



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Ošetrovatelská péče o klienta s Alzheimerovou
chorobou v Alzheimercentru**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Eva Hniličková

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kaas

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Ošetrovatelská péče o klienta s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 jejich 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2017

.....

Eva Hniličková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu své práce Mgr. Jiřímu Kaasovi za jeho ochotu, trpělivost, cenné rady při psaní práce a veškerý čas, který mi věnoval.

Ošetrovatelská péče o klienta s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru

Abstrakt

Hlavním cílem práce bylo zmapovat poskytovanou ošetrovatelskou péči u klienta s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru. V návaznosti na tento cíl byla stanovena jedna výzkumná otázka: „Jaká péče je klientům Alzheimercentra poskytována jednotlivými kategoriemi ošetrovatelského personálu?“

Empirická část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření, které bylo uskutečněno technikou nestrukturovaného pozorování ošetrovatelského personálu při poskytování ošetrovatelské péče klientům s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru. Vlastní pozorování bylo zaměřeno na to, jakým způsobem vybraný ošetřující pracovník pečuje o klienta v průběhu směny a to zejména při poskytování hygienické péče, podávání stravy, provádění rehabilitace, zdravotnických úkonů a také během komunikace s klientem. Získaná data byla zpracována technikou otevřeného kódování, při níž bylo pro jednotlivé oblasti ošetrovatelské péče vytvořeno šest kategorií, kterými jsou: hlášení personálu, hygienická péče, výživa, rehabilitace, komunikace s klienty a zdravotní péče. Výzkumný soubor tvořili všeobecná sestra, zdravotničtí asistenti a pracovníci v sociálních službách.

Na základě výsledků výzkumného šetření lze popsat poskytovanou péči jako komplexní a individuální. Klade se zde důraz na aktivizaci a podporu soběstačnosti nemocných. Klientům není poskytována pouze základní ošetrovatelská péče, ale jde o specializovanou péči, která je každému klientovi poskytována dle jeho potřeb a zdravotního stavu. V daném zařízení je cílem využít volný čas klientů a navodit přátelský vztah mezi pečujícími a opečovávaným.

Práce je zpracována tak, aby přinesla ucelený pohled na ošetrovatelskou péči poskytovanou klientům Alzheimercentra. Výsledky mohou posloužit jako výukový materiál.

Klíčová slova

Alzheimercentrum; Alzheimerova choroba; demence; klient; ošetrovatelská péče

Nursing care for Alzheimer's client in the Alzheimer Center

Abstract

The main objective of the work was to map the provided nursing care of a client with Alzheimer's disease in the Alzheimer Center. In connection with this goal, one research question has been identified: "What kind of care is provided by the individual nursing staff to the Alzheimer's clients?"

The empirical part of the bachelor thesis was elaborated by the method of a qualitative research survey, which was carried out by the technique of unstructured observation of the nursing staff in providing nursing care to Alzheimer's patients in the Alzheimer Center. The observation itself was focused on how the selected nurse takes care of the client during the shift, especially in the provision of hygiene care, diet, rehabilitation, health care, and during communication with the client. The data obtained were processed by an open coding technique, in which six categories were created for individual areas of nursing care: staff reporting, hygiene care, nutrition, rehabilitation, client communication and health care. The research sample included nurse, medical assistants and social services workers.

Based on the results of the research, we can describe the care provided as complex and individual. Emphasis is placed on the activation and support of patients' self-sufficiency. The clients are not only provided with basic nursing care, but they are specialized care, which is provided to each client according to their needs and health condition. Main aims of the facility are: to use the leisure time of clients and to establish a friendly relationship between the caregiver and the supervised person.

The work is designed to bring a comprehensive view of nursing care provided to Alzheimer's clients. The results can serve as teaching material.

Key words

Alzheimer Center; Alzheimer's disease; dementia; client; Nursing Care

Obsah

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1. 1 DEMENCE.....	9
1. 1. 1 Klasifikace demence	9
1. 2 ALZHEIMEROVA CHOROBA	10
1. 2. 1 Historie Alzheimerovy choroby	11
1. 2. 2 Etiologie.....	11
1. 2. 3 Klinický obraz.....	13
1. 2. 4 Stadia Alzheimerovy choroby.....	14
1. 2. 5 Diagnostika	16
1.2.6 Léčba.....	18
1.2.6.1 Farmakologická léčba	18
1.2.6.2 Nefarmakologická léčba.....	20
1.2.7 Zařízení pro osoby s Alzheimerovou chorobou.....	22
1.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O OSOBU S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU.....	23
1.3.1 Komunikace.....	24
1.3.2 Hygienická péče a oblékání	25
1.3.3 Výživa.....	26
1.3.4 Vyprazdňování.....	27
1.3.5 Rehabilitace.....	28
1.3.6 Bezpečnost.....	29
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	30
2.1 CÍL PRÁCE.....	30
2.2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA	30
3 METODIKA	31
3.1 POUŽITÉ METODY	31
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	31
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	33
4. 1 STRUKTURA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	33
4.2 SNÍMKY PRACOVNÍ DOBY	34
4.3 KATEGORIZACE ZÍSKANÝCH DAT	36
5 DISKUZE	55
6 ZÁVĚR	62
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	63
8 PŘÍLOHY	70
9 SEZNAM ZKRATEK	78

Úvod

V současné době existuje řada onemocnění, která ohrožují společnost. Jednou z takových chorob je Alzheimerova demence, která je považována za druhou nejčastější nemoc na světě. Přesto, že se jedná o onemocnění, nelze ji do dnešní doby vyléčit, ale pouze zpomalit její průběh a to především vhodnou léčbou a přístupem k nemocnému, který mu zajistí dostatečně kvalitní život. Proto, aby mohla být Alzheimerova choroba včasně podchycena a léčena, je nutná dostatečná informovanost společnosti o prvních projevech této demence. Jedním z prvních příznaků je zapomnětlivost, kterou nejen rodina, ale sám nemocný člověk často podceňuje. Zapomínání připisují ke stáří a neuvědomují si závažnost tohoto symptomu. Proto je nutná včasná návštěva lékaře a využití nejnovějších diagnostických metod pro detekci této demence. Po potvrzení této diagnózy je nutné zahájení farmakologické i nefarmakologické léčby. Jednou z možností, kde lze tyto metody terapie uplatnit je zařízení Alzheimercentrum. Ve zmíněném zařízení není poskytována pouze ošetrovatelská péče, klade se zde důraz na podporu soběstačnosti, aktivní život nemocného a zachování jeho individuality. Jelikož pracuji v jednom z těchto zařízení, zahrnula jsem Alzheimerovu chorobu a samotné zařízení do své práce, poněvadž je podle mého názoru vhodné zmínit, jak taková to péče o nemocné probíhá a jak lze aktivizovat nemocné i v pozdějším stadiu nemoci.

Teoretická část práce je zaměřena na Alzheimerovu chorobu, její historii, příčinu, projevy, diagnostiku a léčbu. Zároveň jsem chtěla v teoretické části poukázat na to, jakým způsobem by měla péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou probíhat. Taková to péče je popsána v oblastech hygienické péče, výživy, vyprazdňování, rehabilitace, bezpečnosti a komunikace.

Cílem empirické části bylo zmapování poskytované ošetrovatelské péči u klienta s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru. Informace byly získány pomocí nestrukturovaného pozorování ošetrovatelského personálu v průběhu péče o klienta.

1 Současný stav

Alzheimerova choroba je nejčastější příčina demence, které v minulém století nebyla věnována taková pozornost jako v současné době. Zprvu se lidé domnívali, že Alzheimerova choroba postihuje převážně mladé lidi, teprve v devadesátých letech 20. století se začalo hovořit o nemoci i u starších osob. Ukázalo se, že Alzheimerova nemoc postihuje především starší lidi a počet nemocných neustále narůstal (Holmerová et al., 2007).

Dle Světové zdravotnické organizace je v současnosti přes 47 milionů osob postiženo demencí, z toho 60 – 70 % Alzheimerovou chorobou (World Health Organization, 2017). Počet nemocných se zvyšuje a medicína stále není schopna léčit tuto chorobu, ale pouze zpomalit její průběh (Alzheimercentrum, ©2017).

1. 1 Demence

Demence je klasifikována jako nejčastější a nejzávažnější duševní choroba ve stáří (Marková et al., 2006c). Kučerová (2013) popisuje demenci jako syndrom, který vzniká následkem organického postižení mozku, při němž dochází k degenerativním změnám na mozkové tkáni, které způsobují u člověka celkové zhoršení intelektových a psychických schopností, rovněž i úbytek fyzických sil. Následkem je tak postupná ztráta soběstačnosti a neschopnost vykonávat činnosti a to nejprve v profesní oblasti, později však i běžné denní činnosti. Nemocný je tak odkázán na péči druhého člověka po zbytek života (Marková et al., 2006c).

1. 1. 1 Klasifikace demence

Demenci lze klasifikovat do několika odlišných skupin. Podle příčiny je dělena demence na atroficko degenerativní, vaskulární a sekundární (Lužný, 2012). Skupinu primárně degenerativních demencí tvoří Alzheimerova demence (viz dále), demence s Lewyho tělísky, frontotemporální demence, demence při Parkinsonově chorobě a demence při Huntingtonově nemoci (Lukáš et al., 2014). Demence s Lewyho tělísky je charakteristická přítomností Lewyho tělísek v neuronech mozkového kmene a kortexu (Jiráček, 2013). Klinický obraz nemoci má identické znaky s Alzheimerovou chorobou, bývá tak obtížné odlišit tuto demenci od Alzheimerovy choroby (Lužný, 2012). Frontotemporální demence je označení pro skupinu onemocnění, která jsou charakteristická postižením frontálních a temporálních laloků mozku (Holmerová et al.,

2007). Narušení těchto oblastí se projeví ve změně v chování, řeči a emotivity (Holmerová et al., 2007). Oproti Alzheimerově demenci se lidé s touto nemocí dožívají nižšího věku. Nemocní obvykle umírají v důsledku celkového fyzického a psychického chátrání v pozdním stadiu nemoci (Hosák et al., 2015). Do primárně degenerativních demencí lze také zařadit demenci při Parkinsonově chorobě doprovázenou zpočátku hypertonicko - hypokinetickým syndromem, klidovým třesem a posturálními abnormalitami (Preiss et al., 2006). V pozdním stadiu jsou přítomny poruchy v oblasti motorické, psychické a autonomní. Terapeutické ovlivnění těchto symptomů bývá složité a nemocným přináší pouze částečnou úlevu. Nutná je tak mezioborová spolupráce a zvýšení kvality života nemocného (Dostál, 2013). Taktéž demence při geneticky podmíněné Huntingtonově nemoci patří do primárně degenerativních demencí. Onemocnění se objevuje mezi dvacátým až třicátým rokem života a končí většinou smrtí po deseti až patnácti letech od vypuknutí (Orel et al., 2012). Ischemicko - vaskulární demence vznikají při narušení krevního zásobení mozku. Tento proces vede k opakovaným mnohočetným mozkovým infarktům (Orel et al., 2009). Do této skupiny lze zařadit multiinfarktovou demenci a smíšenou demenci, která je kombinací typických změn pro Alzheimerovu demenci a ischemicko - vaskulární demenci (Orel et al., 2009). Rozsáhlou skupinu tvoří tzv. sekundární demence, které zahrnují klinické stavy, na jejichž rozvoji se podílí celá řada nejrůznějších příčin (Pidrman, 2007). Demence tohoto typu vznikají jako důsledek určité primární poruchy (Fišar et al., 2009). Mohou to být systémová kardiovaskulární onemocnění, infekční onemocnění, autoimunitní aj. (Lužný, 2012). Zmínit lze například demence při infekční Creutzfeld – Jakobově nemoci, demence při onemocnění centrální nervové soustavy či demence při depresi (Slezáková, 2014).

1. 2 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba dříve označována jako presenilní demence (Dahlke, 2014) patří do primárně degenerativních demencí, pro které je charakteristická tvorba patologických bílkovin a jejich ukládání do buněk mozku (Jirák et al., 2009). Tento proces způsobuje sníženou tvorbu a uvolňování neurotransmiterů, poruchy činnosti buněk a jejich zánik (Jirák et al., 2009). Degenerací neuronů dochází k poruše funkce mozku, která má za následek vznik syndromu demence (Jirák et al., 2009). Otázkou je, zda se v souvislosti s tímto typem demence uplatňují i jiné faktory. Fišar et al. (2009)

zmiňují možný podíl genů a dalších činitelů například infekční agens, stresory či autoimunitní procesy.

Alzheimerova demence je nejčastější ze všech demencí (Orel et al., 2012). Jedná se o progresivní neurodegenerativní onemocnění doprovázené patologickými nálezy na mozku (Fišar et al., 2009). Za příčinu Alzheimerovy choroby je považována tvorba a ukládání patologické bílkoviny beta amyloidu přítomného v mezibuněčném prostoru mozkové tkáně (Hosák et al., 2015). V okolí této bílkoviny dochází k degeneraci až zániku neuronů, aktivaci gliových buněk a vzniku Alzheimerových plaků (Orel et al., 2012). Čím více plaků je v určité oblasti mozku, tím více je tato oblast funkčně postižena (Jiráček et al., 2009). Sekundárně dochází ke změnám tau – proteinu, který se podílí na zpevňování vláken cytoskeletu. Změny tau – proteinu tak ovlivňují vznik neurofibrilárních uzlíků. Neurony, které obsahují tyto uzlíky tak zanikají (Orel et al., 2012). Orel et al. (2012) popisují řadu dalších patologických změn přítomných u Alzheimerovy choroby. Dochází k poklesu koncentrace růstových faktorů, deficitu neuromediátorů - acetylcholinu a serotoninu a zvýšení koncentrace kyslíkových radikálů poškozující neurony. Důsledkem těchto procesů je tak celková atrofie mozku, která postihuje nejčastěji frontální, temporální nebo parietální lalok (Mačák et al., 2012).

1. 2. 1 Historie Alzheimerovy choroby

V roce 1906 prezentoval německý psychiatr a neurobiolog Alois Alzheimer na schůzi v Německu kazuistiku 51leté pacientky s demencí Augusty D. U též ženy provedl pitvu jejího mozku, při níž popsal typické neuropatologické změny vyskytující se při onemocnění demence. Rovněž našel neuritické plaky, neurofibrilární klubka a aterosklerotické změny (Hosák et al., 2015). Zásluhou tohoto lékaře a zároveň objevitele dostalo onemocnění název Alzheimerova choroba (Hosák et al., 2015). Přesto, že Alzheimerova nemoc byla objevena před více než sto lety, nebylo dosud nalezeno řešení jak tuto chorobu léčit (Strunecká, 2010).

1. 2. 2 Etiologie

Přesná příčina Alzheimerovy choroby není dosud známa. Jde o multifaktoriální onemocnění, kdy se na vzniku nemoci podílí řada příčin (Hosák et al., 2015). Hosák et al. (2015) uvádějí jako nejvýznamnější rizikové faktory věk, pozitivní rodinnou

anamnézu, genetické dispozice a úroveň vzdělání. Dle Hosáka et al. (2015) je 1 % populace ve věku 60 až 65 let postiženo demencí, tento počet se však každých pět let zdvojnásobuje. Alzheimerova nemoc se tak před 60. rokem života objevuje vzácně, pokud se vyskytne již dříve, jedná se o dědičně podmíněné onemocnění (Holmerová et al., 2007). Blízcí nemocného s Alzheimerovou chorobou mají tak třikrát až čtyřikrát větší pravděpodobnost vzniku této nemoci (Holmerová et al., 2007). Z genetického hlediska jsou zjišťovány odchylky na chromozomech 14, 19 a 24 (Raboch et al., 2012). Zvýšená tvorba lipoproteinu E4, která je považována za jeden z faktorů, podílejících se na vzniku Alzheimerovy choroby je propojena s chromozomem 19. Tato bílkovina přenášející cholesterol se častěji vyskytuje u nemocných s Alzheimerovou chorobou než u zdravých osob. Při mutaci chromozomu 21 je nadměrně produkován beta – amyloidový prekurzorový protein (Pidrman, 2007). Uvedené genetické mutace na chromozomu 14 a 21 postihují převážně mladší osoby, u nichž může dojít k progresivnímu průběhu demence, který časně končí letálně (Fišar et al., 2009). Jiráček et al. (2009) charakterizují Alzheimerovu chorobu jako polygenní onemocnění, při němž je nutné určité genetické podmínění. Přesto se patrně na vzniku Alzheimerovy demence podílí i negenetické faktory (Jiráček et al., 2009). Jedním z nich je úroveň vzdělání. Alzheimerova choroba se může objevit častěji u osob s nižším vzděláním, než u lidí s vyšší úrovní vzdělání. Tento jev není však stále prokázán. Otázkou zůstává, zda zde úroveň vzdělání představuje pouze určitou úroveň inteligence nebo je spíše spojena se socioekonomickým statutem. Ochranným faktorem však zůstává psychická aktivita (Holmerová et al., 2007). Klade se důraz na trénování paměti, které může být prevencí vzniku demence (Strunecká, 2010). Dalším rizikem pro rozvoj Alzheimerovy choroby je kouření, alkohol či poranění hlavy. Některé studie ukazují na dvakrát častější výskyt nemoci u osob s poraněním hlavy než v běžné populaci. Poraněním hlavy se v této souvislosti rozumí jakýkoli úraz, při němž dochází ke ztrátě vědomí na 15 minut (Holmerová et al., 2007). Na základě provedené meta-analýzy, která posuzovala riziko vzniku demence vůči poranění hlavy, bylo zjištěno, že trauma hlavy výrazně zvýšilo riziko vzniku demence (Yan Jun et al., 2017). V současnosti jsou tak traumata hlavy považována za významný rizikový faktor pro vznik Alzheimerovy choroby (Holmerová et al., 2007).

1. 2. 3 Klinický obraz

Alzheimerova choroba začíná pomalu a nenápadně. První příznaky jako porucha řeči, změny nálad a chování jsou mnohdy bagatelizovány, blízcí nemocného připisují tyto projevy ke stáří, neuvědomují si však možnou příčinu těchto problémů. Právě rodina bývá tím, kdo odhalí známky Alzheimerovy choroby u svého blízkého (Koudelková a Nádvořníková, 2010).

Změny, které nastávají u člověka s Alzheimerovou chorobou lze členit na tři základní skupiny: kognitivní poruchy, poruchy emotivity a poruchy chování (Venglářová, 2007).

Kognitivní poruchy jsou prvním příznakem, který se objeví u člověka s Alzheimerovou chorobou (Holmerová et al., 2007). Do této skupiny lze zařadit poruchy paměti, řeči, pozornosti, vnímání a poruchy úsudku (Venglářová, 2007). Psychologové označují kognitivní poruchy jako primární symptomy, které definují syndrom demence (Holmerová et al., 2007). V počáteční fázi bývá narušena krátkodobá paměť (Jiráček et al., 2009). Nemocný si není schopen vybavit, co se odehrálo před chvílí, zda ho někdo navštívil, ztrácí věci a často zapomíná na důležité schůzky. Není schopen opakovat slova, která mu byla přečtena, poněvadž ztrácí schopnost vštípit nové informace do paměti (Holmerová et al., 2007). V pozdějším stadiu bývá narušena i dlouhodobá paměť, nemocný si pomaleji a nepřesně vybavuje některé události (Holmerová et al., 2007). Přítomny jsou i poruchy řeči, člověk s Alzheimerovou chorobou má problém s komunikací, často nerozumí některé myšlenky a není schopen ani naplánovat některé činnosti (Venglářová, 2007). Řeč je nesrozumitelná, dochází ke komolení slov, vytváření slovních patvarů, někdy také nemocní používají stereotypně různé fráze (Raboch et al., 2012). Nemocný má problémy s pozorností, není schopen při činnosti vytěsnit rušivé faktory, fixuje se na méně podstatnou část úkolu a není schopen ani začít či ukončit daný úkol (Venglářová, 2007). V oblasti vnímání dochází k dezorientaci časem, místem i vlastní osobou (Holmerová et al., 2007). Člověk neví jaký je den, měsíc a roční období. K bloudění dochází nejprve v neznámých prostorech, později i ve známých místech, například ve svém bytě. Dezorientaci vlastní osobou dochází ke ztrátě vlastní identity, člověk neví jak je starý, kolik má dětí, zda je ženatý či kolik měl sourozenců (Holmerová et al., 2007). Přítomna je porucha racionálního úsudku, nemocný není schopen posoudit, jak se obléci, mnohdy odmítá návštěvu lékařem a některé symptomy zastírá, jelikož si uvědomuje jejich závažnost (Holmerová et al.,

2007). U pacientů s Alzheimerovou chorobou je přítomna i porucha emotivity (Venglářová, 2007). Objevuje se emoční oploštělost, vymizení emoční reakce připomínající nezájem či neochotu zapojit aktivně se do života své rodiny (Venglářová, 2007). Dochází k ubývání vyšších citů, nemocný ztrácí představu o hodnotách a postojích člověka, rovněž chybí stud a dochází k rozpadu společenských zábran (Venglářová, 2007). Přítomna bývá depresivní porucha, nemocný si je vědom ztráty svých schopností, následkem tak mohou být myšlenky na sebevraždu (Venglářová, 2007).

Mezi sekundární projevy demence lze zařadit poruchy chování. Objevuje se hypoaktivita nebo hyperaktivita, někdy agitovanost či neklid (Holmerová et al., 2007). Jedním z projevů poruch chování může být i agresivita, které se rozvine u 25-50% nemocných s demencí (Látalová, 2013). Nemocný může být agresivní jak ke svým blízkým, tak i k ošetřujícímu personálu, který o něj pečuje. Příčinou agrese bývá pocit zmatenosti a úzkosti, nemocný není však schopen objektivně posoudit své chování a jeho důsledky (Marková et al., 2006c). V pozdějších fázích demence dochází k nedodržování osobní hygieny, k inkontinenci moči i stolice a ke zhoršení pohybové schopnosti (Holmerová et al., 2007). Nemocní mají problém s chůzí, časté jsou tak pády, které mohou být příčinou následné imobility (Jiráček, 2008). V důsledku svalové rigidity bývá nemocný upoután na invalidní vozík nebo lůžko (Raboch et al., 2012). Tyto problémy často vedou k umístění seniora do ústavní péče, jelikož není schopen postarat se sám o sebe (Venglářová, 2007).

Alzheimerova choroba je považována za letální onemocnění, pacienti s demencí umírají převážně na somatické choroby (Seidl, 2015). Základní příčinou smrti bývá bronchopneumonie nebo úrazy, tedy příčiny, v důsledku kterých by stejně starý člověk netrpící Alzheimerovou chorobou nezemřel (Jiráček et al., 2009). Raboch et al. (2012) uvádějí průměrnou dobu života nemocného s Alzheimerovou chorobou sedm až deset let od objevení prvních symptomů. Alzheimerova nemoc je tak 5. nejčastější příčina úmrtí (Lužný, 2012).

1. 2. 4 Stadia Alzheimerovy choroby

Alzheimerovu chorobu lze klasifikovat do tří stádií na lehké, středně těžké a těžké stadium (Raboch et al., 2012). První stadium je mírnou formou demence, projevující se příznaky, které lze snadnou přehlédnout (Ševčíková, 2009). Pacient je soběstačný a

dokáže žít samostatně (Holmerová et al., 2007). Přítomny jsou však u něho objektivní i subjektivní poruchy kognitivních funkcí. V lehkém stadiu si je nemocný vědom přítomných poruch paměti. Nastávají jak poruchy deklarativní sémantické paměti, tak i recentní epizodické. Přidruzeny mohou být i problémy v oblasti koncentrace či snazší unavitelnost (Preiss et al., 2006). Výsledkem poruch paměti je neschopnost všítipit a udržet nové poznatky (Preiss et al., 2006). Vyskytují se také poruchy denních aktivit a to zejména těch složitějších, u nichž je nutná dostatečná pozornost (Raboch et al., 2012). Přítomna je porucha orientace v čase, nemocný si neuvědomuje současný rok, rovněž se vyskytuje dezorientace v prostoru. U nemocného se může objevit porucha řeči, kdy se nemocný obtížně vyjadřuje, hledá správná slova a pojmy pro vyjádření své myšlenky (Holmerová et al., 2007). Často tyto osoby redukuje vztahy s příbuznými či známými, jelikož se cítí nejistí ve společnosti (Holmerová et al., 2007). Typické pro toto stadium je ztráta věcí a počínající sklon k pasivitě. Lehké stadium většinou setrvává dva až čtyři roky (Ševčíková, 2009).

Střední stadium neboli syndrom rozvinuté demence je charakteristický progresivní kognitivní deteriorací s rozvojem tempoparietální kortikální mozkové atrofie (Preiss et al., 2006). V tomto stadiu dochází k prohlubování paměťového deficitu, rovněž se vyskytují poruchy zrakově – prostorových funkcí, nemocný ztrácí orientační smysl, bloudí v dříve známých prostorech a rovněž ztrácí prostorovou paměť. Dochází k prohlubování časové dezorientace a narušení exekutivních funkcí. Nemocný není schopen vhodně naplánovat činnosti a posléze je provádět ve správném pořadí. Snižuje se i koncentrace paměti a nemocný ztrácí schopnost myšlenkové abstrakce. Mimo kognitivní poruchy, bývají přítomny poruchy spánku i poruchy nálad označovány jako behaviorální a psychologické symptomy. V tomto stadiu se mohou vyskytnout i psychiatrické příznaky ve formě bludů a halucinací (Preiss et al., 2006). Nemocný ztrácí náhled nad chorobou (Raboch et al., 2012), rovněž nad svým jednáním a ztrácí soudnost (Preiss et al., 2006). Veškeré změny mají dopad na samotné fungování, pacienti postupně selhávají v běžných denních činnostech a zůstávají tak odkázáni na péči druhých (Preiss et al., 2006). Je to období, které je nejnáročnější pro ošetřujícího a zároveň nejdelší stadium (Holmerová et al., 2007). V tomto stadiu je vhodné zajištění ošetřovatelské péče nemocnému v domácí péči nebo ve speciálních zařízeních (Ševčíková, 2009).

Těžké stadium je charakteristické kognitivní deteriorací, osobností degradací a dalšími neurologickými symptomy. Nemocní mají problém s verbální komunikací, objevuje se až afázie, později jsou dezorientováni osobou, časem i místem. Nemocný ztrácí kalkulačké, praktické, lektické a grafické schopnosti. Osoby s Alzheimerovou chorobou bývají postiženy až do takové míry, že nerozeznají ani své nejbližší osoby (Raboch et al., 2012). Nejsou schopni vykonat ani běžné denní činnosti, jako je osobní hygiena, oblékání či stravování. Stávají se tak zcela závislými na péči druhých. Tato fáze vyžaduje péči od kvalifikovaných zdravotníků a to sester ve spolupráci s lékaři a dalšími odborníky, jelikož stav nemocného v terminálním stadiu je doprovázen mnohočetnými komplikacemi, které nemocný nedokáže vyjádřit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Tyto problémy se tak mohou projevit pouze křikem, neklidem či agresivitou. Proto je nutné pátrat pro příčině problému, který nastal a včasně ji řešit (Štěpánková et al., 2014).

1. 2. 5 Diagnostika

I v současné době se diagnóza demence podceňuje. Rodina a někdy i lékaři připisují příznaky jako je zapomnětlivost nebo poruchy nálad ke stáří a nevěnují těmto problémům dostatečnou pozornost. Proto by každý příznak připomínající demenci či změna zdravotního stavu související s duševním zdravím měla být včasně vyšetřena lékařem (Jirák et al., 2009). Úspěšnost léčby tak závisí na včasném rozpoznání demence (Rusina, 2010).

První metodou, volenou při diagnostice Alzheimerovy choroby je anamnéza. Během vyšetření je nutné sledovat poruchy paměti, věk, ve kterém se symptomy objevily, sleduje se fungování pacienta při běžných aktivitách během dne, ale také logické uvažování či abstraktní myšlení (Lužný, 2012). Problémy, které se u nemocného vyskytly si ani sám nemocný nepřipouští a často je bagatelizuje, nutná je tak objektivizace těchto symptomů další osobou (Jirák et al., 2009). Nejbližším rodinným příslušníkům jsou kladeny otázky o anamnestických údajích nemocného, se zaměřením na úrazy hlavy v minulosti, prodělané mozkové příhody, pozitivní rodinnou anamnézu a také na užívané léky, které by mohly stát za příčinou zhoršení paměti. Rovněž jsou zjišťovány údaje o vzniku a průběhu onemocnění u pacienta (Jirák et al., 2009).

V rámci diagnostiky demence se provádí psychiatrické a psychologické vyšetření, při němž se využívá řada psychologických testů jako je například Mini Mental State

Examination (dále jen MMSE) (Seidl, 2008). Test zjišťující kvalitu paměťových a jiných funkcí, které jsou narušeny u nemocného s demencí (Alzheimercentrum, ©2017). Svým obsahem je však vhodný pro screening osob, u kterých se předpokládá Alzheimerova choroba (Preiss et al., 2006). Tato metoda testuje nemocného v oblasti orientace místem, časem, osobou, zapamatování slov, počítání, poznávání, opakování, kreslení a splnění úkolu (Jirák et al., 2009). Výsledkem je tak celkové skóre, které dosahuje maximálně 30 bodů (Venglářová, 2007). MMSE se provádí i při diagnostikované Alzheimerově chorobě jako součást monitorace léčby. V případě, že klient užívá kognitiva, test se provádí každé tři měsíce. Pokud však ne, test se opakuje po každém půlroce, nebo při změně stavu. Test kreslení hodin patří mezi další poměrně často používané nástroje pro diagnostiku Alzheimerovy choroby, při němž nemocný dostane za úkol nakreslit hodiny s určeným časem. Pokud jsou hodiny zakresleny se správně ukazujícími ručičkami, tak je vše v pořádku. Pokud však jsou viditelné odchylky, nemocný zakreslil nesprávný čas nebo nedokázal nakreslit kruh, je tak velká pravděpodobnost, že nemocný má právě Alzheimerovu demenci. Tento test se neprovádí pouze při podezření na toto onemocnění, ale také s časovým odstupem několika měsíců při již potvrzené Alzheimerově chorobě (Alzheimercentrum, ©2017).

Kognitivní poruchy u Alzheimerovy choroby vedou k postupné degradaci všedních činností. Nemocný se nedokáže o sebe postarat, zvyšuje se riziko pádu nebo také způsobení nehody. Pro zhodnocení těchto funkcí lze využít test bazálních denních činností (ADL), který hodnotí jednotlivé provedené činnosti v oblasti osobní hygieny, koupání, najedení, oblékání, kontinence, přesunu a chůze po rovině a po schodech. Podle součtu bodů se určí stupeň závislosti nemocného v základních všedních činnostech. Pokud pacient dosáhl sto bodů, klasifikuje se jako nezávislý. Lehce závislý je při 65 – 90 bodech. Výsledek 45 – 60 bodů je považován za závislost středního stupně. Jestliže bodové ohodnocení je nižší než čtyřicet bodů, pacient je vysoce závislý (Venglářová, 2007).

V současné době lze využít i zobrazovací metody (MR, CT, PET, SPECT), které nedokáží potvrdit demenci, ale vyloučit chorobu jiné příčiny než neurodegenerativní, například mozkové nádory či infarkty (Hosák et al., 2015). K diagnostice samotné Alzheimerovy demence se využívá kombinace magnetické rezonance, psychometrických testů a hladiny proteinů v mozkomíšním moku. Hladina beta –

amyloidu je snižená oproti zdravým lidem, tau – protein je však vyšší než je jeho fyziologická norma (Hosák et al., 2015). Zároveň se může stanovit rizikový genotyp alipoproteinu Apo E (Lužný, 2012). Přítomné mohou být alely 2, 3, 4, přičemž alela 4 je nejrizikovější pro vznik Alzheimerovy choroby (Hosák et al., 2015).

Podle průzkumu prováděného v České republice mezi 150 ambulantními neurology, psychiatry a geriatry, byla zjištěna pozdní diagnostika Alzheimerovy choroby. U 50 % pacientů byla odhalena Alzheimerova choroba až ve středně těžkém či těžkém stadiu. Velká část pacientů nepodstoupila žádné vyšetření pomocí zobrazovacích metod, které umožňují vyloučit demence jiné etiologie než Alzheimerovy choroby, které lze vyléčit. Taktéž napomáhají k časně diagnostice samotné Alzheimerovy choroby. Naproti tomu je běžně využívanou metodou elektroencefalografie. Vyšetření je však doporučováno zejména pro atypické případy. Co stojí za příčinou nadměrného využívání tohoto vyšetření je otázkou, pravděpodobně neznalost dané problematiky (Vyhnálek et al., 2012).

Závěrem této kapitoly lze shrnout, že podle českých a evropských doporučení jsou vhodné pro diagnostiku Alzheimerovy choroby tyto metody: anamnéza, komplexní či screeningové vyšetření neuropsychologické vyšetření, neurologické vyšetření, zobrazovací metody MR nebo CT a základní laboratorní vyšetření krve (Vyhnálek et al., 2012).

1.2.6 Léčba

Alzheimerova choroba je nevléčitelným typem demence, v současné době lze však vhodnou léčbou zpomalit její průběh a zlepšit kvalitu života nemocného (Jirák et al., 2009). K léčbě demence se využívají farmakologické i nefarmakologické přístupy (Pidrman, 2007). Léčba by měla být vždy komplexní a zahrnovat oba zmíněné přístupy (Čechová et al., 2011). Dudkowiak et al. (2016) uvádějí celkové zlepšení stavu nemocného s demencí při propojení farmakologické i nefarmakologické léčby, která zahrnuje vhodnou stravu, fyzickou a duševní aktivitu.

1.2.6.1 Farmakologická léčba

Před zahájením farmakologické léčby by měla být Alzheimerova choroba řádně prokázána podle současných lékařských postupů (Vlček et al., 2010). Farmakoterapii lze rozdělit na kognitivní ovlivňující narušené poznávací funkce a na nekognitivní, která

ovlivňuje poruchy nálad, afektů, chování a spánku. Kognitivní farmakoterapií se ovlivňují již známé mechanismy, například neurodegenerace (Jirák et al., 2009). V současné době existují pouze dva farmakologické přístupy pomáhající při léčbě Alzheimerovy choroby, a to použití inhibitorů mozkových cholinesteráz a slabých kompetitivních inhibitorů glutamatergních ionotropních receptorů typu NMDA (Jirák, 2009). Inhibitory acetylcholinesteráz (dále jen IChE) jsou základní léčiva indikovaná v časném až středním stadiu Alzheimerovy choroby. Cholinesterázy jsou enzymy odbourávající acetylcholin z mozku, které mají zásadní význam pro funkci paměti. U nemocných s Alzheimerovou chorobou je nutné zvýšit množství acetylcholinu pro správnou funkci paměti, která je narušena a to zablokováním enzymů cholinesteráz (Jirák et al., 2009). Rozhodující vliv na působení kognitiv má prvních šest měsíců užívání (Franková, 2015). Účinnost léčby byla prokázána u těžších forem Alzheimerovy choroby s hodnotami výsledků MMSE pod 12 bodů. Nejčastěji užívanými léky jsou Donepezil, Galantamin a Rivastigmin patřící do skupiny inhibitorů acetylcholinesteráz (Jirák, 2008). Uvedené léky jsou využívány ke zpomalení příznaků středně těžké až těžké demence (Leonard, 2016). IChE napomáhají zpomalovat pokles kognitivních funkcí, prodlužovat soběstačnost nemocného a zmírňovat behaviorální a psychologické symptomy Alzheimerovy demence. Úspěšná léčba pomocí IChE vede ke snížení zátěže pro pečovatele a také k oddálení nutnosti umístit nemocného do ústavní péče (Vlček et al., 2010).

U těžších stádií demencí se podává memantin, látka blokující NMDA - receptory, které jsou nadměrně aktivovány nadbytkem glutamátu u nemocných s demencí. Léčba memantinem je indikována u pacientů kteří jsou intolerantní k IChE nebo je léčba pomocí IChE neúčinná či v případech pozdně diagnostikované demence (Vlček et al., 2010). Použití IChE a memantinu je založeno na kladných výsledcích ze studií na tisících pacientů (Jirák et al., 2009).

Při léčbě demence se využívá řada dalších farmakologických přístupů, jejichž účinnost však není klinicky prokázána, neboť nebylo provedeno dostačující množství studií (Jirák et al., 2009). Jirák et al. (2009) uvádějí látky likvidující volné kyslíkové radikály, kterých je u Alzheimerovy choroby nadbytek a poškozují stěnu nervových buněk. Mezi tyto látky patří betakaroten, C – vitamin, selen a další. Použití antioxidantů vitamínů v léčbě této demence bylo vždy podceňováno, proto je nutné začlenit do studií použití toho prvku, aby byly indikovány jako jedna z možností léčby právě Alzheimerovy

nemoci (Bhatti, 2016). Rovněž jsou k léčbě Alzheimerovy choroby podávána nootropní farmaka, která slouží jako přídatná léčiva, jejichž působením dochází ke zlepšení mozkové látkové přeměny a využitelnosti glukosy. Zmínit lze například Piracetam nebo Pyritinol (Jirák et al., 2009).

Při Alzheimerově chorobě lékaři indikují řadu dalších léčiv pro řešení obtíží, které nastávají v souvislosti s touto diagnózou. Jedním z problémů bývá porucha chování, kterou lze ovlivnit pomocí antipsychotik 2. generace, například Tiaprid, Risperidon, Zotepin a další. Z antipsychotik 1. generace je indikován Melperon, nebo také Haloperidol v případě akutního zneklidnění (Jirák a Laňková, 2007).

Alzheimerova choroba je u 50 % nemocných doprovázena depresivními stavy (Jirák, 2011). K terapii deprese u nemocných s demencí se využívá řada antidepresiv 4. generace (Mirtazapin, Venlafaxin), která jsou bezpečná oproti skupině antidepresiv první a druhé generace, která mají anticholinergní účinek (Jirák a Laňková, 2007).

I v současné době se stále hledají nové léky, které by ovlivnily samotný mechanismus Alzheimerovy choroby. Význam je přikládán k beta-amyloidu, který je spouštěčem této demence. Antiamyloidní farmaka zabraňují tvorbě beta amyloidu a to pomocí enzymů, které ho odštěpují z amyloidového prekurzurového systému (Vlček et al., 2010). Sleduje se i účinek preventivně podávaných protizánětlivých léků, které by se mohly stát součástí terapie Alzheimerovy choroby (Hosák et al., 2015).

Přesto, že jsou stále vítány nové metody pro léčbu Alzheimerovy choroby, je však nutné se zaměřit na biopsychosociální aspekty péče u pacientů s touto demencí (Briggs et al., 2016).

1.2.6.2 Nefarmakologická léčba

Cílem nefarmakologické léčby je zachování jednotlivých dovedností člověka a to zejména jemné a hrubé motoriky, chůze, soběstačnosti a kognitivních funkcí. Taktéž ovlivnění behaviorálních a psychologických symptomů Alzheimerovy choroby a zlepšení verbální i neverbální komunikace nemocného s ošetřovatelem nebo příbuzným (Pidrman, 2007). Aktivitu, které jsou u nemocného prováděny jako součást terapie, musí být vhodně voleny a odpovídat psychické a fyzické kondici nemocného. Vždy musí probíhat ve známém prostředí, kde se sám nemocný dobře orientuje. Proto, aby se

dosáhlo alespoň minimálního výsledku, je nutné začlenit tyto aktivity do denního režimu klienta (Pidrman, 2007).

Nefarmakologické přístupy zahrnují samotnou úpravu prostředí, aktivizaci nemocných, trénink paměti, vzpomínkovou terapii se zvířaty, ale i dostatečný příjem tekutin a stravy (Hosák et al., 2015). Bazální stimulace je jeden z prvků stimulace mozku. Jde o komunikační a stimulační koncept, který se orientuje na potřeby člověka a přizpůsobuje jeho věku a stavu při čemž na klienta nahlíží jako na rovnocenného partnera s vlastními schopnostmi a individualitou. Pomocí bazální stimulace lze aktivovat činnost mozku, a tím podpořit vnímání, komunikaci a hybnost klienta (Friedlová, 2007). V superevidovaných zařízeních se prokázaly pozitivní účinky bazální stimulace na tělesný stav jedince. Po pravidelně prováděné somatické stimulaci došlo ke zlepšení zažívání, vyprazdňování a hojení ran. Tato forma poskytované péče zlepšuje kvalitu života nemocného a snižuje náklady na péči (Friedlová, 2012). Přestože k provádění bazální stimulace je nutný školený zaměstnanec, tato forma péče je poskytována stále častěji a umožňuje tak ošetřujícímu personálu najít cestu ke klientovi a pochopit jeho vnitřní svět (Friedlová, 2012). Pro trénink paměti u osob s Alzheimerovou chorobou je běžně využívána taktéž reminiscenční terapie. Je to metoda, při níž si jedinec vybavuje vzpomínky z minulosti. Jedním ze způsobů, je napsání vlastního životopisu. Tím si nejen jedinec uvědomuje, to co prožil, ale také pomáhá personálu k získání informací o jeho životě, a tím ke snadnější komunikaci (Jirák et al., 2009). Terapeut s klientem také prohlíží alba s fotografiemi či sleduje historické filmy. Tato činnost tak upevňuje sebeúctu a identitu nemocného (Sheardová, 2011).

Jedním z příznaků ve středně těžkém stadiu Alzheimerovy choroby je snížení až ztráta soběstačnosti. Proto je v zařízeních zaměřujících se na demenci využívána ergoterapie, která napomáhá začlenit nemocného do společnosti a zachovat optimální kvalitu života se zachováním maximální aktivity v běžných denních činnostech. Podle zájmu a mentálních schopností jedince je volena vhodná aktivita, která bude vést k nábídku dovedností a soběstačnosti (Vávrová a Červenka, 2010). Ergoterapie se stává oblíbenou činností, neboť vychází z konkrétních zájmů a potřeb klienta, které je nutno předem zjistit. Tyto informace pak pomohou zvolit vhodnou činnost pro klienta, která bude odpovídat jeho celoživotnímu zaměření (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

Jako další vhodnou formou terapie je muzikoterapii, která nejen zlepšuje náladu a zvyšuje kvalitu celkové péče, ale také snižuje úzkost, bolest a rozvíjí pocit kontroly (Kantor et al., 2009). Rovněž napomáhá zachovávat epizodickou paměť, psychomotorické tempo a výkonné funkce. Tato terapie se nestává hlavní složkou léčby Alzheimerovy choroby, ale doplňkem při užívání léků a aplikaci jiných nefarmakologických metod, jako je terapie tancem, umění nebo cvičení (Fang et al., 2017). V rámci terapie tancem se klienti učí přijmout své tělo jako neoddělitelnou součást sebe sama. Naučí se tak vnímat změny a procesy na svém těle, čímž se pro sebe klient stává nejlepším zdrojem informací (Dosedlová, 2012). V neposlední řadě se u klientů aplikuje petterapie, která má pozitivní účinky na psychický stav člověka (Dosedlová, 2012).

Nefarmakologická léčba, kterou je možno provádět různými formami, redukuje stresovou zátěž pro pečovatele, pozitivně působí na psychiatrické komplikace demence a má minimum nežádoucích účinků (Sheardová, 2011).

1.2.7 Zařízení pro osoby s Alzheimerovou chorobou

Z předešlé nastudované literatury lze shrnout, že pečovat o osobu s Alzheimerovou chorobou není snadné. Během několika let dochází k progresi stavu nemocného, doprovázeného příznaky, které mohou ohrožovat jak samotného nemocného, tak i rodinu. Pro snížení či redukci těchto symptomů je vhodná specializovaná péče, která zajišťuje nemocnému jednak komplexní ošetrovatelskou a léčebnou péči, ale i ubytování a stravování.

Jednou z možností, kde lze pečovat o člověka s Alzheimerovou chorobou je Alzheimercentrum. Toto zařízení je domovem se zvláštním režimem, který je určen nejen pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu dlouhodobého duševního onemocnění, ale také pro osoby se stařeckou demencí a Alzheimerovou chorobou, jejichž stav vyžaduje pomoc od druhé osoby (Zákon č. 108/2006 Sb.). Zákon č.108/2006 Sb. popisuje služby, které jsou poskytovány v těchto zařízeních. Mezi ně patří: poskytnutí stravy, ubytování, pomoc při osobní hygieně, při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační služby a také pomoc při uplatňování práv. V Alzheimercentru jsou poskytovány komplexní služby s cílem podpořit aktivní život klienta a prodloužit jeho soběstačnost. Je zachována lidská důstojnost a kvalitní život

nemocného. Zdravotnický personál spolupracuje s klientem jako s rovnocenným partnerem a sám klient rozhoduje, jaký vjem přijme či nepřijme. Všechna zařízení Alzheimercentra pracují na základě bazální stimulace, kdy jedním ze způsobů je dotyk, který je považován za základní schopnost a potřebu. Haptika funguje jako spojovník mezi klientem a vnějším světem. Čas, který je péči věnován, je využíván co nejdéle (Alzheimercentrum, © 2017). Péče je indikována lékařem ve spolupráci ošetrovatelského personálu, který podává návrhy na základě hodnocení klienta z pohledu ošetrovatelských potřeb, funkcí a diagnóz, rovněž zpracovává ošetrovatelský plán péče a stanovuje denní realizaci plánu (Alzheimercentrum, © 2017). Ošetrovatelskou péči poskytuje zdravotnický personál, který je tvořen všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty. Na ošetrovatelské péči se dále podílejí pracovníci v sociálních službách, kteří se zabývají aktivizací nemocných, četbou, procházkami, hygienickou péčí o nemocného, ale i péčí o oděv či pokoj (Alzheimercentrum, © 2017). I v pozdním stadiu Alzheimerovy choroby se s klienty pracuje. I přesto, že ztrácí veškerou soběstačnost, tak jsou během dne aktivizováni a nezůstávají po celý den na lůžku. Taková to péče o klienty s Alzheimerovou chorobou zahrnuje zejména bazální stimulaci, ošetrovatelskou rehabilitaci, ergoterapii, metody regenerace mozku, trénink kognitivních funkcí, muzikoterapii, canisterapii a též reminiscenční terapii (Alzheimercentrum, © 2017).

1.3 Ošetrovatelská péče o osobu s Alzheimerovou chorobou

U každého člověka se Alzheimerova choroba projevuje individuálně. Nedá se tak určit, jaké příznaky se u něho objeví a za jaký čas. Přestože nemocný ztrácí schopnost vykonávat veškeré činnosti, stále vnímá okolí a je tak nutné, aby byly uspokojeny jeho fyzické i psychické potřeby. Alzheimerova nemoc je charakteristická progresí fyzických obtíží, stav tak vyžaduje nepřetržitou celodenní péči (Alzheimer, © 2015). Péče o osoby s touto demencí je náročná po finanční, emocionální, sociální i fyzické stránce. Dokáže tak změnit život celé rodině. Proto, aby pečující tuto úlohu zvládl, potřebuje znát nejnovější postupy v oblasti dané problematiky (Ševčíková, 2009). Pokud tak bude mít dostatek informací o příčině nemoci, včasné diagnostice, léčbě a bude vhodně přistupovat k nemocnému, ušetří si tak mnoho sil, napomůže tím k zlepšení spolupráce s klientem a navázání důvěryhodného vztahu. Tímto postupem se tak dokáže zlepšit celková kvalita života nemocného i pečujícího (Holmerová et al., 2007). Nemocní s Alzheimerovou chorobou mají stejně jako jiní lidé svou historii, životní příběh a právě

proto je sestra musí respektovat jako lidské bytosti a zachovat jejich lidskou důstojnost (Petr et al., 2014).

Proto, aby mohla být poskytována ošetrovatelská péče, musí sestra stanovit reálné cíle, které budou odpovídat probíhajícím degenerativním procesům u nemocného. U pacientů s demencí se plán zaměřuje především na udržení maximální soběstačnosti a zajištění pohodlí jak nemocnému, tak i jeho rodině. Plán se zaměřuje na porušené kognitivní funkce a udržení orientace a zahrnuje zejména snižování úzkosti a strachu, denní aktivity podporující soběstačnost nemocného a rovněž poskytnutí bezpečného prostředí jako prevence úrazu. Na základě stanoveného plánu sestra realizuje ošetrovatelské intervence, při nichž se berou v potaz potřeby nemocného i rodiny a také projevy choroby (Marková et al., 2006c). Při poskytování ošetrovatelské péče se sestra zaměřuje především na stravování, pitný režim, užívání léků a dodržování léčebných opatření. Součástí péče je i aktivizace nemocného ke zvládnutí péče o sebe samotného, ale i pohybová aktivita zaměřená na nácvik přesunu, chůze nebo sedu jako prevence progresu Alzheimerovy choroby (Petr et al., 2014).

1.3.1 Komunikace

Základem úspěšné ošetrovatelské péče je správná komunikace s nemocným, která musí být srozumitelná. Převážná část pacientů s demencí trpí smyslovým postižením, čímž se zhoršuje schopnost porozumět verbální řeči v hlučném prostředí a snižuje se sluchová vnímavost pro vysoké tóny. Během komunikace je nutné se ujišťovat, zda nemocný personálu rozumí. U osob s Alzheimerovou chorobou je vhodné při komunikaci používat jednoduché věty, udržovat oční kontakt a používat vizuální pomůcky pro snazší komunikaci a pochopení (Petr et al., 2014). Na začátku rozhovoru je vhodné oslovit klienta jménem a podle jeho reakce zjistit, zda klient personálu věnuje dostatečnou pozornost (Holmerová et al., 2007). Vhodný je i fyzický kontakt a to zejména použití jemného dotyku, držení za ruku, ale až v případě, že klient umožní personálu překročit svůj osobní prostor (Holmerová et al., 2007). Dále Holmerová et al. (2007) doporučují komunikovat s klientem na stejné výškové úrovni, klást otázky, které budou vést k odpovědi ANO či NE, rovněž také nekritizovat a nevyvracet tvrzení pacienta. Komunikace má být přizpůsobena jeho schopnostem a sám nemocný nesmí být omezován. Po ukončení komunikace je nezbytné dát klientovi zřetelně najevo, že pečující od něho odchází (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2006).

1.3.2 Hygienická péče a oblékání

Hygienickou péči nemocný s Alzheimerovou chorobou často podceňuje, necítí potřebu se mýt a v pozdějších fázích dochází i k zapomínání, jak o sebe pečovat. Proto je nutné udržovat tyto návyky jako denní rituál. Pokud je nemocný schopen si sám určit, zda se se raději koupe nebo myje ve sprše, mělo by mu to být umožněno. Klade se opět důraz na podporu soběstačnosti a dopomoc v případě nutnosti (Marková et al., 2006c). Jednotlivé kroky při provádění hygienické péči je vhodné zjednodušit a koupel by se měla stát pro klienta odpočinkem (Holmerová a Mátlová, 2014). Koupelna na oddělení by měla být dostupná, dostatečně prostorná a vybavená pomůckami (madla, zvýšený klozet) pro poskytování hygienické péče i imobilnímu klientovi. Součástí koupelny by měl být bezbariérový přístup, protiskluzová podlaha, nástavec na WC, madla a úchyty. Uvnitř sprchy je nepostradatelnou pomůckou sprchovací židle nebo pojízdný vozík usnadňující sprchování (Hájková et al., 2016). Kosmetické prostředky bývají umístěny na policech k snadnému přístupu personálu. V případě, že u klienta hrozí riziko záměny pomůcky za jinou, doporučují se uzamykat veškeré věci do skříněk. Při samotné hygienické péči je nutný dohled nad klientem, jelikož koupelna je místem, kde hrozí pád (Marková et al., 2006c). Koupel nezahrnuje jen samotné mytí nemocného, ale také péči o vlasy, holení a stříhání nehtů. Nezbytnou součástí je péče o kůži. U imobilních klientů v případě nedostatečného osušení pokožky hrozí riziko vzniku opruzenin až dekubitů a to zejména v případě výskytu inkontinence. Nutná je tak prevence, která zahrnuje užívání prostředků nevysušujících kůži, výměnu ložního prádla a rovněž polohování (Marková et al., 2006c).

Celková koupel má vliv na fyzický i psychický stav osoby s demencí, ale i personálu. Koupel pro nemocné znamená bolest, nejistotu, stud a strach z neznámého prostředí i z pádu. Sprchování nebo koupel by neměla být vnímána jako pracovní výkon, ale jako interakce mezi pečujícím a opečovávaným (Rader et al., 2006). Pro to, aby koupel byla pro nemocného příjemným zážitkem, je důležité volit vhodné osvětlení v průběhu hygienické péče, využít vůně, masti a navodit klidnou atmosféru. Během hygienické péče pracovník respektuje stud nemocného, vhodně s ním manipuluje a zároveň komunikuje (Hájková et al., 2016).

Člověk s Alzheimerovou chorobou často zapomíná na nutnost oblékání. Progreduje neschopnost uvědomit si nutnost výměny prádla nebo zvolení vhodného oděvu do

společnosti (Holmerová a Mátlová, 2014). U nemocného se volí takové oblečení, například sportovní či domácí, které je snadné na udržování a umožňuje dostatečný rozsah pohybu klientovi. Noční oděv by měl být využíván pouze pro spánek nebo v situacích, kdy setrvává nemocný na lůžku během dne. Přes den se doporučuje využívat pro nemocné jejich vlastní individuální oblečení (Holmerová et al., 2013). Nedílnou součástí jsou pevné boty s protiskluzovou podrážkou (Holmerová a Mátlová, 2014).

1.3.3 Výživa

Alzheimerova choroba je energeticky náročná pro organismus. Přesto, že nemocný přijímá dostatek stravy, často toto onemocnění vede k úbytku váhy až ke kachexii (Holmerová et al., 2007). Při delším trvání může jít o závažný stav spojený s rizikem somatických komplikací, které se mohou projevit v podobě instability s rozvojem imobility, infekčního onemocnění či rozvoje dekubitů (Franková et al., 2014). Nutné je proto zajistit dobrý nutriční stav nemocného, k němuž je nezbytná dostatečná motivace nemocného k přijímání stravy a dopomoc při sebeobsluze (Svačina et al., 2008). Při tomto onemocnění je také nezbytné pravidelné sledování tělesné hmotnosti a svalové síly (Tomeček, 2014). U osob s Alzheimerovou chorobou se lze setkat s odmítáním stravy v případě pocitu sytosti nemocného, který souvisí s poruchou paměti, kdy se nemocný domnívá, že už jedl (Franková et al., 2014). V pokročilejším stadiu demence bývá nutriční stav zhoršen v souvislosti s dysfagií. Porucha polykání je často způsobená zpomalenou koordinací svalů, které se podílejí na zpracování potravy a polykání. Polykací reflex může být opožděný nebo ne zcela kompletní. Poruchy polykání se projevují nejčastěji způsobem, kdy nemocný necítí stravu v ústech, ponechává stravu v ústech nebo ji plive. Zároveň se objevuje odmítání stravy či zapomínání polykat. V těchto případech je nutné dbát na bezpečné přijímání stravy, které lze zajistit vhodnou polohou nemocného při stravování (brada co nejnižší). Vhodné je podávat sousta po malých dávkách na čajové lžičce a dbát, aby nemocný každou porci spolkl a neponechal ji v ústech (Holmerová et al., 2007). Při zmíněných poruchách polykání bývá strava nemocným upravována dle jejich omezení. Nejčastěji je podávána kašovitá či mletá strava (Holmerová et al., 2007). Pro zachování nutričního stavu je potřeba udržet dostatečnou pravidelnost a řád v přijímání stravy (Tomeček, 2014). Strava by se měla stát rituálem, nemocný by měl jíst v pravidelných intervalech ve stejnou dobu (Marková et al., 2006c). Zároveň by měla panovat určitá pravidla stolování a respektovat chutě

nemocného (Tomeček, 2014). Pro rychlejší orientaci je vhodné umístit příbory na pevné místo a v případě zhoršeného zraku u nemocného lze využít metodu hodin, při níž dá personál najevo klientovi umístění stravy na talíři podle pomyslných časových bodů (Marková et al., 2006c). V podpoře výživy hraje roli úprava stravy, vysoká kalorická hodnota při malém množství potravy, výrazná chuť, ale i lákavý vzhled jídla (Petr et al., 2014). Nutné je však posoudit, zda je strava tepelně vhodná pro konzumaci. Osoby s demencí nejsou schopny dostatečně posoudit teplotu potravy a hrozí tak riziko popálení dutiny ústní (Alzheimer Society, © 2017). Doporučuje se servírovat strava a tekutiny na plastové talíře a do plastových nádobek pro snadnější manipulaci (Marková et al., 2006c).

Podle průzkumu prováděného při návštěvách v zařízeních pro osoby s demencí v roce 2013 bylo zjištěno, že tyto zařízení nespolupracují s nutričními terapeuty, nemají vypracované dietní systémy s nutričními hodnotami, zároveň nemají klienti možnost výběru jídla a strava je podávána v nevhodné poloze a ukvapeně. Dále bylo upozorováno podávání rozdrčených léků do rozmixované stravy, které ovlivňují chuť potravin, což může být důvodem odmítání jídla. Nutné je uvést nevhodný styl stravování ze společenského a estetického hlediska, kdy klientům byla podávána strava za přítomnosti televize (Tomeček, 2014).

1.3.4 Vyprazdňování

Jedním z projevů Alzheimerovy choroby je inkontinence, která se objevuje ve středním stadiu demence. Potvrdit lze samovolný únik moče jako doprovodný symptom této organické duševní poruchy až po vyloučení příčiny, která by mohla souviset s onemocněním urologického nebo gynekologického systému. U osob s demencí dochází k inkontinenci moče z několika důvodů. Nemocní nedokážou najít záchod, nejsou schopni se svléci a také nedokážou včas vyhodnotit potřebu močení (Holmerová et al., 2007). Při výskytu tohoto problému by měl být do péče zahrnut rozvrh pro vyprazdňování a také opatření na zvládnání inkontinence, tzn. používat inkontinenční pomůcky, kupříkladu podložky nebo pleny. Taktéž by měla být místnost na vyprazdňování řádně označena a osvětlena pro snadnější orientaci klienta. Sám klient by měl mít k dispozici vhodný oděv pro pohodlí a rychlý přístup na toaletu (Marková et al., 2006c).

U osob s Alzheimerovou chorobou je přítomná také inkontinence stolice. Nemocní nedokáží vyjádřit potřebu vyprázdnit se a nutnost dopomoci. Přestože u dementních dochází k inkontinenci stolice, objevuje se často zácpa, převážně jako důsledek nevhodného složení potravy a nedostatku pohybu (Holmerová et al., 2007). V případě obstipace je nutné zajistit režimová opatření, která napomohou k defekaci. Nejdůležitější je vhodné složení potravy. Do stravy by měla být zařazena vláknina, která vhodným způsobem ovlivňuje střevní pasáž. Rovněž se doporučuje vyloučení tučných výrobků. Důležitý je dostatečný příjem tekutin během dne okolo dvou litrů, které též napomohou s vyprázdněním. Jedním z prvků prevence poruch vyprazdňování a podpory střevní pasáže je pohybová aktivita, nejvhodnější je celková, například chůze. U dementních osob v pokročilejším stadiu nelze však zajistit tuto možnost, doporučuje se tak pravidelné vedení na toaletu s možností vyprázdnit se. Nemocný musí být vysazen do sedu ve správné výšce s nohama opírajícíma se o podlahu k snadnějšímu vyprázdnění. Vyprázdnění by mělo probíhat v prostředí, ve kterém je zajištěn dostatek soukromí (Topinková, 2008).

1.3.5 Rehabilitace

Pohyb je základní předpoklad k tomu, aby se člověk o sebe dokázal postarat a zajistil si své potřeby. Tento prvek je základem k udržení soběstačnosti a nezávislosti. U Alzheimerovy choroby však dochází k narušení těchto možností a nemocní se stávají v pozdějších fázích nesoběstační, nesamostatní a zranitelní (Marková et al., 2006c). Nutná je tak včasná rehabilitace, která se snaží využít zachovaných schopností nemocného a to od prvních projevů onemocnění s cílem zabránit rozvoji komplikací spojených s demencí (Dušek a Večeřová – Procházková, 2015). Pohybové aktivity, které jsou při rehabilitaci voleny, působí pozitivně na psychický stav nemocného a zároveň na jednotlivé lidské systémy, například na metabolismus, respirační systém, gastrointestinální trakt či na kůži jako prevence dekubitů (Marková et al., 2006c).

V psychiatrické rehabilitaci se využívají zejména metody sociální, léčebné, pedagogické a lázeňské rehabilitace. Již v první polovině 19. století se zavedla do praxe rehabilitace pro duševně nemocné, která plnila funkci jak pracovní rehabilitace, tak zábavnou složku. Zakladatel Riedl, tak jako první začlenil do léčby terapii tancem, hudbou, cvičením a řadou dalších forem rehabilitace, které se využívají i v současné době k léčbě Alzheimerovy choroby a jiných psychiatrických poruch (Dušek a Večeřová –

Procházková, 2015). Pro osoby s Alzheimerovou chorobou je vytvořen individuální terapeutický plán multidisciplinárním týmem, který se skládá z lékaře se specifickou způsobilostí, gerontopsychologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychiatra aj. Na základě posouzení zdravotního stavu se stanovuje krátkodobý či dlouhodobý plán. Krátkodobý plán se stanovuje na týdny až měsíce. Každému členu týmu je přiřazen úkol, o který se má s klientem pokusit a výsledky poté konzultovat s ostatními členy. Dlouhodobý plán zahrnuje navrhovaná řešení a postupy v další péči a to na dobu několika let s očekávanou progresí onemocnění (Holmerová et al., 2007). Pro osoby s demencí je nezbytnou součástí nácvik soběstačnosti, který napomáhá upevňovat a prodlužovat soběstačnost a to s pomocí kompenzačních pomůcek. Ne vždy je však lze využít, často nemocní neporozumí, jak zacházet s pomůckami a to vlivem progresse poškození kognitivních funkcí. Aktivizace nemocného se zaměřuje na oblast mobility, hygienické péče, oblékání a stravování (Holmerová et al., 2007).

1.3.6 Bezpečnost

Jedním z příznaků Alzheimerovy choroby je instabilita, která může mít za následek pád. Instabilitu lze chápat jako zhoršenou schopnost přizpůsobit se měnícím se podmínkám pro chůzi (Menclová a Svědíková, 2006). Porucha rovnováhy vzniká jako důsledek v případě, že motorický systém nesprávně reaguje na nervové impulsy a u nemocného dochází k nesprávné koordinaci pohybů (Marková et al., 2006c).

Příčina pádu u osob s demencí může být různá. Při její redukci je nutné zohlednit farmakologickou léčbu nemocného, která by se mohla stát příčinou pádu (Alzheimer, © 2017). Riziko pádu může souviset i s dezorientací a zmateností. Samotný pád představuje řadu komplikací. Nejčastěji dochází k zlomeninám stehenní kosti, intrakraniálním poraněním, mozkovým kontuzím a komocím. Proto je nutné zajistit bezpečností opatření, která napomohou eliminovat riziko pádu. Pro zajištění bezpečnosti je nutné upravit prostředí, ve kterém se klient pohybuje, tzn. upravit podlahy, odstranit prahy, zajistit dostatečné osvětlení a zároveň pomůcky usnadňující pohyb. Vhodná je například instalace madel do koupelny, využití holí, berlí, vhodné je používání signalizačního zařízení pro vyžádání si pomoci. Součástí prevence pádu je rehabilitace, která se zaměřuje na nácvik chůze (Menclová a Svědíková, 2006). Vhodné je využití chodítka s trojí opěrou, které má větší stabilitu než hole. Při doprovázení nemocného musí být pečující trpělivý a respektovat tempo jeho chůze (Marková et al., 2006c).

2 Cíl práce a výzkumná otázka

2.1 Cíl práce

Zmapovat poskytovanou ošetrovatelskou péči u klienta s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru.

2.2 Výzkumná otázka

Jaká péče je klientům Alzheimercentra poskytována jednotlivými kategoriemi ošetrovatelského personálu?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření. Pro splnění cíle byl použit sběr dat technikou nestrukturovaného pozorování ošetrovatelského personálu při poskytování ošetrovatelské péče klientům s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru. Výzkum byl prováděn vždy po celý den směny ošetrovatelského personálu v měsících únor - březen 2017. Vlastní pozorování bylo zaměřeno vždy na určeného ošetřujícího, tudíž na všeobecnou sestru, zdravotnického asistenta a pracovníka v sociálních službách. Jelikož se jednalo o zjevné pozorování, zúčastnění byli seznámeni s cílem a průběhem výzkumného šetření. Samotné pozorování bylo zaměřeno na to, jakým způsobem vybraný subjekt pečuje o osobu s Alzheimerovou chorobou v průběhu směny a to především při poskytování hygienické péče, podávání stravy, provádění rehabilitace a zdravotnických úkonů, ale také během komunikace s klientem. Pozorování se tak lišilo dle pracovní pozice každého subjektu. V průběhu pozorování každého zúčastněného byly veškeré informace zaznamenávány do poznámkového bloku, z něhož byly poté přeneseny do elektronického dokumentu, v němž byla popsána veškerá ošetrovatelská péče, kterou pozorovaný poskytoval po celou směnu.

Získaná data byla zpracována metodou otevřeného kódování, na základě čehož vzniklo šest kategorií ošetrovatelské péče. Na základě výsledků byly mimo jiné vypracovány snímky denní a noční směny, které stručným způsobem shrnují harmonogram práce v Alzheimercentru.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek pro kvalitativní šetření tvořil ošetrovatelský personál Alzheimercentra. Výběr personálu byl záměrný, neboť byli pozorovaní informanti a jejich počet vybrán dle toho, jakou měrou se na poskytované péči podílí. Pro pozorování byly zvoleny 3 kategorie personálu. Pro pozorování byla vybrána pouze jedna všeobecná sestra (dále VS), která byla jediným ošetřujícím pracovníkem s touto kvalifikací na stanici, kde výzkumné šetření probíhalo. Velkou část péče poskytují zdravotničtí asistenti (dále ZA) a pracovníci v sociálních službách (dále PSS), proto byli zmíněné kategorie personálu zahrnuty do výzkumného souboru ve vyšším počtu.

Konkrétně bylo pozorování realizováno u třech ZA a třech PSS. Jednotliví pozorovaní byli v další části práce označeni jako S1 – S7 = subjekt 1 – 7.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1 – Identifikační údaje

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Věk	20 let	22 let	20 let	45 let	39 let	27 let	38 let
Pohlaví	žena	žena	žena	žena	žena	žena	muž
Vzdělání	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SOU
Pracovní pozice	ZA	ZA	ZA	VS	PSS	PSS	PSS
Délka praxe	11 měsíců	1 rok	3 měsíce	14 let	4 měsíce	2 roky	2 roky
Praxe v AC	11 měsíců	1 rok	3 měsíce	6 měsíců	4 měsíce	2 roky	2 roky

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 shrnuje identifikační údaje výzkumného souboru. Do výzkumného šetření bylo zahrnuto 7 osob, z toho 6 žen ve věku 20 až 45 let a 1 muž ve věku 38 let. Nejvyšší dosažené vzdělání zdravotnických asistentů a všeobecné sestry bylo středoškolské. Z pozorovaných tří pracovníků v sociálních službách byli dva středoškolsky vzdělaní s maturitou a jeden středoškolsky vzdělaný s vyučením. Zdravotničtí asistenti nevykonávali žádnou praxi v předchozím zaměstnání, oproti tomu u všeobecné sestry byla délka praxe 14 let. Ze tří pracovníků v sociálních službách neměl žádný z nich předchozí zkušenost s prací v oboru. Délka výkonu profese zdravotnických asistentů v Alzheimercentru se pohybovala od 3 měsíců do 1 roku. U všeobecné sestry po dobu 6 měsíců a u pracovníků v sociálních službách od 4 měsíců do dvou let.

4.2 Snímky pracovní doby

Tabulka 2 – Denní směna

Denní směna	
7:00 -7:20	sesterské hlášení a hlášení pracovníků v sociálních službách na jídelně
7:20 - 9:00	ranní hygienická péče na pokojích klientů
8:00 - 10:00	podávání snídaní a ranních léků + aplikace inzulínů
10:00 -11:30	dohled na jídelně při ergoterapii podávání příkrmů provádění celkové koupele určeným klientům plnění lékařských ordinací (měření fyziologických funkcí, příjem klienta na oddělení) záznam informací sestrou do PC provádění indikovaných převazů provádění rehabilitace polohování imobilních klientů na lůžku
11:30 -12:30	podávání obědů a poledních léků + aplikace inzulínů
12:30 -14:00	odvoz klientů na pokoj k odpočinku
14:00	svoz klientů zpět na jídelnu k ergoterapii záznam informací sestrou do PC o provedených úkonech
15:00	podávání odpoledních svačín
15:00 -16:00	dohled nad klienty při ergoterapii rozvoz čistého prádla do skříní klientů na pokoji
16:00	podávání příkrmů
17:00	podávání večeří a večerních léků + aplikace inzulínů
17:15 -18:00	provádění večerní hygienické péče
18:00 -19:00	sepsání sesterského hlášení na sesterně sepsání hlášení pracovníků v sociálních službách na jídelně předání denního hlášení noční směně

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 slouží k vytvoření ucelené představy o práci ošetrovatelského personálu v Alzheimercentru během denní směny v jednotlivých časových intervalech.

Tabulka 3 - Noční směna

Noční směna	
19:00	sesterské hlášení a hlášení pracovníků v sociálních službách noční směně
20:00	podávání nočních léků a inzulinů + 2. dia večeří na pokojích klientů
21:00 - 24:00	příprava léků do lékovek sestrou na druhý den dle medikačních listů aplikace razítek do medikačních listů k podaným nočním lékům úprava a doplnění převazového vozu + dezinfekce převazových nástrojů dle dezinfekčního plánu
22:00	podání časovaných léků úklid jídelny a příprava stolů ke snídani pracovníkem v sociálních službách výměna dek na křeslech na jídelně
24:00 - 1:00	polohování imobilních klientů a výměna inkontinenčních pomůcek
1:00 – 5:00	práce na PC směnovou sestrou plnění mimořádných prací směnové sestry i PSS doplnění hygienického vozu
5:00 - 6:00	polohování imobilních klientů a výměna inkontinenčních pomůcek
6:00	podání časovaných léků sepsání sesterského hlášení a hlášení pracovníků v sociálních službách
7:00	předání sesterského hlášení a hlášení pracovníků v sociálních službách denní směně na jídelně

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 znázorňuje práci ošetrovatelského personálu v Alzheimercentru během noční směny v jednotlivých časových intervalech.

4.3 Kategorizace získaných dat

Stručný přehled jednotlivých kategorií

Kategorie 1 - Hlášení personálu

Kategorie 2 - Hygienická péče

Kategorie 3 - Výživa

Kategorie 4 - Rehabilitace

Kategorie 5 - Komunikace s klienty

Kategorie 6 - Zdravotní péče

Kategorie 1 – Hlášení personálu

Hlášení sester, zdravotnických asistentů a pracovníků v sociálních službách je nedílnou součástí začátku a konce každé směny. Hlášení v zařízení Alzheimercentra nezahrnuje pouze informace o stavech klientů a úkonech, které byly během směny provedeny, ale také přidělení prací pro každého ošetřujícího pracovníka na celou směnu. Proto považují za vhodné znázornit, jak takovéto hlášení probíhá a co je jeho součástí.

Noční hlášení začíná v 7:00 hodin na jídelně, kterého se v týdnu účastní nejen sestry, zdravotničtí asistenti a pracovníci v sociálních službách, ale také staniční, vrchní sestra, sociální pracovnice a dokumentační sestra. Během tohoto hlášení předává směnová sestra a pracovník v sociálních službách informace z noční směny. Sesterské hlášení spočívá v podání informací ohledně stavu klientů, počtu klientů mimo zařízení, počtu hospitalizovaných klientů a podaných časovaných lécích. Rovněž tak o množství moči odváděné přes permanentní močový katétr do močového sáčku, změnách zdravotního stavu klientů a množství opiátů v trezoru. Po předání nočního sesterského hlášení se ujímá hlášení pracovník v sociálních službách, který informuje též o stavu klientů, počtu klientů mimo zařízení a hospitalizovaných klientů, ale také o podaných druhých dia večeří a změnách u klientů během noci (neklid, úraz, inkontinence během noci – výměna prádla).

Poté, co jsou podány veškeré potřebné informace z noční směny, směnová sestra vytváří denní rozpis prací a pokojů (viz příloha 2) s klienty pro každého ošetřujícího pracovníka, které bude mít na starost po celý den. Rozpis pokojů je vytvořen pro zdravotnické asistenty a pracovníky v sociálních službách, kteří budou u daných klientů poskytovat ranní a večerní hygienickou péči. V případě, že bude nutné provést hygienickou péči u znečištěného klienta během dne, tento plán neplatí a klienta ošetří

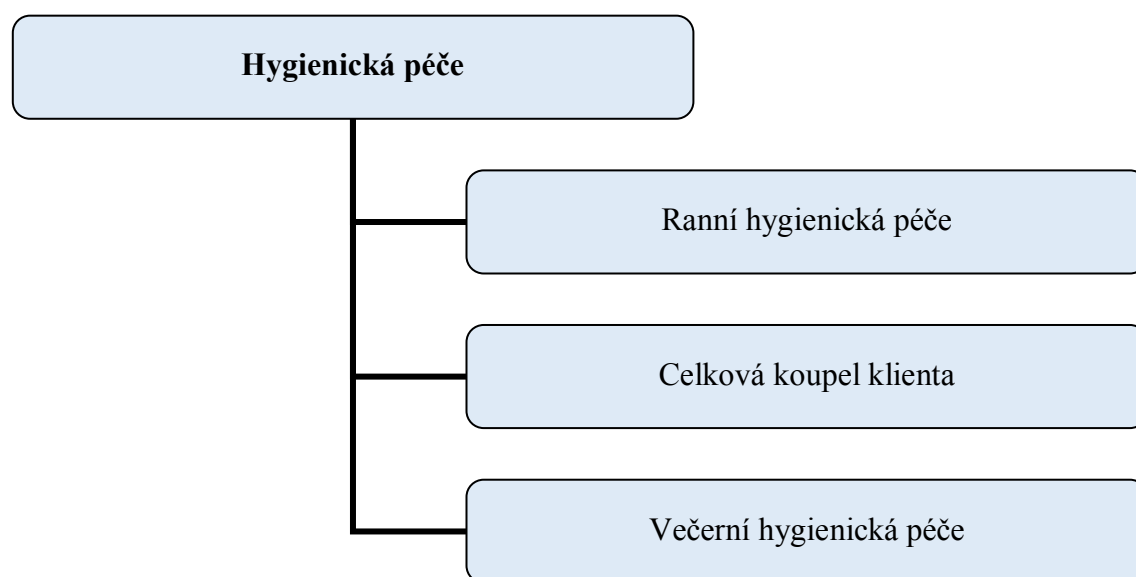
přítomný ošetřující pracovník. Rozdělení pokojů a prací však neslouží pro směnovou sestru, která neprovádí ranní a večerní hygienickou péči, ale nezbytně nutné zdravotnické úkony. Rozpis prací je pak vytvořen tak, aby každý pracovník měl alespoň jednu činnost na starost během denní směny. Mezi jednotlivé činnosti patří celková koupel klienta, která je vždy prováděna ve dvou osobách, dále podávání příkrmů, podávání stravy na pokojích v případě, že jsou klienti na lůžku během dne, dohled při ergoterapii, holení klientů, provádění rehabilitace u indikovaných klientů a také rozvoz čistého prádla do skříní klientů. V neposlední řadě je součástí hlášení rozdělení přestávek pro ošetřující pracovníky a to do dvou skupin proto, aby byl vždy u klientů přítomen některý z pracovníků.

Na konci směny probíhá denní hlášení. Informace ze sesterského hlášení jsou předávány na sesterně, které se oproti nočnímu hlášení odlišují například v podaných lécích (opiátových náplastí), změřených hodnotách glykémie či informacích o přijatém novém klientovi (soběstačnost, chování, stav klienta). V hlášení pracovníků v sociálních službách jsou oproti nočnímu hlášení podrobné informace o provedených rehabilitacích a také o návštěvách u jednotlivých klientů.

Každé hlášení musí být podepsáno pracovníkem, kterým bylo napsáno a komu bylo předáno.

Kategorie 2 – Hygienická péče

Diagram 1: Hygienická péče



Kategorie hygienická péče, která se skládá ze tří podkategorií, je zaměřena na popis poskytované hygienické péče v jednotlivých částech dne.

Ranní hygienická péče

Ranní hygienická péče probíhá od 7:20 do 9:30 hodin. Tuto péči poskytují jak pracovníci v sociálních službách, tak zdravotničtí asistenti. Tento ošetrovatelský personál poskytuje hygienickou péči klientům na pokojích, které má přidělené na celou denní směnu. Hygienická péče začíná v 7:20 hodin po předání nočního hlášení, kdy jeden z pracovníků odchází do uzamčené čistící místnosti pro vůz s pytlí na znečištěné prádlo (infekční odpad, osobní prádlo a ložní prádlo) a odváží ho k blízkosti pokojů na chodbu. Mezitím ostatní ošetrovatelský personál připravuje do košíčku hygienické pomůcky (buničitou vatu, žínky, ručník, jednorázové ochranné rukavice, ochranný přípravek na kůži – Menalind nebo Pityol a sáček na infekční odpad) z vozu, který je odložen na chodbě. Po přípravě pomůcek odchází ošetřující pracovník na přidělené pokoje poskytovat ranní hygienickou péči. Po příchodu na pokoj pouze S2 pozdravila a oznámila klientkám, že jim dopomůže s hygienickou péčí a přesunem na jídelnu, oproti pozorovaným S5, S6 a S7, kteří si nejprve odložili košík s pomůckami na noční stolek, připravili oděv a inkontinenční pomůcky ze skříně klientů a také umyvadlo s vodou z koupelny a až poté pozdravili a klienty informovali o hygienické péči. Prováděná hygienická péče je odlišná dle zvyklosti každého ošetřujícího pracovníka. U částečně soběstačného klienta S1 prováděla hygienickou péči obličej, hrudníku, břicha, genitálií, hýždí i končetin oproti S5, která pouze očistila genitál a hýždě navlhčenou buničitou vatou. Výměnu inkontinenčních plen prováděly pozorované S1 i S2 vsedě pouze s dopomocí. Stejně tak i oblékání, kdy S2 dopomohla pouze se svléknutím noční košile a navléknutím spodní košilky a trička. Klientka vyžadovala pomoc s navléknutím kalhot přes chodidla, s čímž ji pozorovaná S2 dopomohla. Částečně soběstačné klientky dle stavu a schopností byly přesunuty na jídelnu s pomocí chodítka nebo invalidního vozíku.

U imobilních klientů probíhá ranní hygienická péče odlišně. Pro snazší manipulaci se provádí ve dvou osobách. Pro imobilní klienty si ošetřující pracovníci připravují umyvadlo s vodou a mýdlem klienta, které pokládají na noční stolek vedle lůžka stejně tak jako košíček s hygienickými pomůckami. Pozorovaný S7 připravuje oděv ze skříně klientky, který stejně tak odkládá k lůžku. Následně pracovníci odkládají veškeré

polohovací pomůcky (polštáře, válce) z lůžka na židli. Při hygienické péči imobilního klienta na lůžku vždy jeden pracovník omývá klienta a druhý osušuje. Stejně to bylo v případě pozorovaných S6 a S7, kteří pracovali společně. Pozorovaný S7 svlékl noční košili a umyl klientce obličej, krk, hrudník a končetiny a pozorovaná S6 sušila jednotlivé části těla pomocí ručníku. Po provedené hygieně horní části těla následovalo očištění genitálu a hýždí po přetočení na bok. Pod klienta se zasouvala znečištěná plena a po očištění hýždí čistící pěnou, tak, jak provedl subjekt S7, se vkládala čistá plena, která se vysunula přetočením klienta na druhý bok. V případě, že měl klient erytém na genitálu či hýždích, použil se ochranný krém. Například pozorovaný S7 použil Pityol na hýždě jako prevenci dekubitu. Následně se klientům fixovala plena vleže na zádech. Imobilní klienti byli oblékáni v lůžku. Připravenou spodní košili S6 oblékla klientce v lůžku, rovněž tak tričko, svetr, ponožky a tepláky nad kolena. Pozorovaný S7 nadzvedl dolní končetiny klientky a S6 upravila tepláky. Po provedené hygienické péči byli klienti přesouváni na jídelnu. Dle jejich fyzického stavu se použil pro přesun invalidní vozík či pojízdné polohovací křeslo. Pozorovaný S7 připravil k lůžku pojízdné křeslo, které zajistil brzdami a přesunul klientku s pomocí S6 úchopem za paže a dolní končetiny. S7 upravil klientce vlasy pomocí hřebene umístěného v nočním stolku a následně ji odvezl na jídelnu. Poté, co byla u klientů provedená ranní hygienická péče, ošetřující pracovníci upravili lůžko dle zvyklosti. Pozorovaná S2 upravila lůžko v přítomnosti klientky, oproti tomu S7 prováděl úpravu lůžka až po přesunu klienta na jídelnu. Pokud lůžko nebylo znečištěné, vypnuli prostěradlo, peřinu srolovali do zadní části lůžka a pod polštář vložili složené pyžamo. Pozorovaný S7 na závěr odnesl umyvadlo s vodou na koupelnu, kterou slil do toalety. Košík s pomůckami na hygienickou péči odnesl na další pokoj, kde prováděl hygienickou péči. Sáček s použitými plenami, buničitou vatou a jednorázovými rukavicemi vložil do pytle na infekční odpad umístěného na pojízdném voze. Až když byla provedená ranní hygienická péče na všech pokojích, odvezl poslední pracovník, který prováděl hygienickou péči, vůz s pytlí na prádlo do prádelny, kde je předal uklízečkám a přivezl čisté pytle, které vrátil zpět na uzamčenou čistící místnost.

Celková koupel klienta

Celková koupel klienta je nepostradatelnou součástí hygienické péče. Koupel probíhá každý den v týdnu v čase od 10:00 do 11:30 hodin a také v odpoledních hodinách od

14:00 do 17:00 hodin. Celková koupel je prováděna u každého klienta jedenkrát týdně, na níž se podílejí vždy dva ošetřující pracovníci (zdravotničtí asistenti nebo pracovníci v sociálních službách), kteří mají tuto činnost na danou směnu přidělenou. Celková koupel je prováděna dle rozpisu se jmény klientů, kteří se mají v tento den koupat. To, jak se bude klient koupat a kde, záleží na jeho fyzickém i psychickém stavu. Koupel se provádí ve sprše na pokoji a to převážně u mobilních klientů, kteří se koupají samostatně nebo u částečně soběstačných klientů. Vana v koupelně je určena pro mobilní klienty, kteří se rádi koupají či imobilní klienty pro které se využívá vložení molitanu do vany, pro zajištění bezpečnosti a snazší manipulaci. Koupání nezahrnuje pouze samotné mytí klienta, ale také úpravu vlasů, péči o nehty v případě potřeby, o pokožku, ale také výměnu osobního a ložního prádla.

Po podaných snídaních odcházejí dva pracovníci na koupelnu, kde připravují pomůcky k hygienické péči (sprchový gel, šampon, ručníky, čistý oděv, hygienický vůz na chodbu před koupelnu a vůz s pytlí na znečištěné prádlo na pokoj klienta, který se bude koupat). Koupelna je vybavena skříněmi, kde jsou uloženy inkontinenční pleny, fény a sáčky na infekční odpad. Na skříně jsou pak uloženy ručníky a jednorázové rukavice. Celkově je koupelna zařízena barevně v teplých barvách, vyzdobená vzory mořských koníků.

Na začátku hygienické péče odcházejí pracovníci pro klienta, který většinou pobývá na jídelně. Klienta vždy odvádí na pokoj či koupelnu, kde ho budou mýt. Při provádění výzkumného šetření se v tento den koupala mobilní klientka. Ta si samostatně na pokoji připravila hygienické pomůcky a čistý oděv a vykoupala se samostatně v předem napuštěné vaně od ošetřujícího pracovníka. Během koupele pracovník v sociálních službách vyměnil použité ložní prádlo za čisté a použité odnesl do pytle na ložní prádlo umístěného na chodbě. Po vykoupání, klientka odložila použité oblečení do pytle na osobní prádlo. Po ukončení koupele druhý pracovník vypustil vodu z vany a odcházel pro dalšího klienta. V dopoledních hodinách jsou koupání převážně mobilní klienti, v odpoledních hodinách imobilní klienti, kteří se již před večerí ukládají do lůžka. Imobilní klienti jsou koupáni ve vaně, v níž se pokládají na molitan. Koupel nesoběstačného klientka tak spočívá v přípravě čistého oděvu či pyžama a inkontinenční pleny na koupelnu. Ošetřující pracovníci odváží klienta na koupelnu, kde ho svlékají z oděvu. Pozorovaná S6 vysvléká klientku a S7 ji nadzvedává. Po odstranění veškerého oděvu je klientka přemístěna do vany pomocí dvou osob. Jeden z pracovníků vždy

klienta omývá, mezitím druhý mění veškeré ložní prádlo na lůžku klientky. Po osprchování těla klientky, S6 vypouští vanu a s pomocí druhého pracovníka přemístuje klientku zpět na pojízdné křeslo podložené ručníky, kde ji osuší a následně aplikují inkontinenční plenu nazvednutím hýždí klientky. Následně oblékají pyžamo a vyváží ji na chodbu pro sklizení veškerých věcí na koupelně. Poté klientku odváží na pokoj na křesle, které přistavují k lůžku. Před samotným přemístěním na lůžko, pozorovaná S6 fěnuje klientce umyté vlasy a češe hřebenem umístěným v nočním stolku. Následně na zabrzděném křesle klientku přemístují do lůžka úchopem za paže a dolní končetiny. Na lůžku zvedají postranice a klientku polohují na bok pomocí polohovacích pomůcek – válce a polštářů. Po uložení klientky, odkládá S6 a S7 znečištěné prádlo do pytlů k tomu určených.

Na konci dne, kdy je provedená celková koupel u všech klientů dle rozpisu, odváží pozorovaný S7 vůz s pytli na prádlo do prádelny, kde je mění za prázdné a vůz odváží zpět na chodbu, kde ho ponechává na večerní hygienickou péči.

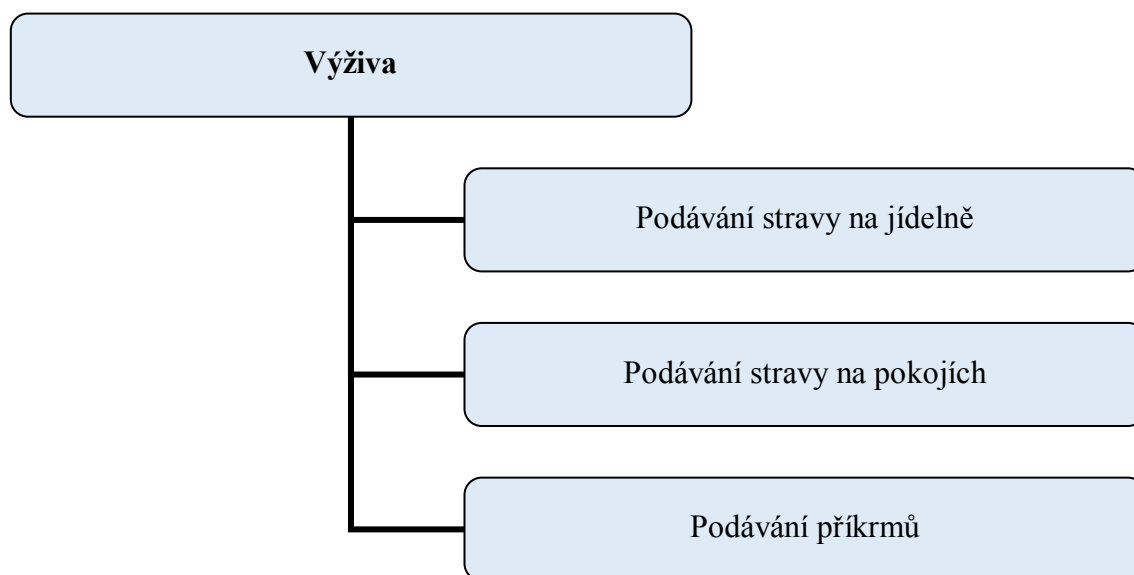
Večerní hygienická péče

Denní směna je zakončena večerní hygienickou péčí, která je poskytována pracovníky v sociálních službách a zdravotnickými asistenty v čase od 17:15 do 18:00 hodin. Před samotnou hygienickou péčí jsou klienti sváženi z jídelny na pokoj, kde jsou ukládáni ošetřujícím pracovníkem k nočnímu spánku. Mobilní klienti, kteří se o sebe dokáží postarat, jsou ponecháni po večerech na jídelně a během večerních hodin se samostatně přemístují na pokoj, převlékají a ukládají ke spánku. Poté, co jsou klienti uloženi na pokoji, jeden z pracovníků odchází do čistící místnosti pro vůz s pytli na znečištěné prádlo a ten odváží na chodbu pro první patro před pokoje, kde se také nachází vůz s hygienickými pomůckami. Každý ošetřující pracovník si připravuje do košíčku pomůcky k hygienické péči (buničitou vatu, ochranné jednorázové rukavice, čistící pěnu a sáček na infekční odpad) a poté odchází poskytovat večerní hygienickou péči všem klientům na pokojích, které má pro danou směnu na starost. Na pokoji si odkládá košíček s hygienickými pomůckami na noční stolek, kde si také na něj připravuje noční inkontinenční plenu ze skříně klienta a také pyžamo, v případě, že není uloženo pod polštářem. Prováděná večerní hygienická péče je méně náročná než ranní hygienická péče. Večerní péče spočívá v uložení klienta na lůžko, převléknutí do pyžama a nočních inkontinenčních plen, vyjmutí zubní protézy a polohování v případě nutnosti. U

částečně soběstačných klientů se výměna oděvu provádí zejména vsedě a to pro co nejmenší námahu personálu a také podporu soběstačnosti klienta. Takovému to klientovi ošetřující pracovník dopomáhá vsedě na lůžku. Výměna inkontinenčních plen probíhá převážně vleže na lůžku, při níž ošetřující pracovník otáčí klienta na boky. Stejně tak, jako to prováděly pozorované S2 a S6, které vysvlékly klienty vsedě na lůžku a následně je požádaly k uložení na lůžko k výměně inkontinenční pleny a očištění genitálu a hýždí. Pozorovaná S2 využila k očištění hýždí buničitou vatu oproti S6, která použila žínku. Po provedené hygienické péči obě pozorované (S2 a S6) upevnily klientkám inkontinenční pleny a dopomohly s obléknutím noční košile. Pozorovaná S6 však vedla klientku k obléknutí pyžama vsedě oproti S2, která oblékala klientku ležící na lůžku a vedla ji k tomu, aby se snažila ležet během noci na boku. U ní také zvedla postranice, které jsou aplikovány pouze u klientů, u nichž jsou zábrany indikovány. U imobilních klientů probíhá večerní hygienická péče vleže na lůžku, poté co jsou přesunuti z pojízdného křesla či invalidního vozíku. Pozorovaný S7 si nejprve odložil košík s hygienickými pomůckami na noční stolek společně s inkontinenční plenou a noční košili z lůžka. Navlékl si rukavice a klientku vysvlékl vleže na lůžku (tričko, spodní košilku, tepláky a ponožky). Klientce vysvlékl inkontinenční plenu a navlhčenou buničitou vatou očistil genitál. Pozorovaný S7 stejně jako S5 odstraňoval a vkládal čistou plenu pod klientku a také oblékali noční košili přes horní končetiny, přetáhnutím přes hlavu a úpravou na bocích. Pozorovaní S5 i S7 polohovali klientku na bok pomocí polohovacích pomůcek (polštáře a klínu). Všechny ošetřovatelský personál, který prováděl večerní hygienickou péči, vložil použité pomůcky (inkontinenční plenu, buničitá vata a ochranné rukavice) do sáčku na odpad a ten vložil do pytle na infekční odpad. Ošetřující pracovník, který pečoval o klienta s permanentním močovým katétre, slil moč do močové lahve a poté do toalety a směnové sestře nahlásil množství moče za 12 hodin, které se zapisuje do sesterského hlášení a počítače a také do monitoringu výživy. Poté, co má ošetřující pracovník provedenou večerní hygienickou péči na svých pokojích, dopomáhá s hygienickou péčí i ostatním pracovníkům. Až když jsou všichni klienti uloženi, poslední pracovník, který poskytoval péči, odváží vůz s pytli na prádlo do prádelny, kde je mění za čisté a pytel s infekčním odpadem odnáší do kontejneru umístěného před zařízením. Poté vůz odváží zpět na chodbu, kde ho ponechává noční směně.

Kategorie 3 - Výživa

Diagram 2: Výživa



Kategorie výživa skládající se ze tří podkategorií je zaměřena na zmapování způsobů, jakými je strava klientům Alzheimercentra podávána.

Podávání stravy na jídelně

Podávání stravy na jídelně probíhá po celý den. Nejprve začíná snídaní od 8:00 do 10:00 hodin, na které se podílí směnová sestra a ergoterapeut v případě, že se jedná o pracovní týden. V případě podávání stravy o víkendu, se na snídani podílí směnová sestra a zdravotnický asistent nebo pracovník v sociálních službách. V 8:00 hodin, kdy je snídaně přivezena kuchařkami na kuchyňku, se ujímají oba pracovníci přípravy nádobí k podávání stravy stejně tak, jako pozorovaná S3, která si připravila na přivezený vůz misky k podávání kaší u klientů, kterým je tato strava určena. Také si připravila talíře, lžíce a nože. Káva byla přivezena v nádobách k udržení tepla. Pozorovaná si tak přelila kávu do dvou konviček, kdy do jedné z nich přidala cukr pro klienty, kteří mohou slazený nápoj. Postupně, jak byli klienti sváženi po ranní hygienické péči na jídelnu, byla strava podávána na stůl společně s kávou, která byla nalita do hrnečku. Klientům, kteří si dokáží samostatně připravit stravu, byla podána strava v normální konzistenci společně s nožem. Strava je tak podávána dle rozpisu, kde je u každého klienta rozepsána konzistence stravy, která mu má být podávána. U snídání se tak podává strava normální konzistence nebo kaše pro oblíbenost klienta nebo snazší zpracování potravy a polykání. Stravu podává pracovník, který je na jídelně společně se

sestrou a v pozdějších hodinách ostatní ošetřující pracovníci, kteří mají provedenou ranní hygienickou péči na svých pokojích. Podání stravy mobilním klientům spočívá pouze v přípravě stravy na talíř či misku a podání klientovi společně s kávou. U klientů, kterým je nutno dopomoci, je strava nakrájená, případně jim je namazáno pečivo. Takovým to klientům je aplikována zástěra na krk jako ochrana před znečištěním. Nutná je však dopomoc s podáním stravy u imobilních klientů, kteří bývají umístěni na pojízdných polohovacích křeslech nebo invalidních vozících na jídelně. Takové to podání stravy lze popsat dle pozorované S2. Pozorovaná si připravila dle rozpisu správnou konzistenci stravy (kaši s máslem, kakaem a cukrem) společně se lžící, kávou a ochrannou zástěrou. Veškeré věci si odložila ke klientovi, který byl umístěn na křesle u televize. Pozorovaná S2 oslovila klienta příjmením a oznámila mu, že mu podá snídani. Připevnila zástěru a posadila se k němu na židli. Klienta vyzvala, aby otevíral ústa a dostatečně polykal. V průběhu stravování mu podávala tekutiny v plastovém kelímku. Po požití celé stravy, klientovi sundala zástěru, kterou následně odložila do koše na ni určeného. Poté odložila klientův kelímek na obývací stěnu, k němuž přiložila jmenovku s jeho jménem. Vždy, když se podala strava klientovi, zapsalo se do rozpisu jídel množství porce, kterou klient požil. Množství porcí, které klient snědl za celý den, zapisuje pracovník v sociálních službách na konci směny do monitoringu výživy.

Podobně jako snídaně, jsou na jídelně podávány obědy, které probíhají v čase od 11:30 do 12:15 hodin. Při podávání obědů se uplatňuje veškerý ošetřující personál kromě směnové sestry, která podává léky a aplikuje inzulin. Obědy jsou podávány nejprve mobilním klientům ke stolům, kteří již mají připravené příbory. Mezitím jeden z pracovníků spočítá, kolik imobilních klientů zůstává na jídelně u televize a daný počet porcí nahlásí kuchařce. Připravenou stravu odváží k televizi, kde se každý z pracovníků ujímá polévky a začíná ji podávat klientovi. Pozorovaná S6 oznámila klientce, že jí podá polévku. Upevnila jí zástěru, sedla si k ní na židli a zjistila, zda má polévka přiměřenou teplotu. Polévku podávala po lžících, dokud nesnědla celou porci. Poté, co všichni klienti požili polévku, odvezl se vůz do kuchyňky, kde kuchařka připravila stejný počet porcí hlavního chodu. Připravený vůz odvezla pozorovaná S6 zpět ke klientům. Když byly podané veškeré obědy, pracovníci obcházelí stoly, z nichž sbírali příbory a talíře, které následně odnášeli na kuchyňku, kde si je převzala kuchařka.

Na jídelně se také podávají svačiny v čase od 15:00 hodin. Nejprve se roznáší mobilním klientům u stolů a poté až imobilním klientům, kterým je nutno pomoci.

Denní směna končí večeřemi, které probíhají v čase od 17:00 do 17:45 hodin. Podávání stravy probíhá stejně jako při obědech. Nejprve se podává strava mobilním klientů u stolů, kterým není nutno pomoci a až poté se spočítá počet porcí, kterých je nutno připravit k podání imobilním klientům. Připravené porce na voze se odváží k televizi, kde se každý ošetřující pracovník ujímá porce a přisedá si ke klientovi, kterému stravu podává. Až když mají klienti požitou večeři, ošetřující pracovníci odnášejí ze stolů použité nádobí na kuchyňku.

Podávání stravy na pokojích

V zařízení Alzheimercentra je strava podávána převážně na jídelně, kde klienti pobývají po většinu dne. V některých případech je však strava podávána na pokojích, a to v případě zhoršení fyzického stavu nebo během podávaných druhých dia večeří při noční směně.

Jednou z pozorovaných (S5) byla pracovnice v sociálních službách, která měla v den výzkumného šetření na starost podávání stravy klientům na lůžku. Tuto činnost prováděla stejně, ať se jednalo o podávání snídaní, obědů, svačín či večeří.

Před samotným podáváním stravy nejprve zjistila počet klientů, kteří zůstávají na lůžku a to způsobem, kdy obešla jednotlivé pokoje v přízemí i prvním patře. Počet porcí nahlásila kuchařce, která stravu připravila a poté si pozorovaná S5 připravila stravu na vůz společně s ochrannými zástěrami a příbory. S připraveným vozem poté objížděla jednotlivé pokoje, kde klientům stravu podala společně se sestrou, která aplikovala klientům léky. U mobilních klientů ponechala stravu u lůžka, aby jim zajistila dostatek času na stravování. U částečně soběstačných klientů dopomohla s přidržováním misky či talíře. Nutná však byla dopomoc u imobilních klientů, kterým musela být strava podávána do úst. Takovému to klientovi pozorovaná S5 oznámila, že mu podá stravu. Zvedla podhlavní panel lůžka a připevnila mu na krk zástěru chránící oděv. U klienta stála a vedla ho k otevírání úst. Když vše snědl, podala mu tekutiny k zajištění dostatečné hydratace. Poté vrátila lůžko do původní polohy, sundala zástěru a odnesla nádobí zpět na vůz, který odvezla po podání všech porcí zpět na jídelnu do kuchyňky.

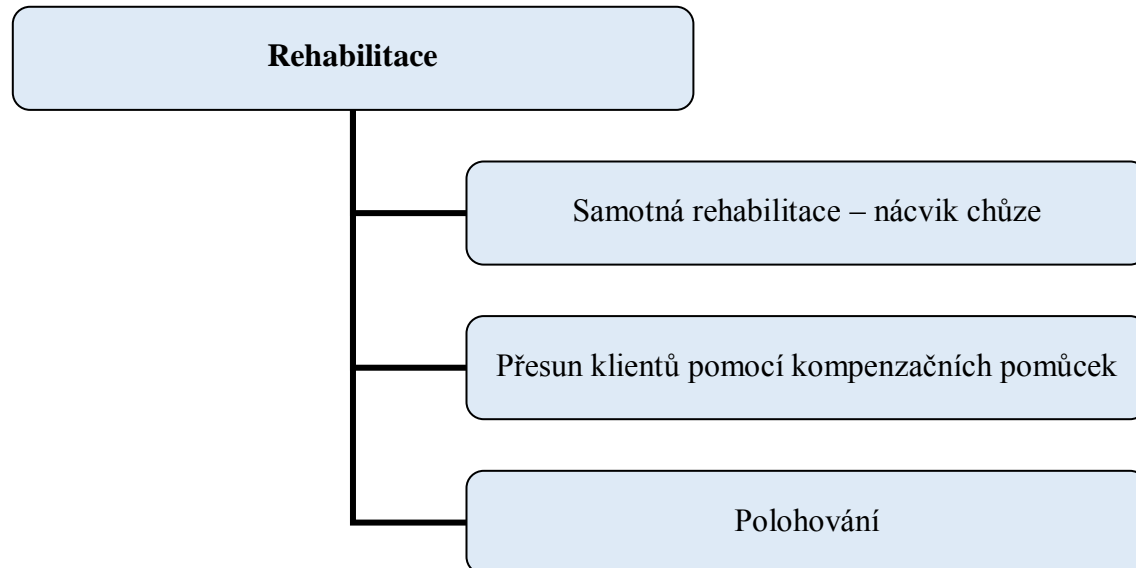
Podávání příkrmů

Podávání příkrmů je nedílnou součástí stravy, tudíž si zaslouží vlastní podkategorii. Příkrmy jsou v zařízení Alzheimercentra podávány v časech 10:00, 14:00 a 16:00 hodin.

Tuto stravu podávají zejména dva ošetřující pracovníci, kteří si z rozpisu sepíší jména klientů, kterým bude strava podána a připraví si počet porcí na pojízdný vůz. Většinou se jedná o hustý jogurt, který je podáván do misek. Tak tomu bylo i v případě výzkumného šetření, kdy pozorovaná S2 připravila potřebný počet porcí do misek, které si odložila společně se lžícemi na pojízdný vůz. S ním se poté pohybovala mezi klienty na jídelně, kde indikovanému klientovi podávala stravu. Nejprve mobilním klientům, kteří si snědli stravu samostatně, poté částečně soběstačným klientům, kterým bylo nutno pomoci a v poslední řadě imobilním klientům. Jedním z nich byla imobilní klientka, které pozorovaná S2 oznámila, že ji podá příkrm. Upevnila jí zástěru a posadila se na židli naproti klientce. Klientku pobízela k otevírání úst, kdy stravu podávala po lžičkách. Po podání celé porce ji oznámila, že vše snědla. Stejně tak postupovala u ostatních klientů, kterým bylo nutno pomoci. Vždy, když podala určenému klientovi porci, odškrtnla jeho jméno na rozpisu. Po podání všech příkrmů, odjela s vozem zpět do kuchyňky, kde vyklidila nádobí na stůl pro kuchařku.

Kategorie 4 – Rehabilitace

Diagram 3: Rehabilitace



Kategorie 4, která se skládá ze tří podkategorií, je zaměřena na zmapování způsobů, jakými jsou klienti rehabilitováni v zařízení Alzheimercentra.

Samotná rehabilitace – nácvik chůze

V Alzheimercentru probíhá rehabilitace každý den v týdnu a to od 10:00 do 11:30 hodin a také v odpoledních hodinách od 14:00 do 16:30 hodin. Péči poskytuje ošetřující pracovník, tudíž zdravotnický asistent nebo pracovník v sociálních službách u indikovaných klientů dle rozpisu (viz příloha 3), na němž je seznam se jmény klientů, kteří jsou zapojeni do rehabilitace. V tomto zařízení je rehabilitace zaměřená především na nácvik sedu, stoje, chůze a doprovod na toaletu. Rehabilitaci nemocných lze popsat na jednom z pozorovaných (S7), který rehabilitoval převážně s částečně mobilními klienty, které oslovil jménem se slovy, že budou nacvičovat chůzi. Odsunul židli a před klientku umístil chodítko. Klientku chopil za podpaží a zvedl ji k chodítku. Vedl ji k tomu, aby chodila s rovnými zády a nekrčila se. Během rehabilitace klientku chránil před pádem chůzi za ní, při níž jí přidržoval chodítko. Nácvik chůze prováděl dle plánu a to na chodbě přibližně 10 minut. Když byla viditelná na klientce únava, pozorovaný S7 oznámil klientce, že se půjdou posadit. Za klientku u stolu umístil židli a oznámil ji, aby se posadila. Rehabilitace s dalšími klienty probíhala stejně tak, kdy se prováděl nácvik stoje či doprovod na toaletu. U klientky, která vyžadovala pomoc s přemístěním na WC umístěného vedle jídelny, pozorovaný S7 dopomohl s přesunem pomocí berlí, které ji podal a během chůze ji jistil po boku a motivoval ji k větším krokům a pomalé chůzi. Po vyprázdnění pozorovaný S7 dopomohl se vstáváním z toalety a aplikací inkontinenčních plen. Stejně tak postupovali na cestě zpět ke stolu na jídelnu. Na konci dne, přidělený pracovník S7 zapsal do plánu rehabilitace, datum ke jménu klienta se kterým rehabilitoval.

Přesun klientů pomocí kompenzačních pomůcek

V průběhu pozorování vyplynulo, že je součástí tělesné aktivizace klientů též jejich přesouvání s pomocí kompenzačních pomůcek. Proto je tato část výsledků zpracována v podobě samotné podkategorie.

K přesunu klientů dochází nejčastěji po ranní hygienické péči, kdy se z pokoje přemísťují na jídelnu ke snídani. Častý bývá také přesun po obědech k odpolednímu odpočinku nebo po večerech, kdy je klientům poskytována večerní hygienická péče. Samotný přesun klientů je však ztížen vybudovanými dvěma patry pro jednu stanicí. Jestliže se tak chce klient přemístit z pokoje do jídelny či na zahradu, musí využít výtah a poté přejít přes celou chodbu v přízemí. Proto se pro přesun klientů po budově

využívají nejčastěji chodítka či invalidní vozíky. Při výzkumném šetření jedna z pozorovaných S2 převážela klientku po obědě pomocí invalidního vozíku na pokoj k odpolednímu odpočinku. Vozík u lůžka zajistila brzdami a oznámila klientce, že ji přesune na postel. Uchopila ji za podpaží a přesunula jedním tahem na lůžko. Následně ji přesunula dolní končetiny na lůžko, sundala přezůvky (nazouvací bačkory) a aplikovala postranice jako prevenci pádu. U částečně soběstačné klientky pozorovaná S6 použila k přesunu na pokoj chodítka, které umístila před klientku. Během chůze se pohybovala za klientkou, aby neupadla. Po příchodu na pokoj ji dopomohla s přesunem na toaletu a posazením na WC. Po vyprázdnění uchopila pozorovaná S6 klientku za podpaží a ta se zvedla k připravenému chodítku, s nímž se následně přesunula na lůžko za pomoci pracovnice. Na lůžku klientce vysvlékla tepláky a polohovala ji na bok s použitím polohovacích pomůcek (válce, polštáře).

Polohování

Polohování v Alzheimercentru se provádí během dne po dvou hodinách a během noci v 24:00 hodin a ve 4:00 hodiny. Polohování provádí během denní směny ošetřující pracovník, který má přidělený pokoj s imobilním klientem a to po večerní hygienické péči nebo v případě, že klient zůstává na lůžku po celý den. Ošetřující pracovník oznamuje klientovi, že bude polohován. V případě, že je klient na jednom z boků, přetáčí ho jeden z pracovníků za ramenní a kyčelní klouby. Z lůžka odstraňují veškeré polohovací pomůcky a poté klienta otáčí jeden z pracovníků na druhý bok opět úchopem za kyčelní a ramenní kloub a mezitím druhý pracovník vkládá pod klienta polohovací pomůcky (polštář mezi kolena, kotníky a pod horní končetinu u klientky s parézou, dále také válec za záda, který zabraňuje přetočení zpět na záda). U některých klientů je však lůžko vybaveno antidekubitní matrací s pulzovým kompresorem, které plně nahrazuje účel polohování. Ošetřující pracovník, který klienta napolohuje, stvrdí provedenou činnost svým podpisem a uvedenou polohou do „polohovacího záznamu“ (viz příloha 4) se jménem klienta.

Kategorie 5 – Komunikace s klienty

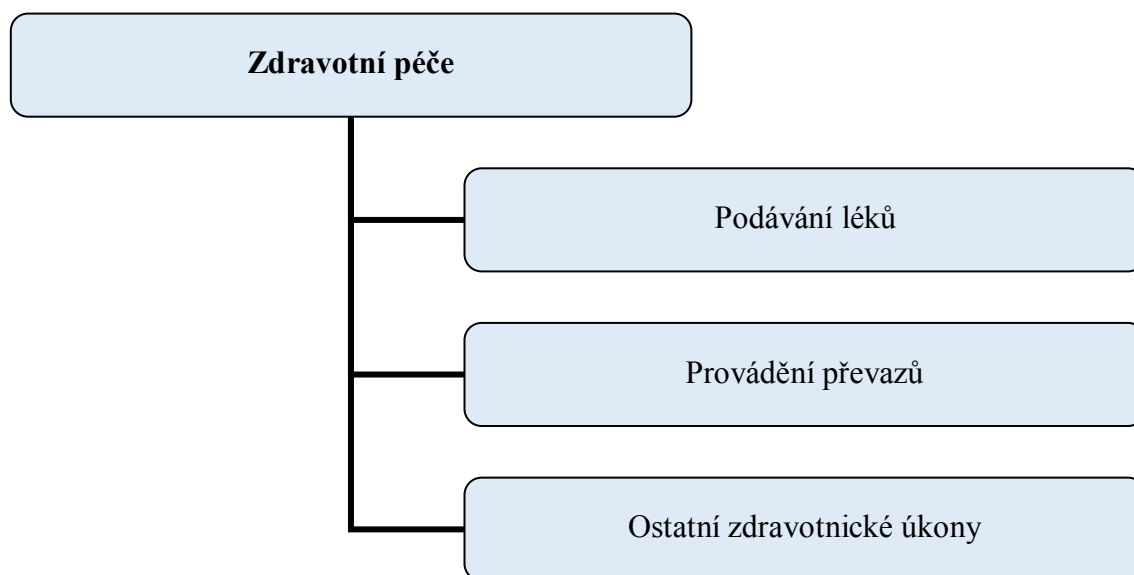
Komunikace s klienty s Alzheimerovou chorobou je důležitá pro správné pochopení informací. Během výzkumného šetření v zařízení Alzheimercentra byla zpozorována dostačující komunikace při kontaktu ošetřujícího pracovníka s klientem a to nejen

během hygienické péče a podávání stravy, ale také při provádění zdravotnických úkonů, například podávání léků nebo provádění převazů. Pozorovaná S2 při denní směně, kdy poskytovala ranní hygienickou péči, nejprve pozdravila klientky na pokoji a seznámila je s poskytovanou činností, stejně tak jako pozorovaní S5 a S7. Komunikace však pokračovala i při přesunu klienta na jídelnu, kdy pozorovaný S7 informoval imobilní klientku o přesunu na křeslo. Oproti tomu S2 se s částečně mobilními klientkami nejprve domluvila na způsobu přesunu do jídelny a až poté je dle jejich možností a obliby přesunula do jídelny na invalidním vozíku. Všichni pozorovaní s klienty komunikovali a to před samotným podáním stravy, ale i během úkonu. Pozorované S3 a S5 seznámily klienty s podáváním stravy. Během jejího podávání klienty motivovaly a oceňovaly jejich snahu. Když klienti vše pozřeli, opět je informovali. V případě, že byl klient schopen dostatečné spolupráce, pozorovaná S6 vedla klienta k samostatnému požití potravy. Komunikace však pokračovala po celý den. A to během dopoledne při celkové koupeli klienta, kdy S6 oznamovala jednotlivým klientům plánovanou činnost, a také se s některými klienty dohodla na tom, kde a jak bude celková koupel probíhat. Komunikoval i ostatní ošetřující personál s klienty. Při podávání léků pozorované S3 a S4 informovaly klienty o podávaných lécích v případě, že nemají problém léky spolknout. Jestliže však klientka odporovala, směnová sestra S4, léky rozdrtila a podala je klientce společně s kávou. Klientku vyzvala, aby tekutiny vypila, což následně provedla. Komunikace nechyběla ani v případě prováděných převazů. Pozorovaná S3 společně s S4 informovaly klienty o plánovaném převazu a na konci činnosti o ukončení výkonu.

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že pozorovaný ošetřující personál během podávání stravy na klienta nespěchá, chválí jej za snahu a oční kontakt udržuje ve stejné výškové úrovni k udržení rovnocenného přístupu na základě sedu na židli naproti klientovi.

Kategorie 6 – Zdravotní péče

Diagram 4: Zdravotní péče



Kategorie 6, která se skládá ze tří podkategorií, je zaměřena na zmapování úkonů, které poskytuje během směny zdravotnický asistent a všeobecná sestra.

Podávání léků

Podávání léků je hlavní činností zdravotnického personálu v tomto zařízení. Léky jsou klientům podávány především během snídaní, obědů, večeří a při noční směně před podáním druhých dia večeří. Podání léků zajišťuje zdravotnický asistent a všeobecná sestra, tudíž směnová sestra. Léky jsou připravovány do lékovek z košíčku každého klienta směnovou sestrou při noční směně dle medikačních listů. Léky, které připravila, vkládá do lékárny, kterou ponechává na sesterně denní směně. Ta si ji vyzvedává před snídaněmi a odnáší ji na jídelnu, kde ji odkládá na skříňku vedle jídelních stolů. V případě, že byl klient přítomen na jídelně, pozorovaná S2 vyhledala jeho lékovku, v níž odnesla léky klientovi. Soběstačné klienty oslovila jménem a oznámila jim informaci o podání léků. Směnová sestra S4 však podávala léky i klientům, kteří mají problém s polykáním. Jim léky upravila pomocí hmoždíře k snadnějšímu požití. Upravené léky připravila na lžici a podala je klientovi do úst společně s kelímkem s vodou. Klientovi oznámila, že je hotovo a že může sníst. V případě, že se jednalo o klientku, která odmítala přijmout léky, směnová sestra upravila léky stejně tak pomocí hmoždíře které následně vsypala do kávy a klientku vyzvala k vypití nápoje, což následně provedla. U imobilních klientů bylo však nutné vložit lék do úst a podat tekutiny v plastovém kelímku se šťávou. Po podání léků pozorovaná S4 zkontrolovala,

zda klient lék nevyvrací z úst. Podání léků nezahrnuje formu pouze perorální, ale také injekční či oční podání. Injekční formou jsou podávány inzulíny během snídání, obědů, večeří a podávaných druhých dia večeří. Inzulínová pera jsou uložena v lékárně společně s léky, kde je rozpis se jmény klientů a počtem jednotek inzulínu, které jsou klientům aplikovány. Pozorovaná S4 si nejprve připravila určený počet jednotek, následně šla za klientem, kterému oznámila nutnost podání inzulínu a odhalení oděvu. Klientovi vytvořila kožní řasu a aplikovala lék. Po samotné aplikaci mu oznámila možnost požití stravy. V případě podávání léků do očí, které jsou stejně sepsány na rozpisu jako inzulíny si pozorovaná S4 připravila kapky z lékárny a určené klientce oznámila, že jí kápne do oka. Vedla ji k tomu, aby mírně zaklonila hlavu, při čemž ji vpravila kapku do oka. V případě, že někteří klienti zůstali během podávání stravy na lůžku, šla směnová sestra společně s ošetřujícím pracovníkem, který má podávání stravy na pokojích na starost na pokoj klienta, kterému podala léky z lékovky, a přidělený pracovník mohl následně podat stravu. Během doby, kdy směnová sestra podávala léky na pokojích, zdravotnická asistentka S3 podávala léky klientům, kteří byli na jídelně. Až když byly podány veškeré léky, pozorovaná S4 uklidila lékárnu do uzamykatelné skříně u kuchyňky na jídelně.

V zařízení Alzheimercentra nejsou však léky podávány pouze během snídání, obědů či večeří. Jedná se také o časované léky (antibiotika), které jsou podávány v časových intervalech několika hodin a to především v 6:00, 18:00 a 22:00 hodin.

Provádění převazů

Převaz rány je jedním z častých úkonů, který provádí sestra či zdravotnický asistent při denní směně. Převaz je prováděn v dopoledních, někdy i odpoledních hodinách na pokoji klienta, jídelně nebo kavárně. Nejčastěji se jedná o tržné rány, puchýře či dekubity, které je nutno ošetřit. Převazy lze tak rozdělit na evidované a neevidované. Evidované jsou ty, které jsou vedeny v počítačové databázi a které je nutno sledovat i pomocí pořízených fotografií. Pokud se jedná o nový defekt, je nutno ho vyfotit fotoaparátem s přiloženým pravítkem (viz příloha 5), které je popsáno jménem klienta, rokem narození, datem focení a lokalizací rány (např. PDK – bérce). Pořízená fotografie se poté vkládá do počítače a nový defekt se zaznamenává do sesterského hlášení. Nefotografují se pouze nově vzniklé rány, ale každé zaevidované jedenkrát týdně v neděli, které je nutno stejně tak vložit do počítače. V den pozorování probíhaly

převazy již během dopoledne. Tuto činnost prováděla směnová sestra S4 společně s S3. Pozorovaná S3 připravila převazový vozík, na němž je odložen rozpis jmen klientů, kterým jsou indikovány převazy. Pozorovaná S3 společně s S4 odvezla vůz na jídelnu, kde byla klientka, jíž se má provést převaz bérce. S3 informovala klientku o nutnosti provést převaz. Vyhrnula ji nohavici u kalhot a po nasazení ochranných rukavic odstranila obvazový materiál z rány pomocí převazových nůžek. Veškerý obvazový materiál odložila do koše umístěného na převazovém voze a připravila si převazový materiál (mastný tyl, Betadine mast, mulový čtverec, obinadlo a náplast). V den, kdy probíhalo pozorování, byla neděle. Pozorovaná S3 přiložila nadepsané pravítko k ráně a následně fotoaparátem ránu vyfotila. Následně ošetřila ránu Prontosanem, aplikovala mastný tyl, mulový čtverec a obinadlo, které fixovala náplastí. Klientce oznámila, že je převaz hotový, shrnula ji kalhoty a odložila použité rukavice do koše, který byl umístěn na voze. V případě, že byl klient ponechán na lůžku, převaz se prováděl na pokoji, kam byl odvezen celý převazový vůz.

Ostatní zdravotnické úkony

Tato kategorie zahrnuje úkony, které pravidelně provádí sestra či zdravotnický asistent během směny. Mezi takové úkony patří odběr krve, úklid převazového vozíku, aplikace výživy do PEG, zápis informací do počítače a aplikace razítek do medikačních listů. Odběr krve je prováděn zejména v pondělí dle ordinace lékaře. Někdy se však provádí odběr krve dle potřeby. Tomu tak bylo v den výzkumného šetření, kdy byl ordinován odběr krve. Pozorovaná S3 připravila pomůcky (podnos, škrtidlo, ochranné rukavice, zkumavky označené štítky, jehly, dezinfekci, čtverečky buničiny, náplast a emitní misku) a poté šla společně s S4 na pokoj ke klientce, které bylo nutno odebrat krev. Po příchodu na pokoj ji pozdravili a informovali o nutnosti odběru. Směnová sestra připevnila na paži škrtidlo a vyzvala klientku k cvičení. Mezitím si sestra připravila zkumavku s jehlou. Na horní končetině vyhledala vhodnou žílu a dezinfikovala kůži. Po navléknutí rukavic zavedla jehlu se zkumavkou a odebírala krev. Po ukončení odběru uvolnila škrtidlo, vytáhla jehlu a prstem stlačila místo vpichu, na které následně upevnila náplast. U zkumavky zalomila píst a uklidila pomůcky zpět na podnos. Po odběru krve u všech indikovaných klientů, uklidila pozorovaná S4 pomůcky na sesternu (infekční odpad do pytle na něho určeného, jehlu do koše na ostré předměty a ostatní pomůcky zpět do skříně). Nakonec si pozorovaná S4 umyla a dezinfikovala ruce.

Aplikace výživy do PEG je jedním z dalších úkonů, které provádí pouze kompetentní zdravotnický personál (všeobecná sestra a zdravotnický asistent). Zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomií měla v průběhu výzkumného šetření jedna imobilní klientka, která byla kachektická. V čase, kdy měla být strava podána, pozorovaná S3 navštívila pokoj klientky, kterou informovala o podání stravy do žaludku. Po nasazení ochranných rukavic připravila výživu Nutrison do Janettovy stříkačky. Katétr podložila buničitou vatou a na PEG nasadila stříkačku, při tom otevřela uzávěr a pomalu aplikovala 100 mililitrů (dále jen ml) výživy. Po ukončení aplikace, uzavřela vývod a do Janettovy stříkačky nasála ještě 100 ml čaje, který stejně aplikovala jako Nutrison. Nakonec však ještě aplikovala 100 ml převařené vody bránící ucpaní stomie. Po podání stravy pozorovaná S3 informovala klientku o ukončení podané stravy. Z lůžka odstranila buničitou vatu, kterou vhodila do koše na pokoji. Janettovu stříkačku očistila pod tekoucí vodou a vrátila ji zpět na noční stůl, kde byly umístěny i konvičky s čajem a vodou. Nakonec sejmula rukavice, které vložila do odpadkového koše na sesterně a do monitoringu výživy (viz příloha 6) zapsala množství stravy a tekutin, které byly v daný čas klientce podány do PEG.

Další neodmyslitelnou součástí práce sestry je práce s počítačem. Během denní směny sestra vkládá nové údaje do dekurzu klienta. Jedná se především o provedené převazy, polohování klienta, aplikované inzulin, podanou stravu do PEG u dané klientky, informace o bolestech klienta a o podání časovaných léků. Při noční směně se kromě zmíněných informací zapisují i hodnoty kapilární krve diabetiků, kterým se odebírá krev každou neděli v brzkých ranních hodinách.

Na konci směny sestra nebo zdravotnický asistent aplikuje razítka do medikačních listů (viz příloha 7), které jsou individuální pro každého klienta. Obsahují jméno a příjmení klienta, pojišťovnu a rozpis jednotlivých léků na celý den. Léky, které sestra či zdravotnický asistent podal, odškrtnává v části dne, kdy byly podány (ráno, poledne, večer a noc) a ztvrzuje razítkem registrované sestry, které je určeno na danou směnu.

Zmíněný úklid převazového vozu je prováděn vždy při noční směně. Takový to úklid zahrnuje dezinfekci horní plochy vozíku, úpravu a doplnění převazového materiálu, výměnu sáčku na odpad a v neposlední řadě dezinfekci převazových nástrojů. Použité nástroje, které jsou uloženy v emitní misce na převazovém voze, odnáší směnová sestra k dřezu na sesterně, kde je důkladně omyje a vkládá do předem připraveného dezinfekčního roztoku, který je určen na daný měsíc na dobu jedné hodiny. Po uplynutí

dané doby, nástroje omývá a do sucha utírá jednorázovou utěrkou. Osušené nástroje vkládá zpět do emitní misky na převazový vůz. Do dezinfekčního deníku zapisuje údaje o provedené dezinfekci.

5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zmapování poskytované ošetrovatelské péče u klienta s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru. V empirické části byla stanovena jedna výzkumná otázka: Jaká péče je klientům Alzheimercentra poskytována jednotlivými kategoriemi ošetrovatelského personálu? Proto, aby takováto specifická ošetrovatelská péče mohla být poskytována, je nutné znát veškeré informace o klientech, které jsou součástí hlášení sester. Dle Vondráčka a Wirthové (2008, s. 14) probíhá sesterské hlášení za účelem „zajištění kontinuity poskytované ošetrovatelské péče, tj. předávání informací v týmu, který péči poskytuje“. Na základě výsledků výzkumného šetření, kdy jsme pozorovali ošetrovatelský personál při předávání směny, lze říci, že hlášení obsahovalo veškeré potřebné údaje, které uvádějí Vondráček et al. (2003) ve své publikaci. V dané dokumentaci sestry zaznamenávají datum a čas předání a převzetí služby, přijetí či úmrtí klienta, počet opiátů, mimořádnou událost a jména směnových sester společně s podpisy a razítky (Vondráček et al., 2003). Hlášení v Alzheimercentru zahrnovalo obdobné informace: datum předání a převzetí služby, počet klientů v zařízení a počet hospitalizovaných klientů, přijetí či úmrtí klienta, provedené zdravotnické úkony (podané léky, změřené hodnoty glykémie, podaná výživa do perkutánní endoskopické gastrostomie), změny zdravotního stavu klientů, množství moče odváděné přes permanentní močový katétr a množství opiátů v trezoru. Jako další pozitivum uvádíme přítomnost veškerého personálu, který se na ošetrovatelské péči podílel v danou směnu a také přítomnost staniční, vrchní sestry, sociální pracovnice a dokumentační sestry při předávání směny, což umožňuje zajistit kontinuitu péče, jak uvádějí Vondráček a Wirthová (2008).

Jednou z oblastí, na kterou jsme se při pozorování zaměřili, byla hygienická péče. S progredujícím onemocněním dochází u nemocných k zapomínání jak o sebe pečovat jak popisují Holmerová a Mátlová (2014). Proto se v zařízení Alzheimercentra poskytuje hygienická péče několikrát denně. Tu lze rozdělit na ranní, večerní hygienickou péči a celkovou koupel, která je každému klientovi poskytována minimálně jedenkrát týdně. Celková koupel však nezahrnuje pouze mytí klienta, ale také péči o nehty, pokožku a výměnu osobního a ložního prádla. Tyto uvedené úkony popisují i Marková et al. (2006c) ve své knize. Jako součást celkové koupele zahrnují zmínění autoři péči o pokožku, o vlasy a nehty. V rozporu je však tvrzení, že by měli být klienti holeni během koupele. Z pozorování jsme zjistili, že holení klientů probíhá dle potřeby

během dne a to na jídelně či pokoji klienta. Marková et al. (2006c) doporučují, aby si sám klient určil, jakým způsobem bude koupel probíhat. Tuto volbu klientovi umožňuje i ošetřovatelský personál v daném zařízení. Kde bude hygienická péče probíhat je voleno dle fyzického a psychického stavu klienta. Koupel se provádí ve sprše na pokoji a to převážně u mobilních klientů, kteří se koupají samostatně nebo u částečně soběstačných klientů. Vana v koupelně je určena pro mobilní klienty, kteří se rádi koupají či imobilní klienty. Koupelna v zařízení Alzheimercentra odpovídá doporučení Hájkové et al. (2016). Uvedení autoři kladou důraz na dostupnost koupelny, dostatečný prostor a vybavení pomůckami pro poskytování hygienické péče i imobilním klientům. S porovnáním koupelny v zařízení, považujeme její vybavení za dostatečné. Celkově je vymalována v teplých barvách, vyzdobená vzory mořských koníků. Nachází se zde skříň, ve které jsou uloženy inkontinenční pleny, fény a sáčky na infekční odpad. Na skříni jsou pak odloženy ručníky a jednorázové rukavice. Chybí zde však sprcha, která je umístěná pouze na každém pokoji klienta. Sprchový kout je vybaven sprchovací židlí. Dle našeho názoru je však nedostatečný prostor pro invalidní vozík, tudíž bezbariérový přístup.

Holmerová a Mátlová (2014) kladou důraz na podporu soběstačnosti a dopomoc v případě nutnosti. Poskytování hygienické péče v zařízení, je založené na podpoře soběstačnosti. Ranní či večerní hygienickou péči poskytoval ošetřovatelský personál dle soběstačnosti klienta. V případě, že byl klient částečně mobilní, pozorovaní dopomohli s hygienickou péčí genitálu a hýždí a s obléknutím např. kalhot a inkontinenčních plen. U mobilního klienta bylo nutné zkontrolovat pouze lůžko a v případě potřeby jej upravit. Rozdílná péče byla však u imobilních klientů, kteří vyžadovali kompletní péči včetně polohování a úpravy lůžka.

V případě oblékání doporučují Holmerová et al. (2013) volit takový oděv pro klienta, který pro něj bude pohodlný a umožňovat dostatečný rozsah pohybu. Zúčastnění pozorovaní volili domácí oděv (tepláky, tričko) pro klienta a obuv (pantofle nebo bačkory), která však byla v rozporu s Holmerovou et al. (2014), kteří doporučují pevnou obuv s protiskluzovou podrážkou. Zvolenou obuv, tudíž pantofle považujeme za nebezpečnou pro klienta, jelikož u nemocných s demencí často dochází k pádům, které mohou souviset s nesprávnou volbou bot.

Stravování bylo další oblastí, na kterou jsme se při výzkumném šetření zaměřili. Pidman (2007) považuje za důležité zachovávat pravidelnost a řád v přijímání stravy u

nemocných s demencí. Na základě pozorování můžeme tento způsob stravování považovat za jednu z hlavních priorit v rámci tohoto zařízení. Nejenže je strava poskytována v pravidelných časových intervalech (snídaně, oběd, svačina, večeře), ale také všem klientům z dané stanice ve společném prostoru jídelny. Před samotným stravováním je připraven na stůl příbor (lžice, vidlička, nůž) ke každému místu, kde klienti sedí. Nepoužívá se zde však metoda hodin (umístění příborů dle pomyslných časových bodů), kterou navrhuji Marková et al. (2006c) pro rychlejší orientaci klienta. Při podávání stravy se využívají porcelánové talíře, které jsou však nevhodné dle Markové et al. (2006c), kteří doporučují servírovat stravu pro nemocné na plastové talíře. Považujeme však za vhodné podávání tekutin v plastovém kelímku, s čímž souhlasí také Marková et al. (2006c). Myslíme si, že použití této nádoby lze považovat za bezpečnou pomůcku a zároveň pohodlnou pro klienta. Také bychom chtěli zmínit překvapivý, ale velice vhodný styl označení plastových kelímků. Pro odlišnost jednotlivých tekutin se používají jmenovky se jmény klientů, které se přikládají ke kelímku, který je odložen v blízkosti nemocného. Tento způsob tak zjednodušuje rozpoznat nejen klientovi svůj hrnek, ale také ošetřovatelskému personálu, který velice často podává tekutiny klientům s narušenou soběstačností. Konzistence stravy, která se podá, se odvíjí od diety, která je u klienta indikována. Nejčastěji je podávána mletá či kašovitá strava, kterou také Holmerová et al. (2007) pokládají za nejsnáze stravitelnou. Za důležité se nepovažuje pouze daná konzistence stravy, ale také přiměřená teplota, kterou ošetřující pracovníci kontrolují před samotným podáváním, neboť nemocní nedokáží posoudit, zda je strava vhodná pro konzumaci, na což poukazuje i web Alzheimer Society (2017). Podávání stravy je tak rozlišeno dle soběstačnosti nemocného. V případě, že je tato schopnost narušená, je nutná dopomoc při sebeobsluze jak zmiňují Svačina et al. (2008) ve své publikaci. I přesto, že je demence považována za vážnou kognitivní poruchu, nesmí být před jakoukoli činností a to i před podáváním stravy opomíjeno informování klienta (Pokorná et al, 2013). Tato nezbytná součást při přístupu k nemocnému nechyběla ani v daném zařízení. Komunikace zahrnovala oslovení klienta, pojmenování stravy, která mu bude podána a nezbytnost dostatečného otevírání úst a polykání. Pokorná et al. (2013) upozorňují na důležitost správné polohy těla při samotném stravování. Při výzkumném šetření byla mobilním klientům podávána strava u jídelního stolu, avšak imobilním klientům, kterým bylo nutno dopomoci, na pojízdných křeslech vsedě či ve zvýšené poloze. Vhodným způsobem bylo podáváno

jídlo na lůžku a to v poloze se zvýšeným podhlavním panelem lůžka, což je jedním z předpokladů pro prevenci aspirace potravy. Podávání stravy v jídelně probíhalo však za přítomnosti televize, stejně tak jako v případě prováděného průzkumu v roce 2013 v zařízeních pečujících o osoby s demencí (Tomeček, 2014). Tomeček (2014) považuje tento způsob stravování za nevhodný ze společenského a estetického hlediska, při čemž televizor působí pouze jako „nezbytná“ kulisa. Jako pozitivum vnímáme používání zástěry chránící oděv klienta před znečištěním při stravování u částečně soběstačných a imobilních klientů. Což také doporučují Pokorná et al. (2013). Cílem péče o klienta s Alzheimerovou chorobou není však pouze zajištění příjmu dostatečné výživy, ale také hydratace, neboť jak popisují Holmerová et al. (2007) nemocní ztrácí pocit žízně. Z tohoto důvodu se podávají tekutiny nejen během snídání, obědů či večeří, ale také při prováděné ergoterapii na jídelně v průběhu celého dne.

Proto, aby se klient mohl samostatně stravovat či provádět jakékoli jiné činnosti, je nutné udržení maximální soběstačnosti a pohybu. Pohyb, jak uvádějí Marková et al. (2006c) je základní předpoklad k tomu, aby se člověk o sebe dokázal postarat a zajistil si své potřeby. U nemocných s Alzheimerovou chorobou dochází k narušení těchto možností a nemocní se stávají v pozdějších fázích nesoběstační a zranitelní (Marková et al., 2006c). Proto je nezbytnou součástí ošetrovatelské péče rehabilitace, kterou Seidl (2008, s. 155) definuje jako *„činnost, jejímž cílem je optimální znovuoobnovení fyzických, psychických, sociálních, pracovních schopností, které byly sníženy vlivem úrazu nebo onemocnění“*. Na tuto oblast jsme se zaměřili během výzkumného šetření v zařízení Alzheimercentra. Zde je rehabilitace prováděna každý den u indikovaných klientů a to zejména částečně soběstačných a imobilních. Zmíněnou činnost provádí vždy jeden pracovník v sociálních službách nebo zdravotnický asistent po celý den směny. V zařízení, kde je převážná část klientů s narušenou soběstačností, považujeme prováděnou rehabilitaci za ne zcela kvalitně vykonávanou a efektivní, jelikož jedna osoba se nedokáže v dostatečném čase věnovat každému klientovi. Někteří nemocní však trpí spazmy, u kterých je dle našeho názoru nutné poskytovat rehabilitaci již na vyšší odborné úrovni a to fyzioterapeutem, který získal kvalifikaci a je tak schopen provádět takové rehabilitační úkony, které povedou k redukci či eliminaci těchto postižení. Rehabilitace v rámci tohoto zařízení je zaměřená především na nácvik sedu, stoje, chůze a doprovod na toaletu. Tento typ rehabilitace doporučují také Holmerová et al. (2007). Ti uvádí pro zjednodušení nácviku pro klienta využití kompenzačních

pomůcek, například chodítka, které se zde také používá. Chodítka zajišťuje klientovi stabilitu a snižuje nároky na koordinaci pohybu (Holmerová et al., 2007). Doporučuje se využívat tento typ kompenzační pomůcky pro nácvik denních činností, například při chůzi na WC či do koupelny (Holmerová et al., 2007). Tento způsob rehabilitace probíhal i v rámci zdejšího zařízení. Ošetřující pracovník využíval berle nebo chodítka, při němž se pohyboval za klientem pro zamezení možného pádu. Za pozitivum uvádíme dostatečnou motivaci klienta při samotné rehabilitaci, trpělivost a také ocenění jakékoli snahy. Jelikož trpělivostí při práci lze navrátit mobilitu klienta a zlepšit kvalitu jeho života (Holmerová et al., 2007).

Součástí pozorování byla i oblast komunikace, jelikož základem úspěšné ošetrovatelské péče je správná komunikace s nemocným, která musí být srozumitelná (Petr et al., 2014). Holmerová et al. (2007) kladou důraz na oslovení klienta před samotným rozhovorem. Takto postupoval i ošetrovatelský personál během výzkumného šetření. Při kontaktu ošetřujícího pracovníka s klientem nechybělo oslovení a oznámení činnosti, kterou chce daný pracovník poskytovat. Takto komunikace probíhala během stravování či hygienické péče. Například před samotnou koupelí se personál domluvil s klientem na způsobu hygienické péče a na zvycích, které klient má. Komunikace byla součástí také zdravotnických úkonů. V případě nutnosti provést převaz, pozorovaná informovala klienta o druhu prováděné činnosti, ale také o průběhu daného výkonu. Myslíme si, že velký vliv na psychiku klienta nehraje pouze jeho informovanost, ale dostatečná motivace a uklidňování, které jsme zpozorovali v rámci šetření. Tuto skutečnost doporučují i Holmerová et al. (2007) v rámci komunikace. Při komunikaci je důležitý i oční kontakt mezi personálem a klientem, který napomáhá navázat rovnocenný vztah a je jedním z předpokladů pro správnou komunikaci s nemocným dle Martinkové a Botíkové (2012). Tato forma kontaktu byla rovněž postřehnutá. Ošetřující pracovník především při poskytování stravy využíval k sezení židli naproti klientovi, čímž dle našeho názoru působil na klienta dojmem rovnocenného partnera a také pocitem dostatku času na požití stravy. Nechyběla však ani komunikace při odchodu pečujícího od klienta. Tento úkon považuje za nezbytný i Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (2006).

Nezbytnou součástí péče o osoby s demencí je také zdravotní péče. V rámci pozorování jsme se zaměřili na podávání léků. Medikamenty zde podává pouze kompetentní zdravotnický personál, tudíž směnová sestra (všeobecná sestra) nebo zdravotnický

asistent. Kompetence k podávání léků jsou však odlišné například ve Velké Británii. V zařízeních s kvalifikovanou 24 hodinou péčí podávají léky sestry nebo ošetřovatelé, kteří získávají zkušenosti z tréninku podávání léků v rámci zaškolovacího programu, kterého se účastní každý zaměstnanec (Zdravotnický deník, 2015). Způsob přípravy léků však považujeme za nevhodný a ne zcela bezpečný. Léky připravuje vždy noční sestra na druhý den. Denní směnová sestra tak odpovídá za podané léky i přesto, že se nepodílela na jejich přípravě a nemůže si být tak jistá nad správně podaným lékem správnému klientovi. Na tento zásadní problém upozorňují Workman a Bennett (2006). Jako prevenci před provedením této chyby doporučují, aby sestra nepodávala lék, který sama nepřipravila nebo nebyla svědkem jeho přípravy (Workman a Bennett, 2006). Lze však změnit tento systém? Při zamyšlení se nad počtem klientů na stanici, považujeme přípravu léků před klientem jako nerealizovatelnou vzhledem k počtu léků, které jsou indikovány téměř každému klientovi. Léky jsou podávány z denních dávkovacích systémů (lékovek), které jsou uloženy v přenosné lékárně. Ta by měla být vždy v dosahu sestry, aby klient neměl možnost přístupu k lékům (Workman a Bennett, 2006). V zařízení, kde probíhalo naše šetření, se odkládá lékárna při podávání léků na skříňku u jídelny, kterou má sestra či zdravotnický asistent stále v dosahu. Samotné podání léků spočívá v informování klienta o podávání léku, zajištění tekutin a kontroly klienta, zda lék požil. U klientů, kteří odmítají léky polknout, zdravotnický personál upravuje jejich formu, kterou následně vsypává do nápoje či stravy. Tento postup pokládá Tomeček (2014) za nemístný, poněvadž lék ve stravě může změnit chuť a může být tak důvodem odmítání jídla.

Denní činností sestry je také převaz rány. Ten se zde provádí každý den dle rozpisu evidovaných a neevidovaných ran. Ošetření rány je prováděno na jídelně či kavárně. Místnost pro tento ošetřovatelský postup považujeme nejen za ne zcela vhodnou z hlediska zajištění dostatečného soukromí, ale také z důvodu možného šíření infekce. O tom pojednává i zákon č. 306/2012 Sb. O podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, v němž je zmiňována nutnost dodržování bariérových ošetřovatelských technik při ošetřování nemocných. Průběh ošetření rány sestrou v rámci pozorování lze považovat za shodný s doporučeními Kalvacha et al. (2008). Ti doporučují po sejmutí obvazového materiálu využít k očištění rány možné prostředky, například fyziologický roztok. Při pozorování sestra použila Prontosan, který umožňuje

zvlhčit ránu. Před samotnou aplikací léčebného materiálu sestra vyfotografovala ránu s přiloženým pravítkem. Tento záznam poté vkládá do fotodokumentace, která poukazuje na vývoj a hojení rány, jak popisuje Vondráček (2008). Také je ukazatelem kvality poskytované zdravotní péče (Vondráček, 2008). Tento způsob monitorace hojení rány považujeme za vhodný a funkční a také jako přínosný pro léčbu chronických ran oproti nemocničním oddělením, kde tento způsob záznamu průběhu hojení není mnohdy uplatňován.

Součástí práce sestry při noční směně je dezinfekce převazových nástrojů. Činnost, která se provádí několik hodin po použití nástrojů lze pokládat za ne zcela vhodnou podle doporučení společnosti Hartmann (2017). Ta upřednostňuje provedení dezinfekce ihned po použití nástrojů. Samotný postup dekontaminace odpovídá navrženému postupu (Hartmann, 2017). Převazové nástroje byly vloženy do dezinfekčního roztoku na expoziční dobu jedné hodiny, poté důkladně opláchnuty, osušeny a vloženy zpět do čisté emitní misky.

Na závěr bychom zmínili péči o perkutánní endoskopickou gastrostomii. V rámci pozorování jsme se zaměřili na samotnou aplikaci výživy do stomie. Výživu zde aplikovala sestra nebo zdravotnický asistent a to bolusovým způsobem, což je jeden ze způsobů, jak lze vpravit stravu nemocnému do žaludku (Grofová, 2007). Při prováděném úkonu sestra aplikovala výživu klientce v poloze na zádech bez jakékoli elevace horního panelu lůžka. Absolonová (2014) považuje uložení nemocného do zvýšené polohy za prevenci gastroezofageálního refluxu a aspirace. Doporučuje se vhodná dávka výživy v množství 300 ml, sestra v rámci pozorování podávala 100 mililitrů výživy Nutrison, 100 mililitrů čaje a následně stejné množství převařené vody jako prevenci ucpaní stomie. Propláchnutí stomie doporučuje i Absolonová (2014) ve svém článku. Po ukončení prováděné činnosti sestra očistila Janettovu stříkačku pod tekoucí vodou, na což klade důraz i autor příručky: Jak pečovat o PEG a výživovou sondu (2007).

6 Závěr

Tato bakalářská práce pod názvem „Ošetrovatelská péče o klienta s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru“ se zabývá problematikou péče o klienty s tímto typem demence. Cílem práce bylo zmapovat poskytovanou ošetrovatelskou péči u klienta s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru. V návaznosti na tento cíl byla stanovena jedna výzkumná otázka: „Jaká péče je klientům Alzheimercentra poskytována jednotlivými kategoriemi ošetrovatelského personálu?“ Na základě výsledků výzkumného šetření můžeme hovořit o komplexní péči. Klientům zde není poskytována pouze základní péče, ale také specifická, která vychází z potřeb a zdravotního stavu nemocného. Lze také hovořit o péči individuální, při níž se respektují zvyky a potřeby nemocných. Sám klient má možnost si tak zvolit jakým způsobem bude péče probíhat. Jedním z důvodů, proč je zde kladen důraz na individualitu je odlišný stupeň progresu nemoci u dementního. Každý klient vnímá odlišně okolí a dokáže tak provádět činnosti v péči o sebe sama na jiné úrovni, proto je zde ke klientům přistupováno individuálně. Tento přístup však stojí spoustu času a úsilí a proto považujeme péči o klienty v daném zařízení za náročnou a to z fyzické i psychické stránky. Přesto, že převážnou část péče poskytují pečovatelé, je nezbytnou součástí týmu také zdravotnický personál, tudíž sestra a zdravotničtí asistenti, kteří provádějí řadu specifických úkonů a komunikují s klienty v případě výskytu problému, který nastal. Proto považujeme plnohodnotnou kvalifikaci sestry za důležitou při práci v tomto zařízení. Přesto, že péči hodnotíme jako poměrně kvalitní, probíhající na takové úrovni, kterou nejspíše očekává i rodina klienta, odhalili jsme drobné nedostatky v oblasti ošetrovatelské péče. Proto je nutné se stále věnovat této problematice a hledat nová východiska, která by přispěla k řešení těchto problémů. V současnosti se do těchto zařízení hledají stále noví zaměstnanci, kteří musejí mít dostatek vědomostí, zkušeností a také cit a empatii pro práci s dementními, neboť je práce lidsky náročná. Proto bude tato práce vhodným výukovým materiálem především pro studenty zdravotnických oborů, jimž napomůže vytvořit si ucelenou představu, jak takováto specifická péče probíhá v jednom z těchto zařízení pro osoby s Alzheimerovou chorobou.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ABSOLONOVÁ, P., 2014. *Perkutánní endoskopická gastrostomie*. [online]. Zdravotnictví a medicína. [cit. 2014-09-24]. Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/clanek/perkutanni-endoskopicka-gastrostomie-476800?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz
2. *Alzheimerovo onemocnění*, © 2017. [online]. Alzheimercentrum.cz. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/>
3. BHATTI, A. B., 2016. Vitamin Supplementation as an Adjuvant Treatment for Alzheimer's Disease. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*. [online]. 10 (8), 7-11. [cit. 2016-08-01]. DOI: 10.7860/JCDR/2016/20273.8261. ISSN 0973709X.
4. BRIGGS, R. et al., 2016. Drug treatments in Alzheimer's disease. *Clinical Medicine*. [online]. 16 (3), 247-253. [cit. 2016-05-01]. ISSN 1470-2118.
5. ČECHOVÁ, L. et al., 2011. Alzheimerova nemoc a mírná kognitivní porucha: diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi*. 12 (3), 175-180. ISSN 1803-5280.
6. DAHLKE, R., 2014. *Nemoc jako řeč duše*. Brno: CPress. 264 s. ISBN 978-80-264-0368-5.
7. *Dementia*, 2017. [online]. Who.int. [cit. 2017-05]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
8. *DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence*, 2006. [online]. nrzp.cz: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>
9. *Dezinfekce v ambulanci a ošetrovatelské praxi*. © 2017. [online]. Bode.cz. Dostupné z: <http://bode.cz/content/dam/project20131115v01/ke-stazeni/dezinfekce-vambulanci-a-oseetrovatelske-peci%202013-12.pdf>
10. *Diagnostika Alzheimerovy choroby*, © 2017. [online]. Alzheimercentrum.cz. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/diagnostika-alzheimerovy-choroby/>
11. DOSEDLOVÁ, J., 2012. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3711-9.
12. DOSTÁL, V., 2013. Pozdní komplikace Parkinsonovy choroby. *Neurologie pro praxi*. 14(1), 28-32. ISSN 1803-5280.

13. DUDKOWIAK, R. et al., 2016. The role of diet and antioxidants in the prevention of Alzheimer's disease. *Journal of Medical Science*. [online]. 85 (3), 205-212. [cit. 2016-07-01]. ISSN 2353-9798.
14. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
15. *Eating and drinking*. © 2017. [online]. Alzheimer's Society. Dostupné z: https://www.alzheimers.org.uk/info/20029/daily_living/10/eating_and_drinking/6
16. FANG, R. et al., 2017. Music therapy is a potential intervention for cognition of Alzheimer's Disease: a mini-review. *Translational Neurodegeneration*. [online]. 6 (2), 1-8. [cit. 2017-01-25]. ISSN 2047-9158.
17. FIŠAR, Z. et al., 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 383 s. ISBN 978-80-247-27-37-0.
18. FRANKOVÁ, V. et al., 2014. Odmítání jídla v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 15 (2), 68-70. ISSN 1803-5272.
19. FRANKOVÁ, V., 2015. Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi*. 16 (3), 79-82. ISSN 1803-5272.
20. FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
21. FRIEDLOVÁ, K., 2012. *Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii*. [online]. Sestra. [cit. 2012-10-05]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/uplatneni-konceptu-bazalni-stimulace-v-geriatrii-466850>
22. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
23. HÁJKOVÁ, L. et al., 2016. *Komplexní péče o lidi s demencí: na příkladu kritérií Certifikace Vážka®*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 22 s. ISBN 978-80-86541-48-8.
24. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
25. HOLMEROVÁ, I. et al., 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. EV public; gerontologické centrum. 279 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

26. HOLMEROVÁ, I. et al., 2013. *Strategie české alzheimerovské společnosti P-PA-IA: péče a podpora lidem postiženým syndromem demence*. Pro lékaře.cz: Geriatrie a gerontologie. 3 (2), 158-164. ISSN 1803-6597.
27. HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M., 2014. *Na pomoc pečujícím: příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidi s demencí*. 10. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 28 s. ISBN 978-80-86541-33-4.
28. HOSÁK, L. et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
29. *Jak pečovat o nemocného v pokročilém stadiu demence*, © 2015. [online]. Alzheimer.cz. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/tipy-pro-pecujici/jak-pecovat-o-nemocneho-v-pokrocilem-stadiu-demence/>
30. *Jak pečovat o PEG a výživovou sondu, aby ony pečovaly o vás: domácí nutriční péče*. 2007. Praha: Nutricia. 20 s. ISBN 978-80-239-9593-0.
31. JIRÁK, R., LAŇKOVÁ, J., 2007. *Demence: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 14 s. ISBN 80-86998-13-8.
32. JIRÁK, R., 2008. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. *Neurologie pro praxi*. 9 (4), 240-244. ISSN 1803-5280.
33. JIRÁK, R., 2008. Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Psychiatrie pro praxi*. 9 (1), 15-18. ISSN 1803-5272.
34. JIRÁK, R. et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
35. JIRÁK, R., 2009. Terapie Alzheimerovy choroby a příbuzných neurodegenerativních demencí. *Neurologie pro praxi*. 10 (6), 384-389. ISSN 1803-5280.
36. JIRÁK, R., 2011. Poruchy chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi*. 12 (2), 56-60. ISSN 1803-5272.
37. JIRÁK, R., 2013. Demence s Lewyho tělísky. *Psychiatrie pro praxi*. 14(4), 158 - 160. ISSN 1803-5272.
38. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
39. KANTOR, J. et al., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

40. KOUDELKOVÁ, M., NÁDVORNÍKOVÁ, Ž., 2010. *Alzheimerova nemoc*. [online]. Sestra. [cit. 2010-02-10]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/alzheimerova-nemoc-449690>
41. KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.
42. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
43. LEONARD, W., 2016. *Drugs for Alzheimer's Disease: Current and in Development*. [online]. Healthline.com. [2016-11-28]. Dostupné z: <http://www.healthline.com/health/alzheimers-disease-drugs#introduction1>
44. LUKÁŠ, K. et al., 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
45. LUŽNÝ, J., 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. 160 s. ISBN 978-80-7387-573-2.
46. MAČÁK, J. et al., 2012. *Patologie 2., doplněné vydání*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-3530-6.
47. MARKOVÁ, E. et al., 2006c. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
48. MARTIKOVÁ, J., BOTÍKOVÁ, A., 2012. *Komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí*. [online]. Sestra. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-s-pacientem-s-alzheimerovou-nemoci-463436>
49. MENCLOVÁ, K., SVĚDÍKOVÁ, M., 2006. *Pády seniorů v kolektivním zařízení*. [online]. Sestra. [cit. 2006-10-01]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pady-senioru-v-kolektivnim-zarizeni-273997>
50. *Naše zařízení*, © 2017. [online]. Alzheimercentrum.cz. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/nase-zarizeni/c-budejovice/>
51. OREL, M. et al., 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2617-5.
52. OREL, M. et al., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
53. *Ošetrovatelská péče*, © 2017. [online]. Alzheimercentrum.cz. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/osetrovatelska-pece/>

54. *Pády lidí s Alzheimerovou chorobou*, © 2017. [online]. Alzheimer.sk. Dostupné z: <http://www.alzheimer.sk/informacie/alzheimerova-choroba/starostlivost-o-postihnutého/pady.aspx>
55. PETR, T. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
56. PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
57. *Podávání léků v britských pečovatelských domech je založeno na respektu a individuálním přístupu*, 2015. [online]. Zdravotnickýdeník.cz. Dostupné z: <http://www.zdravotnickýdeník.cz/2015/08/podavani-leku-v-britskych-pecovatelskych-domech-je-zalozeno-na-respektu-a-individualnim-pristupu/>
58. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
59. *Poskytovaná péče*, © 2017. [online]. Alzheimercentrum.cz. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/>
60. PREISS, M. et al., 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-0843-4.
61. RABOCH, J. et al., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
62. RABOCH, J. et al., 2012. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-582-4.
63. RADER, J. et al., 2006. CE Credit: The Bathing of Older Adults with Dementia. *The American Journal of Nursing*. [online]. 106 (4), 40-49. [cit. 2006-01-04]. ISSN 0002936X.
64. RUSINA, R., 2010. Terapeutické a preventivní aspekty demencí – na čem opravdu záleží. *Interní medicína pro praxi*. 12 (11), 545-547. ISSN 1803-5256.
65. SEIDL, Z., 2008. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
66. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
67. SHEARDOVÁ, K., 2011. Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí. *Psychiatrie pro praxi*. 12 (3), 126-128. ISSN 1803-5272.

68. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
69. *Sociální péče*, © 2017. [online]. Alzheimercentrum.cz. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/socialni-pece/>
70. STRUNECKÁ, A., 2010. *Alzheimerova choroba*. [online]. Diochi.cz. [2010-06]. Dostupné z: <http://www.diochi.cz/nemoci/alzheimerova-choroba>
71. SVAČINA, Š. et al., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
72. ŠEVČÍKOVÁ, J., 2009. *Péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou*. [online]. Sestra. [cit. 2009-1-13]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-nemocne-s-alzheimerovou-chorobou-417242>
73. ŠTĚPÁNKOVÁ, H. et al., 2014. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. 290 s. ISBN 978-80-246-2628-4.
74. *Testy demence*, © 2017. [online]. Alzheimercentrum.cz. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/testy-demence/>
75. TOMEČEK, L., 2014. *Poskytování stravy osobám s demencí: Zjištění z návštěv pobytových zařízení sociálních služeb*. [online]. Ochrance.cz [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/projekt_ESF/Seniorska_konference/Tomecek_pdf.pdf
76. TOPINKOVÁ, E., 2008. *Inkontinence stolice u starších osob*. [online]. Sestra. [cit. 2008-01-10]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/inkontinence-stolice-u-starsich-osob-340591>
77. VÁVROVÁ, A., ČERVENKA, V., 2010. Využití ergoterapie v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 11 (3), 107-109. ISSN 1803-5272.
78. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematická situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
79. VLČEK, J. et al., 2010. *Klinická farmacie I*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-3169-8.
80. VONDRÁČEK, L. et al., 2003. *Ošetřovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.

81. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
82. VYHNÁLEK, M. et al., 2012. Diagnostikujeme a léčíme demenci správně a včas? Výsledky průzkumu ve světle nových doporučení. *Psychiatrie pro praxi*. 13 (1), 19-24. ISSN 1803-5272.
83. WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. 257 s. ISBN 80-247-1714-X.
84. YANJUN, L. et al., 2017. Head Injury as a Risk Factor for Dementia and Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of 32 Observational Studies. *PLoS ONE*. [online]. 12 (1), 1-17. [cit. 2017-01-09]. DOI:10.1371/journal.pone.0169650. ISSN 1932-6203.
85. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. 2006. [online]. [cit. 2006-03-31]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1271. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
86. Zákon č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. 2012. [online]. [cit. 2012-10-01]. In: *Zákony pro lidi*, částka 109, s. 3962. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306/historie>

8 Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1: Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha 2: Denní rozpis

Příloha 3: Rozpis rehabilitací

Příloha 4: Polohovací záznam

Příloha 5: Pravitko užívané k fotografování defektů

Příloha 6: Monitoring výživy u klienta s perkutánní endoskopickou gastrostomií

Příloha 7: Medikační list

Příloha 8: CD se záznamy pozorování jednotlivých subjektů (volná příloha na zadní straně desek)

Příloha 1: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
[redacted] – vrchní sestra
AC Facility, s.r.o.
[redacted]

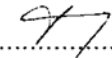
Věc: ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní [redacted]
dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Alzheimercentru v [redacted]
[redacted], jež by mělo být součástí mé bakalářské práce. Cílem této práce je zmapování
poskytované ošetrovatelské péče klientům v oblasti fyzické, psychické a sociální. Výzkum
bude prováděn formou pozorování ošetrovatelského personálu při poskytování ošetrovatelské
péče za účelem odhalit a popsat veškeré úkony, které jsou klientům ze strany zmíněného
personálu poskytovány.
Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným dohledem Mgr. Jiřího Kaase, odborného
asistenta Ústavu ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče Zdravotně sociální
fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.
Se všemi zjištěnými údaji bude zacházeno anonymně, v práci nebude nikterak uváděna
informace o tom, kde byl výzkum realizován.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

V Českých Budějovicích dne 21. 2. 2017


.....
Eva Hnilíčková


.....
Mgr. Jiří Kaas

Vyjádření:

*Soublesím a prohodím
výzkum v Alzheimercentru [redacted]*

[redacted]

[redacted]

DENNÍ ROZPIS

1002 1003 1004 1006	1007 1008 1010 1011 1012
1101 1102 1103 1104	1105 1108 1109 1110
1111 1112 1113	1114 1115 1116 1117
1118 1119 1120 1121	1122 1123 1124

PRÁDLO:

KOUPÁNÍ:

RHB:

ERGO:

ERGO DOHLED:

JÍDLO:

VYŠETŘENÍ:

HOLENÍ:

Příkrmy-

(Zdroj: Alzheimercentrum)

Příloha 3: **Rozpis rehabilitací**

RHB

<i>Jméno klienta</i>	<i>Způsob RHB</i>	<i>datum</i>	<i>datum</i>

(Zdroj: Alzheimercentrum)

Příloha 4: **Polohovací záznam**

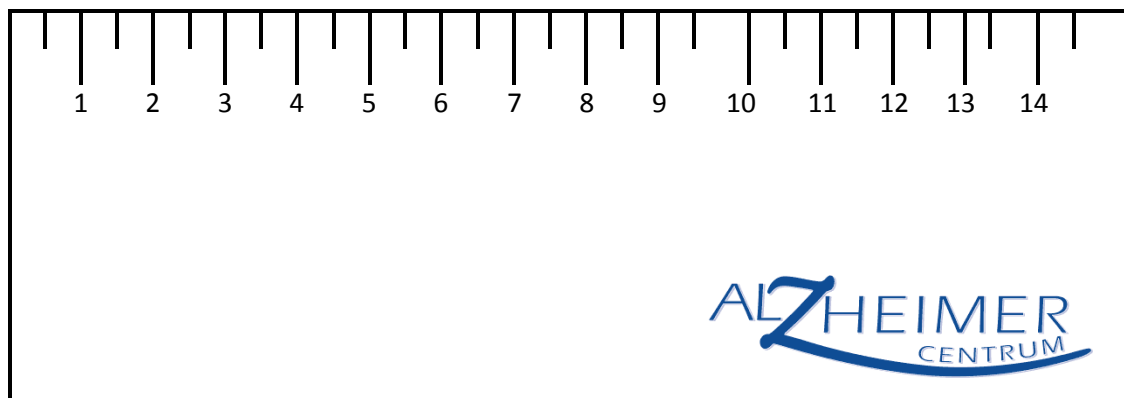
POLOHOVACÍ ZÁZNAM

ŠTÍTEK:

DATUM			DATUM		
HODINA	POLOHA	PODPIS	HODINA	POLOHA	PODPIS
0-2			0-2		
2-4			2-4		
4-6			4-6		
6-8			6-8		
8-10			8-10		
10-12			10-12		
12-14			12-14		
14-16			14-16		
16-18			16-18		
18-20			18-20		
20-22			20-22		
22-24			22-24		

(Zdroj: Alzheimercentrum)

Příloha 5: Pravítko užívané k fotografování defektů



(Zdroj: Alzheimercentrum)

Příloha 6: Monitoring výživy u klienta s perkutánní endoskopickou gastrostomií

Monitoring výživy



Děla Datum	PEG	PEG	PEG	PEG	PEG	PEG	PEG	PEG	PEG	PEG	PEG	PEG	PEG	PEG	Prodach PEG	Výživa celkem	Vyděj	
																Moč	Stolice	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				

(Zdroj: Alzheimercentrum)

Příloha 7: Medikační list

Jméno a Příjmení: _____ r.č.: _____
 Denní rozpis podávání léku dle ordinace lékaře
 poji: _____

	R	P	V	N	R	P	V	N	R	P	V	N	R	P	V	N	R	P	V	N
Medikace																				
Podpis sestry																				

(Zdroj: Alzheimercentrum)

9 Seznam zkratek

AC	Alzheimercentrum
Aj.	A jiné
CD	Kompaktní disk
CT	Výpočetní tomografie
IChe	Inhibitory acetylcholinesteráz
MI	Mililitr
MMSE	Mini Mental State Examination
MR	Magnetická rezonance
Např.	Například
PC	Personal computer (osobní počítač)
PDK	Pravá dolní končetina
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PET	Pozitronová emisní tomografie
PSS	Pracovník v sociálních službách
S.	Strana, Subjekt
SOU	Střední odborné učiliště
SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
SŠ	Střední škola
Tj.	To je
Tzn.	To znamená
VS	Všeobecná sestra
WC	Water closet (toaleta)
ZA	Zdravotnický asistent