Na trénování využívají také brigádníky, které přijímají a mohou u nich pracovat celoročně. Každý den začíná připomenutím data a

jména toho, kdo má svátek. Společně s pacienty luští křížovky, vymýšlí pro ně různé doplňovačky a vyrobili i speciální pexeso.

Domnívá se, že v České republice je nedostatek zařízení, která se specializují na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Především dle ní chybí kvalitní zařízení s profesionálně vyškolenými pracovníky. Ze svého okolí jmenuje Loucký Mlýn u Vodňan, který také patří do skupiny Alzheimercenter v České republice.

#### ***4.4 Domov se zvláštním režimem Dobrá Voda***

##### **Sestra 1**

Této sestře pracující na oddělení se zvláštním režimem je 27 let. Již od mala toužila být zdravotní sestrou. Vystudovala proto střední zdravotnickou školu a poté Vyšší odbornou zdravotnickou školu v Českých Budějovicích. O dalším vzdělání již neuvažuje. Po škole hned nastoupila do Domova důchodců v Dobré Vodě. Zde pracuje na oddělení se zvláštním režimem, pečuje o osoby trpící Alzheimerovou chorobou a jinými typy stařeckých demencí, jejichž situace vyžaduje stálou pomoc, podporu a dohled jiné osoby. Působí zde více než 4 roky. Přes obrovskou náročnost ji práce s těmito klienty velice baví. Především ji k tomu vede empatie. Domov se zvláštním režimem má kapacitu 30 lůžek na jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Na starosti má většinou 30 klientů, protože kapacita je neustále plná.

U klientů s Alzheimerovou chorobou se velmi často setkává s agresivním chováním. Při zvládnání agrese na prvním místě volí slovní uklidnění. U těžších forem agrese je volán lékař, který pacienta může uklidnit pomocí léků nebo pomocí umístění do separační místnosti. Právě agresivní chování považuje v péči za největší problémovou oblast.

Péče o tyto klienty je velmi náročná. Podle jejího názoru je ale těžší psychická náročnost než fyzická. Doma často přemýšlí o práci. Spíše ale zda vše správně udělala a nezapomněla něco zapsat, než o klientech. Fyzická náročnost je dle jejího názoru určitě náročná u imobilních klientů, kterých zde naštěstí moc nemají.

U klientů se velmi často objevují poruchy prostorové orientace, bloudí a utíkají. Proto je oddělení se zvláštním režimem uzavřené. Kromě postranic u postelí a separační místnosti nepoužívají žádné omezující prostředky.

Péče poskytovaná ve specializovaných Alzheimercentrech se dle jejího názoru určitě liší od péče poskytované v nemocnicích na gerontopsychiatrických odděleních. Zdůrazňuje především citlivý přístup zaměstnanců a širokou nabídkou aktivit, například práce v dílnách, léčebný tělocvik, trénink paměti, kulturní programy, výlety, skupinová cvičení, individuální rehabilitace a reminiscenční terapie. Provádí zde i bazální stimulaci, která je podle ní pro pacienta velmi přínosná. Nejčastěji provádí zklidňující koupele. Kurz bazální stimulace nemá, byla proškolená při nástupu do zaměstnání.

Zařízení, která se specializují na Alzheimerovu chorobu, je dle jejího názoru v České republice velký nedostatek. Ze svého okolí uvedla Psychiatrickou léčebnu Lnáře či Dobřany. Počet lidí, kteří budou potřebovat tuto hospitalizaci, se neustále zvyšuje. Pacienti na umístění čekají v pořadníku několik měsíců. Jejím přáním je, aby v každém okrese bylo minimálně jedno toto zařízení.

## **Sestra 2**

Této sestře pracující na oddělení se zvláštním režimem v Domově důchodců v Dobré Vodě u Českých Budějovic je 44 let. Je přesvědčena, že toto zařízení je největší na jihu Čech a také jedním z mála, která přijímají klienty s Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence. Vystudovala Střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích. Ve zdravotnictví pracuje již 20 let. Po škole nastoupila pracovat do jeslí, ale kvůli rušení těchto zařízení přešla pracovat do zubní ordinace. Poté nastoupila do Domova důchodců Dobrá Voda na oddělení se zvláštním režimem, kde působí již 6 let na pozici staniční sestry.

Péče o člověka postiženého Alzheimerovou chorobou je dle jejího názoru velmi náročná nejen fyzicky, ale hlavně psychicky. Její začátky na tomto pracovišti byly velmi náročné ve srovnání se zubní ordinací nebo jeslemi. Myslí si, že práce s pacienty s touto chorobou vyžaduje mnohem větší zkušenosti, které se dají získat pouze praxí. Zná i některé své kolegyně, které náročnost tohoto povolání po určitém čase vzdaly.

S agresivním jednáním se u klientů již také setkala, ale vždy se jí ho podařilo slovně uklidnit a nebylo zapotřebí přistupovat k omezujícím prostředkům.

Klienti Domova důchodců v Dobré Vodě, kteří trpí Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demencí, už nejsou při záchvatech umisťováni na takzvaná síťová lůžka. Zřídili zde dva speciální pokoje, ty jsou vystlané molitanem, mají topení ve stropě a jsou tam nainstalované i kamery. Oba pokoje jsou žluté barvy, která byla speciálně vybrána a měla by přispět k uklidnění klienta. Klient je zde umisťován prý jen na nezbytnou dobu, kterou určí lékař. Upozornila, že v domově měli čtyři síťová lůžka, která zrušili a klecová lůžka zde nikdy neměli. Jiné omezující prostředky nepoužívají. Oba pokoje byly v průběhu mé návštěvy prázdné. Dodala, že umisťování pacientů do speciálního pokoje či medikační omezení pokoje nemůže fungovat, když chybí vztah mezi pacientem a personálem. Jako největší problémovou oblast v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou vidí jednoznačně obtížnou komunikaci.

Péče poskytovaná ve specializovaných Alzheimercentrech se dle jejího názoru určitě liší od péče poskytované v nemocnicích na gerontopsychiatrických odděleních. Zdůrazňuje především každodenní ergoterapii. V zařízení provádí i základní prvky bazální stimulace, především uklidňující koupel. Kurz nemá, pouze byla proškolená v rámci zaměstnání.

Myslí si, že v České republice je nedostatek zařízení, která se specializují na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Jsou zde rozvinuta specializovaná centra denních služeb, stacionáře, domovy se zvláštním režimem nebo specializovaná psychiatrická oddělení, které svou kapacitou bohužel nestačí.

### **Sestra 3**

Této sestře je 36 let a ve zdravotnictví pracuje již 17 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a poté Vyšší odbornou školu v Českých Budějovicích. Po maturitě pracovala 7 let na interním oddělení, po mateřské dovolené nastoupila do Domova důchodců Dobrá Voda, kde pracuje pátým rokem.

V celém domově je tři sta lůžek a má devět oddělení. Na oddělení se zvláštním režimem zde pečuje o 30 pacientů, kteří trpí různými stupni Alzheimerovy choroby. I

když zde pracuje mnoho zdravotnického personálu, který dle ní vykonává velmi náročnou práci, tak si myslí, že počet tohoto personálu je nedostačující. Osobně je pro ni horší psychická náročnost. Na vlastní oči vidí nelítostný úpadek člověka postiženého Alzheimerovou chorobou, který dříve býval například úspěšným vysokoškolsky vzdělaným člověkem a nyní není schopen se postarat o své biologické potřeby.

U pacientů se setkává spíše s verbální agresí než fyzickou. Nejčastěji se projevuje urážkami, nadávkami a vyhrožováním. Takového pacienta se snaží slovně uklidnit. V případě agresivního jednání mohou pacienta umístit do separační místnosti.

Domovy se zvláštním režimem fungují dle ní velmi podobně jako domovy pro seniory, protože jsou přizpůsobeny specifickým potřebám klientů. Na rozdíl od domovů pro seniory, kde mají senioři naprosto volný pohyb, je za přesně definovaných okolností možné v domově se zvláštním režimem pohyb klientů omezit, aby byla zajištěna jejich bezpečnost. Právě útky a následné bloudění vidí jako největší problémovou oblast v rámci péče o tyto pacienty.

Na otázku, zda v zařízení provádí bazální stimulaci, odpověděla, že používají základní prvky, převážně při ranní hygieně u imobilních pacientů. Kurz nemá, pouze byla proškolená v rámci zaměstnání. Péče zde se proto dle ní určitě liší od péče poskytované v nemocnicích na gerontopsychiatrických odděleních.

Trénování paměti s klienty zde provádí každý den. „S našimi klienty trénujeme paměť například luštěním křížovek, hraním her atd. Řešíme matematické úlohy, cvičíme pozornost. Neopomínáme sluchovou paměť (zapamatování verbálních pojmů) i zrakovou (zapamatování předmětů či obrázků, např. hra pexeso), procvičujeme a rozšiřujeme společně naši slovní zásobu (slovní hry Scrabbles), rekonstrukci včerejšího dne „krok za krokem“, popis „místa činu“ – kolik je na náměstí laviček, které obrazy visí ve vestibulu atd.).“

Dále se také věnují zooterapii, což je léčba za pomoci zvířecích mazlíčků. Dle jejího názoru má kontakt se zvířaty pozitivní vliv na zlepšení zdravotního stavu a je součástí terapie. Používají zde především canisterapii (terapie za pomoci psů) ve spolupráci s canisterapeutickým sdružením Hafík. Dále mají v zařízení papouška a akvarijní rybičky.



Myslí si, že v České republice je nedostatek zařízení, která se specializují na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Ze svého okolí jmenuje například Domov pro seniory Máj a Hvízdal. Zmiňuje se i o otevření oddělení se zvláštním režimem v Domově pro seniory na Jezárkách ve Strakonících, které by mělo zahájit provoz v červenci 2011.

#### **Sestra 4**

Této sestře pracující v domově se zvláštním režimem je 39 let a ve zdravotnictví pracuje již přes 20 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Po maturitě se chtěla věnovat práci se seniory, a proto nastoupila do Domova důchodců Dobrá Voda. Poté přešla na oddělení se zvláštním režimem, kde se stará o pacienty s Alzheimerovou chorobou.

Působí zde 2 roky, přestože je tato práce psychicky i fyzicky náročná, velice se jí líbí. Horší je pro ni určitě psychická náročnost, než fyzická. Nemají zde totiž moc imobilních pacientů, většina z nich je chodících samostatně nebo s pomocí pomůcek. Jako nejúčinnější metodu relaxace a prevenci syndromu vyhoření uvádí péči o rodinný dům a dvě děti. Dříve také chodila s kamarádkami na aerobik a za příznivého počasí jezdí do práce na kole.

Oddělení se zvláštním režimem je uzavřené, jelikož tito pacienti trpí poruchami prostorové orientace a často ze zařízení utíkají. Pouze výtah v současné době nemají zabezpečený. Občas se proto stalo, že pacient výtahem sjel do jiného patra a bloudil po zařízení. S agresivním chováním se již několikrát setkala, takového pacienta se snaží nejprve slovně uklidnit a výjimečně mají možnost pacienta umístit do separační místnosti. Jiné omezující prostředky nepoužívají.

Na otázku, zda se liší péče v nemocnicích na gerontopsychiatrických odděleních od péče poskytované ve specializovaných zařízeních, odpověděla, že určitě ano. Ve specializovaných zařízeních se pro klienty připravují dopolední, odpolední a večerní volnočasové programy. Provádí skupinovou a individuální ergoterapie, ranní cvičení, zpívání, tréninky paměti, společenské hry, pečení i vaření. Zdůrazňuje, že zde využívají i zooterapie, především canisterapii a ornitoterapii. Mezi další volnočasové aktivity,

kteřé pro pacienty pořádají, patří například taneční zábavy, táboráky, procházky, účastní se i jednodenních výletů po Jihočeském kraji. Navštívili například ZOO v Hluboké nad Vltavou, zámek Kratochvíly, Třeboň a mnoho dalších míst. V ergoterapeutických dílnách šijí, háčkují, vyrábí vánoční přání a ozdoby. Ošetrovatelská péče je zde poskytována v souladu s ošetrovatelskými standardy, které jsou průběžně aktualizovány podle nejnovějších poznatků. V této souvislosti také probíhalo další nutné vzdělávání zaměstnanců. Snaží se o individuální přístup ke klientům. Návštěvy rodinných příslušníků jsou vítané ve kteroukoliv dobu i jejich zapojení do ošetrovatelského procesu.

V zařízení denně ordinuje praktický lékař a ostatní specialisté (neurolog, psychiatr) dochází v pravidelných intervalech podle potřeby klientů. V odpoledních či nočních hodinách a o víkendech je lékařská péče zajišťována formou lékařské služby první pomoci nebo rychlou záchrannou pomocí. Při zhoršení stavu klienta, kdy je nutná hospitalizace, je zajištěn převoz do nemocnice.

Provádí zde pouze základní prvky bazální stimulace u vybraných pacientů. Nejčastěji při ranní hygieně. Dle ní je přínosná především ve zklidnění pacienta a domnívá se, že i zlepšuje zdravotní stav. Kurz bazální stimulace nemá, pouze prošla školením v rámci zaměstnání.

Na otázku, zda se rodina zapojuje do ošetrovatelské péče, odpověděla, že většinou ano. Setkává se s rodinnými příslušníky, kteří mají zájem o svého členu a pravidelně ho navštěvují a berou si ho na propustky. Mají zde ale i pacienty, které nikdo nenavštěvuje. Návštěvní doba je zde neomezena.

Jako největší problémovou oblast v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou vidí jednoznačně obtížnou komunikaci.

Trénování paměti zde provádí pravidelně. Nejdůležitější je podle ní neustálá aktivizace a stimulace pacienta. Rehabilitační programy pro pacienty s Alzheimerovou chorobou kladou důraz na paměť a reedukaci základních aktivit běžného života. Domnívá se, že trénování paměti by se mělo provádět i v nemocnicích na gerontopsychiatrických odděleních.

Je přesvědčena, že v České republice je nedostatek zařízení, která se specializují na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Ze svého okolí uvádí například Domov důchodců Máj a Alzheimercentrum Loucký Mlýn u Vodňan.

#### ***4.5 Seznam kategorizačních skupin***

- 1.) Věk dotazovaných sester (tabulka 1/1 a 1/2)
- 2.) Dosažené vzdělání dotazovaných sester (tabulka 2/1 a 2/2)
- 3.) Délka praxe dotazovaných sester ve zdravotnictví (tabulka 3/1 a 3/2)
- 4.) Setkání dotazovaných sester s agresivním jednáním (tabulka 4/1 a 4/2)
- 5.) Dostatek zařízení na Alzheimerovu chorobu v České republice (tabulka 5/1 a 5/2)
- 6.) Problémová oblast v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou (tabulka 6/1 a 6/2)
- 7.) Provádění bazální stimulace (tabulka 7/1 a 7/2)
- 8.) Kurz bazální stimulace (tabulka 8/1 a 8/2)
- 9.) Rozdíl v péči ve specializovaných Alzheimercenterch a na gerontopsychiatrických odděleních (tabulka 9/1 a 9/2)
- 10.) Náročnost práce o pacienta s Alzheimerovou chorobou (tabulka 10/1 a 10/2)
- 11.) Přínos specializovaných Alzheimercenter v ošetrovatelské péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou (tabulka 12/1 a 12/2)
- 12.) Neomezená návštěvní doba (tabulka 11/1 a 11/2)

#### 4.6 Kategorizace dat v tabulkách

Tabulka 1/1

Věk dotazovaných sester

		Alzheimercentrum							
		Loucký Mlýn				Písek			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>18-30</b>	<b>3</b>		1			1		1	
<b>31-40</b>	<b>4</b>	1		1	1				1
<b>41-50</b>	<b>1</b>						1		
<b>51 a více</b>	<b>0</b>								
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Tři sestry byly ve věkové kategorii mezi 18-30 lety. Většina sester byla ve věkové hranici mezi 31-40 lety. Jedna sestra byla ve věkové hranici 41-50 let a ve věkové hranici 51 a více let nebyla ani jedna sestra.

Tabulka 2/1

Dosažené vzdělání dotazovaných sester

		Alzheimercentrum							
		Loucký Mlýn				Písek			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>SZŠ</b>	<b>7</b>	1	1	1	1		1	1	1
<b>VOŠ</b>	<b>1</b>					1			
<b>VŠ</b>	<b>0</b>								
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Většina dotazovaných sester pracujících v Alzheimercentru v Louckém Mlýně a v Písku byla středoškolsky vzdělaná. Pouze jedna má vyšší odborné vzdělání.

**Tabulka 3/1**

Délka praxe dotazovaných sester ve zdravotnictví

		Alzheimercentrum							
		Loucký Mlýn				Písek			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>0-9</b>	<b>4</b>		1		1	1		1	
<b>10-19</b>	<b>2</b>	1							1
<b>20-29</b>	<b>2</b>			1			1		
<b>30 a více</b>	<b>0</b>								
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Většina sester pracuje ve zdravotnictví mezi 0-9 roky, dvě sestry pracují ve zdravotnictví mezi 10-19 roky. Délku praxe mezi 20-29 lety mají také dvě sestry a žádná sestra nepracovala ve zdravotnictví 30 a více let.

**Tabulka 4/1**

Setkání dotazovaných sester s agresivním jednáním

		Alzheimercentrum							
		Loucký Mlýn				Písek			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Ano</b>	<b>7</b>	1	1	1	1	1	1		1
<b>Ne</b>	<b>1</b>							1	
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Převážná většina oslovených sester (7) se s agresí minimálně jednou setkala. Pouze jedna sestra se s agresivitou zatím nesešla.

### Tabulka 5/1

Dostatek zařízení na Alzheimerovu chorobu v České republice

		Alzheimercentrum							
		Loucký Mlýn				Písek			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Ano</b>	<b>0</b>								
<b>Ne</b>	<b>8</b>	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Z této tabulky je jasné patrné, že se všechny dotazované sestry domnívají, že je v České republice nedostatek zařízení pro pacienty s Alzheimerovou chorobou.

### Tabulka 6/1

Problémová oblast v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou

		Alzheimercentrum							
		Loucký Mlýn				Písek			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Komunikace</b>	<b>5</b>	1			1	1	1	1	
<b>Finanční náročnost</b>	<b>1</b>			1					
<b>Psychická náročnost</b>	<b>1</b>		1						
<b>Nerespektování důstojnosti</b>	<b>1</b>								1
<b>Bloudění</b>	<b>0</b>								
<b>Agresivita</b>	<b>0</b>								
<b>Trpělivost</b>	<b>0</b>								
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Většina dotazovaných sester (5) se domnívá, že největší problémovou oblastí v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou je obtížná komunikace. Jedna sestra uvedla finanční náročnost, dále jedna sestra vidí problémovou oblast v psychické náročnosti a jedna v nerespektování lidské důstojnosti.

**Tabulka 7/1**

Provádění bazální stimulace

		Alzheimercentrum							
		Loucký Mlýn				Písek			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>ano</b>	<b>8</b>	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>ne</b>	<b>0</b>								
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Z tabulky je jasné patrné, že obě zařízení typu Alzheimercentra provádí bazální stimulaci.

**Tabulka 8/1**

Kurz bazální stimulace

		Alzheimercentrum							
		Loucký Mlýn				Písek			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>ano</b>	<b>0</b>								
<b>ne</b>	<b>8</b>	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Z této tabulky je patrné, že žádná z dotazovaných sester nemá kurz bazální stimulace.



**Tabulka 9/1**

Rozdíl v péči ve specializovaných Alzheimercenterch a na gerontopsychiatrických odděleních.

		Alzheimercentrum							
		Loucký Mlýn				Písek			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Ano</b>	<b>7</b>		1	1	1	1	1	1	1
<b>Ne</b>	<b>0</b>								
<b>Nevím</b>	<b>1</b>	1							
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Tabulka znázorňuje rozdíl v péči ve specializovaných Alzheimercentrech a na gerontopsychiatrických odděleních. Sedm dotazovaných sester se vidí rozdílnost péče. Pouze jedna sestra neví rozdíl, protože v žádném specializovaném zařízení nikdy nebyla.

**Tabulka 10/1**

Náročnost práce o pacienta s Alzheimerovou chorobou

		Alzheimercentrum							
		Loucký Mlýn				Písek			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Psychická</b>	<b>8</b>	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Fyzická</b>	<b>0</b>								
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Tabulka znázorňuje jednoznačně zastoupený názor, že psychická náročnost je daleko horší než fyzická.

### Tabulka 11/1

Přínos specializovaných Alzheimercenter v ošetrovatelské péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou

<b>Alzheimercentrum Loucký Mlýn</b>	
<b>S1</b>	Ošetrovatelská péče zde je specializována na Alzheimerovo onemocnění a jiné typy demence a je poskytována na vysoké úrovni.
<b>S2</b>	„Je to tu jako doma.“ Pacienti jsou civilně oblečeni a netráví celý den v pyžamu, nebo v andělu. Rodina zde s nimi může být 24 hodin denně.
<b>S3</b>	Individuální přístup ke klientovi, možnost výběru z několika jídel s ohledem na dietu a chutě pacientů. S nemocnicí se to nedá srovnat.
<b>S4</b>	Lidský přístup, důstojnost člověka a osobnější vztah.
<b>Alzheimercentrum Písek</b>	
<b>S1</b>	Podpora soběstačnosti klienta.
<b>S2</b>	Standardy kvality péče, které zaručují kvalitu a kontrolovatelnost každého výkonu. Klienti mají své vlastní oblečení ne jako v nemocnici, kde celé dny tráví v bílém andělu. V noci jsou pokoje pravidelně kontrolovány zdravotnickým personálem z důvodu bezpečí a zdravotního stavu klientů.
<b>S3</b>	Více času na klienty a mohou se jim více věnovat, zooterapie – canisterapie, felinoterapie.
<b>S4</b>	Péče poskytována na základě indikace lékaře v celém spektru výkonů ošetrovatelství, nadstandardní péče, lidský přístup a respektování lidské důstojnosti - lékařem počínaje, zdravotní sestrou, sanitářem a uklízečkou konče.

Tabulka znázorňuje odpovědi na otevřenou otázku.

**Tabulka 12/1**

Neomezená návštěvní doba

		Alzheimercentrum							
		Loucký Mlýn				Písek			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Ano</b>	<b>8</b>	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Ne</b>	<b>0</b>								
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Tabulka znázorňuje, že Alzheimercentrum v Louckém Mlýně a v Písku má neomezenou návštěvní dobu

**Tabulka 1/2**

Věk dotazovaných sester

		Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s				Oddělení se zvláštním režimem Domov důchodců Dobrá Voda.			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>18-30</b>	<b>1</b>					1			
<b>31-40</b>	<b>4</b>	1	1					1	1
<b>41-50</b>	<b>3</b>			1	1		1		
<b>51 a více</b>	<b>0</b>								
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Jedna z dotazovaných sester byla ve věkové kategorii mezi 18-30 lety. Většina sester byla ve věkové hranici mezi 31-40 lety. Tři sestry byly ve věkové hranici 41-50 lety a ve věkové hranici 51 a více let nebyla ani jedna sestra.

**Tabulka 2/2**

Dosažené vzdělání dotazovaných sester

		Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s				Oddělení se zvláštním režimem Domov důchodců Dobrá Voda.			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>SZŠ</b>	<b>5</b>		1	1	1		1		1
<b>VOŠ</b>	<b>2</b>					1		1	
<b>VŠ</b>	<b>1</b>	1							
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Většina dotazovaných sester (5) byla středoškolského vzdělání. Dvě sestry mají vyšší odborné vzdělání a jedna vysokoškolské vzdělání.

### Tabulka 3/2

Délka praxe dotazovaných sester ve zdravotnictví

		Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s				Oddělení se zvláštním režimem Domov důchodců Dobrá Voda.			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>0-9</b>	<b>1</b>					1			
<b>10-19</b>	<b>2</b>	1						1	
<b>20-29</b>	<b>5</b>		1	1	1		1		1
<b>30 a více</b>	<b>0</b>								
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Jedna sestra pracuje ve zdravotnictví mezi 0-9 roky, dvě sestry pracují ve zdravotnictví mezi 10-19 roky. Pět sester má délku praxe mezi 20-29 lety a žádná sestra nepracovala ve zdravotnictví 30 a více let.

### Tabulka 4/2

Setkání dotazovaných sester s agresivním jednáním

		Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s				Oddělení se zvláštním režimem Domov důchodců Dobrá Voda.			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Ano</b>	<b>8</b>	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Ne</b>	<b>0</b>								
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Z této tabulky je jasné patrné, že všechny sestry mají zkušenosti s agresivním jednáním u pacientů s Alzheimerovou chorobou.

**Tabulka 5/2**

Dostatek zařízení na Alzheimerovu chorobu v České republice

		Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s				Oddělení se zvláštním režimem Domov důchodců Dobrá Voda.			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Ano</b>									
<b>Ne</b>		1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Z této tabulky je jasné patrné, že se všechny dotazované sestry domnívají, že je v České republice nedostatek zařízení pro pacienty s Alzheimerovou chorobou.

**Tabulka 6/2**

Problémová oblast v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou

		Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s				Oddělení se zvláštním režimem Domov důchodců Dobrá Voda.			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Komunikace</b>	<b>4</b>	1			1		1		1
<b>Finanční náročnost</b>	<b>1</b>			1					
<b>Psychická náročnost</b>	<b>0</b>								
<b>Nerespektování důstojnosti</b>	<b>0</b>								
<b>Bloudění</b>	<b>1</b>							1	
<b>Agresivita</b>	<b>1</b>					1			
<b>Trpělivost</b>	<b>1</b>		1						
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Většina dotazovaných sester (4) se domnívá, že největší problémovou oblastí v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou je obtížná komunikace. Jedna sestra uvedla finanční náročnost, dále jedna sestra vidí problémovou oblast v bloudění pacienta, jedna v agresivním jednání a jedna vidí problémovou oblast v trpělivosti.

**Tabulka 7/2**

Provádění bazální stimulace

		Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s				Oddělení se zvláštním režimem Domov důchodců Dobrá Voda.			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Ano</b>	<b>4</b>					1	1	1	1
<b>Ne</b>	<b>4</b>	1	1	1	1				
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Z této tabulky je patrné, že na psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s, neprovádí bazální stimulaci. Naopak ji provádí na oddělení se zvláštním režimem v Domově důchodců Dobrá Voda.

**Tabulka 8/2**

Kurz bazální stimulace

		Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s				Oddělení se zvláštním režimem Domov důchodců Dobrá Voda.			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Ano</b>	<b>0</b>								
<b>Ne</b>	<b>8</b>	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Z této tabulky je patrné, že žádná z dotazovaných sester nemá kurz bazální stimulace

### Tabulka 9/2

Rozdíl v péči ve specializovaných Alzheimercenterch a na gerontopsychiatrických odděleních.

		Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s				Oddělení se zvláštním režimem Domov důchodců Dobrá Voda.			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Ano</b>	<b>8</b>	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Ne</b>	<b>0</b>								
<b>Nevím</b>	<b>0</b>								
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Tabulka jednoznačně zdůrazňuje, že všechny dotazované sestry jsou přesvědčeny, že existuje rozdílnosti v péči ve specializovaných Alzheimercentrech a na gerontopsychiatrických odděleních.

### Tabulka 10/2

Náročnost práce o pacienta s Alzheimerovou chorobou

		Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s				Oddělení se zvláštním režimem Domov důchodců Dobrá Voda.			
Odpověď	Suma	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<b>Psychická</b>	<b>7</b>	1	1	1		1	1	1	1
<b>Fyzická</b>	<b>0</b>								
<b>Psychická i fyzická</b>	<b>1</b>				1				
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Tabulka znázorňuje většinově (7) zastoupený názor, že psychická náročnost je daleko horší než fyzická. Pouze jedna sestra se domnívá, že mezi psychickou a fyzickou náročností není rozdíl.



**Tabulka 11/2**

Přínos specializovaných Alzheimercenter v ošetrovatelské péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou

	<b>Oddělení se zvláštním režimem Domova důchodců Dobrá Voda</b>
<b>S1</b>	Citlivý přístup zaměstnanců a široká nabídka aktivit - práce v dílnách, léčebný tělocvik, trénink paměti, kulturní programy, výlety, skupinová cvičení, individuální rehabilitace a reminiscenční terapie.
<b>S2</b>	Každodenní ergoterapie.
<b>S3</b>	Zooterapie, bazální stimulace, trénování paměti.
<b>S4</b>	Volnočasové programy, ergoterapie, ranní cvičení, zpívání, tréninky paměti, společenské hry, pečení i vaření, zooterapie - canisterapie a ornitoterapie.
	<b>Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s</b>
<b>S1</b>	Nemůže posoudit přínos, protože ve specializovaném centru nikdy nebyla.
<b>S2</b>	Lepší vybavení a více se jim věnují.
<b>S3</b>	Více terapie na trénování paměti, zpívání a mnoho dalších aktivit. Péče je tam poskytována vyškoleným personálem.
<b>S4</b>	Kladen důraz na nadstandardní péči, každodenní ergoterapie a u ležících speciální cvičení.

Tabulka znázorňuje odpovědi na otevřenou otázku.

**Tabulka 12/2**

Neomezená návštěvní doba

		<b>Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s</b>				<b>Oddělení se zvláštním režimem Domov důchodců Dobrá Voda.</b>			
Odpověď	Suma	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>
<b>Ano</b>	<b>4</b>					1	1	1	1
<b>Ne</b>	<b>4</b>	1	1	1	1				
<b>Celkem</b>	<b>8</b>								

Tabulka znázorňuje, že psychiatrické oddělení nemá neomezenou návštěvní dobu, na rozdíl od oddělení se zvláštním režimem Domova důchodců Dobrá Voda

## 5. Diskuze

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku náročnosti práce sester pečujících o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Cílem bylo zjistit náročnost práce sester. Zmapovat, co sestry považují za největší problémovou oblast v rámci ošetrovatelské péče o tohoto pacienta a zjistit přínos specializovaných Alzheimercenter. Právě skrze tato zařízení jsem mohla nahlédnout do světa profesionálních pečujících. Většina z oslovených zařízení jsou zpravidla první místa, kam se pečující se svými nemocnými blízkými obrací pro radu nebo pro pomoc.

Práci, které se zabývaly Alzheimerovou chorobou, byla napsána spousta. Snad je to dáno narůstající incidencí tohoto onemocnění, která v důsledku postihuje celou rodinu a nejbližší okolí postiženého. Na začátku rozhovoru byly pokládány otázky pro zjištění věkové struktury dotazovaných sester a délky praxe ve zdravotnictví. Chtěly jsme tím zjistit, zda věk a délka praxe ovlivňují náročnost práce o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Například sestry 2 a 4 pracující v Louckém Mlýně. Jelikož jsou tyto sestry ještě mladé a nepracují v zařízení dlouho, nezdá se jim zatím práce tolik náročná a nepocítují na sobě zatím žádné vyčerpání. V rámci těchto otázek bylo zjištěno, že většina sester byla věkové kategorie 31-40 let. Pro upřesnění údajů uvádím tabulku 1/1 a 1/2.

V diplomové práci jsme si položily následující výzkumné otázky, na které si odpovídáme rozbohem získaných dat.

### **Jaká je náročnost práce sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou?**

Tabulka 9/1 znázorňuje jednoznačně zastoupený názor, že psychická náročnost je daleko horší než fyzická. Toho názoru je i sestra 2 pracující v Alzheimercentru v Písku. Domnívá se, že péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou je náročná, stresující a společensky málo prestižní. Horší je pro ni určitě psychická náročnost než fyzická. Není zde vystavena zvýšeným nárokům na rychlost a technickou zdatnost v ovládání nejrůznějších přístrojů, je zde ale vyžadována velká trpělivost, empatie, komunikační dovednosti a především lidskost. Tabulka 9/2 znázorňuje většinově zastoupený názor, že psychická náročnost je daleko horší než fyzická. Pouze sestra 4 pracující na psychiatrickém oddělení se domnívá, že práce sestry na psychiatrickém

oddělení je dle jejího názoru náročná, avšak velice zajímavá. Mezi psychickou a fyzickou náročností, nevidí rozdíl, dle ní jsou obě stejně náročné.

Sestra 2 pracující na psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. považuje v péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou za nejnáročnější především trpělivost. Nemocný vyžaduje zvláštní, individuální a vysoce citlivý přístup. Od ošetřovatelského personálu se vyžaduje zmiňovaná trpělivost, protože například pacienti s touto chorobou po 5 minutách nevědí, co jedli a neustálé opakování je dle ní vyčerpávající. Dle staniční sestry Mgr. Hany Tošnerové z Psychiatrické léčebny v Bohnicích jsou čas a trpělivost termíny, které by mohly být mottem péče o geriatrické pacienty. Staří lidé vnímají čas odlišně než sestry, které chtějí mít vše rychle hotové. Myslí tím rychle umytého, převlečeného a nasyceného (62).

Dále jsme zjišťovali, o kolik pacientů se stará sestra během své služby. Například sestra 1 pracující na oddělení se zvláštním režimem v Domově důchodců Dobrá Voda, uvedla, že oddělení má kapacitu 30 lůžek. Na starosti má proto většinou 30 klientů, protože kapacita je neustále plná. V článku s názvem Počet pacientů na jednu sestru, se ptá JUDr. Dominika Brůhy, kolik může mít zdravotní sestra na starosti pacientů v Domově se zvláštním režimem? Dotaz zní: počet klientů je zhruba 115, z toho 28 klientů s Alzheimerovou chorobou III. a IV. stadia. Na ostatních odděleních jsou klienti se stupněm bezmocnosti převážně II. a III. V současné době slouží sestry dvě, chtějí to však snížit na jednu sestru. Dominik Brůha odpovídá, že situace, která je v dotaze popsána, bohužel není ve zdravotnické praxi a ani v oblasti sociálních služeb v České republice až tak výjimečná, neboť dotazy na minimální počty zdravotnického personálu se v právní poradně čas od času objevují. Pokud je mu známo, neexistuje zatím v právním řádu České republiky žádný právní předpis, který by závazně určoval zdravotnickým zařízením či poskytovatelům zdravotní péče minimální počty zdravotnických pracovníků, kteří povinně musí zabezpečovat zdravotní péči vzhledem k určitému počtu pacientů. Problematiku neadekvátního počtu zdravotnických pracovníků vzhledem k počtu pacientů je třeba za daných podmínek řešit v rámci zaměstnavatele, jeho zřizovatele (6).

## **Co sestry vidí jako nejvíce problémovou oblast v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou?**

Jako největší problémovou oblast v péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou dotazované sestry nejčastěji uváděly obtížnou komunikaci. Pro upřesnění údajů nám poslouží tabulka 6/1 a 6/2. Tohoto názoru je i sestra 1 pracující v Alzheimercentru Loucký Mlýn u Vodňan. Jako největší problémovou oblast v péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou vidí jednoznačně náročnou komunikaci. Stereotypní opakování stále stejných dotazů je pro ni zatěžující. Ví, že pacienti to nedělají schválně, že důvodem je zapomínání. Nepamatují si, se kterou sestrou či ošetřovatelkou mluvili před okamžikem, ani o čem spolu hovořili. Zajímavý je i názor sestry 4 pracující v Alzheimercentru v Písku. Domnívá se, že největší problémovou oblastí v rámci péče o pacienta s demencí je nerespektování lidské důstojnosti ze strany ošetřovatelského personálu (sestry, pečovatelky, sanitáři, apod.). Nezáměr o pacienta, pocit, že jsou pacientem obtěžováni, dochází k ponižování pacienta, oslovení "dědo a babi" i když nejde o jejich příbuzného, špatná ošetřovatelská péče zejména v oblasti hygieny u nepohyblivých pacientů. Minimální polohování, výměna plenkových kalhotek max. 2x/den, nucení k jídlu, arogance, spěch při krmení zcela imobilních pacientů, ztráta intimity při vyprazdňování - na míse nebo na židli na pokoji za přítomnosti ostatních pacientů, při ranní hygieně čekání na sprchu v řadě pacientů, neúcta, odpor ke starým, dementním nebo zmateným lidem.

Sestra 3 pracující v Alzheimercentru Loucký Mlýn se domnívá, že největší problémovou oblastí v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou je finanční náročnost. Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou je finančně náročná, léky jsou drahé. Mnoho pacientů trpí i inkontinencí a mají velkou spotřebu plenkových kalhotek. Bohužel příspěvky na pleny jsou velmi malé. Často se stává, že na pacienta připadají dvoje plenkové kalhotky na den, což je u některých pacientů nedostačující. Podle údajů londýnské společnosti Alzheimer's Disease International (ADI) byly v roce 2010 celosvětové náklady na tuto nemoc 604 miliard dolarů. Ředitelka ADI Daisy Acostaová Alzheimerovu chorobu označila za "nejvážnější jednotlivou zdravotní a společenskou krizi jednadvacátého století". "Už nyní je dopad této choroby masivní a v následujících

letech se bude ještě zvětšovat," dodala. Země, které přijdou na to, jak podporovat svou stárnoucí populaci, jak ji udržet zdravou a produktivní, ty budou v 21. století vítězi," domnívá se George Vradenburg, zakladatel skupiny USAgainstAlzheimer. „Ty, které to nedokážou, prohrají," uvedl s tím, že je nezbytně nutné, aby si svět uvědomil, že Alzheimerova choroba není jen zdravotním problémem, ale také finančním (61).

### **Jaký je přínos specializovaných Alzheimercenter v ošetrovatelské péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou?**

V současné době existuje v České republice pouze pět Alzheimercenter – Filipov, Loucký Mlýn, Písek, Zlosyň a Průhonice, které funguje od počátku roku 2010. Pacienti potřebují volnost pohybu. Například v Průhonicích to funguje tak, že ti, kteří si zapamatují kód, mohou i na samostatné procházky. Další podstatnou součástí péče jsou i preventivní lékařská vyšetření a vlastní asistent. Chorobu totiž provází i jiné potíže než zapomínání. "Jedná se o patologické hubnutí, jedná se o špatnou funkci mnoha orgánů. Přístup k pacientům musí být naprosto jiný, než jsme zvyklí v běžné populaci," uvedla ředitelka Alzheimercentra Jaroslava Jůzová. V sousedním Slovensku se nachází pouze jedno zařízení Piešťany (12)./

Hlavní přínos specializovaných Alzheimercenter je provádění bazální stimulace. Z tabulky 7/1 je jasně patrné, že obě zařízení typu Alzheimercentra provádějí bazální stimulaci. Sestra 2 pracující v Louckém Mlýně uvedla, že bazální stimulace je pro pacienta přínosná v iniciálním doteku, který zde používají. Nečekané doteky mohou u pacientů se sníženým stupněm vnímání vyvolávat pocit strachu, nejistoty a mohou je i lekat. Místo doteku volí na základě anamnézy, kterou odebírají od rodinných příslušníků. Nejčastěji to bývá rameno. Pevným a zřetelným dotekem pacienta vždy informují o počátku a ukončení své přítomnosti nebo o činnosti s jeho tělem. Každého člena ošetrovatelského týmu a rodinného příslušníka musí o místě tohoto doteku informovat. To zajišťují cedulky na viditelných místech u postele. Z tabulky 7/2 je patrné, že na psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s, bazální stimulaci neprovádí. Dle sestry 2 je to z toho důvodu, že se jedná o akutní lůžkovou péči a není tu na ni dostatek času ani proškolený personál. Velmi často se jedná o první místo kontaktu nemocného s psychiatrií. Z tabulek 8/1 a 8/2 je jasně patrné, že ani jedna

sestra neabsolvovala kurz bazální stimulace. Sice všichni tento pojem znají, ale byly pouze proškoleny při nástupu do zaměstnání.

Trénování paměti provádí ve specializovaných zařízeních pravidelně každý den v různých formách. Velmi využívanou formou je dle sestry 3 pracující v Louckém Mlýně reminiscenční terapie. Jedná se o vyhledávání starých fotografií a jiných předmětů pro kuffík vzpomínek, které byly kdysi součástí pacientova života. Podle MUDr. Ivy Holmerové (2009, s. 97-98) předsedkyně České gerontologické společnosti a spoluzakladatelky České alzheimerovské společnosti metoda reminiscence v žádném případě nenahrazuje psychoterapii a neměla by zasahovat do příliš hlubokých, bolestných a nepříjemných témat. Za vhodné považuje vzpomínání zaměřené na období mládí a středního věku. Eva Malíková se domnívá, že tato metoda má v gerontologii své nezastupitelné místo. Využívá se především u osob s demencí, ale je i velmi prospěšná k podpoře aktivizace imobilních, dlouhodobě ležících a nesoběstačných osob (47)

Sestra 3 pracující v Alzheimercentru Písek zdůrazňuje, že v zařízení mají i psa a několik koček k provádění zooterapie, především canisterapie a méně známé felinoterapie. Jejím principem je přímý kontakt pacienta s kočkou domácí. Možnost kontaktu pacientů se živým tvorem dle jejího názoru vede ke zlepšení psychického stavu a navození pohody a připomínky domova. Dle Mgr. Evy Kadlecové z Katedry klinických oborů, Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích na rozdíl od zahraničí, kde již častěji proniká do nemocnic, zařízení denní i paliativní péče, speciálních škol nebo domovů pro seniory, je u nás felinoterapie stále v začátcích. Provádí ji jen několik málo lidí ve formě návštěvní služby v domovech pro seniory, školách nebo v nemocnici. V České republice provádí felinoterapii nejsystematičtěji Nezávislý chovatelský klub, hlavně díky paní Daniele Hypšové. Ve středních Čechách se provádí návštěvní služba s kočkami a vznikly tu také jediné standardy pro asistenční aktivity s kočkou u nás. Návštěvní služba s kočkou nemá u nás dosud samostatný legislativní podklad (33).

Šternberská léčebna dlouhodobě nemocných začala jako jedna z prvních v zemi používat k terapii kočky. Mluvčí nemocnice, k níž léčebna náleží, Tomáš Želazko pro ČTK sdělil, že felinoterapie pomocí koček navozuje pocit pohody a důvěry a pozitivně

přispívá ke zlepšení zdravotního stavu pacientů. Léčebna začala před třemi lety používat canisterapii, tedy psy. "Nyní jsme léčbu pomocí zvířat rozšířili o felinoterapii, která je v odborné literatuře definována jako podpůrná léčba somatických, zejména však psychických poruch a zátěží lidské osobnosti formou kontaktu s kočkou. Pro některé naše klienty byl pes moc veliký," uvedla vrchní sestra léčebny Lenka Navrátilová. Chovatelka Jana Dohnalová vybrala pro felinoterapii plemeno britské kočky, která vyniká inteligencí, klidnou povahou a jejíž srst nelíná (49).

Dále jsme zjišťovaly, zda daná zařízení mají neomezenou návštěvní dobu a zda mohou přijít rodinní příslušníci na návštěvu kdykoliv. Z tabulky 11/1 je jasně patrné, že Alzheimercentrum v Louckém Mlýně a v Písku má neomezenou návštěvní dobu. Například sestra 1 pracující v Louckém Mlýně, odpověděla, že zde mají neomezenou návštěvní dobu a návštěvy jsou naopak vítané.

### **Jaká by měla být poskytovaná ošetrovatelská péče ve specializovaných Alzheimercentrech?**

Všechna zařízení kromě Alzheimercentra v Písku jsou uzavřená a zabezpečená z důvodu útěku pacientů. Na otázku, zda používají nějaké omezující prostředky v péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou, většina dotazovaných sester uvedla, používají dle rozhodnutí lékaře medikační omezení a u ležících pacientů postranice. Pro příklad uvádím odpověď sestry 2 z psychiatrického oddělení. Užití léků – farmak vždy indikuje lékař. Nejvíce dle jejího názoru používají u neklidných pacientů benzodiazepiny například. Apaurin. Způsob podání nejčastěji intramuskulárně, u spolupracujících nemocných je možná intravenózní cesta. Ve zcela výjimečných situacích, kde selhaly předchozí metody, využívají fyzické omezení. Jedná se o výkon bez souhlasu nemocného, který ohrožuje sebe nebo okolí. Fyzické omezení opět indikuje lékař. Je třeba provést zápis do dokumentace: důvod fyzického omezení, formu (kurty, pásy, pouta), čas a podpis indikujícího lékaře. Jako využití omezujících prostředků před útekem uvádí, že oddělení je uzavřené. Sít'ové lůžko používají jen zcela výjimečně na noc: „Když je nějaká babička zmatená a hrozí pád, pokud jsou ležící, tak nikam neutěčou.“ Do izolační místnosti je většinou nedávají (24).



Dopis anglické spisovatelky Joanne Rowlingové, autorky knížek o Harry Potterovi, o používání klecových lůžek v našich zařízeních vyvolal v roce 2004 poměrně živou diskuzi v mediích i odborném tisku. Iva Holmerová se však domnívá, že používání klecových a síťových lůžek bylo pouze dílčím problémem, neboť problematika omezujících prostředků je daleko širší. Za zvláště zarážející považuje skutečnost, že se mnohá pracoviště, ať již ve zdravotnictví či sociální péči, snažila používání těchto omezujících prostředků zdůvodnit nedostatkem personálu (24).

Dále jsme zjišťovaly výskyt agresivního jednání u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Dle tabulky 4/1 se převážná většina oslovených sester s agresí minimálně jednou setkala. Pouze jedna sestra se s agresivitou zatím nesetkala. Tabulka 4/2 znázorňuje, že všechny sestry mají zkušenosti s agresivním jednáním u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Například sestra 1 pracující na psychiatrickém oddělení se s agresivním chováním u pacientů s demencí setkává často, většinou se jedná o brachiální agresi. Pacienti se brání běžným úkonům, to znamená, že se s ošetrovatelským personálem perou (koušou, škrábají). Používají i vulgární výrazy, které dříve nepoužívali. Pokud se k člověku s demencí ošetřující personál chová jako k malému dítěti, vzbuzuje to v něm agresivitu a snižuje jeho ochotu spolupracovat. Uvedla Lucie Ondřichová, autorka zajímavého článku. K tomuto závěru došel výzkum nedávno zveřejněný v prestižním odborném časopisu zaměřeném na problematiku demencí. „Tak co, Honzíku, jak jsme se vyspinkali?“ navazuje mladá sestra v LDN při ranní hygieně kontakt se starším pacientem trpícím demencí. Svá slova ještě doprovodí pohlazením po hlavě. Jistě, taková komunikace je lepší než žádná, k ideálu má ale daleko. V jednom českém zařízení dlouhodobé péče v České republice byl udělán malý experiment. Členové personálu začali důsledně oslovovat obyvatele jednoho oddělení jejich tituly. Ne jenom pane, paní, ale také pane doktore, pane profesore, pane inženýre, mistře, paní ředitelko, jak to mezi Čechy a jinými Evropany bylo zvykem před druhou světovou válkou. Zjistilo se, že na tomto oddělení došlo k významným změnám v běžném chování personálu i obyvatel. Snížil se výskyt problematického chování a hluk, rozšířila se příjemná společenská interakce. Klientům se připomněla jejich minulost, zhodnotily se jejich zkušenosti a zviditelnil se zájem personálu o jejich osobu (41,66).

Taková reakce dementních lidí na infantilizaci může být pro někoho překvapivá. „Vždyť se běžně říká, že ve stáří se vracíme do dětských let, ale asi to není tak úplně pravda. Možná, že právě u dementních pacientů je ve hře pocit ztráty osobní integrity, a tím i lidské důstojnosti, pak je samozřejmě starší člověk, který cítí, že mu ubývají mentální schopnosti, citlivější na zacházení, a tím i na oslovení,“ říká učitel zdravotnické etiky doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc. (41).

Z tabulek 5/1 a 5/2 je jasně patrné, že se všechny dotazované sestry domnívají, že je v České republice nedostatek zařízení pro pacienty s Alzheimerovou chorobou. Například sestra 1 pracující na oddělení se zvláštním režimem v Domově důchodců Dobrá Voda, se domnívá, že zařízeních, která se specializují na Alzheimerovu chorobu, je České republice velký nedostatek. Ze svého okolí uvedla Psychiatrickou léčebnu Lnáře či Dobřany. Počet lidí, kteří budou potřebovat tuto péči, se neustále zvyšuje. Na umístění čekají v pořadníku několik měsíců. Jejím přáním je to, aby v každém okrese bylo minimálně jedno toto zařízení. „Česká republika potřebuje více pobytových zařízení pro pacienty s Alzheimerovou chorobou“. Řekl prezident Asociace sociálních služeb České republiky Jiří Horecký. Podle něj je zájem o umístění pacientů s tímto zákeřným degenerativním onemocněním zatím uspokojován asi z 20 procent. Situace se sice postupně lepší, jsou otevírány nové domovy důchodců s Alzheimerovou chorobou, stále ale prý není dobrá. „Je to problém. Na některých místech se řeší tak, že v domovech vznikají speciální oddělení pro lidi s touto chorobou. Nicméně domovy pro lidi s Alzheimerem budeme potřebovat, protože počet pacientů s tímto onemocněním narůstá,“ uvedl Horecký. Příslib změn k lepšímu vidí v rozhodnutí vlády z počátku letošního roku, podle něhož by měly postupně v ČR nahrazovat staré a velké domovy důchodců moderní a především malá zařízení nejvýše pro 40 až 50 osob. Za rozumné by považoval, kdyby část z nich byla určena právě lidem s Alzheimerovou nemocí. Jejich výhodou je především to, že jsou v nich senioři v trvalém kontaktu s ošetřovateli, který nutně potřebují. Pacienti s Alzheimerovou chorobou totiž často zapomínají a bloudí (50).

I České Budějovice mají záměr vybudovat dvacet lůžek pro pacienty s Alzheimerovou chorobou v bývalém penzionu v ulici Na Zlaté stoce. Nové pracoviště

se má stát součástí Domova pro seniory Máj. Hlavní výhodou nového zařízení má být lepší péče o klienty. Zvýšil by se také počet potřebných lůžek ve městě. „Nemáme obavy, že by byl objekt nevyužívaný,“ uvedl ředitel Domova pro seniory Máj Pavel Janda. Doplnil, že v současnosti je v Domově pro seniory Máj 40 klientů s uvedenou diagnózou a v pořadníku žádá o přijetí dalších 80 lidí. Na Zlatou stoku by se podle Jandy přestěhovali mobilní klienti, pokud s tím budou rodiny souhlasit. Imobilní klienti by zůstali na Máji. Míst pro pacienty s touto diagnózou je na Českobudějovicku velký nedostatek a zájem o umístění už rodiny klientů projevily. Podle Pavla Jandy by dvacet nových lůžek bylo zaplněno za dva týdny (16).

Nejen České Budějovice, ale i další jihočeské město se chystá otevřít domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou s názvem Domov matky Vojtěchy, a to Prachatice. Stavba byla zahájena v lednu 2010. Zřizovatelem bude Hospic sv. Jana N. Neumanna. Kapacita tohoto zařízení bude 26 osob na jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Cílovou skupinou budou lidé s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí v pokročilých stádiích, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou sociální a zdravotní péči. Režim v tomto zařízení při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Dokončení stavby a zahájení provozu je naplánováno na přelom jara a léta 2012 (14).

Specializované oddělení pro pacienty trpící Alzheimerovou chorobou funguje od července 2011 i při Domově pro seniory Rybníční ve Strakonících a kapacita je již naplněna. Jde o oddělení pro lidi trpící psychickým postižením spojeným se stářím, především s Alzheimerovou nemocí. "Máme 16 lůžek ve zvláštním režimu, tedy s čtyřiadvacetihodinovou péčí a se zvýšeným dozorem. Tito lidé potřebují jinou péči, proto přibudou čtyři noví pracovníci, kteří se o klienty budou starat," uvedla vedoucí domova seniorů Magdalena Klečková. Potřebu vybudovat oddělení pocítilo město zhruba před rokem, kdy začalo přibývat žádostí o umístění seniorů trpících těmito druhy onemocnění. Běžné seniorské domy jim však nebyly schopny potřebnou péči poskytnout. O přijetí žadatelů rozhoduje příslušná komise města. Přednost mají současní klienti Domovů seniorů Rybníční a Lidická. Až po nich mohou být přijímáni

další žadatelé s bydlištěm ve spádové oblasti Strakonice a okolí. Na jihu Čech je málo zařízení, která se specializují na tuto klientelu. Nejbližší je zařízení v Louckém mlýně u Vodňan, které provozuje Obecně prospěšná společnost (48).

Dále jsme zjišťovaly rozdíl v péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou ve specializovaných Alzheimercenterch a na gerontopsychiatrických odděleních. Tabulka 8/1 znázorňuje, že sedm dotazovaných sester se domnívá rozdílnosti péče. Pouze jedna sestra neví rozdíl, protože v žádném specializovaném zařízení nikdy nebyla. Sestra 2 pracující v Louckém Mlýně se domnívá, že péče poskytovaná zde se určitě liší od péče poskytované v psychiatrických odděleních v nemocnicích. „Je to tu jako doma.“ Pacienti jsou civilně oblečení a netráví celý den v pyžamu, nebo v andělu. Mohou si dělat, co chtějí, a rodina zde s nimi může být 24 hodin denně. Tabulka 8/2 jednoznačně zdůrazňuje, že všechny dotazované sestry se domnívají rozdílnosti v péči ve specializovaných Alzheimercentrech a na gerontopsychiatrických odděleních. Sestra 4 pracující na psychiatrickém oddělení tvrdí, že rozdíl v péči zde určitě je. Psychiatrické oddělení neposkytuje systematickou psychoterapii a po ústupu akutní fáze vlastně nemá co nabídnout. Na rozdíl od specializovaných center, kde je kladen důraz především na nadstandardní péči, každodenní ergoterapie a u ležících na speciální cvičení.

Alzheimerova choroba se stala i námětem několika filmů. Příběh jedné ženy je drama z roku 2001 popisující vztah dvou talentovaných mladých pedagogů na proslulé oxfordské univerzitě a přes jejich naprosto protikladné povahy - ona živelná a výstřední charismatická žena, on nesmělý a nenápadný muž - vznikl mimořádný milostný vztah. Hluboce zamilovaný Bayley velice těžce nese neuspořádaný bláznivý milostný život Iris, stále je ale okouzlován její mimořádnou inteligencí, talentem a vtipem. A stojí při ní i o čtyřicet let později, kdy se právě tyto její vlastnosti začínají nelítostným postupem Alzheimerovy choroby vytrácet a Iris se stává bezmocnou. Další film inspirovaný Alzheimerovou chorobou se nazývá Daleko od ní. Příběh vypráví o manželském páru, jehož téměř čtyřicet let pečlivě budovanou intimitu naruší Alzheimerova choroba. Tiché soužití Fiony a Granta ve srubu uprostřed zasněžené krajiny se rozpadá v okamžiku, kdy stárnoucí, byť stále atraktivní žena, jež trpí množícími se poruchami paměti, dobrovolně odchází do domu s profesionální péčí (11).

## **6. Závěr**

V diplomové práci se zabývám náročností péče sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Problematika Alzheimerovy choroby je společensky velmi závažné téma. Úměrně tomu, jak ženy rodí méně dětí a populace stárne, bude svět čím dál tím hůře připraven postarat se o vysoký počet starých lidí závislých na pomoci. Proto musíme začít více investovat do výzkumu předcházení této nemoci. Shrnutí téma demence není jednoduché. Osobní zkušenost s Alzheimerovou chorobou nemám, nikdo v rodině ani nikdo z příbuzných jimi netrpí.

Byly stanoveny tři cíle práce. Zjistit náročnost práce sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou, zjistit, co sestry považují za největší problémovou oblast v rámci ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou a zjistit přínos specializovaných Alzheimercenter o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Cíle byly splněny. Na počátku našeho výzkumu jsme pro dosažení cílů stanovily čtyři výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1: Jaká je náročnost práce sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou? Výzkumná otázka č. 2: Co sestry vidí jako nejvíce problémovou oblast v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou? Výzkumná otázka č. 3: Jaký je přínos specializovaných Alzheimercenter v ošetrovatelské péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou? Výzkumná otázka č. 4: Jaká by měla být poskytovaná ošetrovatelská péče ve specializovaných Alzheimercentrech? Všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Zjistily jsme, že psychická náročnost jednoznačně převažuje nad fyzickou. Většina dotazovaných sester se domnívá, že největší problémovou oblastí v rámci péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou je obtížná komunikace. Přínos specializovaných Alzheimercenter vidí především v citlivém přístupu zaměstnanců, v široké nabídce aktivit například práce v dílnách, léčebný tělocvik, trénink paměti, kulturní programy, výlety, skupinová cvičení, individuální rehabilitace a reminiscenční terapie. Poskytovaná ošetrovatelská péče v Alzheimercentrech je specializována na Alzheimerovo onemocnění a je poskytována na vysoké úrovni. Důraz je kladen na nadstandardní péči, každodenní ergoterapii a individuální přístup ke klientovi.

Výsledky diplomové práce by mohly sloužit jako zpětná vazba pro nemocnice a sanatoria, a to nejvíce tam, kde bylo šetření realizováno. Dále by výsledky mohly být použity k informovanosti veřejnosti o možnostech pomoci pacientům s Alzheimerovou chorobou například ve formě informační brožurky.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ALZHEIMERCENTRUM [online], 2011, [cit.2011-07-18]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/>
2. ARCHALOUSOVÁ, A. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. 1 vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003, 99 s. ISBN 80-862255-33-X.
3. BALÁTOVÁ, J., HAVLÍČKOVÁ T. Ergoterapie u pacientů s demencí a Alzheimerovou nemocí. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha 2010, roč. 5, č. 3, s. 9. ISSN 1801-1349.
4. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1 vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
5. BENEŠOVÁ, V., et al. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1 vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2.LF a FN Motol, 2003. 84 s. ISBN 80-239-2104-5.
6. BRŮHA, D. *Počet pacientů na jednu sestru*. [on-line], 2010, [citováno 2011-30-07]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/16605-pocet-pacientu-na-jednu-sestru>
7. BUIJSSEN, H. *Demence*. 1 vyd. Praha: Portál, 2006, 132 s. ISBN 80-7367-081-X.
8. CALLONE, P., KUDLACEK, VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1 vyd. Praha: Grada, 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2307-5.
9. CUELLO, C. *Pharmacological Mechanisms in Alzheimer's Therapeutics*. Canada: Springer Science, 2007. 319 s. ISBN 978-0-387-71521-6.

10. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. [online], 2010, [cit.2010-04-18] . Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=2>.
11. ČESKO-SLOVENSKÁ FILMOVÁ DATABÁZE. [online], 2010, [cit.2010-04-18] . Dostupné z <http://www.csfd.cz/film/224095-daleko-od-ni/>
12. ČESKÁ TELEVIZE 24. *Praha otevírá centrum pro nemocné Alzheimerem.* [on-line], 2011, [citováno 2011-05-07]. Dostupné z <http://www.ceskatelevize.cz/ct24//regiony/123074-praha-otevira-centrum-pro-nemocne-alzheimerem/>
13. DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit.* 1 vyd. Praha: Radix, 2009. 185 s. ISBN 978-80-86013-88-0.
14. DOMOV MATKY VOJTĚCHY. [on-line], 2011, [citováno 2011-05-07]. Dostupné z <http://www.alzheimer-domov.cz/dmv>
15. DUNITZ, M. *Pharmacotherapy of Alzheimers disease.* 1 vyd. London: United Kingdom, 1998. 167 s. ISBN 1-85317-583-8.
16. EDWIN, O. *Lůžka pro seniory se o rok zdrží.* Českobudějovický deník. [on-line], 2010, [citováno 2011-05-07]. Dostupné z [http://ceskobudejovicky.denik.cz/zpravy\\_region/luzka-pro-seniory-se-o-rok-zdrzi20100913.html](http://ceskobudejovicky.denik.cz/zpravy_region/luzka-pro-seniory-se-o-rok-zdrzi20100913.html)
17. FIŠAR, Z., JIRÁK, R. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie.* 1 vyd. Praha: Grada, 2001. 316 s. ISBN 80-247-0061-1.
18. HADRAVA, L. *Alois Alzheimer – dal jméno nemoci, kterou doposud nikdo nedokáže vyléčit.* [on-line], 2010, [citováno 2011-30-07]. Dostupné z <http://www.ct24.cz/veda-a-technika/110351-alois-alzheimer-dal-jmeno-nemoci-kerou-doposud-nikdo-nedokaze-vylecit/>



19. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2 vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365s. ISBN 978-80-87109-19-9.
20. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1 vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
21. HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1 vyd. Praha: Triton, 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
22. HOLMEROVÁ, I. *Péče o seniory a chronicky nemocné v ČR - má v území nikoho?* [on-line], 2008, [citováno 2011-30-07]. Dostupné z <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/iva-holmerova.php?itemid=5025>.
23. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 1 vyd. Praha: GEMA, 2002. 110 s. ISBN 0039-3132-8.
24. HOLMEROVÁ, I. Používání omezujících prostředků ve zdravotnictví a sociální péči. In: *Postavení a diskriminace seniorů v České republice*. Sborník z mezinárodní konference, kterou uspořádalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Českou geriatrickou a gerontologickou společností v rámci XI. Celostátního gerontologického kongresu v Hradci Králové 25.11 2005. Praha, 2006. Str. 69-75. ISBN 80-86878-52-X.
25. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1 vyd. Praha: Grada, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6-
26. HORT, J., RUSINA, R. *Paměť a její poruchy*. 1 vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 422s. ISBN 978-80-7345-004-5.
27. HORT, J., VYHNÁLEK, M., BOJAR, M. Časná stádia demence – možnosti diagnostiky a léčby. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: 2005, roč. 6, č. 6, s. 324-328. ISSN 1213-1814.

28. HÖSCHL, C. Demence z klinického pohledu. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 12, s. 44. ISSN 1210-0404.
29. HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ D. *Demence a poruchy paměti*. 1 vyd. Praha:Grada, 1999, 56 s. ISBN 80-7169-797-4.
30. JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1 vyd. Praha: Triton, 2008, 99s. ISBN 978-80-7387-179-6.
31. JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. Demence. 1 vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
32. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1 vyd. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
33. KADLECOVÁ, E. Zvyšování kvality života s pomocí felinoterapie: výběr vhodného zvířete pro felinoterapii. In: *Zooterapie ve zdravotnických zařízeních. Sborník z odborné konference, 22.5 2009*. Dobrovolnické centrum Fakultní nemocnice v Motole. Str. 14-19. [on-line], 2009, [citováno 2011-30-07]. Dostupné z <http://www.dcmotol.cz/media/pdf/sbornik-zoo-2009.pdf>
34. KALVACH, Z et. al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1 vyd. Praha:Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
35. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1 vyd. Praha:Grada, 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
36. KOPÁČIKOVÁ, M., CETLOVÁ, L., SVOBODOVÁ, D. Ošetrovanie chorých Alzheimerovou chorobou. *Florence*, 2010, roč. 6, č. 2, s. 36-38. ISSN 1801-464X..
37. KOTISOVÁ, H. Specifika práce na oddělení pro klienty s dg. demence a Alzheimerova choroba. *Florence*, 2009, roč. 5, č. 3. s. 24- 26. ISSN 1801-464X.

38. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra s stres*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
39. KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006, 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
40. LENOCHOVÁ, E. Syndrom vyhoření u pečujících o rodinné příslušníky. *Sestra*. Praha: 2008. Ročník 18, číslo 5, str. 23. ISSN 1210-0404.
41. ONDŘICHOVÁ, L. *Pacienti s demencí nejsou drahoušci ani pašáci*. *Medical Tribune*. [on-line], 2008, [citováno 2011-30-07]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/12835>
42. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006, 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
43. PFIZER s.r.o. *Alzheimerova choroba v rodině*. 1 vyd. Olomouc: Maxdorf, 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.
44. PIDRMAN, V. *Demence*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007, 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
45. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1 vyd. Praha: Galén, 2005, 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
46. PLÍVOVÁ V. *Počet lidí s demencí roste, ministerstva připravují „Plán Alzheimer“*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online], 2010, [cit.2010-11-14] . Dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9599/07102010b.pdf>
47. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1 vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

48. MEDIAFAX. *Ve Strakonících vzniklo speciální oddělení pro lidi s Alzheimerovým onemocněním.* [on-line], 2011, [citováno 2011-05-07]. Dostupné z <http://www.jihoceskezpravy.cz/zpravodajstvi-strakonicko/ve-strakonících-vzniklo-specialni-oddeleni-pro-lidi-s-alzheimerovym-onemocnenim>.
49. MEDICAL TRIBUNE. *Šternberská LDN začala léčit s pomocí koček.* [on-line], 2008, [citováno 2011-05-07]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/3763-sternberska-ldn-zacala-lecit-s-pomoci-kocek>.
50. MEDICAL TRIBUNE. *Česko potřebuje více zařízení pro lidi s Alzheimerem* [on-line], 2008, [citováno 2011-05-07]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/2643-cesko-potrebuje-vice-zarizeni-pro-lidi-s-alzheimerem>.
51. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory.* 1 vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
52. MOTLOVÁ, L. *Péče o nemocného člověka s Alzheimerovou chorobou.* In: *Nové trendy v ošetrovatelství III. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí.* České Budějovice: ZSF JCU, 2004. s. 208-222. ISBN 80-7040-705-0.
53. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie.* 1 vyd. Praha: Galén, 2001, 621s. ISBN 80-7262-140-8.
54. RABOCH, J. et al. *Česká psychiatrie a svět.* In *Sborník přednášek a abstrakt V. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí.* 1 vyd. Praha: Galén, 2004, 303 s. ISBN 80-7262-273-0.
55. REKTOROVÁ, I., et al. *Kognitivní poruchy a demence.* 1 vyd. Praha: Triton, 2007. 190 s. ISBN 978-80-7387-017-1.

56. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1 vyd. Praha: Grada, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
57. SCINTO, L. F. M., DAFFNER, K. R. *Early diagnosis of Alzheimers disease*. 1. vyd. New Jersey: Humana Press, 2000. 359 s. ISBN 0-89603-452-6.
58. SVOBODA, M. *Citáty slavných osobností*. [on-line], 2010, [citováno 2011-30-07]. Dostupné z: <http://citaty.net/autori/william-shakespeare/?page=5>
59. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.
60. TIEFENBACHER, A. *Trénink paměti*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3177-3.
61. TISCALI. *Alzheimerova choroba, metla seniorů, může značně zatížit světovou ekonomiku*. [on-line], 2010, [citováno 2011-30-07]. Dostupné z <http://zeny.tiscali.cz/alzheimer-metla-senioru-muze-znacne-zatizit-svetovou-ekonomiku-88682>
62. TOŠNEROVÁ, H. Specifika práce na geriatrických a gerontopsychiatrických odděleních. *Florence*. Roč. 3, číslo 7-8, 2007, str. 326. ISSN 1801-464X.
63. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus, průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1 vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. 45s. ISBN 80-238-9506-0.
64. TUČEK, J., KRAMÁŘOVÁ, N. *Gerontopsychiatrie*. 2 vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2005, 55 str. ISBN 80-7040-829-4.
65. VÁLKOVÁ, M. et al. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. 1 vyd. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Praha. 2010. 83 str. ISBN 978-80-7421-021-1.

66. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematická situace v péči o seniory*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
67. ZGOLA, J., M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1 vyd. Praha: Grada, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

## **8. Klíčová slova**

Alzheimerova choroba

Alzheimercentra

Demence

Náročnost práce

Ošetrovatelská péče

Pacient

Paměť

Sestra

Syndrom vyhoření

## **9. Přílohy**

**Příloha 1:** Mini Mental State Examination (MMSE)

**Příloha 2:** Test hodin

**Příloha 3:** Ischemické skóre podle Hachinského

**Příloha 4:** Alois Alzheimer

**Příloha 5:** Augusta Deterová



## **Příloha 1** Mini - Mental State Examination (MMSE)

Za každý správně provedený úkol zatrhněte x, tj. 1 bod.

### **1. ORIENTACE - odpověď do 10 s**

*Položte nemocnému následující otázky*

- Které je roční období?
- Který máme nyní rok?
- Kolikátého je dnes?
- Který den v týdnu je dnes?
- Který je měsíc?
- Ve kterém jsme městě?
- Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- V jaké jsme zemi?
- Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení, kde jsme?
- V kolikátém jsme poschodí?

### **2. ZAPAMATOVÁNÍ**

“Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se vás na tyto předměty znovu zeptám.”

Bod přidejte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte vývary, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

**LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)**

"A nyní prosím tato slova opakujte."

### **3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ**

"Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete."

Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 86 79 72 65 (... ..)

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej: "Hláskujte pozpátku slovo POKRM."

Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M R K O P = 5 (... ..)

### **4. VYBAVOVÁNÍ**

"A teď, prosím zopakujte slova, která jsem vám před chvílí říkal." Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

### **5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU**

- "Co je to?" (ukážte hodinky)
- "Co je to?" (ukážte tužku)

### **6. OPAKOVÁNÍ**

Za odpověď celou větou přidejte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

"Opakujte!: "První pražská paroplavba." (...)

### **7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ**

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol: "Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem."

1. stupeň - uchopení papíru do pravice (...)

2. stupeň - přeložení papíru na polovinu (...)

3. stupeň - položení papíru na zem (...)

### **8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU**

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zároveň ho vyzvěte:

"Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!"

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy. (...)

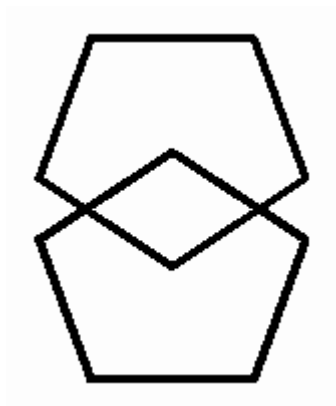
### **9. PSANÍ**

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej: "Napište libovolnou větu."

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

### **10. Malování podle předlohy**

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani roztřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.



Dosažené skóre .....

### ***HODNOCENÍ***

Maximální počet je 30 bodů.

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraniční nález, možnost demence
10 - 24 bodů	patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně
6 bodů	demence středního až těžkého stupně
6 a méně bodů	demence těžkého stupně

**Zdroj:** Mini - Mental State Examinatio. [on-line], 2007, [citováno 2011-30-07].

Dostupné z <http://www.poruchypameti.cz/test-mmse.html>

## Příloha 2. Test hodin

Dejte vyšetřovanému tužku a papír s předkresleným kruhem. Požádejte ho, aby doplnil všechna čísla tak, aby vznikl hodinový ciferník. Po nakreslení hodin ho poproste, aby doplnil ručičky ukazující čas jedenáct hodin deset minut (11:10).

Který obrázek se nejvíce podobá výtvoaru testovaného?



### Obr. 1: Negativní výsledek testu hodin

Riziko Alzheimerovy choroby pravděpodobně nehrozí. Doporučujeme Vám však projít také podrobnější MMSE test, případně si tento test znovu zopakovat za půl roku.

### Obr. 2-5: Tento výsledek naznačuje poruchu tzv. kognitivních funkcí.

Ta může souviset s počínající Alzheimerovou chorobou. Pokud se Alzheimerova choroba začne léčit včas, může se její průběh zlepšit. Váš blízký tak bude moci prožít ještě mnoho šťastných chvil a Vy si do budoucna usnadníte péči o něho. Doporučujeme Vám proto absolvovat odborné vyšetření u specializovaného lékaře.

**Zdroj:** Test hodin. [on-line], 2007, [citováno 2011-30-07]. Dostupné z <http://www.poruchypameti.cz/test-hodin.html>

### Příloha 3 Ischemické skóre podle Hachinského

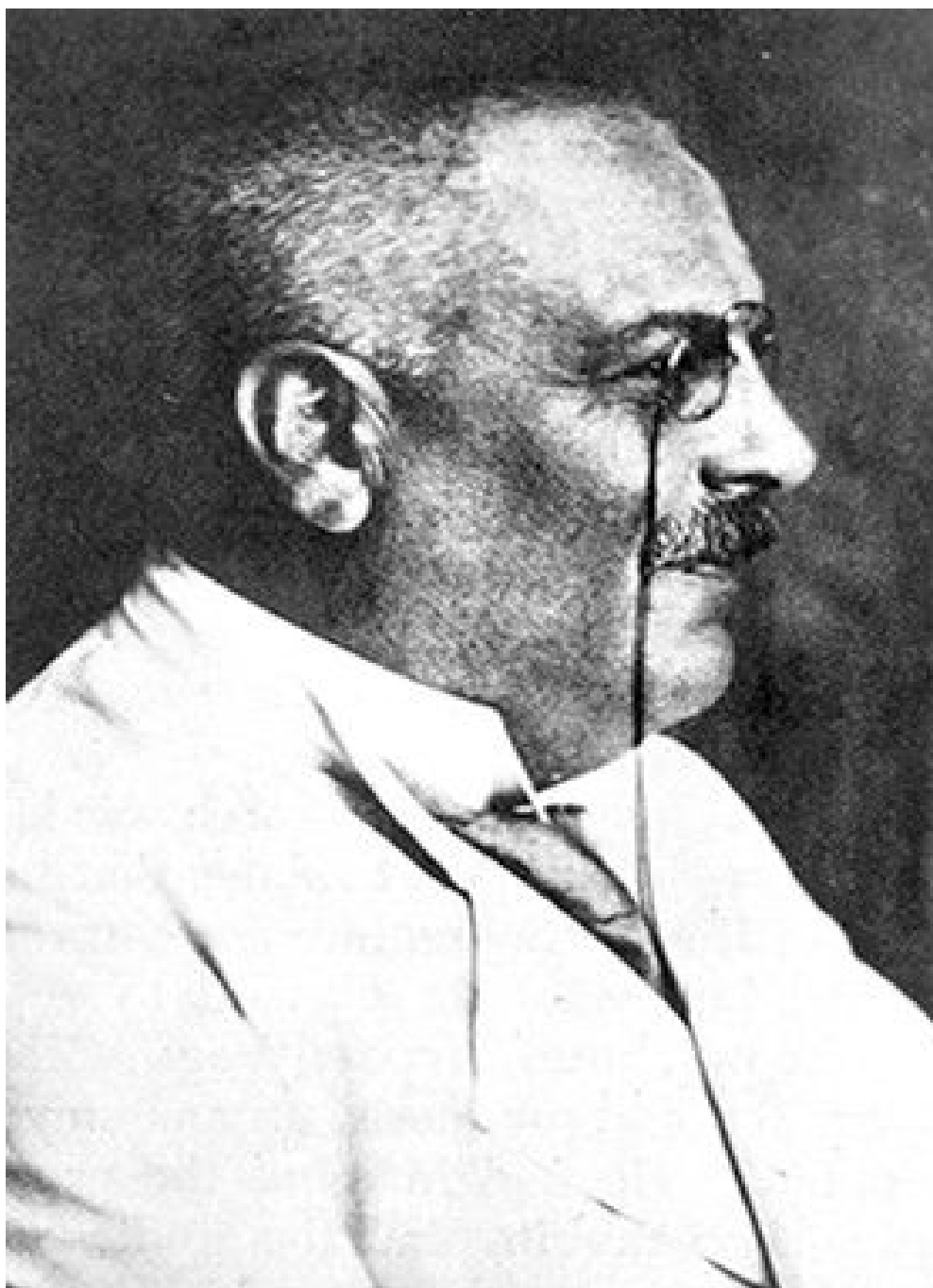
	<b>Klinický příznak:</b>	<b>Body:</b>
1.	Náhlý začátek	2
2.	Postupující deteriorace kognitivních schopností	1
3.	Fluktuující průběh	2
4.	Noční zmatenost	1
5.	Relativně zachovalá osobnost	1
6.	Deprese	1
7.	Somatické potíže	1
8.	Emoční labilita	1
9.	Hypertenze v anamneze či současnosti	1
10.	Cévní mozková příhoda v anamnéze	2
11.	Jiné známky (extracerebrální) aterosklerozy	1
12.	Ložiskové neurologické příznaky (motorické, fatické)	2
13.	Ložiskový neurologický nález (patologické reflexy, hemianopsie)	2
	Celkové skóre	

**Hodnocení:**

Hodnocení:	
0 – 4 body	Pravděpodobně jde o Alzheimerovu demenci
5 – 6 bodů	Nediskriminující skóre,může jít o smíšenou demenci
7 a více bodů	Pravděpodobně jde o demenci vaskulárního typu

**Zdroj:** PIDRMAN, V. *Demence*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007, 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

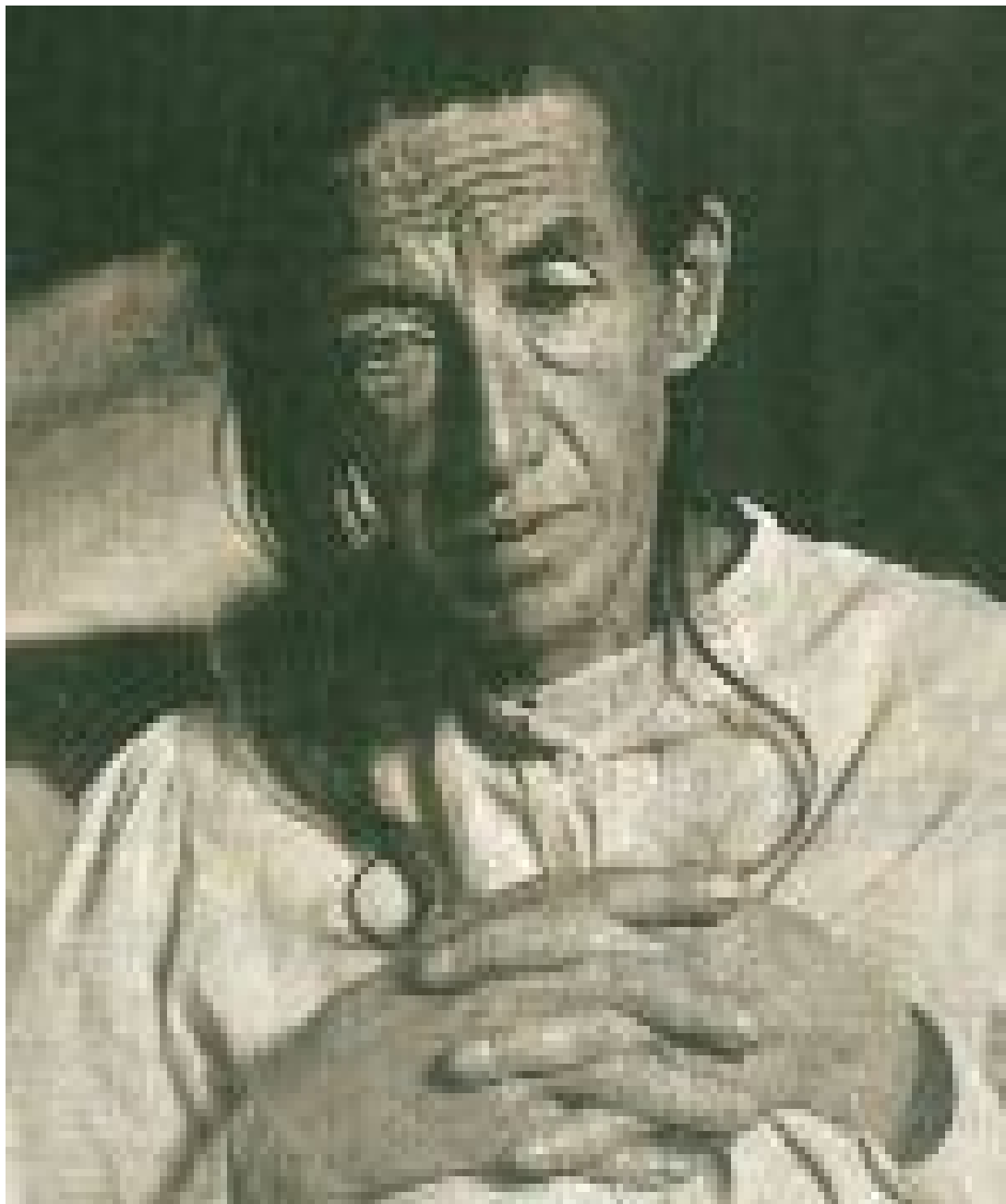
#### Příloha 4 Alois Alzheimer



**Zdroj:** HADRAVA, L. *Alois Alzheimer – dal jméno nemoci, kterou doposud nikdo nedokáže vyléčit.* [on-line], 2010, [citováno 2011-30-07]. Dostupné z <http://www.ct24.cz/veda-a-technika/110351-alois-alzheimer-dal-jmeno-nemoci-kerou-doposud-nikdo-nedokaze-vylecit/>



**Příloha 5** Augusta Deterová



**Zdroj:** HADRAVA, L. *Alois Alzheimer – dal jméno nemoci, kterou doposud nikdo nedokáže vyléčit.* [on-line], 2010, [citováno 2011-30-07]. Dostupné z <http://www.ct24.cz/veda-a-technika/110351-alois-alzheimer-dal-jmeno-nemoci-ktou-doposud-nikdo-nedokaze-vylecit/>