

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Péče o klienta s Alzheimerovou demencí

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Klára Kubartová

Autor práce:

Zdeňka Štefllová

2012

Abstract

The title of this bachelor thesis is “Care for a Client with Alzheimer’s Dementia”. Alzheimer’s dementia is characterised as a progressive neurodegenerative process. This disease is known as the fourth major cause of death, just after ischemic heart disease, tumours and cerebrovascular accidents. Alzheimer’s dementia affects most often people above 65 and it is a demanding disease from medical, social, economic and psychological point of view. It is called “Silent Epidemic”.

The theoretical part is focused on Alzheimer’s disease, its causes and symptoms, medical examination methods and treatment. Then this part describes the role of a nurse and the specifics of the treatment in the areas of nutrition, safety, communication, rehabilitation, hygiene, dressing, evacuating and cooperation with the family.

In the practical part the quantitative and qualitative research was carried out. The aim of the research was to find out about the knowledge of nursing staff regarding the specifics of the nursing care for a client suffering from Alzheimer’s dementia in the hospital of Jihlava. To collect data from the nursing staff, an anonymous questionnaire was used. The research was carried out from February to March 2012.

The objective of the qualitative research was to find out what the relatives expect from the nurses caring for clients with Alzheimer’s dementia in the hospital of Jihlava. To achieve the above mentioned objective, the method of questioning was applied together with the technique of an unstandardized interview. 6 nurses were interviewed. The research was carried out during February and March 2012.

Based on the questionnaires I found out that the nursing staff is familiar with the issue of the specifics of the care for a client suffering from Alzheimer’s dementia. The research also revealed that the nurses who work at the Department of shut-ins have a frequent contact with clients with Alzheimer’s dementia and thus, they have experience in caring for them.

The assessed interviews have shown that caregivers let the client hospitalized in case they are overloaded, not able to provide proper care and also in case the client's flat is being adjusted or if a caregiver goes on holiday. If a client is not able to do something or needs help, families expect the nurse to help the client. It is evident the caregivers do not expect the nursing staff to do miracles. They "only" wish that the client's health state did not get worse during the client's stay in hospital. Persons, who look after the client for a short time, do not have enough information about the disease, its progress and essential care and they expect from the nursing staff too much.

The bachelor's thesis will become the basis for the lectures within the colloquium in the hospital of Jihlava and also for elaborating of standards in the procedure of care for a client with Alzheimer's dementia. I have created the information material which contains ten basis points in each of the areas of care.

Abstrakt

Bakalářská práce má název Péče o klienta s Alzheimerovou demencí. Alzheimerova demence je charakterizována jako postupný neurodegenerativní proces. Je označována za čtvrtou hlavní příčinu smrti hned po ICHS, nádorech a CMP. Tato demence postihuje nejčastěji populaci ve věku nad 65let. Patří k náročnému onemocnění ze zdravotního, sociálního, ekonomického a psychického hlediska. Říká se jí „Tichá epidemie“.

Teoretická část je zaměřena na Alzheimerovu chorobu, její příčiny, příznaky, vyšetřovací metody a léčbu. Dále popisuje roli sestry a specifika ošetrovatelské péče v oblastech výživy, bezpečnosti, komunikace, rehabilitace, hygieny, oblékání, vyprazdňování a spolupráce s rodinou.

V praktické části jsem prováděla kvantitativní a kvalitativní šetření. Cílem kvantitativního šetření bylo zjistit informovanost sester o specifikách ošetrovatelské péče o klienta s Alzheimerovou demencí v Nemocnici Jihlava. K realizaci šetření jsem použila sběr dat formou anonymního dotazníku, jež byl určen sestřím pracujících v Nemocnici Jihlava. Šetření probíhalo od února do března 2012.

Cílem kvalitativního šetření bylo zjistit očekávání příbuzných od sester pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí v Nemocnici Jihlava. Pro splnění cíle jsem použila metodu dotazování, techniku nestandardizovaného rozhovoru u šesti pečujících osob. Šetření probíhalo během února a března 2012.

Ze zpracovaných dotazníků jsem zjistila, že se sestry v Nemocnici Jihlava orientují ve specifikách péče o klienta s Alzheimerovou demencí. Dále z dotazníků vyplynulo, že sestry pracující na oddělení dlouhodobě nemocných přichází do kontaktu s klientem trpícím AD denně a tudíž mají zkušenosti s jeho péčí.

Ze zpracovaných a vyhodnocených rozhovorů bylo zjištěno, že pečující osoby nechávají klienta hospitalizovat při přetížení, nezvládnání péče a ze sociálního důvodu, jakým je úprava bytu pro nemocného či odjezd na dovolenou. Rodiny očekávají, že

pokud klient něco nezvládá či potřebuje při úkonu pomoc, tak mu sestra pomůže. U pečujících osob, které se starají o klienta delší dobu, je patrné, že od zdravotnického personálu neočekávají zázraky. Chtějí „pouze“, aby nedošlo ke zhoršení stavu klienta po dobu hospitalizace. Osoby, které pečují o klienta kratší dobu, nemají dostatek informací o chorobě, jejím průběhu a potřebné péči, od ošetřovatelského personálu tak očekávají nemožné.

Bakalářská práce bude sloužit jako podklad přednášky v rámci ústavního semináře v Nemocnici Jihlava a k vypracování standardu v postupu o péči o klienta s Alzheimerovou demencí. Vytvořila jsem informační materiál, který obsahuje 10 základních bodů v jednotlivých oblastech péče.

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – 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 studentky

Poděkování

Děkuji Mgr. Kláře Kubartové za odborné vedení a poskytnutí cenných rad při zpracování této bakalářské práce. Mé velké díky pečujícím osobám za spolupráci při rozhovorech a sestřám Nemocnice Jihlava za poskytnutí informací, které přispěly ke zpracování praktické části této bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu po celý čas studia.

Obsah

Úvod	10
1. Současný stav	11
1.1 Demence	11
1.2 Alzheimerova demence	12
<i>1.2.1 Příčina Alzheimerovy demence</i>	<i>13</i>
<i>1.2.2 Příznaky</i>	<i>14</i>
<i>1.2.3 Vyšetřovací metody.....</i>	<i>16</i>
<i>1.2.4 Léčba.....</i>	<i>17</i>
1.3 Role sestry a specifika ošetrovatelské péče	18
<i>1.3.1 Sestra a výživa klienta s demencí</i>	<i>19</i>
<i>1.3.2 Sestra a bezpečnost klienta s demencí</i>	<i>20</i>
<i>1.3.3 Sestra a komunikace s klientem trpícím demencí</i>	<i>20</i>
<i>1.3.4 Sestra a rehabilitační ošetrovatelství</i>	<i>21</i>
<i>1.3.5 Sestra a kognitivní rehabilitace</i>	<i>22</i>
<i>1.3.6 Sestra hygiena, oblékání klienta s demencí.....</i>	<i>24</i>
<i>1.3.7 Sestra a vyprazdňování klienta s demencí</i>	<i>24</i>
<i>1.3.8 Sestra a spolupráce s rodinou</i>	<i>25</i>
1.4 Česká alzheimerovská společnost	27
2. Cíle práce	28
2.1 Cíl práce	28
2.2 Hypotéza.....	28
2.3 Výzkumná otázka	28
3. Metodika	29

3.1 Metody a techniky sběru dat	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4. Výsledky.....	31
4.1 Výsledky kvantitativního šetření	31
4.2 Výsledky kvalitativního šetření	48
5. Diskuse	60
6. Závěr	65
7. Seznam použitých zdrojů	67
8. Klíčová slova.....	71
9. Seznam příloh.....	72

Úvod

Neustále okolo sebe slyším, že populace stárne a posunuje se věková hranice obyvatelstva. To sebou samozřejmě také přináší nemoci postihující seniory. Jednou skupinou z nejčastějších onemocnění jsou demence, mezi které patří Alzheimerova choroba. Toto onemocnění patří k hlavním zdravotnickým a socioekonomickým problémům naší doby. Jde o závažné onemocnění, kdy dochází k mozkové atrofii a zániku mozkových buněk. V počátečním stádiu také dochází k poruše krátkodobé paměti, které se projeví zapomínáním, ztrácením věcí. V pokročilém stádiu dochází k poruše dlouhodobé paměti. Klient nepoznává své příbuzné, nezvládá péči o sebe samu. Péče o člověka postiženého Alzheimerovou chorobou je velmi náročná jak na ošetrovatelský personál, pokud je klient hospitalizován, tak na členy rodiny, kteří o něj pečují v domácím prostředí.

Myslím si, že obě tyto stránky mohu posoudit. Pracuji jako zdravotní sestra na oddělení dlouhodobé péče, kde se s klienty postiženými Alzheimerovou chorobou setkávám denně. Zároveň spolu s rodinou pečují o babičku, u které před dvěma lety diagnostikovali Alzheimerovu chorobu. Tato nemoc nesporně zasáhla do chodu celé naší rodiny. Proto výběr tématu bakalářské práce byl pro mě jasný. Cílem práce bylo zjistit, zda jsou sestry informovány o specifikách ošetrovatelské péče u klienta trpícího Alzheimerovou demencí a co očekávají příbuzní od sester, které o tohoto klienta pečují. V praktické části jsem provedla kvantitativně-kvalitativní šetření pomocí dotazníku pro sestry a rozhovoru s příbuznými.

Na základě získaných informací bych chtěla, aby výstupem mé bakalářské práce byl standard Péče o klienta trpícího Alzheimerovou demencí, který napomůže ošetrujícímu personálu poskytnout lepší a kvalitnější péči. Pro pečující osoby bych chtěla vytvořit informační materiál, který poskytne základní rady v jednotlivých oblastech péče.

1. Současný stav

1.1 Demence

Demence je závažné onemocnění mozku. Dochází k degenerativním změnám v mozkové tkáni. Demence se rozvíjí nenápadně, plíživě. Projeví se snížením úrovně paměti a poznávacích funkcí. Mezi tyto funkce patří pozornost, vnímání, řečová schopnost, schopnost plánování, provedení a zhodnocení. Demence se stávají častějším onemocněním u seniorů než diabetes mellitus. Dělí se na tři základní skupiny. První se označuje jako atroficko – degenerativní. Pro tuto skupinu demencí je charakteristické snížení počtu a funkčnosti nervových buněk. Dochází k tvorbě a ukládání patologické bílkoviny. Patří sem Alzheimerova demence, demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtonova chorea. Druhá skupina je nazývána ischemicko – vaskulární. Jedná se o skupinu demencí, které vznikají jako důsledek cévního postižení mozku. Dochází ke kombinaci faktorů vedoucích k zhoršení prokrvení a okysličení mozkové tkáně. Nejčastějším podkladem bývají mnohočetné drobné mozkové infarkty. Může se však také jednat pouze o jeden rozsáhlý mozkový infarkt, jenž zasáhne důležitou oblast mozku. Do této skupiny demencí patří vaskulární demence, multiinfarktová demence. Třetí velkou skupinou jsou sekundární demence. Tato nemoc má příčinu v jiných chorobách např. infekční onemocnění, intoxikace, poranění mozku, nádory mozku. K těmto onemocněním patří demence infekční, metabolické, traumatické etiologie. Existují onemocnění, které lze s demencí zaměnit, jedná se o deprese, deliria, užívání drog (psychofarmaka, alkohol, hašiš, cytostatika), endokrinopatie (hypofunkce či hyperfunkce štítné žlázy), metabolické poruchy (encefalopatie u cirhózy, urémie), nádory mozku, působení toxinů (těžké kovy olovo, rtuť, hliník, rozpouštědla toulén), trauma hlavy, infekce mozku (8, 10, 11, 13).

Mezi rizikové faktory patří vyšší věk. Demence se může vyskytnout v jakémkoli věku. Před 60. rokem života se tato nemoc objevuje poměrně vzácně. S přibývajícím věkem se vyskytuje častěji. Dalším rizikovým faktorem je pohlaví. Některé studie prokázaly, že ženy jsou více ohroženy Alzheimerovou chorobou než muži. Velkou roli také hrají genetické faktory, demence v rodinné anamnéze, úrazy hlavy. Bylo

zaznamenáno, že boxeři v důsledku častých poranění hlavy jsou ohroženi vznikem demence. K dalším faktorům patří Downův syndrom, deficit vitamínu B12, nízká duševní aktivita, kouření. Studie ukázaly, že lidé, kteří kouří, mají nejen zvýšené riziko kardiovaskulárních chorob, ale i vyšší riziko vzniku demence. Dalším rizikovým faktorem je uváděno dosažené nižší vzdělání. Studie prokázaly, že lidé s vyšším vzděláním mají vyšší hustotu synaptických spojení, tudíž byl u nich zjištěn nižší výskyt demencí (7, 28).

1.2 Alzheimerova demence

Alzheimerova demence je charakterizována jako postupný neurodegenerativní proces. Je označována za čtvrtou hlavní příčinu smrti hned po ICHS, nádorech, CMP. Tato demence tvoří 50 - 60% ze všech demencí ve stáří. Postihuje nejčastěji populaci ve věku nad 65let. V tomto věku jí trpí 2 lidé ze sta, ve věku 80let je to každý pátý. Odhady hovoří o 17 – 25 miliónů lidí trpících Alzheimerovou demencí na celém světě. V Evropské unii se uvádí 5 – 6 miliónů postižených (3, 8, 11, 25).

Typickými příznaky je mozková atrofie a zánik mozkových buněk (příloha č. 1). První popsal Alzheimerovu demenci Alois Alzheimer. Ten v roce 1907 přednesl na konferenci v Tübingenu v jihozápadním Německu případ o neobvyklé poruše cerebrálního kortexu. Zde poprvé veřejně představil případ Augusty D., tato pacientka trpěla zvláštní formou demence. Přetrvávala u ní porucha paměti, neschopnost orientovat se v čase a prostoru. Měla problém se čtením a psaním. Po její smrti provedl doktor Alzheimer analýzu jejího mozku, kde zjistil obrovské množství zvláštních útvarů v místech, kde před tím byly neurony (14, 19).

Alzheimerova demence patří k náročnému onemocnění ze zdravotního, sociálního a ekonomického hlediska. Říká se jí „Tichá epidemie“. Tato choroba neovlivňuje jen postiženého, ale i jeho okolí. V pokročilém stádiu onemocnění klient vyžaduje péči druhé osoby, ať už jde o příbuzné, profesionálního pečovatele či péče v instituci (10).

Alzheimerova choroba má dvě formy – familiární a sporadickou. Familiární forma se vyskytuje po 50. roce života, ve Světě je přítomna v 5–ti %. Výzkum prokázal genetický vliv. Sporadická forma se vyskytuje v 80–ti % případů. Jde o typické onemocnění ve vyšším věku (8).

1.2.1 Příčina Alzheimerovy demence

Alzheimerova demence může mít časný a pozdní začátek. Příčina časného začátku byla určena jako genetická změna na dlouhém raménku 21, 14, 1 chromozomu. Tyto mutace vedou ke spuštění a ukládání bílkoviny beta-amyloidu. U pozdního začátku byly zjištěny změny na chromozomu 19. Avšak u některých klientů se tyto genetické změny neprokázaly. Je tedy jasné, že příčinou Alzheimerovy choroby nejsou jen genetické faktory, ale podílí se i jiné příčiny např. vedlejší účinky léků, problémy se štítnou žlázou, zvýšený příjem alkoholu, deprese, poškození mozku úrazem či růstem nádoru (3, 7).

U Alzheimerovy demence dochází k degeneraci a degradaci neuronů cholinergního systému v bazálních úsecích předního mozku. Dochází k zúžení mozkových závitů, dilataci mozkových komor, atrofii mozkových struktur. Na CT snímku jsou anatomické změny mozku při Alzheimerově demenci podobné se změnami doprovázející stárnutí. U stárnutí dochází z 15–ti % k atrofii neuronů v čelní kůře, z 10-ti % k poklesu neuronů ve spánkové kůře. Obecná inteligence zůstává nezměněna a logické myšlení se nezhoršuje. U Alzheimerovy demence dochází k atrofii neuronů v čelní kůře o 40 – 60%, ve spánkové kůře o 40 – 78%. Každá nervová buňka má unikátní funkci, kterou vykonává pouze ona sama. Každá část mozku tedy má specifickou funkci a všechny tyto funkce musí pracovat koordinovaně, aby mozek správně fungoval. Klasickými znaky Alzheimerovy demence jsou senilní plaky, které se ukládají v prostorách mimo nervové buňky. Jedná se o nepravidelné okrouhlé tvary, které obsahují bílkovinu β -amyloid. Čím více plaků v určité oblasti mozkové kůry, tím více je mozková oblast postižena. β -amyloid vzniká z bílkoviny, která je v mozkových buňkách přítomna a za normálních okolností je tělu vlastní. Tato bílkovina se nazývá amyloidový prekurzorový protein. Ten je za normálních okolností štěpen enzymem

alfa-sekretázou na krátké rozpustné fragmenty. Za patologických podmínek Alzheimerovy choroby je amyloidový prekurzorový protein štěpen enzymy beta a gama sekretázami. Ty vytváří delší fragmenty. Tyto fragmenty neplní své úkoly, srážejí se a vzniká β -amyloid. Další změna se odehrává přímo v neuronech. Vznikají neuronální klubka = tangles (jsou tvořeny shluky proteinu Tau). Protein Tau se normálně nachází v axonech a podílí se na výstavbě neurotubulů. Při Alzheimerově demenci dochází ke shlukování Tau proteinu do klubek. Dále dochází ke zkracování vláken a ztrátě jejich funkce. Postižené neurony zanikají. První oblast, kde začínají nervové buňky odumírat, se nachází v blízkosti hippocampu. Hippocampus je centrem paměti. Alzheimerova nemoc postupně ničí jednotlivé funkce mozku a ty, které zbývají, je třeba procvičovat. Jak Alzheimerova nemoc postupuje, poškození se posouvá z hippocampu do spánkového laloku. Dojde tak k tomu, že klient má potíže při řeči najít správný výraz. V pokročilém stádiu dochází k poškození neuronů v čelním laloku. Nemocný tak ztrácí schopnost úsudku, logického uvažování. Začíná se chovat nevhodně a pro společnost nepřijatelně. Ztrácí schopnost „civilizovaného chování“ (4, 8, 10, 11, 14, 20).

1.2.2 Příznaky

První příznaky se dají zaměnit s roztržitostí a připomínají běžné známky stárnutí. Proto je nutné zjistit, zda problémy klienta nemají jiné příčiny. Je-li u klienta přítomen úpadek poznávacích procesů a jsou-li vyloučeny všechny příčiny, může lékař předběžně stanovit diagnózu, Alzheimerova nemoc. U Alzheimerovy demence dochází k postižení osobnostních rysů, ztrátě etických a estetických pravidel, návyků, zvyklostí a zájmů. Její vývoj se rozděluje do tří stádií – rané, mírné, pokročilé (3, 4, 17).

K příznakům raného stádia patří nejčastěji postižení paměti. Klienti mají potíže s učením nových informací, udržením a opětovným vybavením těchto informací. Z počátku je porucha krátkodobé paměti, dlouhodobá paměť bývá dlouho zachována. Časně se vyvíjí porucha soudnosti a logického uvažování. Dalším příznakem je porucha řeči. V počáteční fázi jde o zhoršování plynulosti řeči. Komunikace s nemocnou osobou může být obtížná. Velmi časně je porušena pragmatická (dlouhé pomlky, poruchy chápání) a sémantická (omezení slovní zásoby) jazyková schopnost. Klient hledá

správná slova. Dalším příznakem je ztráta motivace a iniciativy, ztráta zájmu o koníčky a oblíbené činnosti, zhoršuje se obrazová představivost, schopnost abstraktního vnímání. Často se v tomto stádiu choroby objevují poruchy nálady, hlavně deprese. Jedná se o období, kdy klient své problémy minimalizuje nebo je popírá. Využívá k tomu bohatou zásobu výmluv a lží, v nichž klame sebe i okolí. Klient může žít samostatně, za předpokladu pravidelného dohledu (4, 8, 11, 16, 18, 24, 28).

Příznaky mírného stádia choroby můžeme popsat jako nutnost dohledu a dopomoci při běžných aktivitách. Toto stádium trvá zhruba 2-10let. Pro personál či pečující rodinu je to nejnáročnější období. Klient se špatně orientuje v čase a místě. Ztrácí se ve známém prostředí. Potřebuje dopomoci při běžných denních aktivitách. Mění se osobnost a temperament klienta. Často se v této fázi objevují bludy a halucinace. Klienti jsou neklidní, často trpí nespavostí. Tyto problémy je často v doprovodu rodiny přivádí k lékaři. Typické u Alzheimerovy demence jsou paranoidní bludy. Klient má pocit, že je sledován, okrádán. Často tvrdí, že jej chtějí příbuzní otrávit, dávají mu jed do jídla. Klient má zhoršenou prostorovou orientaci, není schopen překreslit trojrozměrný obraz. Také přestává být schopen nakládat s penězi a zvládat běžné činnosti. V průběhu Alzheimerovy choroby dochází ke změně sexuálního chování nemocného. Tyto změny, např. nepřiměřené sexuální požadavky mohou pečující osobu nepříjemně zaskočit (4, 8, 16, 18, 24, 28).

V pokročilém stádiu choroby klient potřebuje hlavně ošetrovatelskou péči, jelikož začínají slábnout a selhávat ostatní tělesné funkce. Tito klienti potřebují kvalifikovanou a laskavou péči od ošetrovatelského personálu a podporu od své rodiny. Klient zapomíná i dávne zážitky z minulosti, jména i obličeje blízké rodiny. V pozdější fázi dochází k rozpadu struktury vět až afázii. Klient ztrácí schopnost mluvit i rozumět. Ovšem schopnost porozumět jednotlivým pokynům zůstává dlouho zachována. Klient často trpí inkontinencí moči i stolice, špatně chodí a často bývá upoután na lůžko. Z 75-ti % klient s Alzheimerovou demencí trpí podezíravostí, ze 40-ti % bludy, z 25-ti % halucinacemi, z 50-ti % poruchami spánku, z 80-ti % agresí. Alzheimerova choroba končí smrtí. Od objevení prvních příznaků do smrti uběhne zhruba 7 - 10let. Klienti

umírají ne na demenci, ale na komplikace například bronchopneumonie, úrazy (4, 11, 18, 24, 28).

1.2.3 Vyšetřovací metody

Včasné rozpoznání demencí je nedostatečné. Příznaky jsou vysoce individuální a začátek choroby může probíhat skrytě. Včas se zjistí ve 20-ti % případů. V 80-ti % je demence diagnostikována až v pokročilých stádiích. Test, kterým by bylo možné u živého člověka jednoznačně stanovit diagnózu Alzheimerova nemoc, neexistuje. 100% jistotu máme až po smrti, kdy je provedena pitva. Ta odhalí charakteristické plaky v mozku. U živého člověka je lékař schopen stanovit diagnózu Alzheimerova nemoc pomocí anamnézy a testů na 90% (3).

K základním vyšetřovacím metodám patří kvalitně odebraná anamnéza nejen od postiženého ale i od jeho rodiny. Zde je nutné zjistit věk, první výskyt příznaků, dále úrazy hlavy, mozkové příhody, onemocnění srdce, diabetes mellitus, přítomnost neurologických či psychických poruch v rodině a užívání léků ovlivňujících paměť. Na stanovení spolehlivé klinické diagnózy by měly být příznaky přítomny minimálně 6 měsíců. Lékař společně se sestrou se snaží zjistit přítomnost podobného onemocnění v rodině, přesný příbuzenský vztah a průběh choroby. Dále sledují hodnocení mentálního stavu, fyzikální vyšetření. Provádí interní vyšetření, měří fyziologické funkce, sledují kardiální funkce a stav výživy. Také je zapotřebí neurologické vyšetření. Lékař za pomoci sestry jím zjišťuje výpadky funkcí, reflexy, poruchy chůze a rovnováhu klienta. Z laboratorních vyšetření se doporučuje biochemický screening – FW, KO+diff., moč K+C+sediment, urea, krea, minerály, gly, JT, albumin, celková bílkovina, TSH, T3, T4. Mezi zobrazovací metody patří EEG (ukáže změnu mozkové aktivity), SONO karotid, RTG lebky, CT, NMR (ukáže úbytek mozkové tkáně, změny prokrvení, přítomnost patologických útvarů), SPECT (příloha č. 2), PET (zjistí průtok krve mozkem), EKG. Diagnostika kognitivních funkcí se provádí standardizovanými testy. Nejznámější jsou MMSE = Mini-Mental State Examination. Jedná se o test, který trvá 10 – 15 minut. Obsahuje 30 otázek. Tento test zhodnotí orientaci, paměť a pozornost. Skóre nižší než 25 znamená, že je u klienta přítomna porucha poznávacích

funkcí (příloha č. 3). Dalším v praxi hodně používaným je Clock test – jedná se o test kreslení hodin. Klient má za úkol během 5 – 10 minut nakreslit hodiny a určit ručičkami čas například 13.50h (příloha č. 4). Mezi další známé testy patří ACE-R = Addenbrookský kognitivní test a BCRS = Brief Cognitive rating scale. Jedná se o test k vyšetření kognitivních funkcí. Test trvá 20 minut a vyšetří schopnost koncentrace, novopaměť i staropaměť, orientaci a soběstačnost. Dále se využívají testy k hodnocení celkových funkčních schopností. Do této skupiny patří IADL test = instrumentální test činností a ADL test = test základních všedních činností (příloha č. 5). Jako poslední je také nutné psychiatrické vyšetření, které odhalí psychický stav klienta. Zda netrpí depresi či úzkostnými stavy. K stanovení diagnózy Alzheimerova nemoc musí být zjištěna demence klinickým vyšetřením a testem duševního zdraví. Musí být přítomen deficit ve dvou oblastech poznávání. U klienta dochází k progresivnímu zhoršování paměti, není však narušeno vědomí. Počátek příznaků bývá obvykle po 65. roce (1, 16, 18, 20, 25, 27).

1.2.4 Léčba

Klient přichází k lékaři nejčastěji až na popud příbuzných, často s rozvinutými příznaky choroby. V současné době existují léky určené k léčbě Alzheimerovy choroby, které ale nevedou k jejímu vyléčení. Léčba je zaměřena na zmírnění kognitivních a nekognitivních příznaků, na zpomalení průběhu choroby a na udržení co nejdelší soběstačnosti klienta. Pokud je klient s demencí hospitalizován, potřebuje komplexní péči – lékařskou, ošetrovatelskou, rehabilitaci fyzickou i mentální aktivizaci, odbornou ergoterapii a nutriční péči. Léčbu můžeme rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou (6, 22).

Farmakologická léčba zpomalí progresi onemocnění až o 4 roky. Lékem první volby jsou inhibitory cholinesteráz (ICHE). Na trh byly uváděny postupně v 90. letech minulého století. ICHE sice nezabrání úbytku mozkových buněk, ale vedou ke zvýšení acetylcholinu v mozku a tak zlepšují jeho fungování. Léčba zpomaluje ztrátu soběstačnosti a tím i zátěž na pečovatele. Nejznámější léky jsou Aricept, Exelon, Reminyl. Zdravotní pojištění hradí léčbu pouze u mírné a pokročilé fázi Alzheimerovy

demence s hodnotou MMSE 13 – 25 bodů. Léky ovlivňují nejen kognitivní funkce, ale i poruchy chování, vnímání a běžné činnosti života. Po nasazení léčby z inhibitorů acetylcholinesterázy dochází ke zlepšení stavu většiny pacientů. Nedostatečný efekt může být způsoben neúčinným kognitivem nebo chybně stanovenou diagnózou. Druhým lékem jsou blokátory glutamátových receptorů (Ebixa = Memantin). Blokáda memantinem vede ke stabilizaci nervových buněk. Podává se v těžkých stádiích demence. Další skupinou léků podávaných při demenci jsou nootropika. Tyto léky zlepšují mozkový metabolismus a zvyšují okysličení CNS. Při léčbě demencí se také podávají vitamíny. Nejčastěji se jedná o Vitamín C a E. Při léčbě Alzheimerovy demence se lékař také zaměřuje na symptomy, které mohou klienta diskriminovat. Tyto poruchy koriguje podáváním antidepresiv, případně anxiolytik. Odborníci se stále snaží nalézt lék na Alzheimerovu chorobu. Mluví se o používání kmenových buněk či očkování proti Beta-amyloidu. Ovšem tyto metody jsou zatím ve fázi výzkumu (1, 11, 13, 14, 19, 20, 25, 29, 31).

Nefarmakologická léčba je zcela v režii ošetrovatelského personálu. Podílí se na ní sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut a samozřejmě pomocný personál. Základem této léčby je edukace. Klient trpící demencí a jeho rodina dostává informace o úpravě životosprávy, komunikaci mezi sebou, rehabilitaci, změně režimu zaměřeném na pravidelnost denních činností, dodržování odpočinku a spánku, navození pocitu bezpečí (28).

1.3 Role sestry a specifika ošetrovatelské péče

V praxi se můžeme setkat s klientem trpícím Alzheimerovou demencí na jakémkoli oddělení. Uspokojení potřeb těchto klientů je velmi náročné. Cílem ošetrovatelských intervencí je uchránit psychickou výkonnost klienta před rychlým úpadkem. Hlavní role sestry je poskytovatelka ošetrovatelské péče. Sestra řídí a poskytuje ošetrovatelskou péči klientovi či rodině formou ošetrovatelského procesu. Další činnost, kterou zastává, je poradenství. Sestra poskytuje klientovi, rodině informace na přiměřené úrovni z oblasti udržení a obnovy zdraví. Role sestry také obnáší spolupráci se zbytkem ošetrovatelského týmu, tj. plánování, organizování a

vyhodnocování poskytnuté ošetrovatelské péče. V nemalé míře se sestra podílí na rozvoji ošetrovatelské péče jako výzkumnice. Pomáhá zavádět nové způsoby práce, určuje oblasti výzkumu s cílem zvýšit vědomosti a zručnost v poskytování péče. Zároveň dbá na dodržování práv pacientů (příloha č. 6). Pobyt v nemocnici může klienty s demencí děsit a negativně ovlivňovat jejich chování. Sestry pečující o osoby trpící demencí proto potřebují další školení a vzdělávání na toto téma. V zahraničí problémy ošetrovatelské péče související s demencí začali řešit pomocí interaktivních školicích sezení, která jsou zaměřena na zvyšování vědomostí zdravotníků o demenci a následně tak pomohou zlepšit přístup personálu k nemocnému (1, 5, 9).

1.3.1 Sestra a výživa klienta s demencí

V počátečním stádiu choroby je důležitá úprava životosprávy a sledování tělesné váhy alespoň 1x týdně. Sestra klientovi i jeho rodině doporučuje vyloučit stravu s vysokým obsahem tuků a cukrů. Klientovi by měla být podávána strava lehce stravitelná a vyvážená s dostatečným množstvím vitamínů a vlákniny, přizpůsobená jeho individuálním potřebám. Ošetrovatelský personál se snaží předcházet malnutrici a dehydrataci. V počáteční fázi choroby je třeba soustředit se a podporovat schopnosti a dovednosti, které jsou nedotčeny, zvláště pak samostatnost klienta. Jednou z oblíbených možností aktivizace u lidí s demencí je terapeutické vaření. Využívá dovedností, které jsou uloženy v dlouhodobé paměti. Jsou natolik zautomatizovány, že klientům nedělají potíže. Klienti jsou díky úkolu nuceni více komunikovat a spolupracovat mezi sebou. Následnou konzumaci pak berou jako příjemné posezení. Sestra klienta i rodinu seznámí s možností užívání talířů a hrníčků z plastu. Toto nádobí má v dnešní době lákavý design a rodina ocení jeho nerozbitnost. V pozdní fázi choroby klient neví, co má s jídlem dělat. Zapomíná jíst i pít, přestává mít pocit hladu a žízně. Často se objevují potíže s polykáním či problémy s chrupem. I v této fázi se sestra snaží o zachování soběstačnosti co nejdéle. V době jídla jej posazuje ke stolu, přímo před klientem upravuje jídlo na malé kousky, aby je mohl jíst sám lžící. Pokud to klient již sám nezvládá, nastupuje ošetroující personál, který mu pomůže. Jde o jídlo mleté či mixované (příloha č. 7). Při krmení klienta dodržuje zásadu nepospíchat a dopřát mu požitek

z jídla. Zároveň dbá na jeho hydrataci. Klient ztrácí pocit žízně a hrozí mu dehydratace. Dle ordinace lékaře lze zavést parenterální či enterální výživu, která závisí na jeho aktuálním zdravotním stavu. Klientovi a zvláště rodině sestra doporučuje podávání doplňkové výživy formou sipping – popíjení speciálních nutričních nápojů se zvýšeným obsahem bílkovin (4, 8, 21, 22).

1.3.2 Sestra a bezpečnost klienta s demencí

Vzhledem ke změnám fyzickým i psychickým u klientů s Alzheimerovou demencí musí ošetrovatelský personál minimalizovat rizika pádů a poranění. Klient v počátečním stádiu choroby se pohybuje samostatně. Mobilita se ale postupem choroby zhoršuje a chůze se stává nejistou, vrávoravou. Klient často trpí závratěmi. Ošetrovatelský personál se snaží zajistit bezpečnost na pokoji tím, že odklidí všechny předměty, které by mohly způsobit pád. Pokoj je nutno dobře osvětlit. Pádům je možné předejít i používáním vhodných kompenzačních pomůcek, především holí či nízkých chodítek. Sestra či fyzioterapeut zkontrolují jejich vhodné nastavení a funkčnost protiskluzného ukončení. Pády jsou velmi časté a bývají příčinou zlomenin a následných komplikací. Ošetrovatelský personál se snaží udržovat přiměřenou fyzickou aktivitu a nácvik pohybového stereotypu. Předcházet poraněním je úkol náročný až nemožný. Abychom předešli nežádoucím aktivitám klienta, je dobré jeho denní činnost naplánovat. Pokud má klient sklony k bloudění, sestra mu připne identifikační kartičku. Česká alzheimerovská společnost vytvořila projekt „Bezpečný návrat“, který je určen právě pro klienty v pokročilém stádiu choroby, u kterých je riziko, že sami opustí byt a ztratí orientaci (4, 8, 29, 30, 31).

1.3.3 Sestra a komunikace s klientem trpícím demencí

V první řadě je nutné dodržovat zásady správné komunikace. Rozhovor s klientem by neměly rušit žádné zvuky z okolí např. televize či rádio. Sestra se ujistí, že klient dobře slyší nebo má dle potřeby nasazeny kompenzační pomůcky a netrpí poruchou ve smyslu afázie. Po té může přistoupit k vlastnímu rozhovoru. Na klienta hovoří pomalu, klidně, v krátkých větách. Sestra se musí jasně vyjadřovat. Každá věta

má obsahovat pouze jednu informaci. Sestra pokládá jednoduché otázky, které dle potřeby i několikrát zopakuje. Nepokládají se otevřené otázky a neužívá se abstraktního pojmenování. Pokud klient reaguje negativně nebo s nervozitou, sestra předchází sporu tím, že jej směřuje na pohodlné místo nebo k činnosti, která jej uklidní. Je důležité, aby klient v ošetrovatelském personálu neviděl protivníka, ale bral ho jako zdroj bezpečí a pohody. Při komunikaci s klientem trpícím demencí je třeba klást větší důraz na neverbální projevy komunikace. Je dobré soustředit se na pocity než na fakta. Někdy emotivně klient vyjádří více, než řekne. Při rozhovoru se sestra soustředí více na přítomnost než na minulost. Nedělá v žádném případě prudké pohyby. Při rozhovoru stojí v jeho zorném poli a aktivně udržuje oční kontakt. Průběžně kontroluje, zda klient informace správně pochopil, v žádném případě ho nepodceňuje. Komunikaci neomezuje, ale přizpůsobuje jeho schopnostem. Ve větách se snaží nepoužívat zájmena. Pokud se potřebuje zeptat např. na část těla, ukáže na ni. Snaží se tak předcházet zbytečnému nedorozumění. Při komunikaci posiluje orientaci klienta osobou, místem i časem. Oslovuje jej důstojně jménem nebo tak, jak si sám přeje. Nepoužívá tázací věty, ale oznamovací. Pokud je klient podezřívavý není dobré v jeho blízkosti šeptat. Při kontaktu s ním je nutná dávka trpělivosti. Sestra rodinu nabádá, aby na klienta nikdy nekřičeli a nevytýkali mu jeho chování. Pro některé nemocné v počátečním stádiu je důležitý kontakt s ošetřujícím personálem. Rozhovor s nimi pomůže klientovi pochopit dopady jeho choroby a pomůže řešit jeho aktuální psychické problémy. V pozdním stádiu choroby řada příbuzných s ležícím a nemluvicím klientem vůbec nekomunikuje. Dle nich je zbytečné s ním mluvit. Proto pečující rodině musí ošetřující personál vysvětlit, že má smysl na těžce demenčního klienta hovořit a tělesně se ho dotýkat, hladit ho a držet za ruku. Slyší, cítí, i když neumí odpovědět nebo na to nemá sílu (1, 12, 15, 19, 30, 39).

1.3.4 Sestra a rehabilitační ošetrovatelství

K lepší mobilitě klienta přispívá správná rehabilitační technika, kterou provádí buď fyzioterapeut, nebo sestra. Pracovník poskytující tuto péči musí mít stále na paměti, že pracuje s klientem postiženým demencí, proto na něj musí mít dostatek času.

V žádném případě na tohoto klienta nespěchá, je trpělivý a laskavý. Fyzická aktivita zlepšuje paměť a zvyšuje zásobování mozku kyslíkem a živinami. Důležitá je podpora rodiny pečující o nemocného. Rehabilitační pracovník v žádném případě klienta nepřepíná. Zároveň jej nezahrnuje nadměrnou péčí, která by vedla k závislosti na druhých lidech a k podpoře nesoběstačnosti. Klient by pak ztratil důvěru a stal se apatickým. U klienta trpícího demencí by se neměli pracovníci poskytující rehabilitační ošetrovatelství střídat. Klient není schopen v nepřítomnosti fyzioterapeuta provádět cvičení podle jeho doporučení. Proto musí tento pracovník zaškolit zbytek ošetřujícího týmu o správném polohování, posazování, stoji, o správné dopomoci při chůzi a správné stimulaci klienta ke spolupráci. Než se začne se samotnou rehabilitací, seznámí se sestra s výsledky testů kognitivních funkcí, testu ADL a s výsledky dalších vyšetření. Sestra klienta vyšetří, aby věděla, které funkce pohybového systému jsou porušeny. Nezapomíná jej chválit a povzbuzovat. Veškeré cviky předvádí názorně sama. Pokud je klient pasivní, vyšetřuje jej šetrně a sleduje případné bolestivé grimasy. Snaží se ho přivést ke spolupráci. Záleží však také na sestře, jaké má znalosti, zkušenosti a tvůrčí nápady. Sestra začíná každý den kondičním cvičením (příloha č. 8). Při cvičení pomáhá klientovi hudba, kterou má rád. Často sestra využívá také pomůcek např. masážních ježků, míčů. Při rehabilitačním cvičení je nutné si uvědomit, že začínáme každý den od začátku. Imobilního klienta ohrožuje vznik dekubitů. Dekubity jsou rány, způsobené tlakem kosti na pokožku. Nejčastěji se objevují na tzv. predilekčních místech. Aby jim sestra předešla, musí klienta uložit na lůžko s antidekubitní matrací a polohovat jej. K tomu využívá polohovacích pomůcek např. klínů, válců, molitanových kroužků. (12, 15, 27, 30, 33).

1.3.5 Sestra a kognitivní rehabilitace

Kognitivní trénink tvoří různá cvičení, která pomáhají zlepšit (poznávací) kognitivní funkce např. myšlení, pozornost, paměť, ale také přináší pro klienta zábavu a potěšení. U klientů v počáteční fázi onemocnění trénujeme jeho paměť a orientaci v realitě. Tato metoda má za cíl procvičovat krátkodobou paměť. Nenásilným způsobem se ptáme, kde jsme, kolikátého je, kolik je hodin. Proto by všechny pokoje měly být

vybaveny funkčními hodinami, trhacími kalendáři, fotkami přátel či rodiny a piktogramy. Jedná se o předměty, kterými lze zlepšit orientaci klienta v místě, čase, osobě. U klientů v pozdní fázi onemocnění klademe důraz na dlouhodobou paměť. Trénink paměti v pravém slova smyslu se s klientem trpícím demencí neprovádí. Jde o cvičení, která jsou šetrnější a provádí se ve skupině. Klienti nejsou časově omezeni, ani nesoutěží, aby nebyli ve stresu. Důraz je kladen na podporu a procvičování kognitivních funkcí, které jsou ještě zachovány. Při těchto cvičeních sestra pomáhá, napovídá. Jedná se o slovní hry, doplňování říkanek, doplňování slov podle prvního písmene, skládání obrazců nebo vyjmenovávání hlavních měst. Pro kognitivní trénink vydala Česká alzheimerovská společnost dva díly pracovních sešitů „Cvičte si svůj mozek“. Tyto sešity obsahují velké množství kognitivních cvičení s různými stupni obtížnosti. Součástí kognitivní rehabilitace je sensorická stimulace. Nejen při demenci dochází ke snižování funkčnosti všech smyslových orgánů. Toto zhoršení se urychluje, pokud není pravidelná smyslová stimulace. Využívá se reminiscenční terapie. Tato metoda může být skupinová či individuální. Slouží k vybavování starších vzpomínek, které pomáhají k aktivizaci klienta. Cílem je zlepšit komunikaci a zvýšit sebedůvěru. Pro správný průběh této terapie je důležité příjemné prostředí, pohodlné oblečení, přiměřená vzdálenost mezi jednotlivými účastníky a dostatek času. Terapeut má vstřícný postoj vůči všem sdělením a respektuje všechny zúčastněné. Využívá jednotlivých předmětů např. fotografií, knih či věcí určených pro domácí potřebu k vybavování vzpomínek. Je vhodné vybírat taková témata, která jsou spojena s pozitivními emocemi. Hmatovou stimulaci je vhodné provádět v počáteční a střední fázi demence. Klient si ohmatává kousky látek různého povrchu. Může se tak rozhovořit o tom, co dříve dělal. Čichová stimulace se může provádět u klientů v jakémkoli stádiu demence. Sestra má k dispozici skleničky s kořením. Klient si může koření prohlédnout a očichat. Jeho úkolem je určit, o jaké koření se jedná a jaká událost se mu při té vůni vybaví. Čich je možno stimulovat pomocí aromaterapie. Různé vůně mohou vyvolat u klientů vzpomínky a dobrou náladu. Při zrakové stimulaci má sestra barevné kartičky. Klient má za úkol říct, který předmět v místnosti má stejnou barvu. K sluchové stimulaci se využívá hudba z doby klientova mládí (2, 12, 15, 28, 30, 33).

1.3.6 Sestra a hygiena, oblékání klienta s demencí

Další úkol, který má ošetrovatelský personál před sebou, je dodržování hygienických návyků, péče o pokožku klienta a prevence vzniku dekubitů. Dostatečná výživa a hydratace je důležitá pro zdravou pokožku, která v pokročilém věku bývá zranitelná sama o sobě. K osobní hygieně a vhodně zvolenému oblečení příkládá dospělý zdravý člověk velkou důležitost. Pro osobu trpící Alzheimerovou demencí se postupně stává nepodstatná. Klient v počátečním stádiu choroby provádí hygienu sám, ale přesto jej musí sestra povzbuzovat k tomu, aby udržoval běžnou hygienu jako rutinní záležitost. V pozdním stádiu choroby přestává být klient mobilní a na hygienu zapomíná. Není schopen si vybavit posloupnost jednotlivých kroků. Je tedy odkázán na ošetrovatelský tým, který také sleduje riziková místa pro vznik dekubitů. Je důležité seznámit klienta i rodinu s přípravky určenými pro prevenci vzniku dekubitů (příloha č. 9) a podat informace o provádění omývání či koupelí teplou (ne horkou) vodou. Na mytí klienta používá ošetrovatelský personál jemné mycí gely či tekutá mýdla. Pravidelně sleduje stav pokožky a provádí masáže (ne však zčervenalých míst). Pokožku chrání před vlhkostí a udržuje ji vláčnou pomocí krémů k tomu určených. Klient také přestává být schopen se sám oblékat a svlékat. Neuvědomuje si nutnost pravidelného převlékání a měnění prádla, proto je nutné i v tomto úkonu pomoci. Sestra se snaží co nejdéle podporovat jeho samostatnost. Jednotlivé části oblečení tedy klientovi podává a říká mu, jak je obléci. Pro klienta je také důležitý správný druh oblečení. Sestra pro něj raději zvolí kalhoty s košilí, jež se obléká přes hlavu, než kabátek, který je na knoflíky a činil by klientovi problém se zapínáním. V neposlední řadě musí sestra též myslet na vhodnou obuv, která předchází pádům. Dbá na to, aby klient nosil boty s pevnou podrážkou nikoli pantofle. (4, 8, 15).

1.3.7 Sestra a vyprazdňování klienta s demencí

Sestra při příjmu seznámí klienta s umístěním toalety. Dbá na to, aby dveře toalety byly řádně označeny. Odstraní z ní případné zrcadlo. Klient v pozdním stádiu choroby často nepoznává svůj obličej a mohl by si myslet, že je toaleta obsazena nebo by se mohl začít bát. Součástí vybavení toalet jsou madla, která podporují jeho

soběstačnost. Sestra se snaží také zabránit vzniku zácpy, především dostatečným přísunem vlákniny a tekutin. V průběhu choroby se může objevit inkontinence moči a stolice. Tento problém je vysoce individuální. Někteří postižení trpí inkontinencí moči od počátku onemocnění. U jiných se inkontinence objevuje až v pozdním stádiu choroby. Úkolem ošetrovatelského personálu je klienta a jeho rodinu seznámit s pomůckami pro inkontinenci (příloha č. 10). Vždy je nutné vyloučit infekci nebo jinou příčinu. (8, 15).

1.3.8 Sestra a spolupráce s rodinou

Sestra musí umět příbuzným vysvětlit charakter a průběh Alzheimerovy choroby z ošetrovatelského hlediska. Podává jim informace, kde hledat pomoc, možnosti sociálních dávek a příspěvků na péči. Dále je může odkázat na internetové poradny, které se staly velkým přínosem. Sestra rodinu informuje o ČALS, home care, o denních stacionářích, domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem. Denní stacionáře jsou určeny klientům v počáteční fázi nemoci, jejichž pečující osoby dochází do zaměstnání. Ve stacionáři mají sociální kontakt a kvalifikovaní pracovníci s nimi trénují jejich dovednosti. Domovy se zvláštním režimem jsou zařízení pro trvalé umístění klienta. Režim je přizpůsoben specifickým potřebám klientů trpících různými typy demencí (32).

Sestra může podat rodině cenné rady o úpravě jeho denního režimu, bezpečnosti, dodržování pravidelného spánku, hygieny, podávání jídla a aktivit během dne. Pravidelný režim vytváří orientační body a také značnou měrou se podílí na zklidnění klienta. Významnou úlohu při ošetrování klientů trpících Alzheimerovou chorobou hraje úprava denního režimu. Sestra poučí klientovu rodinu, jak dělat věci, které sám nedokáže. Neměli by je provádět za něj, protože musí mít na mysli, že oni sami potřebují, aby byl klient co nejdéle samostatný. Co se týče hygieny, sestra jim podá několik cenných rad. Doporučuje udělat z koupání příjemný požitek pro klienta. Radí příbuzným raději používat sprchu než vanu, do sprchového koutu a na toaletu nechat zabudovat madla a využívat protiskluzné podložky. Zároveň doporučuje klienta podporovat v samostatnosti tím, aby se myl sám. Pokud to nedokáže, je na místě pomoc

od rodiny. Dále sestra podává informace o stravě. Je tedy důležité, aby klient jedl pravidelně stravu bohatou na vitamíny a vlákninu. Zabrání tím vzniku zácpy. Samozřejmě rodina musí dohlédnout na dostatečný příjem tekutin, ovšem jeho omezení před spaním. Sestra dále informuje rodinu o vhodném výběru oblečení pro klienta. Oblečení by mělo být volné, klient by jej měl snadno svléknout či rozepnout. Opakovaně sestra rodinu poučuje, jak klienta povzbuzovat. Tak podporují jeho samostatnost v oblasti oblékání a svlékání. Rodina je dále edukována o tom, že pokud se vyskytne jakýkoliv problém s močením či stolicí, mají vyhledat odborníka. Příbuzní jsou instruováni, aby se snažili zabránit pádům v domácnosti tím, že odstraní nejlépe z celého bytu prahy, všechny koberce a běhouny. Odstěhují nábytek s ostrými hranami. A v neposlední řadě si budou všimnout druhu obutí klienta. Sestra je poučí o vhodné obuvi, nejlépe s protiskluznou podrážkou. Rodině je nutné vysvětlit, aby měli na paměti, že pádům nezabrání, ale mohou je minimalizovat. Sestra musí také rodinu seznámit se zásadami správné komunikace. S klientem trpícím demencí nesmí ztrácet trpělivost, nehádat se s ním, nechvátat na něj a hlavně na něj nekřičet. Příbuzní se tak dozví, že kdykoli budou s klientem hovořit, měli by se mu dívat do očí. Hovořit by měli pomalu a zřetelně, užívat krátkých vět a nešetřit chválou, pohlazením či úsměvy. Rodina je informována od sestry o nutnosti cvičení během dne a upoutání jeho pozornosti např. sledováním televize či posloucháním rádia. Pokud klient odchází sám z domu, sestra rodinu informuje o tom, aby mu dali identifikační kartičku s telefonním číslem pro případ, že by se ztratil. Zároveň také, aby se snažili udělat taková opatření, která by mu zabránila v odchodu z domu např. zástrčky či řetízky na dveřích, vyndáním klíčů ze všech zámků. Klient by se mohl v některém pokoji zamknout a nemusel by být schopen je opět odemknout. Rodina je dále poučena, pokud je to možné, aby vypínali na noc plyn a odstranili z bytu sirky a zapalovače. U Alzheimerovy demence jsou často přítomny bludy, proto sestra informuje rodinu, aby je v žádném případě klientovi nerozmlouvali, ale pokusili se odvést jeho pozornost. Zároveň doporučuje, aby odstranili z bytu všechna zrcadla. Klient často nepoznává svůj obraz a mohl by se bát. Rodina ví, že musí klientovi pomoci hospodařit s penězi. Pokud je to možné, měla by mu dávat pouze malou hotovost a upozornit prodavače na jeho chorobu či požádat o

pomoc právníka. Při péči o klienta s Alzheimerovou demencí sestra opakovaně rodinu informuje, aby se obrnili velkou dávkou trpělivosti, netrápili se jeho obviňováním, těšili se z maličkostí, byli laskaví a hodně klienta chválili. Neizolovali ho od sebe a ani od kontaktů s přáteli a známými. Samozřejmě také mysleli na sebe a snažili se zachovat si své duševní zdraví a rovnováhu. Důležité je vytvoření prostoru na své koníčky. Protože dobrý emocionální stav je důležitý pro jejich zdraví a mohou pak dále pečovat o klienta. Příbuzní vědí, že by měli omezit stres, snažit se relaxovat. Pokud je to možné, snažit se péči o blízkého člověka postiženého Alzheimerovou demencí rozdělit mezi celou rodinu (2, 8, 15, 16, 29).

1.4 Česká alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost vznikla v průběhu roku 1996. Sídlí v Gerontologickém centru v pražských Kobyliších. Tato společnost vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních pracovníků a dalších). V současné době je ČALS respektovaným členem mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimers Disease International. ČALS má v současné době 25 kontaktních míst ve všech krajích České republiky. Vytvořila několik důležitých projektů. „Čaje o páté“ je setkání svépomocné skupiny pro rodiny pečující o klienty s Alzheimerovou chorobou. Zde získávají informace o tom, jak pomáhat člověku s demencí, jak pečovat o něj i o sebe. Další svépomocnou skupinou „Toulky paměti a duší“. Tato skupina je pro klienty v počátečním stádiu choroby. Pomáhá vyrovnávat se s příznaky i důsledky choroby. Poskytuje samozřejmě psychosociální podporu. K dalším projektům České alzheimerovské společnosti patří projekt „Bezpečný návrat“. Je určen pro klienty v pokročilém stádiu choroby, kdy bloudí a sami opouštějí svůj byt. Klient má plastový náramek s kódem, podle něj je možné vyhledat pečující osobu a zkontaktovat ji (31)

ČALS poskytuje pomoc a podporu pro klienty trpící demencí a také pomáhá jejich rodinám, protože demence postihuje stejně těžce obě strany (31).

2. Cíle práce

2.1 Cíl práce

Cílem kvantitativního šetření je zjistit informovanost sester o specifikách ošetrovatelské péče o klienta s Alzheimerovou demencí v Nemocnici Jihlava.

Cílem kvalitativního šetření je zjistit očekávání příbuzných od sester pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí v Nemocnici Jihlava.

2.2 Hypotéza

Ke splnění cíle práce kvantitativního šetření jsem stanovila hypotézy:

Hypotéza č. 1 - Sestry v Nemocnici Jihlava se orientují v problematice ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou demencí.

Hypotéza č. 2 – Sestry na Oddělení dlouhodobě nemocných v Nemocnici Jihlava mají zkušenosti s péčí o klienty s Alzheimerovou demencí.

2.3 Výzkumná otázka

Ke splnění cíle práce kvalitativního šetření jsem stanovila výzkumnou otázku:

Jaká jsou očekávání rodinných příslušníků klientů s Alzheimerovou demencí od sester?

3. Metodika

Kvantitativní i kvalitativní šetření bylo prováděno v Nemocnici Jihlava.

3.1 Metody a techniky sběru dat

Pro splnění cíle kvantitativního šetření jsem použila sběr dat formou anonymního dotazníku (příloha č. 11). Jednotlivé dotazníky byly určeny sestřám pracujících v Nemocnici Jihlava, proto byly rozdávány na následujících odděleních: ODN 1, ODN 2, Paliativních lůžkách, ORL, Oční oddělení, Kožní oddělení, TRN, INT D, INT C, Kardiologie, CHIR A, CHIR B, Traumatologie, Ortopedie, Urologie, Infekční, Neurologie A, Neurologie B, Onkologie A, Onkologie B, Rehabilitace. Pro potřeby výzkumu jsem oddělení spojila do 4 skupin. V první skupině jsou zastoupeny chirurgické obory – CHIR A, CHIR B, Traumatologie, Oční, ORL, Ortopedie a Urologie. V druhé skupině jsou interní obory – INT D, INT C, Kardiologie, Onkologie A, Onkologie B, TRN. Třetí skupina obsahuje oddělení následné péče – ODN 1, ODN 2 a Paliativní lůžka. Ve čtvrté skupině jsou ostatní oddělení – Neurologie A, Neurologie B, Kožní, Rehabilitace a Infekční oddělení. Šetření probíhalo od února do března 2012. Dotazník jsem sestavila z 26 otázek, použila jsem otázky jak otevřených tak uzavřených. V úvodu dotazníku jsem zjišťovala základní informace o věku sestry, oddělení, délce praxe a jejím dosaženému vzdělání. Dále mě zajímalo, jak často se setkává s klientem trpícím Alzheimerovou demencí, co je pro tuto nemoc charakteristické, jaké jsou příznaky a zda sestra zná testy ke zhodnocení kognitivních funkcí klienta. Další otázky směřovaly na oblast výživy, bezpečnosti, komunikaci, rehabilitaci, hygienu a oblékání. Při těchto otázkách jsem zjišťovala, zda se sestra orientuje v těchto oblastech a zároveň jsem se snažila odhalit kvalitu péče, kterou poskytuje na svém oddělení. V závěrečné části dotazníku jsou otázky zjišťující zájem rodin o další informace a svépomocné skupiny. Po vyhodnocení dotazníků jsem z odpovědí sestavila grafy, zdroj je tedy vlastní.

Pro splnění cíle kvalitativního šetření jsem použila metodu dotazování, techniku nestandardizovaného rozhovoru (příloha č. 12). Rozhovor byl zaznamenáván písemnou

formou, posléze přepsán a analyzován. Šetření probíhalo během února a března 2012. Otázky rozhovoru jsou pokládány tak, abych zjistila, co klient v jednotlivých oblastech výživy, bezpečnosti, komunikace, rehabilitace, hygieně, oblékání a vyprazdňování potřebuje a co příbuzní očekávají, že pro ně udělají sestry. Sestavila jsem 19 otázek. Na začátku rozhovoru jsem zjišťovala, jak dlouho o klienta pečují a proč je v současnosti hospitalizován. Pak jsem s příbuzným procházela jednotlivé oblasti od výživy až po vyprazdňování a zjišťovala jsem klientovu míru soběstačnosti v těchto oblastech. Zároveň jsem chtěla odhalit, jaká přání a očekávání mají příbuzní od sester. V závěru rozhovoru mě zajímalo, jaký přínos pro ně má ČALS a svépomocné skupiny.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

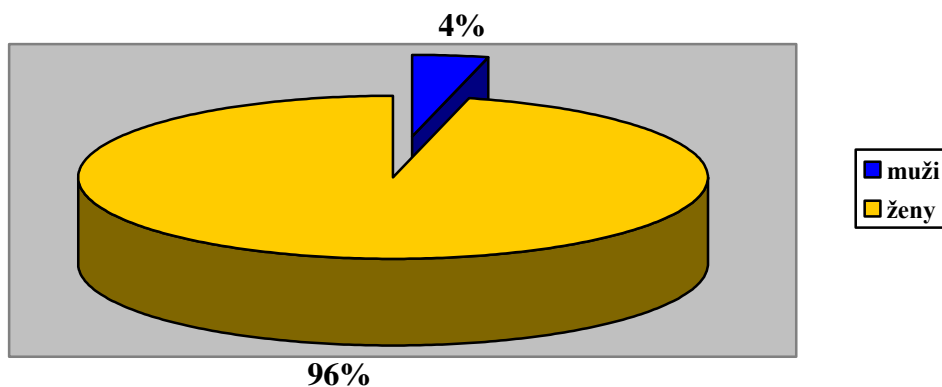
Výzkumný vzorek pro kvantitativní šetření tvořily sestry v Nemocnici Jihlava. Dotazníků jsem rozdala celkem 125, přičemž správně vyplněných se mi vrátilo 105. Návratnost byla 84%. Vysoká návratnost byla způsobena tím, že sestry vyplňovaly dotazníky ihned. Výzkumný soubor byl tvořen 105 dotazovanými sestrami.

Výzkumný vzorek pro kvalitativní šetření tvořilo 6 osob, pečujících o svého příbuzného s diagnózou Alzheimerova demence. Jednalo se o laické pečovatele, kteří se starali o nemocného v domácím prostředí. Ovšem nyní musela být osoba trpící Alzheimerovou demencí hospitalizována. Při realizaci kvalitativního šetření jsem oslovila 6 osob, jejichž věk se pohyboval mezi 28 – až 60 – ti lety. Všechny pečující osoby byly ženského pohlaví. Osoby s Alzheimerovou demencí měly věkové rozmezí od 79 – 86 lety.

4. Výsledky

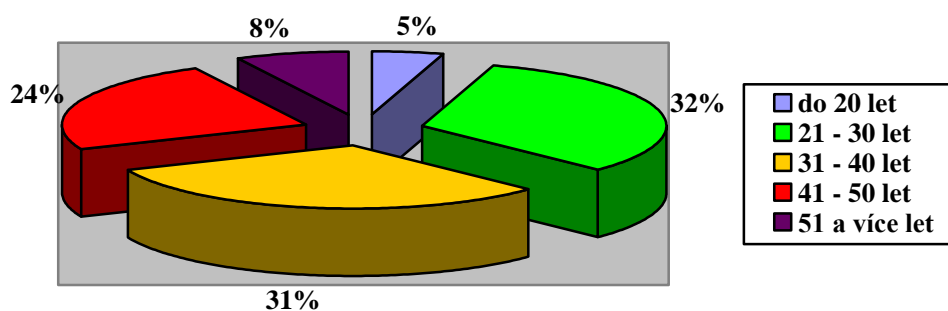
4.1 Výsledky kvantitativního šetření

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



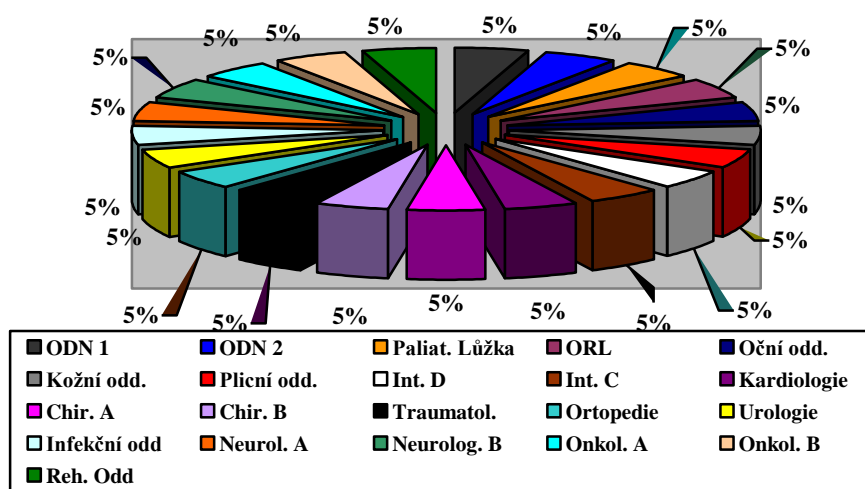
Graf č. 1 ukazuje rozdělení respondentů podle pohlaví. Z celkového počtu dotazovaných bylo 101 ženského pohlaví a 4 pohlaví mužského.

Graf č. 2 Rozdělení respondentů podle věku



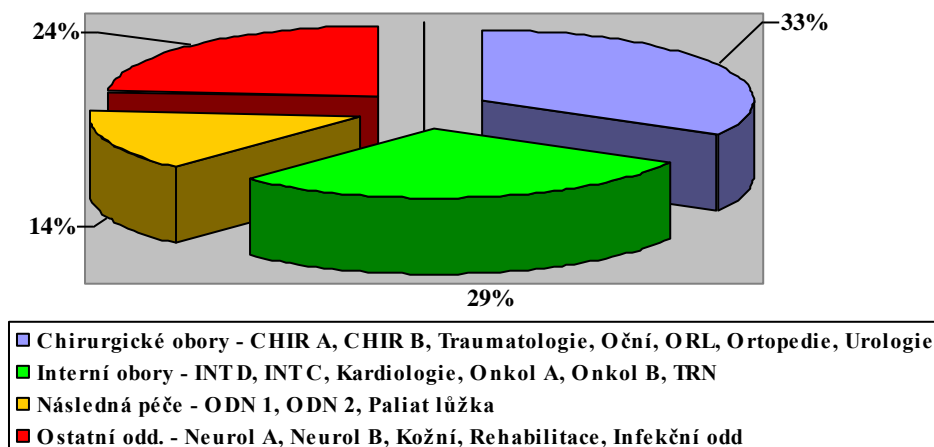
Z grafu č. 2 je patrné věkové rozdělení respondentů. 5 (5%) respondentů bylo ve věku do 20 – ti let, 34 (32%) ve věku 21 – 30 let, 33 (31%) ve věku 31 – 40 let, 25 (24%) ve věku 41 – 50 let a v kategorii více než 50 let bylo 8 (8%) dotazovaných.

Graf č. 3A Oddělení, na nichž se provádělo šetření



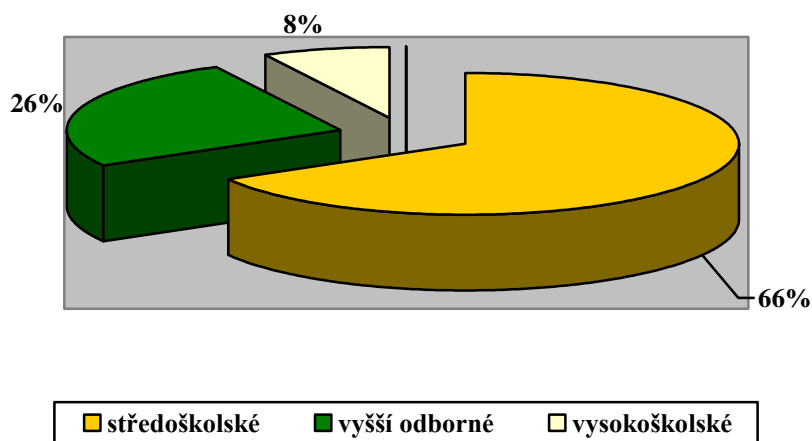
Z grafu číslo 3A můžeme vidět, že šetření bylo prováděno na 21 odděleních, na každém z nich bylo podáno 5 dotazníků.

Graf č. 3B Oddělení, spojené do skupin



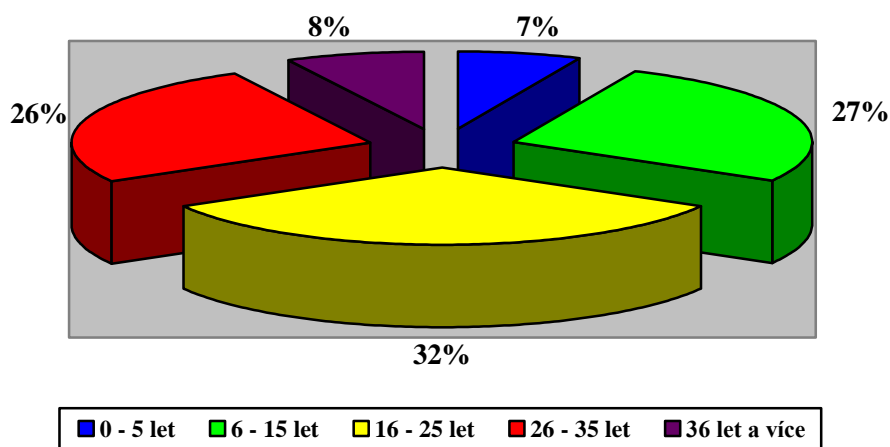
Pro potřeby výzkumu byla oddělení spojena do 4 skupin, jak je patrné v grafu č. 3B. V první skupině jsou zastoupeny chirurgické obory – CHIR A, CHIR B, Traumatologie, Oční, ORL, Ortopedie a Urologie. V druhé skupině jsou interní obory – INT D, INT C, Kardiologie, Onkologie A, Onkologie B, TRN. Třetí skupina obsahuje oddělení následné péče – ODN 1, ODN 2 a Paliativní lůžka. Ve čtvrté skupině jsou ostatní oddělení – Neurologie A, Neurologie B, Kožní, Rehabilitace a Infekční oddělení.

Graf č. 4 Dosažené vzdělání respondentů



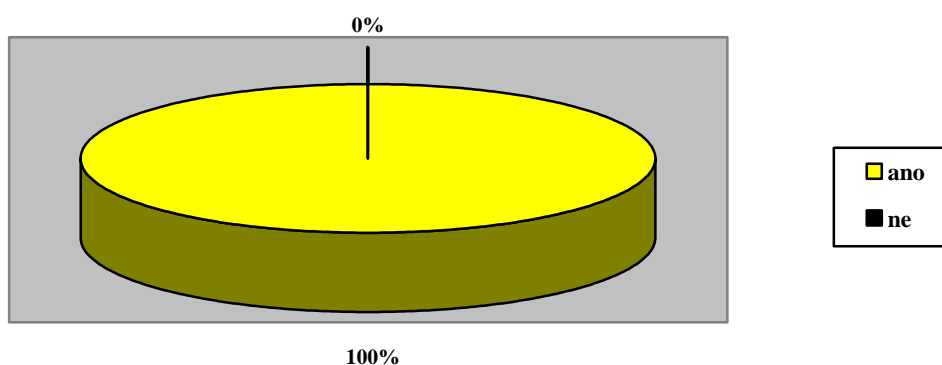
Graf č. 4 ukazuje dosažené vzdělání respondentů. Dosažené středoškolské vzdělání označilo 70 (66%) dotazovaných, 27 (26%) respondentů má vyšší odborné vzdělání a pouze 8 (8%) uvádí dosažené vysokoškolské vzdělání.

Graf č. 5 Délka praxe



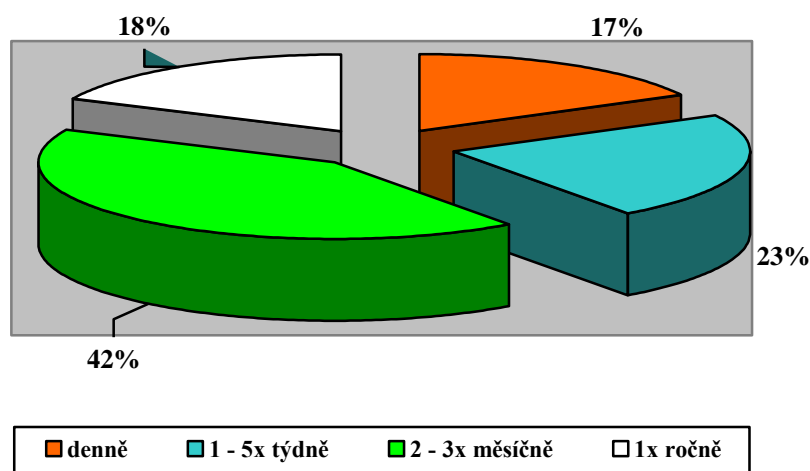
Graf č. 5 rozděluje respondenty podle délky praxe. 7 (7%) respondentů má praxi 0 – 5 let, 28 (27%) oslovených pracuje 6 – 15 let, 35 (32%) osob 16 – 25let, 27 (26%) respondentů udává délku praxe 26 – 35 let a 8 (8%) dotazovaných napsalo více než 36 let.

Graf č. 6 Setkání s klientem trpícím Alzheimerovou demencí na svém oddělení



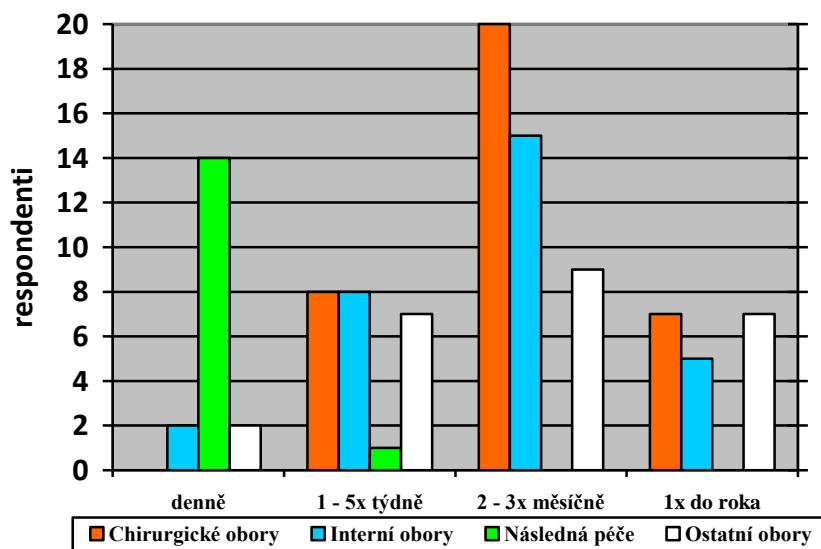
Z grafu č. 6 vyplývá, že se všichni respondenti (100%) již setkali na svém oddělení s klientem trpícím Alzheimerovou demencí.

Graf č. 7A Častost setkání s klientem trpícím Alzheimerovou demencí



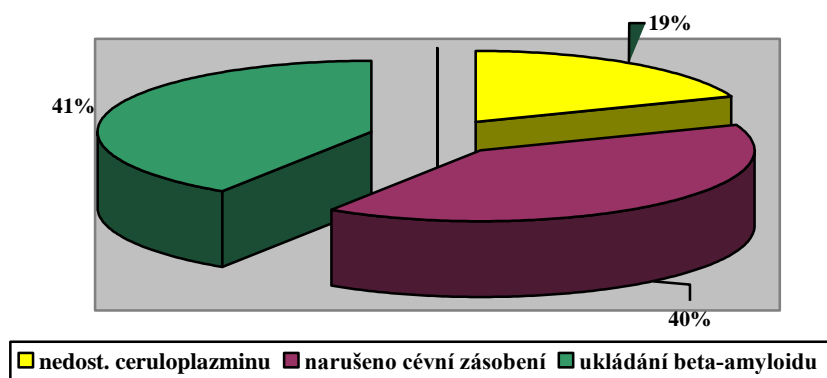
Graf č. 7A ukazuje častost setkáním s klientem trpícím Alzheimerovou demencí. 18 (17%) respondentů udalo, že se s takovým to klientem setkávají denně, 24 (23%) osob se s tímto klientem dostává do kontaktu 1 – 5x do týdne, 44 (42%) oslovených je v kontaktu 2 – 3x měsíčně a 19 (18%) dotázaných se setká s tímto klientem 1x ročně.

Graf č. 7B Porovnání oddělení při setkávání s Alzheimerovou demencí



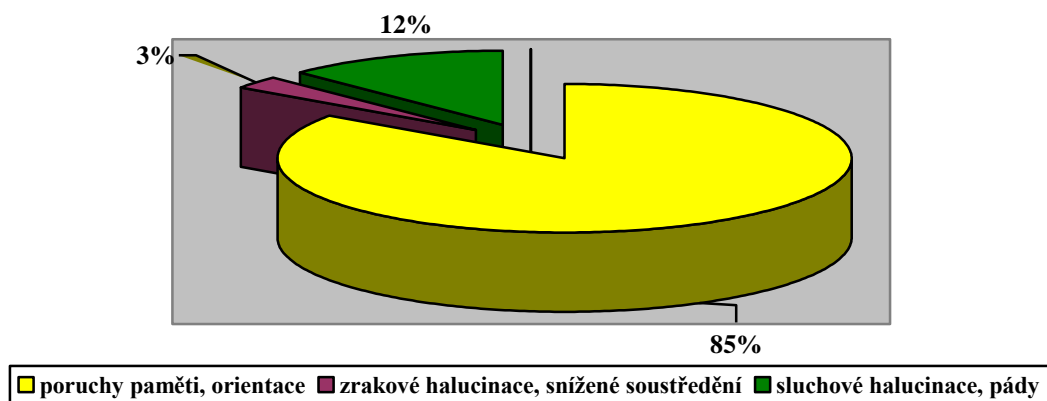
Graf č. 7B rozděluje oddělení dle častosti setkání s klientem trpícím Alzheimerovou demencí. Z grafu je patrné, že denně se s tímto klientem setkávají sestry na odděleních dlouhodobě nemocných a na paliativních lůžkách.

Graf č. 8 Charakteristika Alzheimerovy demence



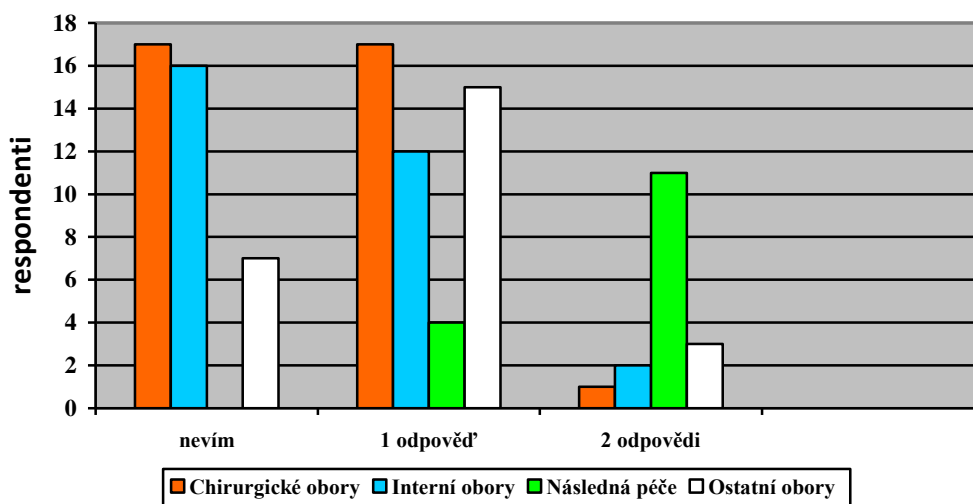
Z grafu č. 8 je vidět, že 20 (19%) respondentů si myslí, že Alzheimerova demence je způsobena vrozeným nedostatkem tvorby bílkoviny ceruloplazminu. 42 (40%) se domnívá, že vzniká kvůli narušení cévního zásobení mozku a 43 (41%) uvádí ukládání bílkoviny beta-amyloidu.

Graf č. 9 Nejčastější příznaky



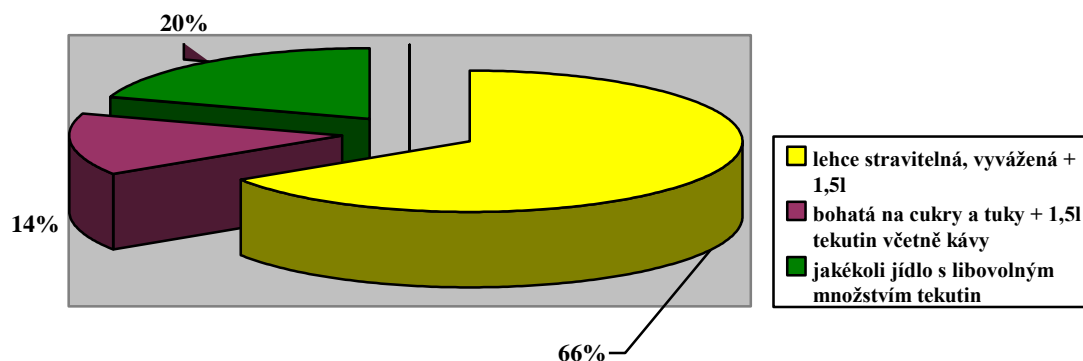
V grafu č. 9 respondenti v 89 (85%) případech určili jako nejčastější příznaky poruchy paměti, poruchy orientace v prostoru a čase a snížení logického uvažování. 3 (3%) dotazovaní si myslí, že k nejčastějším příznakům patří zrakové halucinace, kolísavá úroveň soustředění a kvality vědomí. 13 (12%) osob zaškrtnulo poruchu paměti, sluchové halucinace a opakované pády.

Graf č. 10 Testy k hodnocení kognitivních funkcí



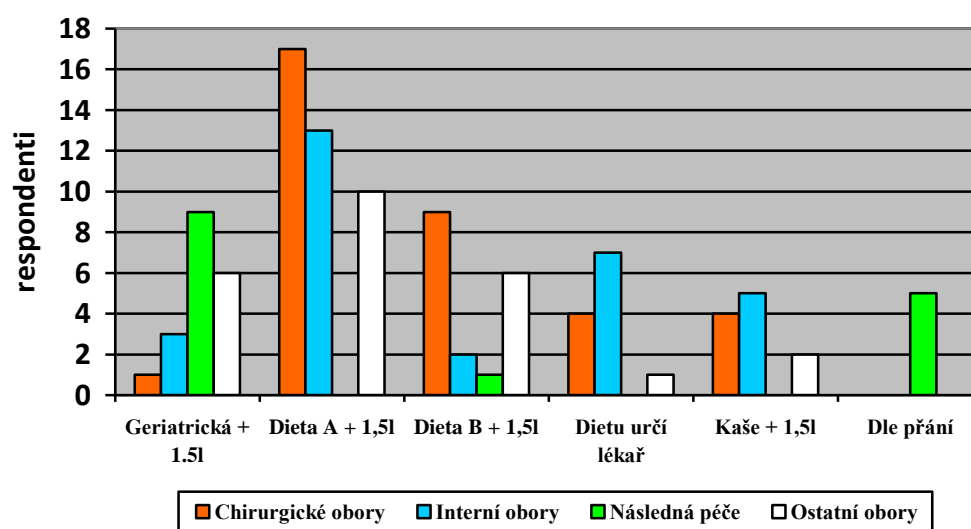
Z grafu č. 10 je patrné, že 40 respondentů neví, o jaké testy se jedná. 48 oslovených uvedlo alespoň jeden test a 17 dotazovaných napsalo dva testy. Nejčastěji byly uvedeny MMSE test, BCRS test a Clock test.

Graf č. 11 Doporučení stravy a tekutin



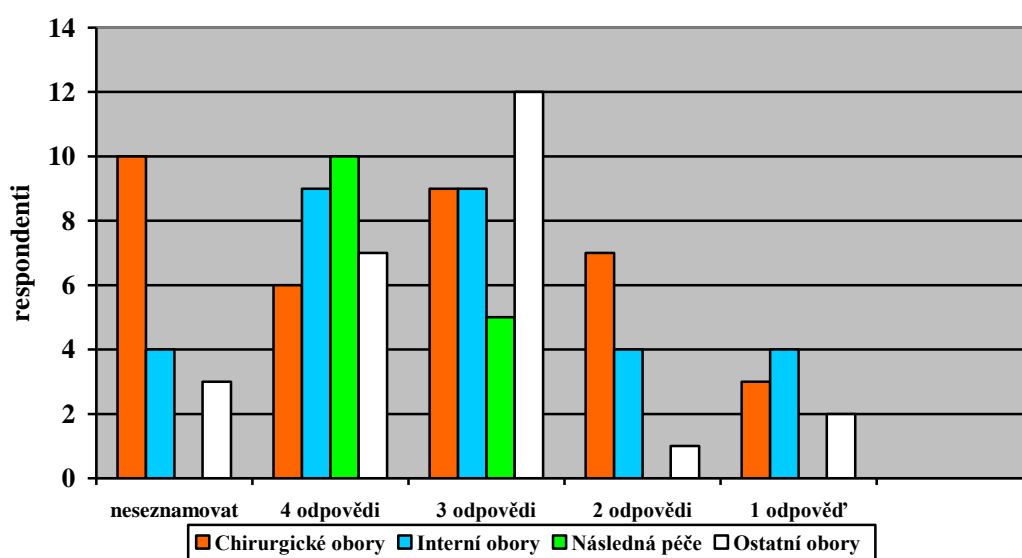
Z grafu č. 11 vyplývá, že 69 (66%) sester doporučí rodinám pečující o klienta s AD stravu lehce stravitelnou, vyváženou s dostatečným množstvím vitamínů a vlákniny + minimálně 1,5 litru tekutin. 15 (14%) sester edukuje rodiny o stravě bohaté na cukry a tuky + minimálně 1,5 litru tekutin včetně kávy. 21 (20%) sester doporučí jakékoli jídlo i množství tekutin.

Graf č. 12 Strava a tekutiny v jednotlivých oborech pro klienta s Alzheimerovou demencí



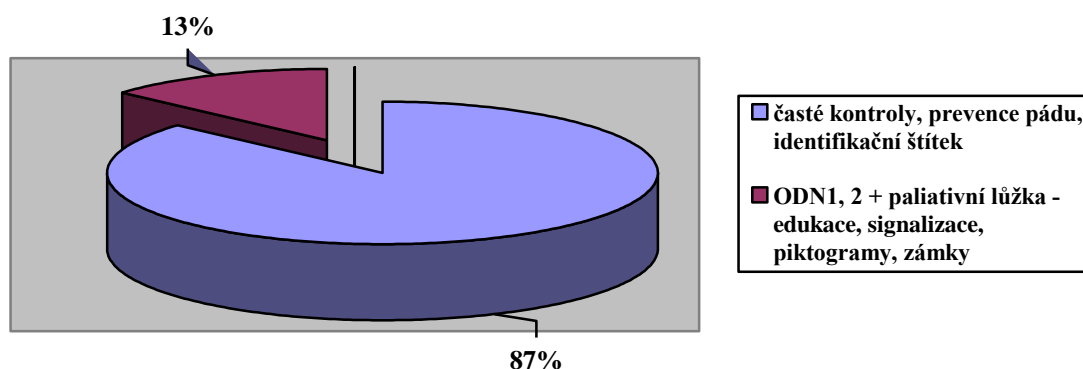
Z grafu č. 12 můžeme vidět, že na každém oddělení se podává jiná strava. V 19 (18%) případech se podává geriatrická dieta + 1,5 litru tekutin – hlavně na ODN 1, 2. Na paliativních lůžkách (5%) má klient dietu dle přání. 40 (38%) dotazovaných se však shodla na dietě A (racionální) + 1,5 litru tekutin. Dieta B (šetřící) se podává u 18 (17%) dotazovaných. 12 (12%) respondentů uvádí, že o dietě rozhoduje lékař a 11 (10%) respondentů podává kaši + 1,5 litru tekutin.

Graf č. 13 Zajištění bezpečnosti klienta



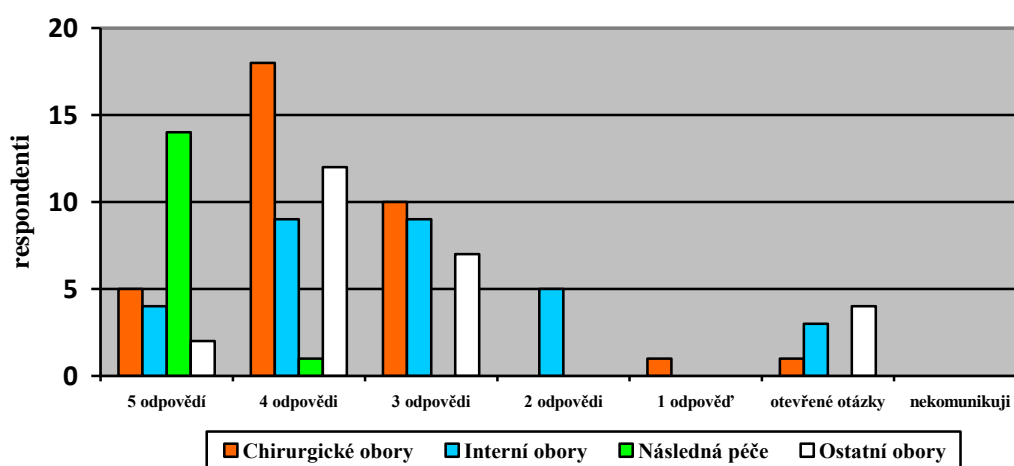
V této otázce bylo možno zaškrtnout více odpovědí, jak je patrné z grafu č. 13. Všechny správné tedy 4 odpovědi tzn. minimalizovat rizika pádu a poranění, odklizení předmětů z pokoje způsobující pád, dobré osvětlení pokoje s užíváním kompenzačních pomůcek a připevnění identifikační kartičky bloudícímu klientovi zaškrtnulo 32 (30%) respondentů z toho 10 sester pracujících na ODN 1, 2 a paliativních lůžkách. 3 odpovědi určilo 35 (34%) dotazovaných. Nejčastěji sestry zapomínaly na dobře osvětlený pokoj s užíváním kompenzačních pomůcek. 2 odpovědi označilo 12 (11%) tázaných, 1 odpověď zapsalo 9 (9%) dotazovaných. 17 (16%) respondentů si myslí, že není třeba klienta seznámit s pokojem, jelikož informace zapomene. Byly to hlavně sestry na ORL, očním oddělení, kardiologii, rehabilitaci a ortopedii.

Graf č. 14 Zajištění bezpečnosti klienta s AD na jednotlivých odděleních



91 (87%) respondentů se shodlo na tom, že na svých odděleních zajišťují bezpečnost klienta s AD častými kontrolami, preventivními opatřeními zabráňující pád a identifikačním štítkem. Na odděleních ODN 1, 2 a paliativních lůžkách k těmto opatřením ještě přidávají edukaci klienta, signalizaci v jeho dosahu, kontrolu obuvi, užívání kompenzačních pomůcek, využití piktogramů, uložení klienta blízko sesterny na pokoj se zámky na oknech.

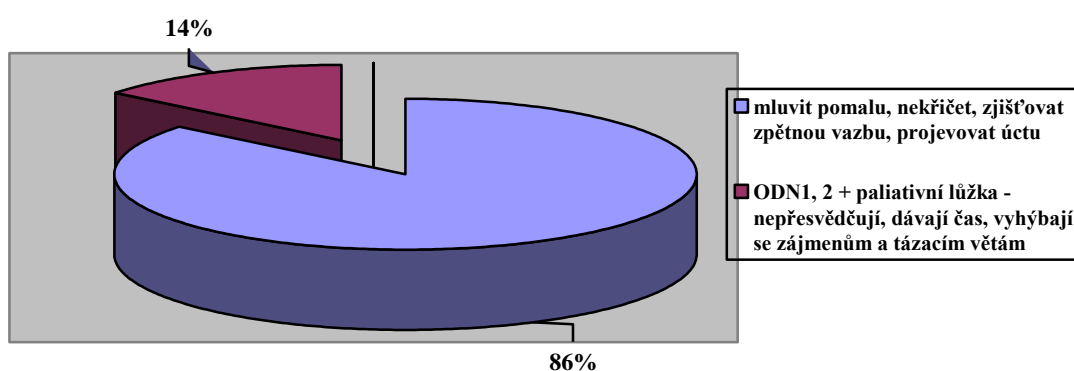
Graf č. 15 Správná komunikace s klientem s AD



Jak je patrné z grafu č. 15 - pět správných odpovědí tzn. hovořím klidně, pomalu v krátkých větách, sleduji neverbální projevy komunikace, stojím v zorném poli klienta a udržuji s ním oční kontakt, hovořím s úctou a respektem a průběžně kontroluji

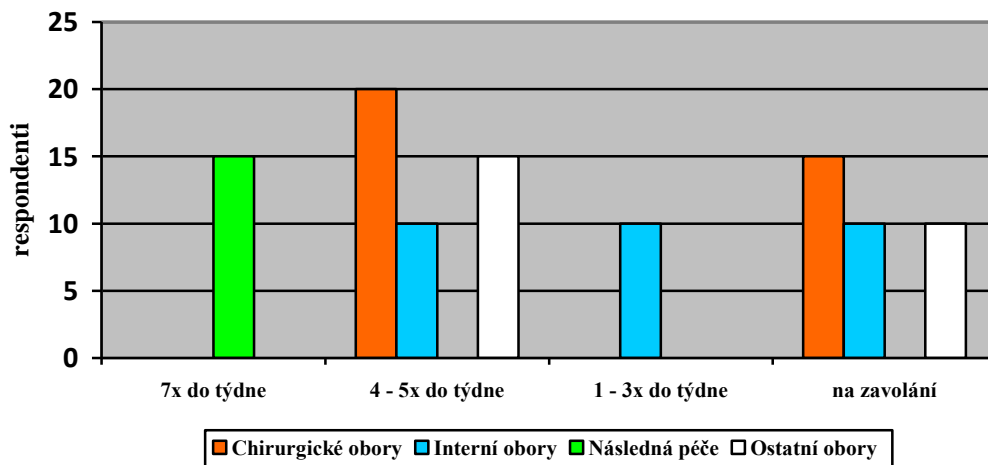
pochopení informací zaškrtno 25 (24%) dotazovaných. 4 správné odpovědi označilo 40 (37%) respondentů. Nejčastěji se zapomínalo na odpověď, že sestra stojí v zorném poli klienta a udržuje s ním oční kontakt. 3 odpovědi zapsalo 26 (25%) dotazovaných, 2 odpovědi 5 (5%) a 1 odpověď označil 1 (1%) respondent. 8 (8%) respondentů označilo za správnou odpověď pokládání otevřených otázek. Odpověď - vyhnu se komunikaci, neoznačil žádný respondent.

Graf č. 16 Správná komunikace s klientem s AD na jednotlivých odděleních



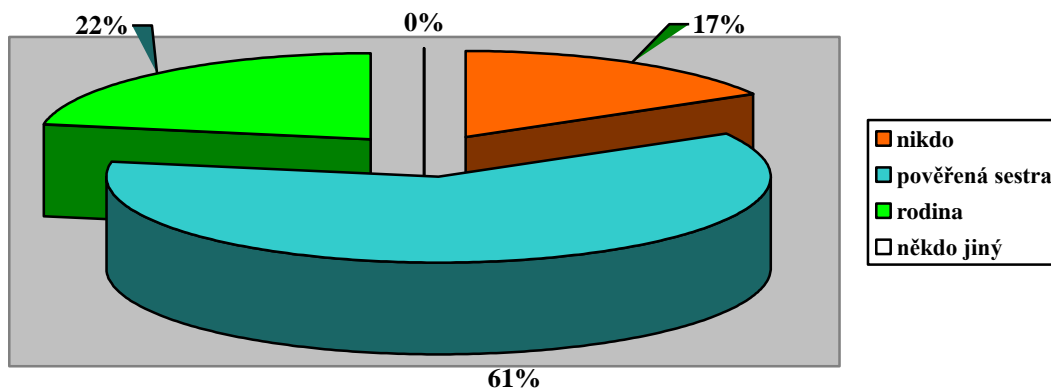
90 (86%) respondentů se shodlo, že na svých odděleních se snaží komunikovat s klientem trpícím Alzheimerovou demencí tak, že s ním hovoří pomalu, rozhodně na něj nekřičí, projevují mu při rozhovoru patřičnou úctu, neoslovují je „babi, dědo“ ale jeho příjmením a při rozhovoru zjišťují zpětnou vazbu. Na odděleních ODN 1, 2 a paliativních lůžkách k těmto opatřením ještě přidávají několik informací. V žádném případě se nesnaží klienta přesvědčovat o tom, že nemá pravdu. Při rozhovoru s ním nechávají dostatek času, neuvívají zájmen a tázacích vět, snaží se na něj hovořit klidně, vlídným tónem a mít k němu citlivý a empatický přístup.

Graf č. 17 Přítomnost fyzioterapeuta na odděleních



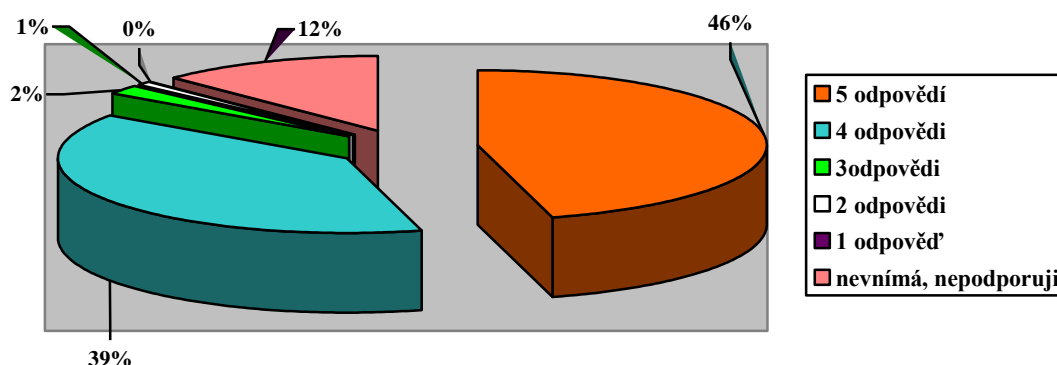
Z grafu č. 17 můžeme vidět, že v 15 (14%) případech je přítomen fyzioterapeut 7x do týdne, jedná se o oddělení ODN 1, 2 a paliativní lůžka. 45 (43%) respondentů uvádí, že přítomnost fyzioterapeuta je na jejich oddělení 4 – 5x do týdne, 10 (10%) dotázaných zaškrtnulo 1 – 3x do týdne a v 35 (33%) případech přichází fyzioterapeut na zavolání.

Graf č. 18 Cvičení s klientem není-li přítomen fyzioterapeut



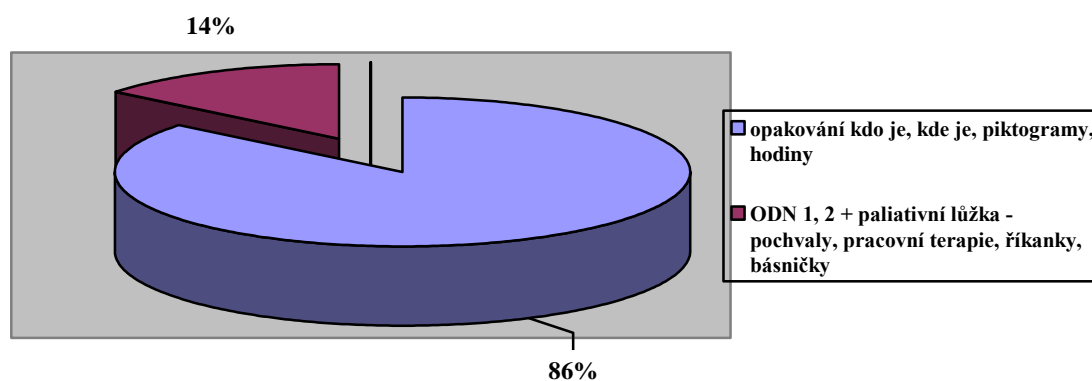
Z grafu č. 18 vyplývá, že pokud není přítomen fyzioterapeut po celých 7 dní v týdnu, přebírá cvičení v 55 (61%) případech pověřená sestra, ve 20 (22%) případech rodina a 15 (17%) dotázaných zaškrtnulo odpověď nikdo.

Graf č. 19 Podpora kognitivních funkcí u klienta s Alzheimerovou demencí



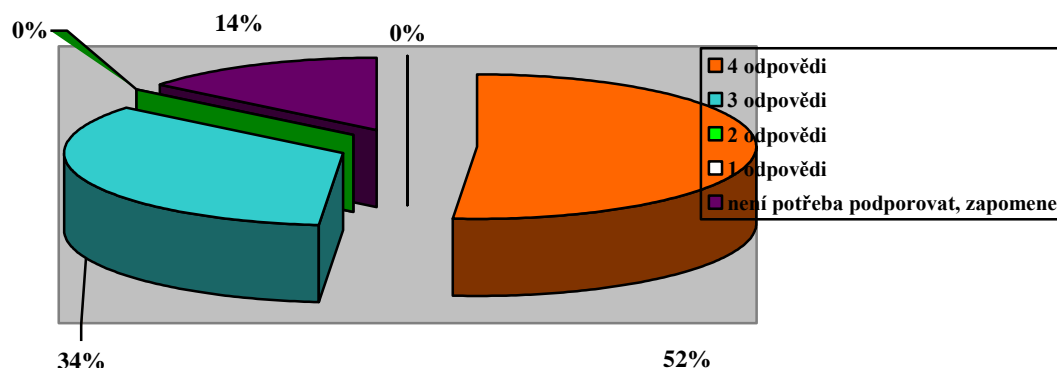
Graf č. 19 ukazuje podporu kognitivních funkcí. Správných 5 odpovědí tzn. trénování paměti a orientaci v realitě, nenásilné opakování času, místa, vybavení pokojů hodinami a kalendáři, využití slovních her a reminiscenční terapie zaškrtno 48 (46%) respondentů, 4 odpovědi 41 (39%) dotazovaných, 3 odpovědi 2 (2%), 2 odpovědi 1 (1%) respondent. Samostatnou jednu odpověď nikdo neuvedl. Pokud klient nevnímá, nemusí se kognitivní funkce podporovat, zaškrtno 13 (12%) dotazovaných.

Graf č. 20 Podpora kognitivních funkcí u klienta s Alzheimerovou demencí na odděleních



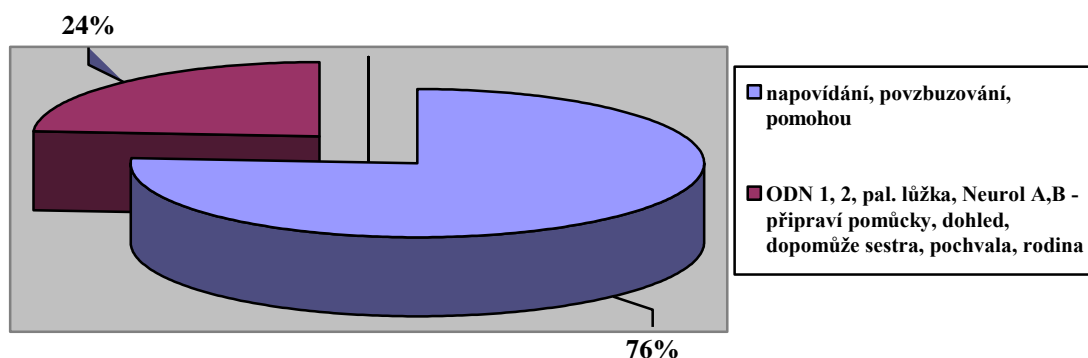
90 (86%) respondentů se shodlo, že na svém oddělení podporují kognitivní funkce klienta trpícího Alzheimerovou demencí tím, že mu nenásilnou formou opakuje kde je, kolikátého je. Využívají k tomu hodiny, piktogramy, kalendáře. Na odděleních ODN 1, 2 a paliativních lůžkách k těmto opatřením ještě přidávají pochvalu za snahu či malý pokrok, využití pracovní terapie, skupinového cvičení, procvičování říkanek, básniček.

Graf č. 21 Podpora soběstačnosti klienta s Alzheimerovou demencí



V grafu č. 21 respondenti správně zaškrtnli 4 odpovědi - tj. pokud klient zvládá, provádí hygienu sám, sestra podává jednotlivé části oblečení a klient si je obléká pod jejím vedením, sestra odstraní z toalety zrcadlo, dveře označeny piktogramy, v 54 (52%) případech, ve 36 (34%) případech označili správně pouze 3 odpovědi, 2 ani 1 odpověď nebyla zaškrtnuta. 15 (14%) dotazovaných označilo za správnou odpověď, že není potřeba klienta podporovat v soběstačnosti, jelikož to zapomene.

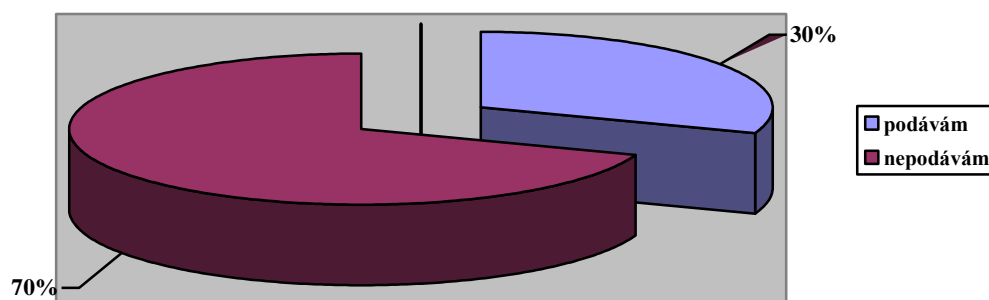
Graf č. 22 Podpora soběstačnosti klienta s Alzheimerovou demencí na odděleních



Z grafu č. 22 můžeme vidět, jak sestry podporují soběstačnost klienta trpícího Alzheimerovou demencí. 80 (76%) respondentů napsalo, že se snaží tohoto klienta povzbuzovat a napovídat mu. Hygiena, oblékání a vyprazdňování se děje pod dohledem

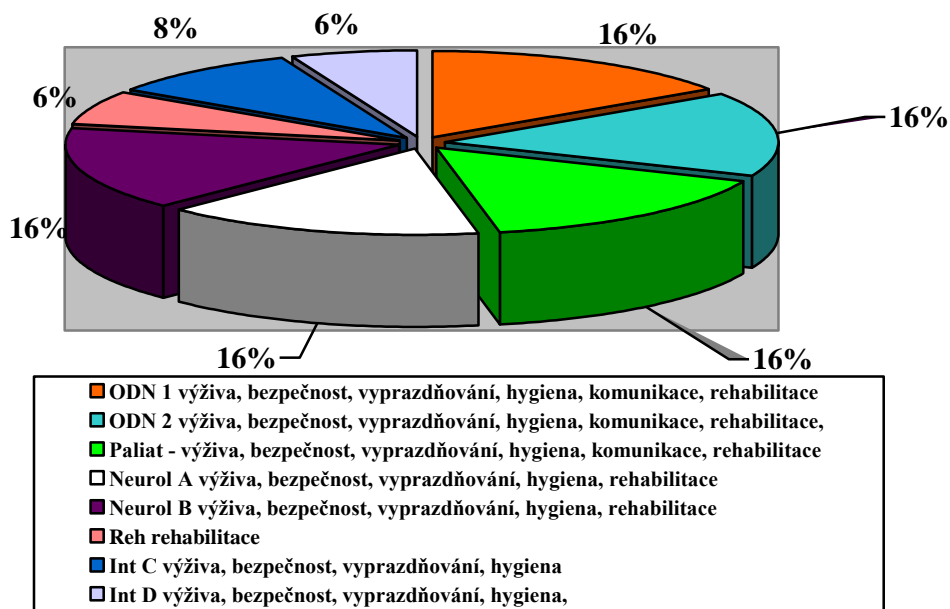
sestry, která mu pomůže, pokud to klientovi nejde. Dotazovaní na odděleních ODN 1, 2, paliativních lůžkách a neurologii A, B ještě přidali své poznatky. V oblasti hygieny klientovi připraví pomůcky a vysvětlí mu jednotlivé kroky, které pod jejich dohledem klient provádí. Potom sestra dopomůže. Neustále klienta chválí. V oblasti oblékání klientovi podává jednotlivé části oblečení a dbá na to, aby toto oblečení nemělo složité zapínání. V oblasti vyprazdňování se snaží, aby toaleta byla dostupná a řádně označená. Do podpory soběstačnosti klienta zapojují také rodinné příslušníky.

Graf č. 23A Podávání informací rodinám



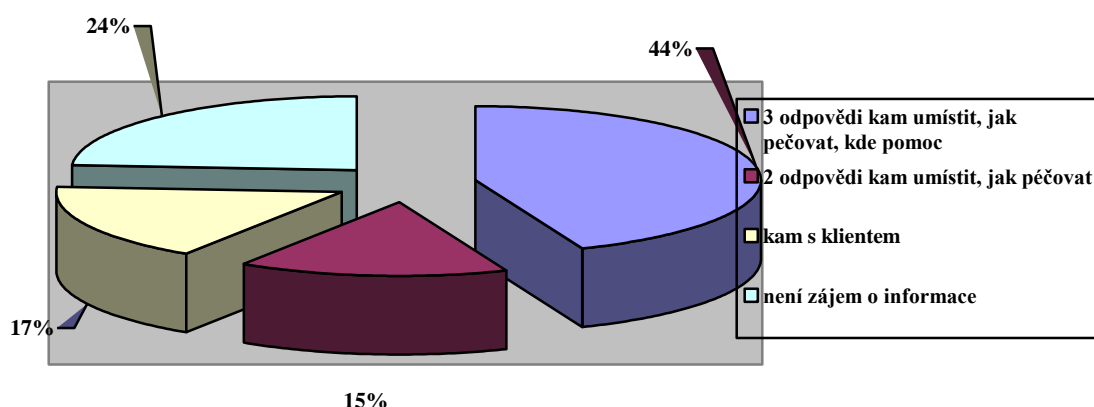
Graf 23A ukazuje podávání informací rodinám, které chtějí pečovat o klienta trpícího Alzheimerovou demencí. 73 (70%) dotazovaných odpovědělo, že informace nepodává. 32 (30%) respondentů informace podává.

Graf č. 23B Podávání informací rodinám v různých oblastech



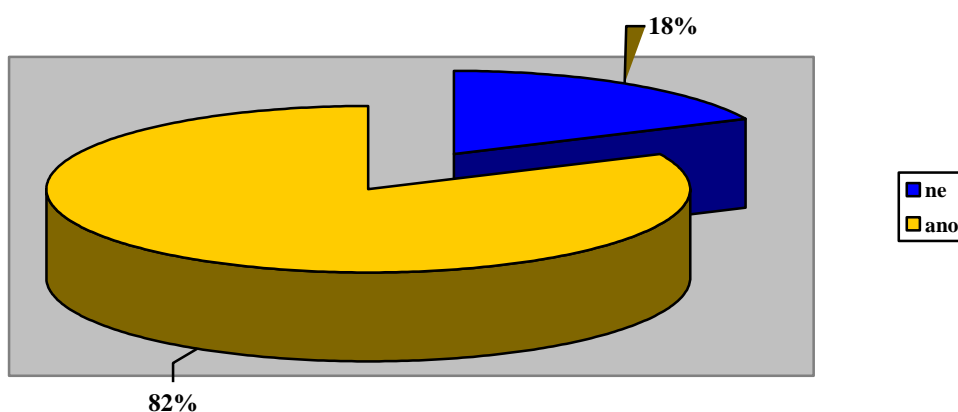
Graf č. 23B odhaluje, která oddělení podávají informace a v jakých oblastech. Dotazovaní z oddělení ODN1, 2 a paliativní lůžka zaškrtili, že podávají informace v oblastech výživy, vyprazdňování, bezpečnosti, hygieně a oblékání, komunikaci a rehabilitaci. Dalším oddělením, které podává informace, byla neurologie A, B. Zde podávají informace o výživě, bezpečnosti, vyprazdňování, hygieně a oblékání a rehabilitaci. Na oddělení rehabilitace podávají sestry informace pouze o rehabilitaci. Na oddělení interna D, C může rodina získat informace o výživě, bezpečnosti, vyprazdňování a správné hygieně včetně oblékání.

Graf č. 24 Zájem o druhy informací



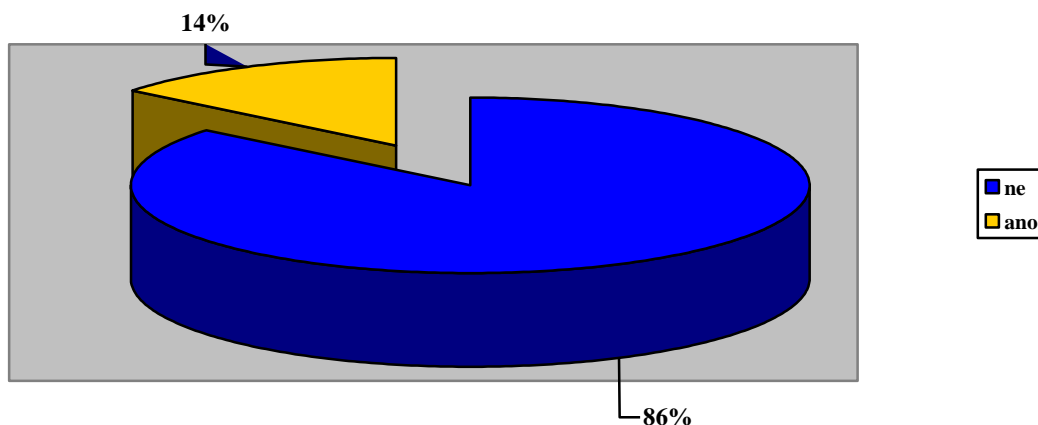
Graf č. 24 ukazuje, o jaké informace mají rodiny zájem. 46 (44%) dotazovaných zaškrtnulo, že rodiny chtějí vědět, kam mohou klienta dát po ukončení léčby, kde budou hledat pomoc a jak správně o něj mají pečovat. 18 (17%) respondentů uvedlo, že rodiny chtějí pouze informace, kam mohou klienta umístit. 25 (24%) dotazovaných si myslí, že rodiny nemají zájem o poskytnutí informací a 16 (15%) si myslí, že chtějí informace jak správně pečovat a kam jej umístit.

Graf č. 25 Česká alzheimerská společnost



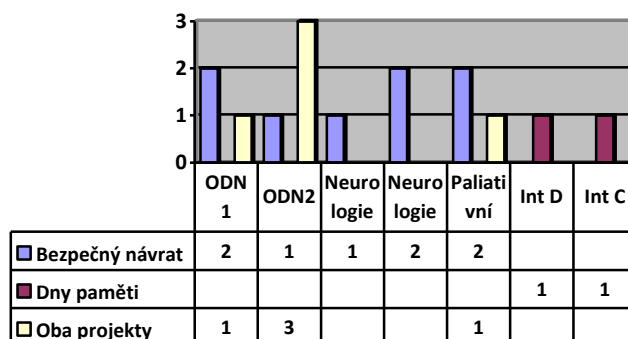
Z grafu č. 25 je patrné, že o České alzheimerské společnosti slyšelo 86 (82%) dotazovaných a neslyšelo 19 (18%) respondentů.

Graf č. 26A Projekty ČALS



Z grafu č. 26A môžeme vidieť, že projekty ČALS nezná 90 (86%) dotazovaných, naopak 15 (14%) respondentů je zná.

Graf č. 26B Oddělení, kde znají projekty ČALS



Graf č. 26B ukazuje, že na ODN 1, 2 a paliativních lůžkách znají projekty Bezpečný návrat a Dny paměti. Na neurologii A, B mají povědomí o projektu Bezpečný návrat a na interním oddělení D, C napsali projekt Dny paměti.

4.2 Výsledky kvalitativního šetření

Pečující osoba č. 1

První rozhovor jsem provedla s pečující osobou, které je 28 let a stará se poslední 4 roky o svého dědu, kterému je 86let. Osoba s Alzheimerovou demencí je nyní hospitalizována na oddělení dlouhodobě nemocných z důvodu dehydratace a přetížení pečovatelky. *„Jsem v 6. měsíci těhotenství a potřebuji si odpočinout, nedávno jsem se přistihla, jak na dědu křičím. Je toho teď na mě moc“*, uvedla pečující osoba.

Během posledního půl roku se stav klienta zhoršil, není schopen se sám najíst. *„Věděla jsem, že nemoc bude postupovat. Je to strašné, když vidíte člověka, který se celý život věnoval vaření a najednou neví co s obyčejnou lžící. Je to k pláči. Víte, rozhodně nečekám, že se děda vzpamatuje a začne jíst sám. Od sester očekávám, že ho nakrmí a že mu podají lahvičku s pitím k ústům“*, sdělila pečující osoba.

Podle vnučky u klienta hrozí jedině pád z lůžka. *„Děda není schopen chůze, ale v lůžku se dokáže posadit i otočit. Takže při neopatrném pohybu by mohl spadnout. Ocenila bych tedy, kdyby děda dostal z každé strany lůžka zábranu, aby se předešlo nějakému zranění“*, uvedla pečující osoba.

Klient je dezorientován místem, časem i osobou. Neustále se ptá po své ženě Marii, ta však již před šesti lety zemřela. *„Jsou dny, kdy děda ví, že byl babičce na pohřbu. Nebo Vám bude vyprávět o válce. Pak jsou dny jako dnes, že ani neví, kdo jsem. Předpokládám, že se k němu budou chovat vlídně s patřičnou úctou a nebudou na něj křičet“*, sdělila pečující osoba.

Klient již tři roky nechodí. V lůžku se však dokáže posadit i otočit. V domácím ošetření zajišťovala rehabilitaci agentura domácí péče, která docházela denně na 20 minut. *„Vím, že se na tomto oddělení hodně rehabilituje a že máte fyzioterapeuty přítomny 7x do týdne. Proto předpokládám, děda dostane do lůžka alespoň 1x denně motomed a pokud bude chtít, tak jej sestry dovezou na Vaši vyhlášenou pracovní terapii.“*

Nečekám, že začne chodit, chtěla bych, aby se jeho stav při pobytu na tomto oddělení nezhoršil“, řekla pečující osoba.

V oblasti hygieny je klient schopen si umýt obličej žínkou, kterou mu dá sestra do ruky. Klient je schopen si na pokyn svléknout košili. Klient trpí inkontinencí moči i stolice, užívá pleny. Pečující osoba očekává: *„Hygienu provede sestra či ošetřovatelka, zároveň dědovi pomůže se obléct a dle potřeby mu vymění pleny. Bude se snažit předcházet opruzeninám.“*

Jelikož vnučka neměla žádné dotazy, zdravotnický personál jí žádné informace nepodal. *„Víte, když se nemoc objevila, hledala jsem informace na internetu a ve škole. Nestarám se o dědu první měsíc a můžu říci, že už jsem s ním taky něco zažila. Myslím si, že mi personál stejně nemůže poskytnout informace, o kterých bych už nevěděla. Očekávám však od nich, že dědovi poskytnou kvalitní péči.“*

Na otázku, zda pro ni má nějaký přínos ČALS a svépomocné skupiny pečující osoba odpověděla, že žádný. Slyšela o nich, ale nezajímá jí to. Myslí si, že klientovi poskytuje adekvátní péči.

Shrnutí:

O osobu trpící Alzheimerovou demencí pečuje vnučka. V současnosti byl klient hospitalizován na oddělení dlouhodobě nemocných, aby si vnučka odpočinula. Pečující osoba očekává, že sestra klienta nakrmí, dá mu napít, zajistí lůžko proti pádu zábranami, umyje ho, dopomůže mu s oblékáním a dle potřeby mu vymění pleny. Dále chce, aby se k němu chovala vlídně a nekřičela na něj. Předpokládá, že s fyzioterapeuty bude denně rehabilitovat. Zároveň chce, aby mu byla podávána kvalitní péče. Tyto požadavky jsou adekvátní vůči stavu klienta. O ČALS a svépomocných skupinách slyšela, ale nepřikládá jim váhu, myslí si, že poskytuje dostatečnou péči.

Pečující osoba č. 2

Druhý rozhovor jsem provedla s pečující osobou, které je 30 let. Snaží se poskytnout adekvátní péči svému dědovi, kterému je 79 let. O klienta se intenzivně stará

1 rok. Klient je nyní hospitalizován na oddělení dlouhodobě nemocných z důvodu přetížení pečovatelky. „*Potřebuji si já i zbytek rodiny na chvíli od dědy odpočinout. Je to pro mě vyčerpávající*“, řekla pečující osoba.

Klient není schopen se sám najíst ani napít. „*Předpokládám, že sestry dají dědovi najíst minimálně 3x denně a že mu budou dávat průběžně pít. Doma stravu mixují, proto bych uvítala, kdyby strava byla také mixovaná. Ale s tím si již zdejší sestry poradí*“, sdělila pečující osoba.

Klient je poslední rok upoután na lůžko, není schopen se sám otočit. Dle pečující osoby nehrozí žádné riziko pádu, poranění či útěku z lůžka. Přesto však má klientovo lůžko zábrany.

Ohledně komunikace mi pečující osoba mi sdělila: „*Děda vůbec nemluví. Ale když se mu něco nelíbí, poznáte to podle toho, že svráští obočí a zavře oči. Nečekám, že děda začne mluvit a ani nechci, aby mu četli, protože vím, že sestry nemají tolik času. To si budu dělat sama, když přijdu na návštěvu. Očekávám, že na dědu budou mluvit, když budou provádět různé úkony kolem něho a budou sledovat jeho neverbální projevy. Doufám, že na něj nebudou křičet.*“

Klient je plně ležící. Pečující osoba s ním doma cvičí minimálně 2x denně. Snaží se zabránit kontrakturám tím, že končetiny protahuje a masíruje. Dále se snaží klienta pravidelně polohovat po 2 – 3h. Přes její veškerou péči se však klientovi na hýždích vytvořil dekubitus. „*Od sester čekám, že budou pokračovat v tom, co jsem dělala s dědou doma. Chtěla bych, aby s ním cvičily, protahovaly končetiny, aby nedošlo ke kontrakturám. Dále čekám, že jej budou polohovat a pečovat o defekt, který se mu vytvořil na hýždích. Přála bych si, buď aby defekt vyhojily, nebo aby nedošlo k jeho zhoršení*“, uvedla pečující osoba.

Klient se nedokáže sám umýt ani obléct, je odkázán na pomoc druhé osoby. Je inkontinentní, pečující osoba mu přikládá pleny. Jak mi pečující osoba sdělila: „*Předpokládám, že ho sestra umyje a provede hydrataci pokožky prostředky, jež jsem zakoupila a nechala dědovi na stolečku. Dále očekávám, že ho oblékne. V oblasti*

vyprazdňování čekám, že mu vymění pleny dle potřeby a bude se snažit předejít opruzeninám.“

Pečující osoba neměla na zdravotnický personál žádné dotazy ve zmíněných oblastech, zároveň mi pečující osoba pověděla: *„Předpokládám, že dědovi bude poskytována kvalitní péče, kterou mu poskytne kvalifikovaný personál.“*

Na otázku, kde získala pečující osoba informace, mi bylo řečeno, že od obvodního lékaře a z internetu právě ze stránek České Alzheimerovské společnosti. O svépomocných skupinách slyšela, ale pro ni žádný přínos nemají.

Pečující osoba uvedla: *„Uvítala bych informace o možnostech sociální podpory. Dále by mě zajímalo, jak bude zajištěna výživa, pokud by děda přestal jíst i mixovanou stravu.“*

Shrnutí:

O osobu trpící Alzheimerovou demencí pečuje vnučka. V současnosti byl klient hospitalizován na oddělení dlouhodobě nemocných, aby si vnučka odpočinula. Pečující osoba očekává, že ho sestra nakrmí, podá mu tekutiny během dne, umyje ho, oblékne, vymění pleny a bude na něj hovořit při provádění jednotlivých úkonů kolem něho. V neposlední řadě čeká opatření proti vzniku kontraktur a defektů. Očekává kvalitní péči, kterou poskytuje kvalifikovaný personál. Tyto požadavky jsou adekvátní vůči stavu klienta. Pečující osoba o ČALS slyšela a čerpala informace o chorobě z jejich internetových stránek.

Pečující osoba č. 3

Třetí rozhovor jsem provedla s pečující osobou, které je 29 let. Pečuje o svou babičku, které je 80 let. O klientku se snaží postarat poslední měsíc, ale péči nezvládá. Z toho důvodu nechala klientku hospitalizovat na oddělení dlouhodobě nemocných. *„Vůbec nevím, co s ním mám dělat. Babička bydlela dříve u mé matky, ale bohužel ta zemřela a tak babička přišla ke mně. Za poslední měsíc jsem se nevyspala, pořád chodí po bytě nebo mi z něj utíká. Je to strašné“*, uvedla pečující osoba.

Klientka se občas zapomíná najíst a napít. „*Neustále chce v kuchyni pomáhat, ale moc se jí to nedaří. Minulý týden mi do omáčky nasypala kroupy a pak se rozčilovala, že jsem to udělala já. Problém s jídlem nemá, prakticky sní všechno, co jí dáte. Očekávám od sester, že jí jídlo donesou a dohlédnou, že jej sní. Samozřejmě také doufám, že dohlédnou na její pitný režim*“, řekla pečující osoba.

Klientka s hospitalizací sice souhlasila, ale nechápe, proč má v nemocnici zůstat. Údajně jí nic není. V domácím prostředí utíkala z domu či bloudila po bytě. Také již několikrát doma upadla. „*Babička se z ničeho nic sebere a odchází. Víím, že toto oddělení není uzavřené, ale na druhou stranu čekám, že se tady nezraní a nebude moct Vám utéct. Myslím si, že ji tady zklidníte, dáte jí nějaké léky a ona přestane utíkat*“, sdělila pečující osoba.

Klientka se špatně orientuje v místě a čase. Komunikace mezi ní a pečující osobou je špatná. Často se spolu hádají. Vnučka si nechce připustit, že jde o projevy nemoci, myslí si, že jí klientka dělá naschvály. Neví, jak má správně s osobou trpící Alzheimerovou demencí komunikovat. „*Babička Vám bude povídat o tom, co bylo kdysi a jak pracovala na poli, ale co měla před chvílí k obědu, to už neví. Nevěřila byste mi, co si dokáže vymyslet. Kouká na TV na nějaký pořad o Francii a začne tvrdit, že tam chodila do školy. Když se jí to snažím vymluvit, začneme se akorát hádat. Od pobytu na tomto oddělení bych očekávala zlepšení komunikace mezi námi. Doufám, že jí lékař upraví medikaci a ona si přestane vymýšlet pohádky a já se s ní nebudu muset rozčilovat*“, řekla pečující osoba.

Pečující osoba s klientkou v domácím prostředí nerehabilituje. Neví, co by s ní měla dělat. Snaží se klientku zabavit tím, že ji posadí k TV. „*Obvodní lékař mi řekl, že tu máte pracovní terapii a že 1x týdně procvičujete vaření, ocenila bych, kdyby se babička této terapie účastnila. Mohla by pak doma vařit. Myslím si, že další rehabilitaci nepotřebuje*“, uvedla pečující osoba.

Klientka je schopna se na vyzvání dojít umýt. V domácím prostředí jí oblečení pečující osoba připravila a ona si ho sama oblékla. S vyprazdňováním problém není.

V této oblasti pečující osoba řekla: „*Očekávám, že sestry dohlédnou na to, aby se babička umyla, oblékla, případně jí pomohou, od toho zde přece jsou.*“

Na otázku, jaké byly podány informace zdravotnickým personál, pečující osoba odpověděla: „*Zatím žádné, jelikož já jsem neměla dostatek času, abych je vyslechla. Myslím si, že v současné době je stejně nepotřebuji. O informace o péči o babičku se budu zajímat, až ji budou propouštět domů. Tedy mě momentálně nezajímá reminiscenční terapie. Zájem bych však měla o informace, kam lze umístit osobu trpící Alzheimerovou demencí.*“

Pečující osoba očekává, že klientce bude poskytována kvalitní péče, která napomůže zlepšení stavu. Sestry se k ní budou chovat mile a nebudou na ni křičet. Pečující osoba je ochotna si vzít klientku domů, pokud nebude utíkat, bude orientovaná a schopna být doma sama.

Na otázku, jaký má přínos ČALS a svépomocné skupiny, odpověděla pečující osoba, že žádný.

Shrnutí:

O osobu trpící Alzheimerovou demencí pečuje vnučka. V současnosti byla klientka hospitalizována na oddělení dlouhodobě nemocných, protože vnučka péči nezvládala. Pečující osoba očekává, že sestra bude kontrolovat příjem stravy a tekutin, dohlédne na klientčinu hygienu a oblékání a v případě nutnosti jí pomůže. Z rozhovoru vyplynulo, že pečující osoba, očekává, že lékař naordinuje nějakou léčbu, po které se klientka zklidní, přestane utíkat a při komunikaci bude orientována. Dále se zapojí do pracovní terapie – terapeutického vaření, při kterém se natolik zlepší, že bude moct v domácím prostředí vařit. Pokud by se klientka zlepšila, hned si ji vezme domů. Tyto požadavky jsou zcela neadekvátní vzhledem ke stavu klientky. Pečující osoba zatím odmítá jakékoli informace o péči o klientku. V současné době jí zajímá, za jakých podmínek lze klientku umístit do domova důchodců. ČALS a svépomocné skupiny nemají pro ni žádný přínos.

Pečující osoba č. 4

Čtvrtý rozhovor jsem vedla s pečující osobou, které je 50 let. Pečuje o svou tchýni, které je 81 let. O klientku se stará pět let, tak že denně docházela do jejího bytu. Během posledního měsíce se však její stav zhoršil a vyžaduje, aby se tchýně nastěhovala k ní do bytu. Osoba s Alzheimerovou demencí je nyní hospitalizována ze sociálního důvodu po dobu přestavby bytu. „*Snažím se provést úpravu bytu, abych si Marušku mohla vzít domů*“, sdělila pečující osoba.

Klientka je schopna se samostatně najíst, pokud se před ní jídlo připraví. Stejně tak se samostatně napije, pokud se vyzve. Pečující osoba uvedla: „*Předpokládám, že sestry Marušce jídlo připraví, je nutné ho nakrájet. Zároveň očekávám, že dohlédnou nato, aby měla dostatečný přísun tekutin.*“

Klientka se hůře pohybuje. Je schopna na pokoji s pomocí druhé osoby přejít z lůžka ke stolu. „*Uvítala bych, aby v rámci bezpečnosti bylo mé tchýni dáno nízké lůžko a pokud se z něj bude přesouvat ke stolu či na toaletní křeslo, tak očekávám přítomnost personálu, aby zabránili pádu či poranění*“, řekla pečující osoba.

Klientka nemluví. Pokud se cítí dobře, usmívá se, když se jí něco nelíbí pláče. Na oddělení dochází dobrovolník. Pečující osobě bylo nabídnuto, že by mohl dobrovolník docházet ke klientce a číst jí její oblíbené knihy. „*O dobrovolníkovi jsem ještě neslyšela, ale souhlasím. Já denně za ní na návštěvu chodit nemůžu, proto budu ráda, když jí bude někdo číst. Od sester čekám, že budou milé, usmívající se. Budou s ní vlídně zacházet*“, sdělila pečující osoba.

Jelikož klientka nemluví, tak se v domácím prostředí pečující osoba snažila o kognitivní trénink tím, že klientce pouštěla TV, aby sledovala AZ kvíz. Dále s ní chodila po bytě. „*Od sester očekávám, že se bude účastnit pracovní terapie, skupinového cvičení a doufám, že s ní budou fyzioterapeuti chodit. Prosila jsem také sestry, zda by jí TV pustili. Tak doufám, že to udělají. Chtěla bych, ale je to jen přání, já nečekám zázrak, aby se v chůzi zlepšila a byla schopna, až bude doma si samostatně dojít na WC, které je vzdálené asi 10m*“, udala pečující osoba.

Klientka je schopna při donesení lavůrku k lůžku provést hygienu. Klientka je schopna si samostatně obléct košili. Pokud by měla více vrstev oblečení, potřebovala by pomoc. Klientka se vyprazdňuje na toaletní křeslo, kam se přesunuje s pomocí druhé osoby. Pečující osoba sdělila: *„Předpokládám, že sestry při provádění hygieny dají Marušce lavor s vodou a vyzvou jí, aby se umyla. Pokud jí to nepůjde, pomohou jí. Oblečení si na vyzvání převlékne, pokud jí to nepůjde, tak čekám, že jí obléknou. Co se týče, vyprazdňování nechci, aby skončila s plenami. Chci, aby jí sestry pomáhaly na toaletní křeslo a zachovaly tak její soběstačnost.“*

„O reminiscenční terapii mi sestra říkala, ale myslím si, že pro mou tchýni není. Se sestrou jsem probírala, jak ještě upravit byt. Byla jsem ráda, že mi poradil někdo, kdo v tom dělá. Mluvila se mnou o madlech, odstranění prahů a využití protiskluzných podložek. Další informace zatím nepotřebuji“, uvedla pečující osoba.

Na otázku jaký pro ni má přínos ČALS a svépomocné skupiny, pečující osoba odpověděla, že o nich slyšela, ale nemají pro ni žádný přínos. Informace o chorobě jí sdělila ošetřující lékařka a také si o ní přečetla z letáčků.

„Očekávám, že se o tchýni postará kvalifikovaný personál a že spolu budeme spolupracovat“, uvedla pečující osoba.

Shrnutí:

O osobu trpící Alzheimerovou demencí pečuje snacha. V současnosti byla klientka hospitalizována na oddělení dlouhodobě nemocných z důvodu přestavby bytu snachy. Pečující osoba očekává, že sestra donese klientce jídlo a nakrájí jí ho. Dohlédne na to, aby měla dostatečný přísun tekutin. Dále očekává, že sestra se bude snažit minimalizovat riziko pádu, bude přítomna při pohybu klientky mimo lůžko. Pečující osoba by také uvítala, aby klientka navštěvovala pracovní terapii, účastnila se skupinového cvičení a pravidelně chodila s fyzioterapeuty. V oblasti hygieny sestra donese pomůcky k hygieně a dohlédne na to, že ji klientka provede. Pečující osoba chce, aby klientce nedávaly pleny, ale aby jí personál pomohl na toaletní křeslo. Očekává, že péči poskytuje kvalifikovaný personál, který je milý a usmívající se.

Oceňuje, že jí byly poskytnuty informace, jak vylepšit byt, proto aby si mohla klientku vzít domů. O ČALS a svépomocných skupinách slyšela, ale nemají pro ni přínos.

Pečující osoba č. 5

Pátý rozhovor jsem vedla s pečující osobou, které je 60 let. Snaží se poskytnout poslední 3 týdny péči své matce, které je 79 let. O klientku se dříve starala druhá dcera, ale ta se zranila při autonehodě, proto péči převzala současná osoba. Pečující osoba péči nezvládá, proto po domluvě s obvodním lékařem, nechala matku hospitalizovat na oddělení dlouhodobě nemocných. *„Nikdy mě nenapadlo, co je okolo mé matky tolik práce. Já jsem za ní chodila akorát na návštěvu a o všechno se starala sestra“*, řekla pečující osoba.

Klientka není schopna se sama najíst ani napít. Pokud jí jídlo chutná, otevírá ústa. Jestliže jí jídlo nechutná, má rty pevně stisknuty a není možné jí jídlo podat. Během celého dne vypije maximálně 500ml čaje. Proto jí lékař naordinoval 1 infuzi. Pečující osoba nechtěla pochopit, že příjem 500ml tekutin během dne je nízký. V domácím prostředí údajně pila dost, ale kolik, to pečující osoba nesdělila. *„Chtěla bych, aby jí sestry nakrmily a daly jí napít. Zároveň nevidím důvod, proč je jí podávána infuze. Myslím si, že matka pije dost a pokud ne, tak se jí sestry dostatečně nevěnují“*, uvedla pečující osoba.

Klientka je plně ležící, sama se v lůžku neotočí. Podle pečující osoby nehrozí žádné bezpečnostní riziko. Sestry na oddělení však vyhodnotily, že klientka má riziko pádu, proto se rozhodly lůžko zabezpečit 2 zábranami. Pečující osoba s tímto rozhodnutím nejdříve nesouhlasila a pak si nechala situaci vysvětlit. *„Řekla jsem jim, že matka leží jako placka a neotáčí se a ony, co kdyby. Je to fakt, tak ať je má“*, uvedla pečující osoba.

Klientka nemluví, pouze očima těká po místnosti. *„Matka nemluví, takže o nějaké komunikaci nemůže být řeč. Mluvit s ní tedy nemusí, ale chtěla bych, aby s ní hezky zacházely“*, udala pečující osoba.

Na otázku, zda doma s klientkou rehabilituje, pečující osoba odpověděla, že ne. Na radu své sestry se jí se sousedem snažila polohovat, ale i tak se vytvořil na hýždích velký dekubitus. „*Já očekávám, že tady s ní budou rehabilitovat, jsou snad od toho, ne? Čekám, že ten defekt na hýždích sestry vyhojí a budou jí polohovat*“, pověděla pečující osoba.

Klientka není schopna provést hygienu ani se nezvládne obléct, trpí inkontinencí moči i stolice. „*Od sester požaduji, aby ji umyly, promazaly tělovým lékem, oblékly a podle potřeby jí měnily pleny*“, uvedla pečující osoba.

Ošetřovatelský personál se snažil pečující osobu seznámit s ošetřovatelskou péčí, to však odmítla: „*Nevidím důvod, proč se tím zabývat. Až bude moje sestra fit, opět si matku vezme nebo tu zůstane. Já o tom nepotřebuji nic vědět a nehodlám si ji vzít domů. Očekávám kvalitní péči, jaké je schopno zdravotnictví poskytnout. Předpokládám, že sestry budou milé, usmívající se. Vždyť je to jejich povolání a jsou za to placeny.*“

Na otázku, jaký pro ni má přínos ČALS a svépomocné skupiny, odpověděla, že žádný, neslyšela o nich.

Shrnutí:

O osobu trpící Alzheimerovou demencí se stará v současnosti dcera, jež nezvládá tuto péči, proto ji nechala umístit na oddělení dlouhodobě nemocných. Odmítá jakékoli informace, které by vedly k zlepšení její domácí poskytované péče. Od personálu požaduje kvalitní péči. Očekává, že klientku sestry nakrmí, podají jí tekutiny, umyjí ji, obléknou a dle potřeby jí vymění pleny. Dle pečující osoby na klientku personál nemusí hovořit, ale chce, aby s ní vlídně zacházeli, byly milé a usmívající se. Dále by chtěla, aby klientka byla polohována a aby sestry vyhojily vzniklý dekubitus na hýždích. O ČALS a svépomocných skupinách neslyšela a nemají pro ni žádný přínos. Pečující osoba nemá základní informace o Alzheimerově chorobě.

Pečující osoba č. 6

Šestý rozhovor jsem vedla s pečující osobou, které je 35 let. Tato osoba pečuje o svou 84 – letou babičku již 3 roky. Klientka je nyní hospitalizována na oddělení dlouhodobě nemocných ze sociálního důvodu, vnučka s rodinou odjela na dovolenou.

Klientka se sama nají, je nutný dohled nad pitným režimem. *„Pokud jí sestry přinesou jídlo ke stolu a vyzvou ji, aby se šla najíst. Tak v tom nevidím problém. Musí však dohlédnout na to, aby pila. Ona pít nechce a nalitý čaj vylívá“*, sdělila pečující osoba.

U klientky hrozí rizika pádu, při chůzi se přidržuje madel i tak je však chůze nejistá. Dále hrozí riziko útěku z oddělení. Proto byla klientka umístěna blízko sesterny a byla jí dána identifikační kartička, kterou sestry pravidelně kontrolují, zda nedošlo k její ztrátě. *„Očekávám, že se babička odtud neztratí. Upozornila jsem sestry, že občas bloudí, proto už provedly bezpečnostní opatření. Nečekám, že během hospitalizace neupadne, doma padá často. Odmítá totiž chodit jak s hůlkou, tak s druhou osobou. Doufám jen, že nepojde ke zranění“*, uvedla pečující osoba.

Klientka během rozhovoru s ošetřujícím personálem mluví pomalu, potichu, dělá dlouhé pomlky a často opakuje slova. Neustále se ptá, kde je. *„Babička se před třemi lety přestěhovala ke mně a teprve teď si trochu zvykla. Komunikace s ní občas bývá těžká, někdy je zlostná, jindy může nařknout personál z krádeže. Vím, že zdejší personál se s těmito lidmi setkává denně, proto nečekám nějaký problém“*, řekla pečující osoba.

V domácím prostředí se jí vnučka opravdu věnuje. Ráno zahajují ranní rozcvičkou, které je ovlivněna stavem klientky. Během dopoledne procvičují jemnou motoriku rukou. Klientka pomáhá s vařením, např. míchá těsto. Odpoledne jdou na procházku. Pečující osoba nechce, aby klientčin mozek zahálel, zakoupila si sešity *„Cvičte si svůj mozek“* a s klientkou dělá různá cvičení. *„Očekávám, že se babička nezhorší. Vím, jaký je na tomto oddělení harmonogram, takže vím, že se bude účastnit ranního skupinového cvičení a pak půjde na pracovní terapii. Personál jsem upozornila,*

že babička občas stávkuje. Proto od nich očekávám, že ji bez násilí začlení do programu.“, uvedla pečující osoba.

Klientka je schopna se pod dohledem sestry umýt i obléct sama. Vyprazdňuje se na WC, na noc má u lůžka toaletní křeslo. *„Babička na hygienu zapomíná, takže čekám, že sestry dohlédnou nato, aby ji provedla. Obléct zdejší košili zvládne, pokud ne, tak čekám, že jí pomohou. V oblasti vyprazdňování problém nevidím, dveře jsou označeny. Na noc bych však ocenila, kdyby měla u lůžka toaletní křeslo“*, sdělila pečující osoba.

O významu reminiscenční terapie již sestra pečující osobu informovala v minulosti. Pečující osoba ví, jak pečovat o klienta s Alzheimerovou demencí. Očekává kvalitní péči, kterou poskytnou kvalifikované pracovnice. Prvotní informace získala od obvodního lékaře, poté od zdejších sester, z internetu a ze stránek ČALS. Využívá svépomocných skupin, kde si může postěžovat.

Shrnutí:

O osobu trpící Alzheimerovou demencí se stará vnučka. V současnosti je klientka hospitalizována ze sociálního důvodu, vnučka odjela na dovolenou. Během své nepřítomnosti očekává, že nedojde k výraznému zhoršení klientčina stavu. Od sester očekává, že jí stravu donesou a k jídlu jí vyzvou, zároveň dohlédnou na to, aby měla dostatečný příjem tekutin. Pečující osoba ví, že personál se bude snažit předejít pádům, ale že jim zcela nezabrání. Doufá proto, že nedojde ke zranění. Dále předpokládá, že klientka neuteče a že ji personál zapojí do skupinového cvičení a pracovní terapie. Po personálu chce, aby dohlédl na hygienu a oblékání. Pečující osoba očekává kvalitní péči od kvalifikovaných pracovníků. O ČALS a svépomocných skupinách slyšela, jsou pro ni přínosem.

5. Diskuse

Tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o klienta s Alzheimerovou demencí. Souhlasíme s Venglářovou (27), která uvádí, že péče o člověka trpícího demencí, je velmi náročná.

Cílem kvantitativního šetření bylo zjistit informovanost sester o specifikách ošetrovatelské péče o klienta s Alzheimerovou demencí. Jak vyplynulo z **Grafu č. 6**, všichni respondenti se na svých odděleních setkali s klientem trpícím Alzheimerovou demencí. Zároveň nás příliš nepřekvapil výsledek z **Grafu č. 7B**, který ukázal, že denně přichází do kontaktu s klientem s AD respondenti na oddělení ODN 1, ODN 2, Paliativních lůžkách a pracovníci v interních oborech. Naopak nejméně kontaktů s takovým klientem hlásí chirurgické obory, rehabilitace a kožní oddělení. V dotazníku jsme se respondentů ptali na oblast výživy. Svobodová (22) doporučuje vyloučit stravu s vysokým obsahem cukrů a tuků. Toto doporučení se nám potvrdilo, výsledek je patrný v **Grafu č. 11**, kdy 69 dotázaných zaškrtnulo, že nemocnému doporučí stravu lehce stravitelnou, vyváženou s dostatečným množstvím vitamínů a vlákniny s minimálně 1,5 litrem tekutin denně. Další oblastí, kterou jsme se zabývali, byla bezpečnost. V **Grafu č. 13** napsalo 32 dotazovaných z toho 10 sester pracujících na ODN 1, 2 a paliativních lůžkách, že je nutné minimalizování rizik pádu, odklizení předmětů z pokojů, dobré osvětlení pokojů s užíváním kompenzačních pomůcek a připnutí bloudícímu klientovi identifikační kartičku, ztotožňují se tak s názorem Holmerové (8). Poněkud nás zarazilo, že 17 respondentů si myslí, že není třeba klienta seznámit s pokojem, jelikož informace zapomene. Byly to hlavně sestry z ORL, očního oddělení, kardiologie, rehabilitace a ortopedie, které jak se ukázalo v **Grafu č. 7B**, se s klientem trpícím Alzheimerovou demencí setkávají 2 - 3x měsíčně ne-li 1x ročně. Jak sestry konkrétně dbají o bezpečnost klienta s AD v Nemocnici Jihlava, odhaluje **Graf č. 14**. Většina - 91 respondentů se shodla na obecných zásadách, kdy provádí časté kontroly, snaží se zabránit pádu a připínají klientovi identifikační štítek. Na odděleních, ODN 1, 2 a paliativních lůžkách, které přichází do kontaktu s takovým to klientem denně, k těmto opatřením ještě přidávají edukaci klienta, signalizaci v jeho dosahu, kontrolu obuvi,

užívání kompenzačních pomůcek, využití piktogramů, uložení klienta blízko sesterny na pokoj se zámkou na oknech. Příjemně nás překvapilo, že se komunikaci s klientem trpícím Alzheimerovou demencí nikdo nevyhýbá, jak můžeme vidět v **Grafu č. 15**. Souhlasíme s Holmerovou, která uvádí, že v pokročilé fázi demence, přestávají být slova hlavním prostředkem komunikace a je tedy nutné sledovat neverbální vyjadřování klienta (8). Nebo jak tvrdí Zgola je nutné využít více komunikačních kanálů (39). Ovšem jen 25 dotazovaných zaškrtnulo všech pět správných odpovědí tj. rozhovor veden klidně v krátkých větách, sledují neverbální projevy komunikace, stojím v zorném poli klienta a udržuji oční kontakt, hovořím s úctou a respektem, průběžně kontroluji, zda podané informace pochopil. 4 správné odpovědi již označilo 40 respondentů. Nejčastěji se zapomínalo na odpověď, že sestra stojí v zorném poli klienta a udržuje s ním oční kontakt. Jak sestry konkrétně komunikují s klientem s AD v Nemocnici Jihlava, ukazuje **Graf č. 16**. Většina - 90 respondentů napsala obecné zásady komunikace. Hovoří na nemocného pomalu, rozhodně na něj nekřičí, projevují mu při rozhovoru patřičnou úctu, neoslovují je „babi, dědo“ ale jeho příjmením a při rozhovoru zjišťují zpětnou vazbu. Výsledek šetření nám ukázal, že na odděleních, ODN 1, 2 a paliativních lůžkách, které přichází do kontaktu s nemocným denně, dodržují rady Callone (4) o správné komunikaci. V žádném případě se nesnaží klienta přesvědčovat o tom, že nemá pravdu. Při rozhovoru s ním nechávají dostatek času, neužívají zájmen a tázacích vět, snaží se na něj hovořit klidně, vlídným tónem a mají k němu citlivý a empatický přístup. Jak často je přítomen fyzioterapeut na jednotlivých odděleních znázorňuje **Graf č. 17**. Naše zjištění bylo překvapující, pouze oddělení ODN 1, 2 a paliativní lůžka udávají přítomnost fyzioterapeuta 7x do týdne. 45 respondentů uvádí, že fyzioterapeut je přítomen na jejich oddělení 4 – 5x do týdne a v 35 případech přichází fyzioterapeut na zavolání. Proto nás zajímalo, když Callone (4) i Holmerová (8) uvádí, že je důležitý pravidelný pohyb, kdo tedy s klientem v Nemocnici Jihlava cvičí, pokud není fyzioterapeut přítomen. Výsledek šetření je uveden v **Grafu č. 18**. Ukázalo se, že v 55 případech cvičení přebírá pověřená sestra, ve 20 případech rodina a alarmující je, že 15 dotázaných zaškrtnulo odpověď nikdo. Při tom i internetové stránky gerontologie poukazují na to, že pohyb pro tohoto klienta je nezbytný pro zmírnění neklidu, zlepšení

spánku a v neposlední řadě jako prevence kontraktur (29). Na podporu kognitivních funkcí u klienta s AD je zaměřen **Graf č. 19**. Téměř polovina dotazovaných respondentů označila v dotazníku všech 5 správných odpovědí tj. trénování paměti a orientace, opakování kde jsme, kdo jsme, otázky času, pokoje vybaveny hodinami, kalendáři, opakování slovních her, říkanek, využívání reminiscenční terapie. Velmi nás překvapila odpověď 13 dotazovaných, pokud klient nevnímá, nemusí se kognitivní funkce podporovat. **Graf č. 20** odhaluje podporu kognitivních funkcí na odděleních Nemocnice Jihlava. 90 respondentů podporuje kognitivní funkce klienta trpícího Alzheimerovou demencí tím, že mu nenásilnou formou opakují kde je, kolikátého je. Využívají k tomu hodiny, piktogramy, kalendáře. Na odděleních ODN 1, 2 a paliativních lůžkách k těmto opatřením ještě přidávají pochvalu za snahu či malý pokrok, využití pracovní terapie, skupinového cvičení, procvičování říkanek, básniček. S tímto přístupem souhlasí Kalvach, který tvrdí, že zdravotnický personál by měl dbát na kognitivní rehabilitaci (13). Výsledek šetření v oblasti soběstačnosti ukazuje **Graf č. 21**. Polovina dotázaných - 54 respondentů označilo správně 4 odpovědi, tj. pokud klient zvládá, provádí hygienu sám, sestra podává jednotlivé části oblečení a klient si je obléká pod jejím vedením, sestra odstraní z toalety zrcadlo, dveře označeny piktogramy. S tímto výsledkem se ztotožňujeme z internetovými stránkami geriatric, které poukazují na důležitost podpory soběstačnosti (33). Pouze 15 tázaných označilo za správnou odpověď, že není potřeba klienta podporovat v soběstačnosti, jelikož to zapomene. Jak sestry podporují soběstačnosti na jednotlivých odděleních, uvádí **Graf č. 22**. Kdy 80 respondentů napsalo, že se snaží klienta povzbuzovat a napovídat mu. Hygiena, oblékání a vyprazdňování se děje pod dohledem sestry, která mu pomůže, pokud to klientovi nejde. Výsledek se nám shoduje se Svobodovou (22), která uvádí, že sestra se snaží udržovat klientovu soběstačnost tím, že jej povzbuzuje, vede jej a v případě potřeby mu pomůže. Dotazovaní na odděleních ODN 1, 2, paliativních lůžkách a neurologii A, B ještě přidali své poznatky. V oblasti hygieny klientovi připraví pomůcky a vysvětlí mu jednotlivé kroky, které pod jejich dohledem klient provádí. Potom sestra dopomůže. Neustále klienta chválí. V oblasti oblékání klientovi podává jednotlivé části oblečení a dbá na to, aby toto oblečení nemělo složité zapínání.

V oblasti vyprazdňování se snaží, aby toaleta byla dostupná a řádně označená. Do podpory soběstačnosti klienta zapojují také rodinné příslušníky. S tímto výsledkem šetření se shodujeme s Holmerovou (8). **Graf č. 23A** ukazuje velmi alarmující výsledek, co se týče podávání informací rodinám. 73 dotazovaných odpovědělo, že žádné informace nepodává a pouze 32 respondentů uvádí podávání informací. Holmerová uvádí, že pro pečující osoby je důležité poskytování informací (8). V **Grafu č. 24** jsme se pokusili odhalit, o jaký druh informací mají rodiny zájem. Polovina respondentů si myslí, že rodiny mají zájem o všechny dostupné informace - chtějí vědět, kam mohou klienta dát po ukončení léčby, kde budou hledat pomoc a jak správně o něj mají pečovat. Třetina respondentů uvedla, že rodiny chtějí pouze informace, kam mohou klienta umístit. 25 dotazovaných si myslí, že rodiny nemají zájem o poskytnutí informací.

Pro kvalitativní šetření jsme použili metodu dotazování, techniku nestandardizovaného rozhovoru. Otázky rozhovoru jsou pokládány tak, abychom zjistili, co klient v jednotlivých oblastech výživy, bezpečnosti, komunikace, rehabilitace, hygieně, oblékání a vyprazdňování je schopen provést sám a co příbuzní očekávají, že pro ně udělají sestry. Na začátku rozhovoru jsme zjišťovali, jak dlouho o klienta pečují a proč je v současnosti hospitalizován. Bartoš (1) uvádí, že dlouhodobá péče o klienta s Alzheimerovou demencí vede k přetížení, poruchám nálady, zhoršení pracovního výkonu a konfliktům doma či v zaměstnání. Z jednotlivých rozhovorů jsme zjistili, že pečující osoby nechávají klienta hospitalizovat při přetížení, nezvládnání péče a ze sociálního důvodu, jakým je úprava bytu pro nemocného a odjezd na dovolenou. S příbuzným jsme procházeli jednotlivé oblasti od výživy až po vyprazdňování a zjišťovali jsme klientovu míru soběstačnosti v těchto oblastech. Zároveň jsme chtěli odhalit, jaká přání a očekávání mají příbuzní od sester. Odpověď pečujících osob nás příliš nepřekvapila. Rodiny očekávají, že pokud něco jejich příbuzný nezvládá či potřebuje při úkonu pomoc, tak mu sestra pomůže. Šetření ukázalo, že všechny pečující osoby očekávají kvalitní péči o jejich blízkého, kterou vykonává kvalifikovaný personál. Výsledek průzkumu se shoduje s Jarošovou (9). Rozhovory dále odkryly, že rodiny nemocných očekávají vstřícný přístup personálu a milé, usmívající se sestry.

Výsledky šetření ukázaly, že pečující osoby, které se starají o klienta delší dobu, od zdravotnického personálu neočekávají zázraky. Chtějí „pouze“ aby sestry dohlédly na oblasti, které jim činí problém a aby nedošlo ke zhoršení stavu klienta po dobu hospitalizace. Naopak u pečujících osob z rozhovoru 3 a 5, které pečují o klienta kratší dobu, nás výsledek šetření příliš nepřekvapil. Ukázalo se, že tyto osoby nemají dostatek informací o chorobě, průběhu a o péči v jednotlivých oblastech od výživy po vyprazdňování. Od ošetrovatelského personálu očekávají nemožné. Zároveň odmítají podání informací o vhodné péči. Zajímá je pouze možnost dalšího umístění klienta trpícího Alzheimerovou demencí. Dále šetření odhalilo, jaký je přínos ČALS a svépomocných skupin pro pečující osoby. 5 osob o ČALS a svépomocných skupinách slyšelo a jen 1 osoba uvedla, že o nich nikdy neslyšela. Ovšem pouze 2 pečující osoby označily ČALS a svépomocné skupiny za pro ně přínosné. Myslíme si, že toto šetření zodpovědělo výzkumnou otázku, co očekávají příbuzní od sester. Ovšem nabízí se další otázky, které by bylo třeba zodpovědět. Jak jsou příbuzní klientů s diagnózou Alzheimerova demence informováni o příznacích, průběhu choroby a nutné péči v jednotlivých oblastech? Kdo tyto příbuzné edukuje? Do jaké míry je ČALS a svépomocné skupiny přínosem?

6. Závěr

Cílem kvantitativního šetření bylo zjistit informovanost sester o specifikách ošetrovatelské péče o klienta s Alzheimerovou demencí v Nemocnici Jihlava. Pro splnění tohoto cíle jsem stanovila dvě hypotézy. Sestry v Nemocnici Jihlava se orientují v problematice ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou demencí a sestry na Oddělení dlouhodobě nemocných v Nemocnici Jihlava mají zkušenosti s péčí o klienty s Alzheimerovou demencí. Použila jsem sběr dat formou anonymního dotazníku, který byl určen sestřím pracujících v Nemocnici Jihlava. Z dotazníků vyplynulo, že se sestry orientují v péči o klienta trpícího Alzheimerovou demencí a zároveň se ukázalo, že sestry na ODN se setkávají denně s takovým to klientem, proto při otevřených otázkách týkajících se péče v jednotlivých oblastech od výživy po vyprazdňování podávaly větší množství informací než sestry z jiných oddělení. Na základě vyhodnocených dotazníků se domnívám, že obě hypotézy byly potvrzeny.

Cílem kvalitativního šetření bylo zjistit, jaká jsou očekávání příbuzných od sester pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí v Nemocnici Jihlava. Ke splnění tohoto cíle jsem použila metodu dotazování, techniku nestandardizovaného rozhovoru. Oslovila jsem 6 osob, které pečují o člověka s Alzheimerovou demencí, ale momentálně jej musely nechat hospitalizovat. Z rozhovorů vyplynulo, že klienti s Alzheimerovou demencí jsou nejčastěji hospitalizováni při přetížení pečovatele, nezvládnutí péče a ze sociálního důvodu jakým je úprava bytu či odjezd pečující osoby na dovolenou. Všechny oslovené pečující osoby se shodly, že od sester očekávají pomoc klientům při úkonech, které sami nezvládají. Při rozhovoru s pečujícími osobami, které se starají o klienta delší dobu, vyplynulo, že od sester chtějí „pouze“ aby nedošlo ke zhoršení stavu klienta po dobu hospitalizace. Dále rozhovory ukázaly, že osoby pečující o klienta kratší dobu, nemají dostatek informací o chorobě, průběhu a o péči v jednotlivých oblastech od výživy po vyprazdňování. Od ošetrovatelského personálu očekávají nemožné. Domnívám se tedy, že výzkumná otázka byla zodpovězena.

Bakalářská práce bude sloužit jako podklad přednášky v rámci 3. Geriatrické konference konané v Nemocnici Jihlava a dále ve spolupráci s vrchní sestrou ODN bude

vypracován standard Péče o klienta s Alzheimerovou demencí. Pro příbuzné a pečující osoby jsem vytvořila informační materiál, který obsahuje 10 základních bodů v jednotlivých oblastech péče (příloha č. 13).

7. Seznam použitých zdrojů

1. BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha. 2010. 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8
2. BENEŠOVÁ, V. *Poruchy chování ve stáří, co s tím?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 19 s. ISBN 80-86257-33-9
3. BRAGDON, A., GAMON, D. *Nedovolte mozku stárnout*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 109 s. ISBN 978-80-7367-500-4
4. CALLONE, P. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Alzheimerova nemoc*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4
5. CRABTREE, J., MACK, J. *Designing a training programme to improve staff attitudes towards people with dementia /Návrh školicího programu na zlepšení přístupu nemocničního personálu k lidem trpícím demencí/*. Nursing Times, 2010, 39 Dostupné z: Florence 2011, 5, s. 5
6. DOLEŽELOVÁ, I. *Sestra v následné péči včera a dnes*. Florence 2011, 4, s. 3-4
7. FRANKOVÁ, V., A KOLEKTIV AUTORŮ. *Alzheimerova demence v praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2011. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5
8. HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., NOVÁKOVÁ J. *Alzheimerova choroba v rodině*. 2. vyd. Praha: Pfizer spol. s.r.o., 2008. 116 s. ISBN neuvedeno
9. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2
10. JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4
11. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6

12. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5
13. KALVACH, Z., A KOLEKTIV AUTORŮ. *Geriatricie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
14. KUBEŠOVÁ MATĚJKOVSKÁ H., A KOLEKTIV AUTORŮ. *Akutní stavy v geriatricii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 232 s. ISBN 978-80-7262-620-5
15. KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 109 s. ISBN 80-247-1491-4
16. NEUBAUER, K. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 227 s. ISBN 978-80-7367-159-4
17. NOVÁK, T. *Jak bojovat se stresem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 140 s. ISBN 80-247-0695-4
18. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X
19. PIDRMAN, V. *Demence pro praktického lékaře*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2005. 96 s. ISBN 80-7345-052-6
20. RŮŽIČKA, E. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6
21. SUCHÁ, J. *Výživa u lidí s demencí z pohledu ergoterapeuta*. Florence 2011, 3, s. 37-38
22. SVOBODOVÁ, D., KOPÁČIKOVÁ, M. *Ošetrovanie chorých Alzheimerovou chorobou*. Florence 2010, 2, s. 36-38
23. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Slon, 2007. 286 s. ISBN 978-80-86429-62-5

24. TOPINKOVÁ, E. *Obrazový atlas chorobných stavů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 348 s. ISBN 80-247-1670-4
25. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
26. TRACHTOVÁ, E. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
27. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
28. www.geriatrie.cz (online). 2009, 23. 10. 2009 (cit. 2011-10-10) ISSN 1802-1956 Dostupné z http://www.geriatrie.cz/metodicke_pokyny
29. www.gerontologie.cz (online). 2003 ČALS (cit. 2011-10-10) Dostupné z http://www.gerontologie.cz/Zakladni_rady_a_pravidla_pri_pecovani_o_vase_blizke
30. www.pecujdoma.cz (online). 2009 Moravskoslezský klub (cit. 2011-11-06) Dostupné z <http://www.pecujdoma.cz/pecovatelska-univerzita>
31. www.alzheimer.cz (online). 2011 VIZUS (cit. 2011-11-06) Dostupné z <http://www.alzheimer.cz>
32. www.psychiatr.org (online). 2011 (cit. 2011-11-07) Dostupné z http://www.psychiatr.org/socialni_aspekty_pece
33. www.geriatrie.cz (online). 23. 10. 2009 (cit. 2011-11-30) ISSN 1802-1956 Dostupné z http://www.geriatrie.cz/dokumenty/pece_o_pacenta_s_kognitivni_poruchou
34. www.gema.gerontocentrum.cz (online). 01. 08. 2005 (cit. 2012-02-28) Dostupné z <http://www.gema.gerontocentrum.cz/pdf/kondicni.pdf>
35. www.alzheimercentrum.cz (online). 2011 (cit. 2012-02-28) Dostupné z <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/obecne-zasady-pece>

36. www.poruchypameti.cz (online). 2007 (cit. 2012-02-28) Dostupné z <http://www.poruchypameti.cz/test-hodin.html>
37. www.poruchypameti.cz (online). 2007 (cit. 2012-02-28) Dostupné z <http://www.poruchypameti.cz/test-mmse.html>
38. www.pcp.If3.cuny.cz (online). 2009 (cit. 2012-02-28) Dostupné z http://www.pcp.If3.cuny.cz/adcentum/klinicka_cast.html
39. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9

8. Klíčová slova

Alzheimerova choroba

Demence

Ošetrovatelská péče

Pečující osoba

Sestra

9. Seznam příloh

Příloha č. 1 – Mikroskopické změny mozku u Alzheimerovy choroby

Příloha č. 2 – Snímky SPECT mozku u Alzheimerovy choroby

Příloha č. 3 - MMSE test

Příloha č. 4 – Clock test

Příloha č. 5 – ADL test

Příloha č. 6 – Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou

Příloha č. 7 – Strava podávaná klientům s AD v Nemocnici Jihlava

Příloha č. 8 - Kondiční cvičení

Příloha č. 9 – Přípravky na péči o pokožku

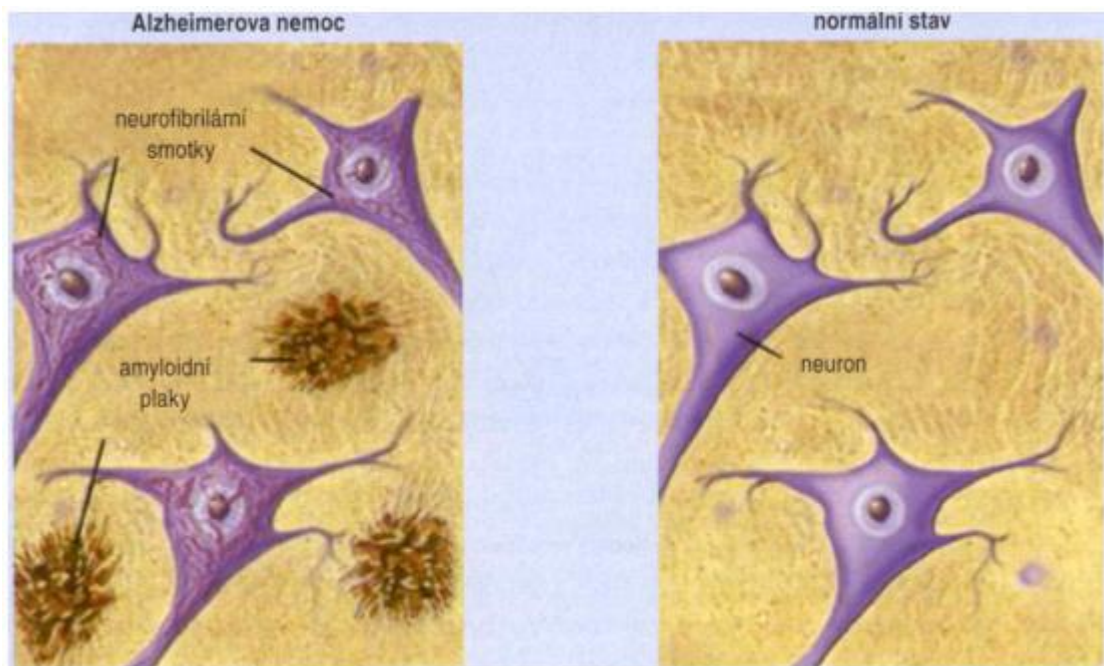
Příloha č. 10 – Inkontinentní pomůcky

Příloha č. 11 – Dotazník

Příloha č. 12 – Otázky pro kvalitativní šetření

Příloha č. 13 – Informace pro příbuzné

Příloha č. 1 – Mikroskopické změny mozku u Alzheimerovy choroby

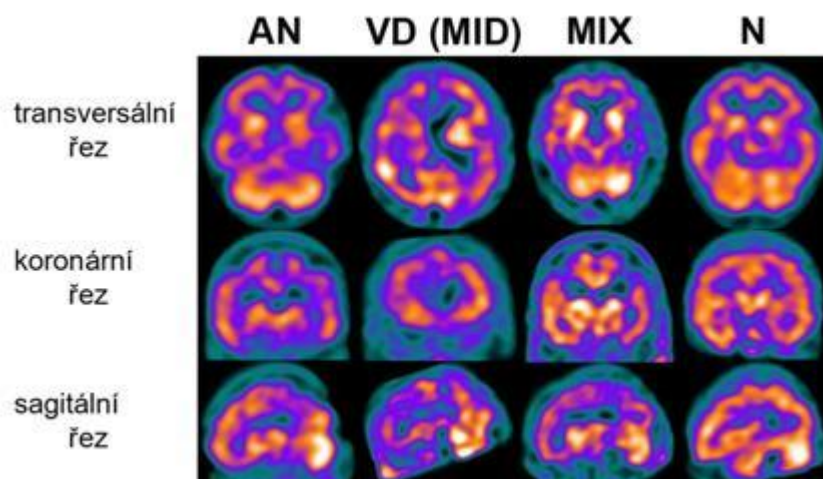


Obrázek mikroskopických změn mozku u klienta s Alzheimerovou chorobou a srovnání s normálním stavem u zdravého člověka.

Zdroj: www.pcp.If3.cuny.cz/adcentum/klinicka_cast.html (38)

Příloha č. 2 – Snímky SPECT mozku u Alzheimerovy choroby

Ukázkové snímky SPECT mozku - typické pro Alzheimerovu nemoc (AN), pro vaskulární demenci VD (MID), pro smíšenou demenci jako MIX a normálním nálezem (N).



Zdroj: www.pcp.If3.cuny.cz/adcentum/klinicka_cast.html (38)

Příloha č. 3 – MMSE test

1. Orientace

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?"
- "V jaké jsme zemi?"
- "Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?"
- "V kolikátém jsme poschodí?"

2. Opakování a paměť

Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť: "Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, abyste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte. Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám."

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

"A nyní prosím slova zopakujte."

Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy, dokud si je nezapamatuje. Maximálně však pětkrát. Je to podmínka pro další úkoly.

3. Pozornost a počítání

"Nyní odečtěte od 100 vždy číslo 7. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete."

- 93 86 79 72 65

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

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

4. Vybavování

"A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal."

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

5. Poznání předmětů

- "Co je to?" Ukažte hodinky.
- "Co je to?" Ukažte tužku.

6. Opakování

Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:

- "První pražská paroplavba."

7. Stupňovaný příkaz

Položte před pacienta čistý papír. "Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej napůl a dejte ho na podlahu."

- 1. stupeň: uchopení papíru do pravé ruky
- 2. stupeň: přeložení papíru na polovinu
- 3. stupeň: položení papíru na podlahu

8. Reakce na psaný pokyn

Napište na papír čitelný pokyn "ZAVŘETE OČI". Ukažte pacientovi napsaný pokyn a vyzvěte jej:

- "Přečtěte, co je tady napsáno, a udělejte to."

9. Psaní

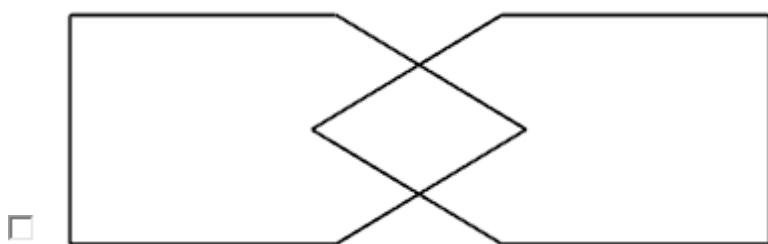
Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

- "Napište libovolnou větu."

Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně. Může obsahovat chyby, ale musí mít podmět a přísudek.

10. Malování podle předlohy

Dejte pacientovi opět papír a psací potřeby. Požádejte ho, aby podle předlohy nakreslil následující obrazec.



Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník. Roztřesení a rotace obrazce nevadí.

Výsledek – maximum dosažení 30 bodů

hraniční nález 25 – 26 bodů (u klientů nad 75let v normě)

lehká demence 18 – 24 bodů

střední demence 6 – 17 bodů

těžká demence pod 6 bodů

Zdroj: www.poruchypameti.cz/test-mmse.html (37)

Příloha č. 4 – Clock test



Zdroj: www.poruchypameti.cz/test-hodin.html (36)

Příloha č. 5 – ADL test

Barthelův test základních všedních činností.

(ADL-activity daily living)

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0

7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti:

ADL 4 0 – 40 bodů - **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů - **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů - **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů – **nezávislý**

Zdroj: TRACHTOVÁ, E. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Str. 23 (26)

Příloha č. 6 – Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou

Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
5. Při vyjádření svých citů být brán vážně.
6. Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
9. Mít možnost chodit pravidelně ven.
10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.
11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

Zdroj: www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/obecne-zasady-pece (35)

Příloha č. 7 – Strava podávaná klientům s AD v Nemocnici Jihlava

Dieta A

V jiných nemocnicích také označována jako dieta 3. Jde o racionální stravu. Výběr potravin je prakticky neomezený. Platí zásady zdravé výživy.

Doporučená energetická hodnota 9500kJ, 80g bílkovin, 70g tuku, 320g sacharidů, 90mg vitamínu C

Vhodné potraviny – maso – vybírány jsou netučné druhy – vepřová kýta, hovězí, ryby, kuře, krůta, králík, telecí, jehněčí

uzeniny – šunka kuřecí, vepřová, salám vysočina

mléko – polotučné

mléčné výrobky – sýry tavené i tvrdé, termix, přibináček, tvaroh měkký i tvrdý

vejce – maximálně 2ks/den

tuky – čerstvé máslo, rostlinné tuky

pečivo – není omezeno, platí zásady zdravé výživy

zelenina + ovoce - není omezeno, platí zásady zdravé výživy

přílohy - není omezeno, platí zásady zdravé výživy

Dieta B

V jiných nemocnicích také označována jako dieta 2, šetřící. Jde o stravu nenadýmavou, lehce stravitelnou, pestrou a chutnou. Technologická úprava pro tuto dietu je vaření, dušení, pečení a zapékání ve vodní lázni. Strava je připravena do měkka bez nestravitelných zbytků a tvrdých kůrek.

Doporučená energetická hodnota 9500kJ, 80g bílkovin, 70g tuku, 320g sacharidů, 90mg vitamínu C

Vhodné potraviny – maso – jenom libové – vepřová kýta, ryby, kuře, krůta, králík, telecí, jehněčí

uzeniny – libová šunka, šunkový salám

mléko – polotučné

mléčné výrobky – sýry tvrdé, termix, přibináček, tvaroh měkký i tvrdý

vejce – maximálně 2ks/den

tuky – čerstvé máslo, rostlinné tuky

pečivo – rohlíky, housky bez máku, veka, bílý chléb, suchary

zelenina – vynechat okurky, papriky, ředkvičky, kapustu, zelí, česnek a cibuli

ovoce – vynechat brusinky, angrešt, rybíz, hrušky, datle, mák, kokos, ořechy

přílohy – brambory, bramborová kaše, těstoviny, rýže, knedlík jemný houskový, knedlík jemný bramborový, noky

Dieta Kaše

V jiných nemocnicích také označována jako dieta č. 1. Základem diety je strava nenadýmavá, lehce stravitelná a pestrá. Technologická úprava pokrmu je vaření, dušení, pečení a zapékání ve vodní lázni. Poté je strava uvedena do kašovitě formy.

Doporučená energetická hodnota 9500kJ, 80g bílkovin, 70g tuku, 320g sacharidů, 90mg vitamínu C

Vhodné potraviny – maso – jenom libové – vepřová kýta, kuře, krůta, králík, telecí, jehněčí, z ryb pouze filé

uzeniny – libová šunka, šunková pěna

mléko – polotučné i plnotučné

mléčné výrobky – sýry tvarohové, termix, přibináček, tvaroh měkký i tvrdý

vejce – maximálně 1ks/den

tuky – čerstvé máslo, rostlinné tuky

pečivo – starší – rohlíky, veka, piškoty

zelenina + ovoce – vždy mixované či pyré – doporučuje se banány, jablka, meruňky, jahody, pomeranče, mandarinky, švestky, rajčata

přílohy – bramborová kaše, těstoviny, rýže, krupicové noky

Dieta Geriatrická

Jedná se o speciální dietu. Bývá označena jako dieta G. Jde o stravu, která je kombinací diety A a diety B.

Doporučená energetická hodnota 9500kJ, 80g bílkovin, 70g tuku, 320g sacharidů, 90mg vitamínu C

Zdroj: Nutriční terapeutky Nemocnice Jihlava

Příloha č. 8 – Kondiční cvičení

Kondiční cvičení pro starší osoby

Návod pro cvičení vychází z doporučení občanského sdružení GEMA (podpora zdraví seniorů, rozvoj gerontologie, geriatrie a kvality péče o chronicky nemocné).

Návod pro cvičení vsedě na židli s opěradlem

Posaďte se na pohodlnou, stabilní židli s vyšším pevným opěradlem, ujistěte se, že se židle během cvičení neposune.

1. Sed na židli. Záda opřená o opěradlo, paže volně podél těla nebo volně položené dlaněmi na stehnech, chodidla spočívají plnou plochou na podlaze mírně od sebe.
2. Otáčení hlavy. Hlavu otáčejte pomalu vlevo, podívejte se přes levé rameno, chvíli výdrž a pomalu zpět. Stejný pohyb proveďte vpravo. Ruce se mohou přidržet sedadla.
3. Úklony hlavy. Hlavu pomalu uklánějte vlevo. Snažte se přiblížit levé ucho k levému rameni, chvíli výdrž a pomalu zpět. Stejný pohyb proveďte vpravo. Dívejte se stále před sebe. Ruce se mohou přidržet sedadla.
4. Předklon hlavy. Hlavu pomalu předklánějte, snažte se přiblížit bradu k hrudníku, záda jsou stále opřená o opěradlo. Na konci pohybu výdrž a pomalu zpět.
5. Půlkruhy hlavou. Hlavu pomalu otáčejte k levému rameni. Z této polohy pomalu půlkruhem hlavu překulíme do předklonu a k pravému rameni, chvíli výdrž a zpět. Ruce se mohou přidržet sedadla či si je můžete volně položit na stehna. Nepředklánějte se, záda po celou dobu mějte opřená o opěradlo.
6. Křidélka. Paže ohněte v loktech, prsty ruky spočívají na rameni. Změňte polohu paží do upažení a vraťte ruce zpět. Pokračujte kroužením ramene vřed a vzad, ruce mějte stále složené do křidýlka. Při pohybu vzad se snažte stahovat lopatky k sobě.

7. Okénko. Předpažte ruce a ohněte je v loktech. Pravou dlaní uchopte levý loket a levou dlaní pravý loket. Spojené paže zvedejte vzhůru nad hlavu, snažte se celý trup napřímít. Pomalu vracejte zpět do předpažení.
8. Půloblouky. Paže spočívají volně podél těla. Pravou napnutou paží s dlaní vzhůru udělejte velký půloblouk přes upažení do vzpažení. Sledujte pohyb paže a vytáhněte trup. Na konci pohybu výdrž a zpět. Totéž levou paží.
9. Kroužení v kloubech. Upažte a provádějte kroužky postupně zápěstím, lokty a rameny směrem vzad, po chvíli změňte směr.
10. Pěsti. Napnuté paže zvedejte přes upažení do vzpažení a zároveň silou zavírejte dlaně v pěst a zpětně je otvírejte.
11. Ohýbání. Paže ohněte v loktech a založte v týl. S nádechem lokty doširoka rozevřete, stáhněte lopatky k sobě a předkloňte se pomalu (ne švihem) k pravému kolenu (až kam to jde), lokty stáhněte k sobě, vdechněte a vraťte se do výchozí polohy. Totéž k levému kolenu.
12. Paty, špičky. Paže nechte volně položené na kolenou, chodidla opřete celou plochou o podlahu. Střídavě postavujte nohy na paty a na špičky.
13. Propínání nohou. Pravou dolní končetinu propněte v koleni vpřed s přitaženou špičkou nohy, chvíli vydržte a vraťte zpět na podlahu. Totéž levou nohou.
14. Zvedání nohou. Střídavě zvedejte ohnutou dolní končetinu a přitahujte k břichu bez pomoci paží. Žáda držte opřená o opěradlo, ruce se mohou přidržet sedadla.
15. Hýžd'ové svaly. Pohodlně se posaďte a stahujte hýžd'ové svaly, nezapomeňte po celou dobu dýchat.
16. Přenášení váhy Přenášejte váhu těla z pravé hýždě na levou, provádíte tzv. chůzi vsedě.

17. Protážení. S nádechem zvedejte napnuté paže přes upažení do vzpažení, chvíli vydržte, vytáhněte se co nejvíce z pasu, napřimte trup, vraťte ruce zpět a vydechněte.

Návod pro cvičení vestoje u opory

Jako opora může sloužit cokoliv, co je pevné a u čeho nehrozí riziko vašeho pádu při cvičení (madlo, deska stolu, žebřiny, stabilní nábytek apod.). Postavte se mírně rozkročení čelem k opoře. Trup se snažte co nejvíce napřimit. Nezvedejte ramena, dívejte se před sebe, přidržujte se oběma rukama opory.

1. Kolébání. Napněte dolní končetiny, přenášejte váhu pomalu střídavě na paty a na špičky obou nohou.
2. Protahování v kolenou. Opřete se tak, aby trup byl nakloněn směrem k opoře šikmo vpřed. Pravá noha stojí na celém chodidle, koleno natažené, levá noha na špičce, koleno pokrčené, střídejte.
3. Ohýbání kolen. Postavte se rovně, střídavě zvedejte pravou a levou dolní končetinu ohnutou v kolenním kloubu, na konci pohybu výdrž a zpět.
4. Zanožování. Postavte se rovně, střídavě zanožujte dolní končetiny, nejdříve pravou a potom levou.
5. Unožování. Postavte se rovně. Pravou dolní končetinu lehce překřížíme přes levou a pomalým švihovým pohybem unožte vpravo a zpět. Totéž levou končetinou.
6. Úkroky stranou. Postavte se rovně. Pravou nohou proved'te úkrok stranou, váhu přeneste do pokrčené pravé dolní končetiny v kolenním kloubu a zpět. Totéž levou nohou.
7. Protahování nohou. Pravou nohou udělejte krok vzad, došlápněte na celé chodidlo a vraťte nohu zpět, totéž udělejte levou nohou.

8. Vzpažování. Levou rukou se přidržujte opory. Pravou paží obloukem vzpažte, dlaní vzhůru, sledujte ruku po celou dobu pohybu. Na konci pohybu výdrž a vraťte zpět. Totéž levou paží.
9. Kývání nohou. Postavte se zpříma pravým bokem k opoře, nohy mírně od sebe. Pravou paží se přidržujeme opory. Levou dolní končetinu lehkým švihovým pohybem přednožujte a zanožujte. Otočte se na levou stranu a totéž provedte pravou nohou.
10. Úklony k opoře. Postavte se zpříma pravým bokem k opoře. Levou paží upažte, úklon trup vpravo, levou paží doprovázejte pohyb trupu, chvíli výdrž a zpět. Otočte se na levou stranu a uklánějte se vlevo, pohyb doprovázejte pravou paží.
11. Kroužení ramenem. Postavte se pravým bokem k opoře. Levou paží provádějte kruhy v ramenním kloubu nazad. Totéž na druhou stranu.
12. Pochod na místě. Postavte se bokem k opoře, přidržujte se jednou rukou. Snažte se co nejvýše zvedat dolní končetiny ohnuté v kolenních kloubech.

Cvičení vleže na lůžku s hlavou podloženou malým polštářkem, poloha vleže na zádech

Položte se na záda, paže položené volně podél těla dlaněmi dolů. Dolní končetiny uvolněné, hlava v přímé poloze. U ležícího člověka upravte polohu dle návodu.

1. Propínání špiček nohou. Stáhněte břišní a hýžd'ové svaly, propněte kolena, přitáhněte špičky nohou, chvíli vydržte a uvolněte.
2. Předpažení. S nádechem předpažíme, s výdechem mírně zvedněte hlavu a přitáhněte špičky, chvíli vydržte, uvolněte nejdřív hlavu a vraťte ruce zpět.
3. Posilování krční páteře. Uvolněte hlavu, otočte paže dlaněmi vzhůru. Nadechněte se a při nádechu zatlačte hlavu do podložky, nepomáhejte si pažemi, nezvedejte bradu. Chvíli vydržte a pomalu uvolněte.

4. Kroužení v kotnících. Uvolněte se, propněte kolena, přitáhněte špičky a provádějte kroužky v kotnících na jednu stranu. Po chvíli změňte směr kroužků na druhou stranu.
5. Půlkruhy kotníků. Uvolněte se, propněte kolena, mírně roztáhněte nohy od sebe. Vtočte chodidla v kotnících špičkami směrem k sobě, chvíli vydržte a otočte chodidla v kotnících špičkami směrem ven.
6. Posunování chodidla po podložce. Střídavě pokrčujte a natahujte dolní končetiny tak, že posunujete chodidlo po podložce.
7. Propínání kolen. Stáhněte břicho a hýždě, nohy ohněte v kolenech, chodidla opřete o podložku mírně od sebe. Střídavě přednožujte dolní končetiny, které se snažte co nejvíce propnout v kolenních kloubech. Na konci pohybu chvíli vydržte a ohneme zpět. Po celou dobu si hlídejte zatažení břicha a hýždí, neprohýbejte se v zádech.
8. Přitahování kolen k břichu. Pohodlně se položte, ruce na podložce otočené dlaněmi vzhůru, kolena pokrčená. Střídavě přitahujte pravé a levé koleno k břichu bez pomoci paží.
9. Zvedání pánve. Pohodlně se položte, ruce na podložce otočené dlaněmi vzhůru, kolena pokrčená. Stáhněte břišní a hýžďové svaly a pomalu zvedejte pánev, pokud to jde. Páteř pozvolna zvedejte, obratel po obratli od podložky, chvíli vydržte. Pomalu vracejte obratel po obratli pánev zpět na podložku.
10. Otáčení kolen. Pohodlně se položte, dolní končetiny ohněte v kolenou, chodidla opřete o podložku mírně od sebe. Paže upažte dlaněmi vzhůru. Pomalu obě kolena pokládejte na pravou stranu, hlavu současně otáčejte doleva. Chvíli vydržte a pomalu se vracejte do výchozí polohy. Stejně cvičte na druhou stranu.
11. Uvolňování hrudní páteře. Pohodlně se uložte, natáhněte nohy a ruce složte v týl (ohněte ruce v loktech a vložte je pod hlavu). Pomalu se nadechněte, lokty jsou rozevřené, stáhněte lopatky k sobě, vypněte hrud'. Chvíli vydržte, potom pomalu

vydechněte a zároveň přitahujte lokty směrem k sobě. Pokračujte nádechem, rozevřením loktů...

12. Proplétání prstů. Pohodlně se uložte, propleťte prsty rukou, propněte paže před sebe, otočte dlaněmi vzhůru a zároveň vzpažte. Vytáhněte se co nejvíce z pasu. Chvilí vydržte a vraťte ruce pět do výchozí polohy.

Zdroj: www.gema.gerontocentrum.cz/pdf/kondicni.pdf (34)

Příloha č. 9 – Přípravky na péči o pokožku



Zdroj: vlastní

Příloha č. 10 – Inkontinentní pomůcky





Zdroj: vlastní

Příloha č. 11 – Dotazník pro kvantitativní šetření

Dotazník

Vážený pane, paní

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Alzheimerova demence je závažné onemocnění, které ovlivňuje celou naši společnost. Ráda bych znala Váš názor na tuto problematiku. Zapsání odpovědí Vám zabere cca 15 minut času. Informace jsou anonymní a výsledků bude využito pouze pro mou bakalářskou práci.

Děkuji za Váš čas Zdeňka Šteflová

studentka VSK3 Jihočeská univerzita

1. **Muž** **Žena**

2. **Věk** do 20 let 21 – 30 let 31 – 40 let 41 – 50 let 51 let a více

3. **Název oddělení, kde pracujete**

4. **Dosažené vzdělání** - středoškolské vzdělání

vyšší odborné vzdělání

vysokoškolské vzdělání

5. **Délka praxe** 0 – 5 let 6 – 15 let 16 – 25let 26 – 35 let 36 let a více

6. **Setkal/a jste se na svém oddělení s klientem s Alzheimerovou demencí?**

ano ne

Pokud jste odpověděl/a NE přejděte na otázku č. 8

7. **Jak často se s klienty s Alzheimerovou demencí na Vašem oddělení setkáváte?**

denně 1 - 5x týdně 2 - 3x měsíčně 1x do roka

8. Co je charakteristické pro Alzheimerovu demenci? (jedna možnost odpovědi)

- je způsobena vrozeným nedostatkem tvorby bílkoviny ceruloplazminu
- vzniká kvůli narušení cévního zásobení mozku
- v mozkové tkáni se ukládá chorobně vzniklá bílkovina beta-amyloid

9. Jaké jsou nejčastější příznaky? (jedna možnost odpovědi)

- poruchy paměti, poruchy orientace v prostoru a čase, snížení logického uvažování
- zrakové halucinace, kolísavá úroveň soustředěnosti a kvality vědomí
- porucha paměti, sluchové halucinace, opakované pády, obtížná řeč

10. Jaké znáte nejčastěji používané testy ke zhodnocení kognitivních funkcí klienta?

Uved'te alespoň 2 testy

.....

11. Jakou stravu a tekutiny doporučíte rodinám pečující o klienta s Alzheimerovou demencí? (jedna možnost odpovědi)

- stravu lehce stravitelnou, vyváženou s dostatečným množstvím vitamínů a vlákniny + minimálně 1,5l tekutin
- stravu bohatou na cukry, tuky např. sladkosti, uzeniny + minimálně 1,5l tekutin včetně kávy
- jakékoli jídlo a budu rád/a, že ho klient sní + množství tekutin záleží zcela na něm

12. Jakou stravu a tekutiny podáváte klientovi s Alzheimerovou demencí na Vašem oddělení?

13. Které z těchto možností zajistí bezpečnost klienta trpícího Alzheimerovou demencí? (možnost více odpovědí)

- minimalizování rizika pádů a poranění
- odklizení z pokoje předměty, které mohou způsobit pád
- pokoj musí být dobře osvětlen a klient užívá kompenzačních pomůcek

- pokud klient bloudí, dostane identifikační kartičku
- klienta není třeba seznámit s pokojem, jelikož informace zapomene

14. Jak dbáte na Vašem oddělení o bezpečnost klienta trpícím demencí?

.....

15. Které z těchto možností zajistí správnou komunikaci s klientem trpícím demencí?
(možnost více odpovědí)

- hovořím klidně, pomalu, v krátkých větách
- pokládám otevřené otázky, abych získal/a hodně informací
- sleduji neverbální projevy komunikace
- stojím v zorném poli klienta a udržuji oční kontakt
- vždy s klientem hovořím s úctou a respektem
- průběžně kontroluji, zda klient podané informace správně pochopil
- raději se této komunikaci vyhnu

16. Jak na Vašem oddělení komunikujete s klientem trpícím Alzheimerovou demencí?

.....

17. Jak často je na Vašem oddělení přítomen fyzioterapeut u klientů s Alzheimerovou demencí?

- 7x do týdne 4 - 5x do týdne 1 – 3x do týdne přichází pouze na zavolání

Pokud jste v otázce číslo 17 – označili 7x do týdne, přejděte na otázku č. 19

18. Kdo s klientem trpícím demencí cvičí, pokud není přítomen fyzioterapeut?

- nikdo pověřená sestra rodina někdo jiný

19. Uveďte, které z těchto možností vedou k podpoře kognitivních funkcí u klienta s Alzheimerovou demencí? (možnost více odpovědí)

- trénování paměti a orientaci v realitě, využívání piktogramů
- nenásilné opakování kolikátého je, kde jsme, kolik je hodin
- všechny pokoje jsou vybaveny nástěnnými hodinami + kalendáři
- slovní hry, doplňování říkanek, doplňování slov podle počátečního písmene
- jelikož v pozdní fázi nemoci klient nevnímá, nemusí se kognitivní funkce podporovat
- využití reminiscenční terapie

20. Uved'te, jak podporujete kognitivní funkce na Vašem oddělení u klienta s Alzheimerovou demencí?

21. Které z uvedených možností podporují soběstačnost klienta s demencí v oblasti hygieny, oblékání a vyprazdňování? (možnost více odpovědí)

- klient pokud to lze provádí hygienu a oblékání sám, sestra jej povzbuzuje
- sestra jednotlivé části oblečení klientovi podává a on se pod jejím vedením obléká
- sestra z toalety odstraní zrcadlo, aby se klient nebál
- pomocí piktogramů označí dveře koupelny a WC
- není potřeba klienta podporovat v soběstačnosti, jelikož to zapomene

22. Jak na Vašem oddělení podporujete soběstačnost klienta s Alzheimerovou demencí v oblasti hygieny, oblékání a vyprazdňování?

.....

23. Uved'te, v jakých oblastech podáváte informace rodinám, které chtějí pečovat o klienta s Alzheimerovou demencí? (možnost více odpovědí)

- informace nepodávám
- podávám informace o hygieně, oblékání
- podávám informace o výživě
- podávám informace o správné komunikaci
- podávám informace o bezpečnosti
- podávám informace o rehabilitaci, úpravě bytu

- podávám informace o vyprazdňování
- podávám informace o vhodnosti reminiscenční terapie
- odkazuji na internetové stránky Alzheimerovy společnosti

24. O jaký druh informací mají zájem? (možnost více odpovědí)

- chtějí vědět, kam klienta mohou umístit po ukončení hospitalizace na našem oddělení
- chtějí vědět, jak správně o klienta pečovat v oblastech hygieny, oblékání, vyprazdňování, výživy, oblékání, komunikace, bezpečnosti, rehabilitace
- chtějí vědět, kde najdou více informací a kde mají hledat pomoc
- nemají zájem o poskytnutí informací

25. Slyšel/a jste o České alzheimerovské společnosti?

- ano
- ne

26. Znáte některé z jejích projektů?

- ano jaké?
- ne

Děkuji za vyplnění dotazníku a přeji krásný zbytek dne. Šteflová Zdeňka

Zdroj: vlastní

Příloha č. 12 – Otázky pro kvalitativní šetření

Otázky ke kvalitativnímu šetření

Demografické otázky – věk a pohlaví pečovatele, o koho se stará, věk nemocného

Jak dlouho pečujete o klienta trpícího Alzheimerovou demencí?

Proč je klient v současnosti hospitalizován?

Jaká je míra soběstačnosti klienta v oblasti výživy? Co očekáváte, že pro něj v této oblasti udělají sestry?

Hrozí u Vašeho příbuzného nějaká bezpečnostní rizika? Jaká očekáváte preventivní opatření v této oblasti od sester?

Jaká je klientova schopnost v oblasti komunikace? Co očekáváte od sestry v rámci zkvalitnění komunikace s Vaším příbuzným?

Jak s klientem rehabilitujete? Očekáváte, že budou sestry na tomto oddělení provádět rehabilitaci s Vaším příbuzným?

Jaká je míra soběstačnosti klienta v oblasti hygieny a oblékání a vyprazdňování? Co očekáváte, že pro něj v těchto oblastech udělají sestry?

Jaké Vám byly poskytnuty informace zdravotnickým personálem ve zmíněných oblastech?

Informovala Vás sestra o významu reminiscenční terapie?

Očekáváte od sester, že s Vámi budou spolupracovat a pomohou zkvalitnit péči o Vašeho příbuzného?

Kde jste dále informace získali? O jaké další máte zájem?

Jaký přínos pro Vás má Česká alzheimerovská společnost a svépomocné skupiny?

Zdroj: vlastní

Příloha č. 13 – Informace pro příbuzné

VÝŽIVA

1. Podporujte nemocného v jeho samostatnosti
2. Vyměňte porcelánové nádobí za plastové
3. Sledujte tělesnou váhu nemocného 1x týdně
4. Podávejte stravu lehce stravitelnou s vitamíny a vlákninou
5. Při jídle na nemocného v žádném případě nespíchejte
6. Pokud nemocný není schopen se sám najíst, pomozte mu
7. Pokud nemocný není schopen jíst běžnou tuhou stravu, doporučujeme ji buď pomlít, nebo namixovat
8. Sledujte, zda nemocný má dostatečný příjem tekutin, tzn. minimálně 1,5 litru
9. Pokud zjistíte, že vypije méně, nabízejte mu tekutiny
10. Doporučujeme užívání speciálních nutričních nápojů se zvýšeným obsahem bílkovin od společnosti Nutricia

BEZPEČNOST

1. Podporujte nemocného v jeho samostatnosti
2. Snažte se zabránit pádům a poraněním
3. Mějte na paměti, že mobilita nemocného se bude zhoršovat a chůze bude vrávoravější
4. Odklid'te z pokoje věci, jež by mohly způsobit pád např. prahy, koberce a běhouny
5. Odstraňte nábytek s ostrými hranami
6. Doporučujeme užívání vhodných kompenzačních pomůcek např. holí či nízkých chodítek
7. Dbejte na vhodnou obuv s protiskluznou podrážkou
8. Pokud má nemocný sklony k bloudění, doporučujeme zamykat vchodové dveře a zajistit okna
9. Ztrácí - li se nemocný ve známém prostředí, připněte mu identifikační kartičku
10. Doporučujeme připojit se k projektu Bezpečný návrat, vytvořený ČALS

KOMUNIKACE

1. Nenechte rozhovor rušit zvuky s okolí
2. Nedělejte v přítomnosti nemocného prudké pohyby
3. Stůjte v zorném poli nemocného a snažte se o udržení očního kontaktu
4. Na nemocného hovořte pomalu, v krátkých větách
5. Jasně se vyjadřujte
6. Dbejte na to, aby každá věta obsahovala pouze jednu informaci
7. Vyvazujte se otevřených otázek, abstraktního pojmenování a zájmen
8. Sledujte neverbální projevy komunikace
9. Průběžně kontrolujte, zda nemocný informace správně pochopil
10. Snažte se na nemocného nekřičet a nevytýkejte mu jeho chování

REHABILITACE

1. Podporujte nemocného v jeho samostatnosti
2. Při cvičení pusťte nemocného hudbu, kterou má rád, bude tak lépe spolupracovat
3. Dejte nemocnému dostatek času
4. Nepřepínejte nemocného
5. Nezapomínejte nemocného povzbuzovat a chválit
6. Pokud je nemocný ležící, sledujte při cvičení bolestivé grimasy
7. Doporučujeme kondiční cvičení, které vychází z doporučení občanského sdružení GEMA
8. Ležící nemocný je ohrožen dekubity, proto doporučujeme polohování
9. Sledujte pokožku nemocného, provádějte masáže
10. Dbejte na to, aby lůžko mělo antidekubitní matraci

TRÉNOVÁNÍ PAMĚTI

1. Procvičujte krátkodobou paměť tím, že se budete nemocného ptát, kolikátého je, kolik máme hodin, kde se právě nachází
2. Dbejte na to, aby Váš byt byl vybaven funkčními hodinami, kalendářem, fotkami přátel a rodiny
3. Používejte na dveřích piktogramy
4. Podporujte nemocného v trénování paměti pomocí říkanek, slovních her
5. Využívejte reminiscenční terapie, která slouží k vybavování starších vzpomínek
6. K stimulaci hmatu využijte kousky látek různého povrchu
7. K stimulaci čichu použijte aromaterapii
8. K sluchové stimulaci doporučujeme hudbu z mládí nemocného
9. Využívejte k vybavování vzpomínek fotografií
10. Doporučujeme využít od ČALS pracovní sešity „Cvičte si svůj mozek“

HYGIENA A OBLÉKÁNÍ

1. Podporujte nemocného v jeho samostatnosti
2. Nezapomeňte Vaši koupelnu vybavit madly a protiskluznými podložkami
3. Povzbuzujte nemocného k udržování hygieny jako rutinní záležitosti
4. Pokud nemocný není schopen dodržovat hygienické návyky, přebíráte zodpovědnost
Vy
5. Doporučujeme sprchování teplou (ne horkou) vodou a užívání mycích gelů a tekutých mýdel
6. Pravidelně sledujte stav pokožky
7. Provádějte masáže pokožky
8. Chraňte pokožku před vlhkostí a udržujte ji vláčnou pomocí určených krémů
9. Při oblékání podávejte nemocnému jednotlivé části oděvu
10. Doporučujeme oděv bez knoflíků (nemocný nebude mít problém s jeho oblékáním)

VYPRAZDŇOVÁNÍ

1. Dbejte na to, aby toaleta měla řádně označené dveře
2. Odstraňte z toalety zrcadlo, nemocný se může bát vlastního odrazu
3. Odstraňte z WC předměty, kterými by se mohl nemocný zranit
4. Nezapomeňte vybavit WC madly
5. Dbejte na pravidelné vyprazdňování moči během dne
6. Snažte se zabránit zácpě tím, že nemocný bude mít přísun vlákniny a tekutin
7. Omezte příjem tekutin nemocnému na noc
8. V průběhu nemoci se může vyskytnout inkontinence
9. Pokud nastane tento problém, je nutné poradit se s odborníkem. Může se jednat o jinou příčinu
10. Doporučujeme užívání inkontinentních pomůcek

INFORMACE

1. Pokud máte jakékoli otázky, zodpoví je kdykoli kvalifikovaná sestra na Oddělení dlouhodobě nemocných v Nemocnici Jihlava na tel. **567157256**
2. Chcete-li osobní konzultaci, je nutné se objednat do geriatrické ambulance tel. **567157188**
3. Informace o sociálních příspěvcích a volných místech v domovech důchodců Vám během týdne podá sociální pracovník na tel. **567157842**
4. Další informace můžete získat na internetových stránkách – www.nemji.cz
5. www.alzheimer.cz
6. www.geriatrie.cz
7. www.gerontologie.cz
8. www.pecujdoma.cz
9. www.gema.gerontocentrum.cz
10. www.poruchypameti.cz