

Specifika péče o klienta s Alzheimerovou chorobou

Martina Fingerová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Fingerová**
Osobní číslo: **H15013**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Specifika péče o klienta s Alzheimerovou chorobou**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti demencí se zaměřením na Alzheimerovu chorobu.
Specifikace péče o osoby s Alzheimerovou chorobou.
Příprava metodiky výzkumné části.
Stanovení kritérií pro výběr respondentů.
Realizace výzkumu technikou rozhovorů s členy multidisciplinárního týmu.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných výsledků, formulace závěrů pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BELLUCK, Pam. What is Alzheimer's Disease? New York Times, 2016 [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné

z:https://www.nytimes.com/2016/05/02/science/what-is-alzheimers-disease.html.

GLENNER, Joy A. Péče o člověka s demencí. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.

KÖNIG, Jutta a Claudia ZEMLIN. 100 chyb při péči o lidi s demencí. Přeložila Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1184-6.

POLEDNÍKOVÁ, L' ubica. Ošetrovateľský proces v geriatrickom ošetrovateľstve. Martin: Osveta, 2013c. ISBN 978-80-8063-410-0.

VATEHOVÁ, Drahomíra a Rastislav VATEHA. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami. Martin: Osveta, 2013. ISBN 978-80-8063-383-7.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ...8.4.2019.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na Alzheimerovu chorobu. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. První část teoretické práce informuje o samotné Alzheimerově chorobě a možnostech léčby. Další část se zabývá kvalitou života, a jak se s průběhem nemoci mění. Zde je upozorněno na možný výskyt poruch chování a možnosti jejich zvládnání. Jsou zde vymezena důležitá specifika v péči o klienty ve všech hlavních oblastech. Praktická část obsahuje informace, získané technikou rozhovoru. Výsledky jsou zpracovány a vyhodnoceny. Hlavním cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou, jakou roli v péči o nemocného hraje multidisciplinární tým a jeho rodina. Rozhovory probíhaly ve specializovaném zařízení pro osoby s Alzheimerovou chorobou, ve Zlíně. Výsledky jsou shrnuty v diskuzi.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, specifika péče, denní aktivity, kvalita života, klient

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on Alzheimer's disease. It is divided into theoretical and practical parts. The first part of a thesis inform about Alzheimer's disease and possible ways of treatment. The next part deals with the quality of life and how it changes with the course of the disease. There is a warning about possible behavioral and psychological symptoms of dementia and possibilites of handling it. Important specifics of client care in all major areas are defined here. Practical part includes informations gained by interview. The results are processed and evaluated. The main aim was to find out what are specifics of care for clients with Alzheimer's disease and what role has multidisciplinary team and family. Interviews took place in specialized facilities for people with Alzheimer's disease, in Zlín. Results are summarized in discussion.

Keywords: Alzheimer's disease, specific care, activities of daily living, life quality, client

Ráda bych poděkovala paní Anně Krátké PhDr., PhD., za trpělivost, ochotu a všechny cenné rady při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, za veškerou podporu.

Motto: *„Bereme – li lidi, jací jsou, pak je děláme horšími. Jednáme-li s nimi, jako by byli tím, čím by měli být, pak je dostaneme tam, kam je možno je dostat.“* J. W. Goethe

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ALZHEIMEROVA CHOROBA	12
1.1 DEMENCE	12
1.2 KLINICKÝ OBRAZ A STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY	13
1.3 DIAGNOSTIKA	14
1.4 CO SE DÉLE UDRŽUJE NAVZDORY ALZHEIMEROVY CHOROBY	15
1.5 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	15
1.6 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA A DENNÍ AKTIVITY	16
1.6.1 Kognitivní rehabilitace a cvičení paměti.....	17
1.6.2 Reminiscenční terapie - vzpomínková terapie	18
1.6.3 Orientace v realitě	18
1.6.4 Validace (Dle Naomi Feil).....	19
1.6.5 Kinezioterapie	19
1.6.6 Pohybové aktivity.....	20
1.6.7 Canisterapie.....	20
1.7 MULTISMYSLOVÁ TERAPIE- SNOEZELEN	20
2 ZMĚNA KVALITY ŽIVOTA S ONEMOCNĚNÍM	22
2.1 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST	23
2.2 BPSD U ALZHEIMEROVY CHOROBY	23
2.3 PŘÍČINY BPSD	23
2.4 JAK ZVLÁDAT PORUCHY CHOVÁNÍ U KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	24
2.4.1 Agresivita	24
2.4.2 Agitovanost	25
2.4.3 Bezcílné bloudění a přecházení (wandering)	25
2.4.4 Nevhodné sexuální chování	26
2.4.5 Poruchy spánku	26
2.4.6 Deprese.....	26
2.4.7 Bludy, halucinace	26
2.5 POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ	27
3 SPECIFIKA PÉČE U KLIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	28
3.1 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	28
3.1.1 Všeobecná sestra	29
3.1.2 Praktická sestra.....	30
3.1.3 Ergoterapeut	31
3.1.4 Ošetřovatel	31
3.2 SPECIFICKÉ ČINNOSTI MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU.....	32
3.2.1 Hodnocení příjmu potravy	32
3.2.2 Hodnocení vyprazdňování moči a stolice	33
3.2.3 Hodnocení pohybu a aktivity každodenního života	34
3.2.4 Hodnocení oblékání	35
3.2.5 Hodnocení hygieny	35

3.2.6	Hodnocení bezpečnosti klienta	36
3.2.7	Hodnocení komunikace.....	37
3.2.8	Hodnocení náboženství, víry.....	38
3.2.9	Hodnocení učení.....	38
II	PRAKTICKÁ ČÁST	39
4	METODIKA VÝZKUMU	40
4.1	CÍLE VÝZKUMU	40
4.2	TECHNIKA SBĚRU DAT	40
4.2.1	Charakteristika rozhovoru.....	40
4.3	CHARAKTERISTIKA ÚČASTNÍKŮ VÝZKUMU.....	40
4.4	ORGANIZACE VÝZKUMU.....	41
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	41
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	42
5.1	VÝSLEDKY ROZHovorŮ, KTERÉ BYLY VEDENY S JEDNOTLIVÝMI PRACOVNÍKY MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU.....	42
5.1.1	Rozhovor s ředitelkou (R1).....	42
5.1.2	Rozhovor se sociální pracovnící (R2).....	45
5.1.3	Rozhovor s aktivizační pracovnící (R3).....	48
5.1.4	Rozhovor s praktickou sestrou (R4).....	51
5.1.5	Rozhovor s všeobecnou sestrou (R5).....	55
5.1.6	Rozhovor s koordinátorkou přímé péče	58
5.1.7	Rozhovor s vrchní sestrou (R7).....	60
5.1.8	Rozhovor se staniční sestrou (R8).....	63
6	DISKUZE	68
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	72
	ZÁVĚR	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Bakalářskou práci jsem se rozhodla psát na jednu z nejčastějších chorob, a tou je Alzheimerova nemoc. Osob s Alzheimerovou nemocí přibývá, zřizují se nová, specializovaná zařízení s vyškolenými zaměstnanci přímo pro specifickou péči o takto nemocné. Proč jsem si zvolila toto téma? Jako studentka vysoké školy jsem měla příležitost mít půlroční brigádu ve specializovaném zařízení pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Uvědomila jsem si, co vše tato nemoc obnáší, jak moc je náročná práce personálu. Vyžaduje obrovskou míru trpělivosti, empatie. Líbilo se mi odlišné prostředí a přístup sester ke klientům ve srovnání s nemocnicí.

Dále chci o tématu informovat veřejnost, protože jsem si při komunikaci se svým okolím všimla, že si spousta lidí nedokáže představit, co znamená Alzheimerova nemoc a péče o člověka s ní. Chtěla bych, aby se o zmíněné nemoci vědělo mnohem víc, než jen, že člověk zapomíná. Uvést do problematiky bych chtěla také ostatní studenty zdravotnických či sociálních zaměření a osoby, které mají zájem pracovat s těmito lidmi.

Teoretická část práce by měla přiblížit pohled na Alzheimerovu chorobu, její prvotní příznaky a příznaky v průběhu choroby. Dále diagnostiku a možnou léčbu nebo spíše oddálení příznaků. Zaměřuje se na specifickou péči o takto nemocného člověka ve specializovaném zařízení. S činnostmi, které relativně zdravý senior zvládá sám, senior s Alzheimerovou chorobou potřebuje pomoc. Pomoc vyžaduje ve veškerých sebeobslužných i instrumentálních činnostech. V prvním stádiu Alzheimerovy choroby je člověk samostatný, potřebuje spíše maximální dohled. V dalších stádiích se postupně stává závislý na pomoci ostatních.

V praktické části jsem se zaměřila na multidisciplinární tým ve specializovaném zařízení pro osoby s Alzheimerovou nemocí, ve Zlíně. Stanovila jsem si cíle, kterých jsem chtěla dosáhnout pomocí rozhovorů. Hlavní cíl je zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou, jakou roli v péči o nemocného hraje multidisciplinární tým a jeho rodina. První dílčí cíl je: zjistit, zda respondenti znají specifika ošetrovatelské péče u klienta s Alzheimerovou chorobou. Druhý dílčí cíl je: zjistit, jak probíhá vzájemná spolupráce pečujících osob v rámci multidisciplinárního týmu. Třetí dílčí cíl je: zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu spolupracují s rodinou klienta. Praktická část je stavěna na tom, jak personál vnímá a poskytuje specifickou péči o takto nemocné klienty, jakým způsobem spolupracují mezi sebou a s rodinami klientů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

„Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou syndromu demence, poruchy kognitivních funkcí, myšlení, paměti, orientace v čase a prostoru, soustředění, řeči, schopnosti koncentrace a funkci exekutivních (schopnosti plánovat a organizovat)“ (Holmerová a kol., 2007a, s. 9). Alzheimerova choroba je chronické neurodegenerativní onemocnění, při kterém se v mozku zvyšuje počet senilních plaků a neurofibrilárních smotků, zanikají neurony a jejich synapse. „Senilní plaky vznikají agregací beta-amyloidu a neurofibrilární smotky se skládají z hyperfosforylovaného tau proteinu“ (P I) (Bartoš, Řípková, 2007, s. 17-20).

Je to nejvíce převládající forma demence. Může být způsobena různými progresivními nemocemi, které mají vliv na paměť, myšlení, chování a schopnost vykonávat každodenní aktivity. Choroba má zničující dopad, jak na postiženého člověka, tak na jeho rodinu či osobního pečovatele. Člověk, který je postižen Alzheimerovou chorobou je fyzicky a psychicky omezen a trpí symptomy spojenými s demencí. Příznaky bývají v případě Alzheimerovy choroby zpočátku mírné, ale po čase dochází k jejich postupnému zhoršování, jsou velmi výrazné, intenzivní a závisí na stádiu, ve kterém se člověk nachází (*Pro lidi s demencí jsou největšími bariérami stigma a sociální vyloučení*, 2012; Sheardová, 2011, s. 13-16; Bartoš, Řípková, 2007, s. 17-20). O nejčastější příčině demence, tedy o Alzheimerově chorobě se u nás začalo mluvit v průběhu 90 let 20. století. Až do osmdesátých let minulého století se mezi lidmi používalo označení tohoto onemocnění „skleróza“ (Holmerová a kol., 2007a, s. 8). Alzheimerova choroba není nemoc pouze jedince, nýbrž nemoc celé rodiny.

1.1 Demence

Franková (2017, s. 30) uvádí, že „Demence patří mezi nejčastější a nejobávanější nemoci vyššího věku. Člověk ztrácí schopnost vykonávat smysluplné činnosti, chápat okolní dění, ztrácí soběstačnost a stává se závislý na péči okolí. Odhaduje se, že demencí trpí více než 6 % populace nad 65 let, s věkem procento narůstá (50 % nad 80 let). Více než polovinu všech demencí způsobuje Alzheimerova choroba (ACH).“ Jsou postiženy základní funkce, které člověk nutně potřebuje k schopnosti vykonávat každodenní činnosti. Patří sem porucha kognitivních funkcí, aktivit denního života a porucha chování i emotivity. Název těchto poruch je znám jako behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD) (viz. kapitola 2.2). Demence je těžká psychická porucha a péče o člověka trpící demencí by měla být komplexní. Léčba zahrnuje farmakologické i nefarmakologické postupy. Mezi nefarmakologic-

kou terapii řadíme arteterapii, muzikoterapii, taneční a pohybovou terapii, validaci, ergoterapii, reminiscenční terapii, canisterapii (i pomocí jiných zvířat), trénink paměti, orientaci v realitě, multismyslovou terapii a mnoho dalších. Mezi příčiny demence řadíme vaskulární demenci, Parkinsonovu nemoc, normotenzní hydrocefalus, Creutzfeld – Jacobovu nemoc, Pickovu chorobu, demenci s Lewyho tělísky, Huntingtonovu nemoc, depresi a již zmíněnou Alzheimerovu chorobu, která je nejčastější příčinou demence. (Franková, 2017, s. 30-32; Mařhová, 2012, s. 133-135; Jiráček, 2011, s. 56-60; Holmerová, Mátlová, 2017, s. 27). Péče o klienta s demencí u Alzheimerovy choroby musí být komplexní. Zahrnuje nefarmakologickou a farmakologickou léčbu. Pomocí medikace se může průběh demence dočasně zpomalit, ale nezastaví se, kvůli typickému progresivnímu průběhu nemoci, který vždy končí smrtí (Glennner, a kol., 2012, s. 24).

Anglosaská literatura uvádí schéma ABC demence:

A - activities of daily living (porucha soběstačnosti a sociální dopady);

B - behaviour (behaviorální a psychiatrická symptomatologie BPSD);

C - cognition (porucha kognice) (Holmerová a kol., 2007a, s. 15).

1.2 Klinický obraz a stádia Alzheimerovy choroby

Klinický obraz choroby vychází z faktu, že je to primárně kortikální demence. To znamená, že první symptomy jsou na základě postižení kognitivních funkcí a později i nekognitivních. Záleží však na stádiu choroby, ve kterém se člověk nachází (Jiráček, 2008, s. 16).

U Alzheimerovy choroby se rozlišují nejméně tři fáze. Časná fáze se vyznačuje ztrátou krátkodobé paměti. Člověk si nepamatuje nedávnou událost, ale něco, co se stalo v dávné minulosti, se mu jeví velmi čistě. Projevuje se mírná afázie, kdy postižený hledá obtížně slova a nemůže se vyjádřit. Objevuje se občasné zapomínání každodenních událostí a snížený rozsah pozornosti se zmateností, narušená schopnost racionálního uvažování a úsudku. Nemocný si velmi dobře uvědomuje, co se s ním děje, proto se objevuje úzkost, deprese a silná emoční nestabilita. Často si svou poruchu nepřiznává a snaží se ji zapudit nebo skrývat před lékaři a okolím. V časně fázi je člověk relativně soběstačný, jen občas potřebuje různé věci připomenout, psát si cedulky a upomínky (Holmerová a kol., 2007a, s. 34; Glennner, a kol., 2012, s. 16; Vatehová a Vateha, 2013, s. 155).

Ve středně těžké fázi jsou příznaky zhoršené a výraznější než v časně fázi. Navíc se objevuje porušená schopnost abstraktního myšlení a učení. Nemocný má problém s pojmenováním

objektů, inkontinencí a s motorikou. Výrazné a časté je repetitivní chování, bloudění, nespoupráce v každodenních potřebách. Objevuje se hypertonie, řečový deficit, afázie, agnózie a poruchy spánku. Prohlubuje se ztráta orientace místem, časem a osobou. Nakonec se ztrácí sám v sobě a stává se závislý na pomoci druhé osoby. V pokročilé, terminální fázi je nemocný neschopný chůze a reakce na okolí, je inkontinentní, není schopný verbální komunikace, ale neverbální projev může být zachován. Objevují se halucinace a bludy. Je zde vysoké riziko aspirace, dekubitů, hubnutí a infekčních komplikací (Glennner, a kol., 2012, s. 16; Vatehová a Vateha, 2013, s. 155).

1.3 Diagnostika

Diagnostika Alzheimerovy choroby obvykle zahrnuje sérii posuzovacích škál, kognitivních testů a klinická vyšetření. Lékaři se rovněž propracují k tomu, zda mohou být myšlenkové a paměťové problémy vysvětleny jinými diagnózami, jako je jiný typ demence, fyzická nemoc nebo vedlejší účinky léků (Belluck, 2016).

Rovněž se může jednat i o jiný, léčitelný a neprogresivní typ demence. Může se objevit vinou špatné výživy, deprese, u které není mozková tkáň skutečně poškozena, alkoholismus (Korsakovův syndrom), u kterého je možnost zlepšení demence při ukončení požívání alkoholu. Další typ demence může být u snížené funkce štítné žlázy nebo u nedostatku vitamínu B₁₂, kde je možnost zlepšení stavu po podání injekční formy tohoto vitamínu. Aby mohla být poskytnuta správná léčba, musí být správně a přesně stanovena diagnóza (Glennner, a kol., 2012, s. 21-22).

Diagnostika Alzheimerovy choroby se opírá o důkladnou anamnézu. Odebírají se rodinné, farmakologické, pracovní a sociální údaje o klientovi od pečujícího či blízké osoby. Údaje se zjišťují z hlediska příznaků a časové posloupnosti. Dále se diagnostika opírá o základní fyzikální (krevní tlak, puls, EKG), neurologické (EEG, CT, MRI) a laboratorní vyšetření. Hodnotí se urea, kreatinin, ionty, jaterní enzymy, lipidogram, albumin, glykémie, CRP, krevní obraz, TSH, moč a sediment, B₁₂ a kyselina listová. Vyšetření SPECT, PET a genetiky. Odebírá se a vyšetřuje likvor (mozkomíšni mok, MMM), ke stanovení tau proteinu, který odpovídá neurofibrilárním smotkům a beta-amyloidu a souvisí se senilními plaky (Franková, 2017, s. 31).

Dále vyšetření kognitivních funkcí pomocí testu demence (MMSE- Mini - Mental State Examination podle Folsteina), který hodnotí orientaci osobou, místem a časem (P II). Addenbrookský kognitivní test (ACE-R) (P III), Test kreslení hodin (P IV), Sedmiminutový test. Do dalších vyšetřovacích metod na orientační vyšetření paměti patří Test řečové plynulosti, kdy klient musí v určitém časovém intervale vyjmenovat nejvíce slov podle zadání. Bender - Gestaltův test testuje schopnost klienta, zda dokáže obkreslit obrazce. (Franková, 2017, s. 30; Vatehová a Vateha, 2013, s. 156-160; Bartoš, Řípová, 2017, s. 18). Vyšetření také zahrnuje hodnocení chování klienta, v čem se chová jinak a kdy změna nastala. Zde se používá např. škála Neuropsychiatric Inventory (NPI). Dále se hodnotí denní aktivity, které dřív uměl a nyní už neumí. Řadíme sem Barthelové test základních všedních činností (ADL) (P V) a test instrumentálních všedních činností (IADL) (P VI), u kterého se hodnotí používání různých přístrojů, nakupování, cestování a jiné činnosti užívané v běžném životě (Franková, 2017, s. 30).

V diagnostice Alzheimerovy choroby je velmi důležitá včasná diagnóza. Tím pádem se léčba zahájí brzy a může pozitivně ovlivnit další průběh onemocnění. Klient i jeho rodina by měli být dostatečně informováni o zdravotním stavu nemocného a dalším postupu léčby a možnosti zapojení pečovatелů (Sheardová, 2011, s. 14).

Problém ve včasné diagnostice Alzheimerovy choroby je fakt, že její projevy bývají často zaměňovány za přirozené projevy stárnutí (Šplíchalová et al., 2017).

1.4 Co se déle udržuje navzdory Alzheimerovy choroby

Ještě dlouho od propuknutí choroby si klienti udržují zdravou dlouhodobou autobiografickou paměť, ve které mají uložené osobní vzpomínky a paměť mechanickou, to si pamatují písničky z mládí, dokážou odříkat řadu přísloví, ale bohužel bez racionálního vysvětlení, protože chybí logická složka paměti. Dlouho udržována je také procedurální paměť, při které si přesně pamatují postupy a mají zachovány dovednosti. Klienti mají silně zafixované vzorce chování a intenzivní požitky ze smyslových vjemů (vůně, jídla, masáže, fotky) až do pokročilé fáze nemoci. Dokonce většina klientů má zachovaný smysl pro humor a při práci s nimi může být velká zábava (Šplíchalová et al., 2017).

1.5 Farmakologická léčba

Spočívá v kompenzaci dalších nemocí, vysazení rizikových léků (s anticholinergním efektem, benzodiazepiny) a v podávání inhibitorů cholinesterázy (IChE). Nejčastěji se podává

Aricept (donepezil), Reminyl (galantamin) a Exelon (rivastigmin), ten se podává spíše ve formě transdermálních náplastí, tak je lépe snášený, než při podání per os. IChE mají spíše aktivizující efekt, takže jsou vhodné při stavu deprese a apatie. Tyto léky jsou podávány v raném až středně těžkém stádiu choroby i u mírných kognitivních poruch. K léčbě rozvinuté formy Alzheimerovy choroby je indikován memantin, je velmi dobře tolerován a má spíše zklidňující efekt. Od podávání kognitiv je v optimálním případě očekáváno prodloužení období aktivního života nemocného, pozitivní efekt na problémové chování, časté změny nálad a zlepšení spolupráce s nemocným (Glennier a kol., 2012, s. 25; Franková, 2017, s. 31).

Jak uvádí Franková (2017, s. 31), „několik studií ukazuje terapeutický účinek a výbornou toleranci purifikované formy extraktů ginkgo biloba EGb 761. Preparát lze užít v monoterapii (hlavně tam, kde pacient netoleruje nebo nereaguje na léčbu IChE) nebo kombinovat s kognitivou. Studie prokázaly, že podávání nootropik v léčbě Alzheimerovy choroby nemá efekt, a je tedy neopodstatněné. Nootropika navíc mohou vést k nežádoucí úzkosti a agitovanosti nemocných.“

1.6 Nefarmakologická léčba a denní aktivity

Do nefarmakologické léčby zahrnujeme správné stravování, vhodný přístup k nemocnému, kdy je potřeba mu naslouchat, brát vážně jeho pocity, povzbuzovat, podávat jasné informace, být konkrétní, trpěliví a ctít jeho důstojnost. Důležité je klidné, přátelské a bezpečné prostředí. Správné a důsledné řešení poruch chování (viz. kapitola 2.2). A v neposlední řadě, vhodný program. Ten musí být pravidelný, strukturovaný, zahrnuje tělesné aktivity, zohledňuje zájmy a schopnosti (Franková, 2017, s. 31; Pörtner, 2009, s. 39).

Nefarmakologická léčba zahrnuje kognitivní rehabilitaci a cvičení paměti, reminiscenční terapii, orientaci v realitě, (Holmerová a kol., 2005, s. 449-450), naučený postup, validaci, kinezioterapii a pohybové aktivity, jako třeba taneční terapii či arteterapii, dále muzikoterapii a canisterapii (Vatehová, Vateha, 2013, s. 163). Existuje spousta dalších metod jako například Marthe meo, Simulated Presence (SimPres), vedení k soběstačnosti, lifestyle approach, pravidelnost denního režimu, habilitační terapie a paliativní péči v terminální fázi demence. Pro klienty je velmi důležité vyplnění dne smysluplnými činnostmi ať už pro udržování jejich zachovalých schopností či pro prevenci problémového chování. Tyto aktivity vytváří mezníky času, dávají klientovi a pečovateli pocit stability a jasného řádu (Šplíchalová et al., 2017).

Při výběru vhodných aktivit bychom si měli uvědomit, čeho jsou klienti schopni a jaké mají eventuální limity. Bereme ohled na:

- Poruchy krátkodobé paměti;
- Zpomalení psychomotorického tempa;
- Zhoršení prostorového vnímání a prostorové představivosti;
- Změny v emoční složce;
- Apraxii, třes;
- Poruchy pozornosti;
- Poruchy pravolevé orientace;
- Omezení schopnosti koncentrace;
- Zhoršení smyslového vnímání;
- Poruchy řeči a porozumění (Šplíchalová et al., 2017).

Je nutné mít na paměti, že každý klient je schopný něčeho jiného. Proto se snažíme tvořit menší skupinky a individuálně vybírat vhodné aktivity.

1.6.1 Kognitivní rehabilitace a cvičení paměti

Kognitivní rehabilitace zahrnuje různá cvičení, která pomáhají zlepšovat poznávací funkce. Mezi vhodné pomůcky pro kognitivní rehabilitaci, které vyvinula Česká alzheimerovská společnost, patří například pracovní sešit „Cvičte si svůj mozek“ nebo „Sada pro kognitivní trénink“, sem patří různé stolní hry, včetně skládanek, pexes, obrázků a domin. V rámci kognitivní rehabilitace se provádí cvičení na různá témata. Příkladem může být cestování. Klienti si vzpomínají, jak vypadá naše státní vlajka a zkusí ji nakreslit nebo alespoň vyjmenovat barvy, které se v ní objevují. Ptáme se na název hlavního města České republiky, jméno našeho prezidenta. V rámci reminiscenční terapie si klienti zavzpomínají, kam dříve cestovali a kde se jim nejvíce líbilo. Kognitivní terapie se může kombinovat i s muzikoterapií, kde se zpívají písničky a objevují se v nich názvy měst. Co se týče cvičení paměti, seniory nemá smysl stresovat cvičením něčeho, co se nezlepší, pokud jsou u nich kognitivní funkce výrazně narušeny. Měla by se u nich cvičit spíše zachovalá dlouhodobá paměť a průběh cvičení by mělo být spíše formou hry (Holmerová a kol., 2007b, s. 158-161). Her pro cvičení paměti je spousta, záleží na tom, co klient v minulosti hrál rád. Řadíme sem například křížovky, stolní hry (bingo, člověče nezlob se, puzzle, pexeso, kostky) či pracovní sešity (Šplíchalová et al., 2017).

1.6.2 Reminiscenční terapie - vzpomínková terapie

Tato metoda využívá vybavování vzpomínek pomocí různých podnětů. Je to účinná a snadno aplikovatelná metoda, která využívá vybavování starších vzpomínek u klientů, jejichž krátkodobá paměť postupně selhává nebo už selhala a klient se ve vzpomínkách vrátí do doby, kdy byl aktivní, šťastný a zdravý. Pomocí reminiscence se vyhledává nejlepší způsob komunikace s klientem i mezi klienty samotnými. Využívá se mnoho dalších prostředků, například zpěvu písniček z mládí či tance, recitace básniček, vyprávění starých příběhů mezi klienty, rodinné fotografie klienta a jeho blízkých. Prostředí vybavit drobnými předměty či nábytkem z doby mládí klienta. Témata reminiscenční terapie je vhodné volit podle biografie klientů a složení jejich skupiny. Témat je spousta a při skupinové reminiscenční terapii si klienti mají možnost připomenout příběhy z dětství, první lásku, svatbu, jejich děti, cestování a dovolené, zaměstnání, dřívější módu či vaření s recepty a mnoho dalších. Díky reminiscenční terapii se i pečující seznámí s klientovou osobou před onemocněním a to mu pomůže pochopit klientovo nynější chování (Holmerová a kol., 2005, s. 450; Holmerová a kol., 2007b, s. 181-188). I rodina může pomoci tím, že vytvoří pro klienta „vzpomínkové album“ z fotek, vzpomínkové pexeso, puzzle z fotek. Donesou jeho oblíbené vůně a informují personál o jídle, které měl rád. Zkrátka se zaměřit na činnosti a požitky z vjemů, které ho v minulosti činily šťastným a spokojeným.

1.6.3 Orientace v realitě

Tato edukační technika informuje klienty o všem, co se za poslední dobu odehrálo a co se děje nyní. Orientací v realitě se snažíme minimalizovat zmatenost a zmírnit poruchy chování. Začíná se v podstatě každé ráno. Pečující personál klienty informuje o tom, že je ráno, kolik je hodin a vždy při vstupu na pokoj se představí. Klienti by také měli být na začátku každého dne obeznámeni, kde se nachází, co je čeká celý den za činnosti a na co se můžou těšit (vyrábění, koncert či výtečná snídaně). Pokud je klient jakkoliv zmatený, dezorientovaný a nepřijímá žádný podnět k orientaci v realitě, nedohadujeme se s ním, ale přistupujeme k jiné metodě, například k validaci (viz. kapitola 1.6.5). Aby měli klienti celý den přehled o tom, jaký je den, měsíc, rok, roční období nebo kdo má svátek a kde se nachází, slouží k tomu vyvěšené barevné tabulky po celém oddělení či piktogramy, vyjadřující, co se v určité místnosti dělá (příbor na dveřích od jídelny, nápis na toaletě, jméno klienta na jeho pokoji). Vyvěšený by měl být i vnitřní či venkovní teploměr. Orientace realitou může probíhat i formou hry ve skupině, kdy si personál s klienty povídá o jednotlivých událostech, o počasí

a o čemkoliv jiném. Můžou se k tomu využít různé časopisy, noviny, peníze (změna měny a cen věcí). Dále jsou připomenuta například data úmrtí známých osobností. Tady je důležité, aby ve skupině byli lidé se stejnými nebo podobnými schopnostmi myšlení a uvažování. Ke konci dne jsou klienti informováni, že je čeká večeře a měli by jít spát (Holmerová a kol., 2007b, s. 174-180).

1.6.4 Validace (Dle Naomi Feil)

U této metody je nutné, aby pečující věděl pokud možno co nejvíce o klientově biografii. Validace využívá komunikace, pomáhá pečujícím vcítit se do role zmateného klienta a s vyjádřením jeho emocí. „*Jde o to vstoupit do jeho světa, projít se v jeho botách a s hlubokou empatií mu naslouchat.*“ (Potýkají se babička nebo dědeček s Alzheimerem? Nakoukněte do jejich myslí pomocí revoluční komunikační metody, 2017). Není to žádná léčebná metoda, spíše se snaží poukázat na to, že každé klientovo chování má svůj důvod. Pečující citlivě rozvíjí téma s klientem. Například, pokud klient hledá svou maminku, odchází z místnosti a chce jí najít, odpověď rozhodně nebude znít, že maminka je 10 let po smrti, ale opatrně jeho pozornost převedeme na jinou činnost a podotkneme, že pokud nám s tím pomůže, půjdeme za maminkou spolu. Klient se mezitím uklidní a věnuje se jiné činnosti. Nebo jen použijeme stejná slova, která řekl, jen zformulujeme do otázky: „Chybí ti maminka? Znamená pro tebe hodně? Chtěl bys jí něco říct?“ Validační metodu doplníme prvky neverbální komunikace, dlaně na ruce, přímé pohledy z očí do očí. Snažíme se vcítit do klientovy situace, prožíváme ji s ním, ale nelitujeme ho (Potýkají se babička nebo dědeček s Alzheimerem? Nakoukněte do jejich myslí pomocí revoluční komunikační metody, 2017; Holmerová a kol., 2007a, s. 125-126).

1.6.5 Kinezioterapie

Častou pohybovou aktivitou se snažíme zabránit závislosti na cizí pomoci, zpomalit proces stárnutí a předcházet svalovým atrofiím ve stáří. U lidí s Alzheimerovou chorobou musíme brát v úvahu možnou apraxii, zhoršenou hrubou a jemnou motoriku a problémy s prostorovým vnímáním. Kinezioterapie využívá pohybových programů, ty by měly probíhat denně a ve stejný čas. Cvičení je jednoduché, mělo by probíhat nejlépe vsedě na židlích rozestavených do kruhu a s dostatečnou vzdáleností od sebe. Terapeut předvádí jednotlivé cviky a klienti je po něm opakují a tím, že jsou rozestaveni s židlemi dokola, můžou okoukávat ostatní a napodobovat i je. Silná motivace ke cvičení je hudba nebo terapeut užívá termín „jako“, například: „pohybujeme nohama, jako kdybychom jeli na kole, plaveme prsa jako

v bazéně“ a podobně. Pro klienty je pak cvičení pohodlnější a méně náročnější (Holmerová a kol., 2007b, s. 189-193; Holmerová, 2006).

1.6.6 Pohybové aktivity

Lidé, kteří cvičili, sportovali či se rádi pohybovali jakýmkoliv způsobem, si při téhle terapii přijdou na své. Pro klienty s Alzheimerovou chorobou existuje spousta různých pohybových aktivit na odreagování a udržení si fyzické stability a kondice. Patří sem pohybové hry (šipky, kriket, kuželky, pétanque), rotopedy, nordic walking (chůze s hůlkami) nebo jen obyčejné procházky přírodou. Do pohybových aktivit lze zapojit i tanec a muzikoterapii, do kterých se klienti vždy rádi zapojí. A pokud nemají sílu nebo náladu se postavit z vozíku, tak si alespoň pobrukují, tleskají nebo se hýbají vsedě. Hudba také ovlivňuje poruchy chování (Šplíchalová et al., 2017).

1.6.7 Canisterapie

Canisterapie je podpůrná metoda, využívající kontaktu psa s člověkem a jejich vzájemného působení. Vede k podpoře bio-psycho-sociálního zdraví člověka. Existují různé metody canisterapie, ale u seniorů s Alzheimerovou chorobou se využívají přímo aktivity za pomoci zvířete (AAA- Animal Assisted Activities) a terapie za pomoci zvířete (AAT- Animal Assisted Therapy). Pozitivních přínosů u canisterapie je mnoho. Klienti si například procvičí kognitivní funkce (tedy paměť, myšlení, řeč a orientaci), zrelaxují a uklidní se, procvičí hrubou motoriku, koordinaci a pohyb, ať už procházkou nebo házením apertu a také jemnou motoriku tím, že otevírají nádobu s pamlskem, hladí psy nebo je češou. Psi dávají klientům také pocit jistoty a pomáhají při adaptaci na nové prostředí. Dle Mařhové (2012), je užitečné střídání klidových a pohybových aktivit se psem.

Canisterapie by měla být užita profesionálně za přítomnosti canisterapeutického týmu, který bude mít terapii pod dohledem. Přítomný by měl být i pracovník sociálního zařízení, který zná klientovu autobiografii a ví, že mu přítomnost zvířat nikdy v minulosti nevadila (Mařhová, 2012, s. 133-135).

1.7 Multismyslová terapie- snoezelen

Multismyslová prostředí snoezelen jsou relaxační prostory, které pomáhají snižovat agitovanost a úzkost, ale mohou také zaměstnat a potěšit uživatele, stimulovat reakce a povzbuzovat komunikaci. Cílem je relaxace, při které se člověk uklidní, sníží se agitovanost pomocí

jemného světla, uklidňujícího zvuku, uvolňující vůně a doteku. Snoezelen může být použit také jako vývojový nástroj, třeba pro srovnávání barev a vytváření tematického prostředí během učení se. Cílem je také stimulace, kdy mohou být k povzbuzení použity vzrušující vizuály, hudba, různé zvuky a povzbuzující vůně (Snoezelen, c2019).

2 ZMĚNA KVALITY ŽIVOTA S ONEMOCNĚNÍM

S přibývajícím věkem se kvalita života mění u každého z nás, ale u člověka, který je postižen Alzheimerovou chorobou, se mění rychle, progresivně a velmi intenzivně. Kvalita života nemocného je závislá na kvalitě života pečujícího. Jak už je známo, lidé s Alzheimerovou nemocí jsou velmi vnímaví a proto může pečující své psychické rozpoložení přenést na opečovávaného klienta. Častou příčinou změny kvality života jsou behaviorální a psychologické symptomy demence (dále BPSD), které dle Konráda (2009) postihují až 70 - 90 % lidí v průběhu demence. Ty se ale dají potlačit nebo uklidnit správným používáním jednotlivých metod péče a intenzivní léčbou, tím, že se sloučí terapeutický plán a organizace každodenního života klienta (Vellas et al., 2006, s. 35). Už jen ta situace, kdy má být člověk přijat do zařízení je kvalita života narušena znovu. Je to pro něj nová, nepoznaná a kritická situace, se kterou se musí smířit, i když má kvůli nemoci omezené adaptační a duševní schopnosti. Proto by měl být nemocný vlídně a přátelsky přijat do nového zařízení (Holmerová a kol., 2007a, s. 98). Tím, že pečující vymýšlí a organizují každodenní aktivity se klienti nenudí a mají stále co na práci. Nabízené aktivity, způsob, jakým jsou nabízené a jaký je dosažený výsledek, mají přímý vliv na to, jaký má osoba s Alzheimerovou nemocí pocit ze sebe a z těch, kteří o ni pečují (Zgola, 2003, s. 151). Je třeba brát ohled na posilování dosavadních schopností a dovedností klientů, aby se cítili užiteční a ne zbyteční (Holmerová a kol., 2007a, s. 125).

Kvalitu života také prodlužujeme udržováním co nejdelší soběstačnosti klienta, ať už se jedná o jakoukoliv činnost. Například udržování soběstačnosti při stravování tím, že nedovolíme ihned invazivní zavedení PEG a dále podávání výživy do něj. Nebo si neulehčíme práci tím, že zavedeme PMK a nemocný nebude moci chodit na toaletu sám. Tyto metody pouze prodlužují život, nikoliv zlepšují kvalitu života nemocného (Holmerová a kol., 2007a, s. 127). Také správná komunikace je velmi důležitá pro udržení životní kvality klientů. Tím, že je neustále oslovujeme, poskytujeme jim pocit, že jsou důležití a umí se sami rozhodnout v tom, co sami chtějí. Ptáme se jich na názory, aby uplatnili vlastní vůli, i když známe odpověď. Tímto získají pocit bezpečí, důvěry a své vlastní identity (König, Zemlin, 2017, s. 30-31).

Takovou intenzivní a promyšlenou péčí se snažíme zajistit klientům co nejdelší kvalitní život.

2.1 Česká alzheimerská společnost

Česká alzheimerská společnost (ČALS) má své sídlo v Gerontologickém centru v Praze (Kobylisy). Vznikla v roce 1996 a v roce 1997 byla zaregistrována pod jménem občanské sdružení. Už od vzniku ČALS je hlavním cílem pomáhat a podporovat jak lidi trpícími demencí, tak jejich rodinné příslušníky a pečovatele. Pomoc poskytuje formou konferencí, kurzů a vzdělávacích akcí pro pečující nebo individuálních konzultací a podpůrných skupin s cílem zlepšit kvalitu života osobám trpícím demencí i jejich pečovatelům. Zajímavá je celá řada projektů od ČALS, zahrnující projekt Bezpečný návrat, Dny paměti a rozvoj kontaktních míst, které poskytují širokou škálu služeb. Podrobné informace lze najít na webových stránkách www.alzheimer.cz.

2.2 BPSD u Alzheimerovy choroby

Pokud se objeví u klienta jakákoliv změna v jeho chování, na které není personál zvyklý, je nutné bádát po vlivech, které ho způsobují. Zvládat problémové chování je velice obtížné a proto je velmi důležité nepřetržité vyhodnocování situace, empatie a trpělivost při hledání příčin (Glennner a kol., 2012, s. 49). Behaviorální a psychologické symptomy jsou u tohoto onemocnění velmi časté. Včetně úbytku kognitivních schopností se vyskytují i změny v chování a emoční stránce nemocného člověka. Člověk si velmi dobře uvědomuje, co se s ním děje a začne být plačtivější, smutnější a příznaky můžou vyvrcholit až k depresi (Šplíchalová et al., 2017). Tím, že přestává chápat, co se kolem něj děje se často objeví i agresivní chování. Postupem času se ztrácením paměti, úsudku i logického myšlení je člověk podezřívavý, když není schopen najít věc, kterou si někde založil a obviňuje své okolí z krádeže. Zdrojem agrese může být i bolest, kterou nemocný nedokáže vyjádřit v pokročilém stádiu nemoci (Šplíchalová et al., 2017).

Dle Konráda (2009) patří do behaviorálních příznaků agresivita, křik, neklid, agitovanost, bloudění, kulturně nepřiměřené chování, sexuální desinhibice, hromadění věcí, klení, sledování, poruchy spánku a negativismus. A do příznaků psychologických řadí anxiету, depresi, halucinace, bludy, paranoiditu a misidentifikaci.

2.3 Příčiny BPSD

Příčin behaviorálních a psychologických symptomů je mnoho. Může sem patřit negativní vliv prostředí, výše zmiňovaná bolest či infekce (nejčastěji močových cest). Diskomfort, dehydratace, hlad nebo potřeba mikce. Důvodem může být i změna v personálu, protože

většina těchto lidí nemá ráda změny nebo samotná osobnost nemocného, která postupnou progredací nemoci zintenzivnila. A samozřejmě vliv samotného onemocnění (Šplíchalová et al., 2017).

2.4 Jak zvládat poruchy chování u klientů s Alzheimerovou chorobou

U klientů, kteří mají sklon k těmto poruchám, je důležité posilování dobrého chování. Metoda spočívá v prevenci nežádoucího chování a odměnění za jakoukoli správně vykonanou činnost. Ať už se klient choval pěkně k ostatním nebo slušně komunikoval. Odměna, kterou by se nemělo na klientech šetřit je pochvala, ať už verbální, neverbální či cokoliv jiného, co není součástí každodenní péče a bude klientovi určitě příjemné. Pokaždé, co dáváme klientovi odměnu, bychom mu měli vysvětlit, za co ji dostává. Pokud k problémovému chování dojde, jakékoli tresty rozhodně nepřichází v úvahu. Je třeba přistupovat tak, abychom situaci nezhoršili či klienta ještě více nevyprovokovali (Holmerová a kol., 2007a, s. 77). Hlavní přístupy k samotnému onemocnění a k prevenci těchto symptomů je mnoho. Důležité je dodržovat pravidelnost rituálů a zajistit klientovi jasný režim. Příkladem může být například mikční režim nebo barevné pásky na toaletě a v koupelně. Patří sem také pravidelná fyzická aktivita a jakákoliv forma pohybu. Zkrátka vše, co klient zvládne. Zařadit sem můžeme i bazální stimulaci, prvky muzikoterapie, terapii zvířaty, reminiscenční terapii a farmakoterapii (Šplíchalová et al., 2017).

Důležitá je pravidelná aktivizace, trénink kognitivních funkcí, různé formy relaxace, v nejhorším případě použití omezovacích prostředků (Konrád, 2009).

2.4.1 Agresivita

Patří sem verbálně agresivní chování s nadávkami, vyhrožováním, klením a brachiálně agresivní chování, které je typické ničením okolních věcí a agresivitou vůči ostatním (Jiráček, 2011, s. 56-57).

Ošetřující personál, který je přítomen u vzniku agresivního chování klienta, se musí snažit reagovat s klidnou hlavou, být rozhodný a rychlý. Aby byl postup při uklidnění agresivního klienta efektivnější a rychlejší, je nutné, aby ho alespoň jeden z ošetřujícího personálu dobře znal a neustále mu opakoval, že nemůže nikomu ubližovat a veškeré akce, kterou pečující provádí v blízkosti agresivního klienta, musí pečlivě komentovat a popisovat, hovořit k němu laskavě, ale jasně. Pokud nelze ztlumit či obejít podněty, které klienta rozrušují, snaží se personál odvézt klienta někam jinam či zaujmout jeho pozornost na jinou osobou,

kteřá nemá se vzniklou situací nic společného, tzv. „změna tváře.“ Klient by se měl uklidňovat a komunikovat by se s ním mělo co nejjemněji. Ukážeme mu, že celou situaci chápeme, ale že tohle chování není správné vůči pečujícímu personálu, který to s ním myslí dobře. O celé situaci by se měly pečlivě vést záznamy, které obsahují informace o vyvolávající příčině agresivního chování a postupu, díky kterému se klient uklidnil (Holmerová a kol., 2007a, s. 95; Glenner a kol., 2012, s. 64).

2.4.2 Agitovanost

Agitovanost je neagresivní porucha chování, tedy neklid, při kterém klient například přechází stále dokola z místa na místo nebo dělá repetitivní pohyby. Klienti často trpí i tzv. delir zaměstnanosti, to znamená, že vykonávají opakované pseudoúčelné pohyby z práce, kterou dříve vykonávali. V těžkém stádiu Alzheimerovy choroby se agitovanost projevuje jako vydávání skřeků a nařikání (Jirák, 2011, s. 56-57).

Mnohem účinnější než domlouvání a přesvědčování, je potřeba milého a klidného přístupu s odvedením pozornosti. Stejně jako u ostatních poruch chování klientů s Alzheimerovou nemocí je důležité i zde věnovat zvýšenou pozornost a dbát určitých zásad. Například dodržovat vytvořené denní rutiny, činnosti rozčlenit do jednodušších úkonů a ponechat klientovi na vše dostatek času. Příkladem může být také již zmíněný mikční režim, barevné pásy na záchodech a v koupelně či vyznačené piktogramy na různých místech. Další prevence vzniku agitovanosti je dodržovat dostatečné osvětlení ve dne a tmu v noci (Holmerová a kol., 2007a, s. 83-85).

2.4.3 Bezcílné bloudění a přecházení (wandering)

Důležité je zjistit, jak se klient při tomto bloudění chová, zda je neklidný a nešťastný, něco hledá, snaží se dostat ven nebo ho to baví a je spokojený. I zde by se mělo dbát na dostatečnou zaměstnanost klienta při denních aktivitách, ať už pravidelné procházky, cvičení či jiné nefarmakologické postupy, které mu vyhovují a má je rád. V zařízeních pro lidi trpící Alzheimerovou chorobou by měly být dveře i výtahy zabezpečené proti úniku (kódy). Klienti často utíkají ze zařízení s tím, že jim chybí blízký člověk, ale je dost možné, že už dlouho nežije. Nikdy se mu nesnažíme tuto situaci vyvrátit, ale spíše ho uklidníme, že půjdeme s ním a mezitím ho pomalu směřujeme zpět do zařízení (Holmerová a kol., 2007a, s. 81).

2.4.4 Nevhodné sexuální chování

Nevhodné sexuální chování se projevuje svlékáním na veřejnosti nebo hraní si s genitáliemi či nevhodné dotýkání se ostatních jedinců. Pokud se vyskytne jedna ze situací nebo jakákoliv jiná spojená s nevhodným chováním, snažíme se nereagovat přehnaně. Opět si uvědomíme, že je na vině nemoc, nikoliv sám člověk. Buď nemocného zabavíme jinou aktivitou, nebo odvrátíme jeho pozornost na něco jiného. Rozhodně na něj nekřičíme, abychom nevyvolali agresi či další neslušné chování (Ritter - Rauch, Vondráčková, 2016).

2.4.5 Poruchy spánku

Projevují se buď spánkovou inverzí, kdy nemocný odpoledne spí a večer je bdělý a ruší ostatní. Typická je také insomnie (nespavost). Těmto potížím lze předejít pravidelnou aktivizací během dne (procházky, fyzická aktivita), podporováním bdělosti přes den dostatečným osvětlením, zabráněním spánku přes den (maximálně půl hodinu po obědě) a samozřejmě dodržováním předspánkových rituálů (večeře, koupel), aby se klient cítil příjemně. A pokud mu nejde spát, tak může pomoc buď teplé mléko, koupel či jakýkoliv rituál, na který byl klient v minulosti zvyklý (Holmerová a kol., 2007a, s. 75; Holmerová, Janečková, Niklová, 2017, s. 19).

2.4.6 Deprese

Deprese je častá komplikace Alzheimerovy choroby, jak v počátečním, kdy si člověk uvědomuje svůj handicap, a že ztrácí paměť, tak v konečném stádiu choroby. Ve většině případů se depresivní stavy léčí farmakologicky. Klienti užívají podle předpisů lékaře antidepresiva. (Holmerová a kol., 2011, s. 64).

2.4.7 Bludy, halucinace

Příklad situace, kdy klient trpí bludy, může být obviňování okolí z krádeže jeho věcí či paranoidní myšlení. Při halucinacích slyší hlasy nebo vidí něco, co se v okolí nevyskytuje, ale v důsledku poruchy kognitivních funkcí nedokáže rozpoznat skutečnost od těchto psychotických poruch. Pokud nastane takováto situace, snažíme se nezpochybňovat tvrzení klienta, nesnažit se vysvětlovat fakt, že v zařízení žádní zloději nejsou, ale utěšovat a vytvářet příjemné prostředí a pátrat po příčině vzniku. Může pomoci i metoda validace a vysvětlení, že mu pomůžeme tuto situaci vyřešit a že v tom není sám. Do té doby, než personál najde onu ztracenou nebo založenou věc, nemocného zabaví jinou činností. (Holmerová a kol., 2007a, s. 85-87).

2.5 Používání omezovacích prostředků

Jak už bylo psáno výše, i člověk s Alzheimerovou chorobou má svá práva a jedno z nich přesně uvádí, že „je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.“ Omezování pacienta se však neprovádí pouze prostřednictvím psychofarmak, ale také fyzicky, kam řadíme:

- Umístění v síťovém lůžku;
- Omezení pohybu ochranným kabátem, pásem či kurty;
- Pobyt v izolační a uzavřené místnosti, která by neměla být přístupná pro ostatní klienty, a měly by v ní být eliminovány nebezpečné prostředky, kterými by se mohl klient poranit s tepelným a světelným komfortem.

Co se týče možnosti podávání či používání omezovacích prostředků klientovi trpícím Alzheimerovou chorobou, jsou dána řádná pravidla a specifika. K použití omezovacích prostředků se přistupuje pouze tehdy, pokud jsou vyčerpány všechny jiné možnosti. Pokud byl použit jakýkoliv prostředek k omezení klienta, je nutné přesně definovat důvod. Aplikace omezovacích prostředků je možná pouze v případě hrozícího nebezpečí ohrožení vlastního zdraví klienta a je nepochybné, že dojde ke zhoršení jeho zdravotního stavu, pokud nedojde k omezení. Pokud k omezení dojde, je klient po celou dobu intenzivně sledován. Použití omezovacích prostředků je možné předejít vysokou informovaností personálu o tom, jak se k neklidným a agresivním klientům chovat (Dohnalová, 2011, s. 86).

3 SPECIFIKA PÉČE U KLIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Člověk postižený Alzheimerovou chorobou mírného stupně je většinou schopný verbálně vyjádřit své pocity a ví, co se s ním děje. Ve stádiu pokročilé demence je nutné se naučit efektivně komunikovat a to i neverbální formou jazyka (Glennner a kol., 2012, s. 27). Pokud chceme člověku postiženému Alzheimerovou chorobou poskytnout co nejlepší a nejkvalitnější péči, musíme si být jisti tím, v jaké fázi demence se nachází. Specifická péče o klienta s touto nemocí je velmi odlišná od potřeb každodenní péče o relativně zdravé seniory. Důležité specifikum v péči o klienta je přijmout fakt, že je nemocný. Ale snažit se za nemocí stále vidět důstojného člověka a jeho vlastní potřeby, podporovat ho, nekonfrontovat a akceptovat. Brát na zřetel jeho aktuální potřeby. Lidé s Alzheimerovou chorobou mají tendenci odporovat péči, brát na zřetel jeho aktuální potřeby. Lidé s Alzheimerovou chorobou mají tendenci odporovat péči, proto je velmi důležitá psychická hygiena ošetřujícího personálu (Šplíchalová et al., 2017). König a Zemlin (2017, s. 14) ve své publikaci udávají, že „člověk s demencí nepotřebuje nadměrnou péči zbavující ho motivace dělat cokoli samostatně, ale potřebuje prostředí a doprovod, který mu umožní samostatné jednání. Nepotřebuje více, ale i méně.“ Pro stanovení specifické a individuální péče je potřeba práce s biografií dané osoby. Díky biografii pochopíme chování daného člověka při zvládání různých situací a smysl jeho života. Tím, že využijeme šanci se přiblížit do jeho minulosti, nám pomůže pochopit dané chování v přítomnosti (König, Zemlin, 2017, s. 17-18).

Při péči je naší povinností dbát na důstojnost a práva, které jsou vypsány v listině práv pacientů trpících Alzheimerovou chorobou (P VII).

Složky důstojnosti jsou:

- Důstojnost zásluh - čeho člověk v životě dosáhl;
- Důstojnost mravní síly - morální integrita;
- Důstojnost osobní identity - fyzická identita, psychická integrita, začlenění ve společnosti;
- Menschenwürde - nezcizitelná hodnota lidské bytosti (Lejsal, 2015) (P VIII).

3.1 Multidisciplinární tým

Jedním z nejdůležitějších předpokladů pro kvalitní a komplexní péči o klienta s Alzheimerovou chorobou je kompletní a spolupracující multidisciplinární tým. Každý pracovník má svou roli v péči. V sociálních zařízeních o nemocné pečují všeobecné popřípadě i praktické

sestry, své postavení mají i pracovníci v sociálních službách (ergoterapeut, ošetrovatel), v čele s hlavním, řídicím pracovníkem (ředitel). Výše zmínění pracovníci se navzájem doplňují, předávají si zkušenosti a tím vytváří příjemné a bezpečné prostředí pro klienty, kteří v nich mají důvěru. Činnosti zdravotnických pracovníků stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. (Celé znění vyhlášky P IX).

Do multidisciplinárního týmu patří:

3.1.1 Všeobecná sestra

Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu, na základě indikace lékaře, zejména ve specializovaném zařízení:

- Provádět zápisy do zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající z jiných právních předpisů, pracuje s informačním systémem poskytovatele zdravotních služeb;
- Podílet se na zajištění zapracování nově nastupujících zdravotnických pracovníků;
- Provádět opatření při řešení následků mimořádné události nebo krizové situace;
- Sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, a další tělesné parametry za použití zdravotnických prostředků;
- Získávat osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu;
- Hodnotit a ošetřovat centrální a periferní žilní vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti;
- Doporučovat použití vhodných zdravotnických prostředků pro péči o stomie, chronické rány nebo při inkontinenci;
- Pečovat o zavedené močové katétry;
- Zavádět periferní žilní katétry;
- Podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak;
- Zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii;
- Provádět screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické;
- Provádět ošetření akutních a operačních ran;

- Odstraňovat stehy u primárně hojících se ran;
- Provádět katetrizaci močového měchýře u žen;
- Provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět gastrické sondy pacientům při vědomí, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu;
- Podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely (ČESKO, 2017).

3.1.2 Praktická sestra

Činnosti praktické sestry, které jsou dány vyhláškou č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. Praktická sestra bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou, stanovenou lékařem může: zejména ve specializovaném zařízení:

- Sledovat fyziologické funkce za použití zdravotnických prostředků a získané informace zaznamenávat do dokumentace;
- Pozorovat a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta a schopnost příjmu potravy;
- Provádět komplexní hygienickou péči, včetně prevence proleženin;
- Rozdělovat stravu pacientům podle diet a dbát na jejich dodržování pitného režimu, sledovat bilanci tekutin, pečovat o vyprazdňování;
- Provádět sociální aktivizaci zejména v rámci péče o seniory;
- Pečovat o zajištění psychické pohody, pocitu jistoty, bezpečí a sociálního kontaktu;
- Sledovat poruchy celistvosti kůže;
- Ošetřovat periferní žilní vstupy;
- Poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta;
- Vykonávat činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků;
- Vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení zdravotnických prostředků a prádla, jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby.

Praktická sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře:

- Podávat léčivé přípravky, s výjimkou radiofarmak a nitrožilní injekce;

- Provádět odsávání sekretu z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost;
- Odebírat kapilární a žilní krev a jiný biologický materiál;
- Provádět ošetření nekomplikovaných chronických ran, ošetřovat stomie (ČESKO, 2017).

3.1.3 Ergoterapeut

Dle vyhlášky č 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, může provádět:

- ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu aktivit;
- hodnotit a nacvičovat běžné denní činnosti (ADL);
- sestavovat krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie;
- v rámci multidisciplinárního týmu vytvářet dlouhodobý plán komplexní rehabilitace;
- navrhovat a popřípadě zhotovovat kompenzační a technické pomůcky;
- poskytovat poradenské služby a instruktáže v otázkách adaptace;
- navrhovat a popřípadě provádět preventivní opatření proti vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů;
- spolupracovat a edukovat v tomto směru všeobecnou sestru, praktickou sestru, pacienty a jimi určené osoby;
- působit v rámci ošetrovatelského týmu jako odborník zaměřený na uspokojování specifických potřeb pacientů (ČESKO, 2017).

3.1.4 Ošetrovatel

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, může provádět pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo praktické sestry:

- hygienickou péči u pacientů;
- pomáhat při podávání léčebné výživy, pomáhat při jídle ležícím nebo nepohyblivým pacientům, popřípadě je krmit;
- pečovat o vyprazdňování pacientů;
- měřit tělesnou teplotu, výšku a hmotnost;
- pečovat o úpravu prostředí pacientů;
- provádět úpravu těla zemřelého;
- vykonávat činnosti při přejímání, kontrole a uložení léčivých přípravků;

- vykonávat činnosti při přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby (ČESKO, 2017).

Další pracovníci multidisciplinárního týmu:

Ředitel: řídí činnost v zařízení;

Lékař: provádí diagnostiku zdravotního stavu klientů, předepisuje medikamenty, komunikuje s klienty a jejich rodinami;

Psychiatr: hodnotí stav klientů, předepisuje medikamenty;

Vrchní sestra: řídí, kontroluje a koordinuje činnost všech pracovníků v přímé péči;

Staniční sestra: řídí a kontroluje činnost pracovníků na stanici;

Sociální pracovník: řídí a kontroluje činnost týmu, komunikuje s rodinami klientů.

3.2 Specifické činnosti multidisciplinárního týmu

3.2.1 Hodnocení příjmu potravy

Velmi častý důsledek nevyvážené stravy a také samotného onemocnění je malnutrice (podvýživa), proto je nutné již od stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby dbát na vyváženou, správnou výživu, dostatek příjmu energie a bílkovin ve stravě. Správná výživa může zpomalit progresivní průběh samotného onemocnění a znatelně zlepšit kvalitu života klienta (Navrátilová, 2011). S průběhem nemoci se radikálně snižuje schopnost samostatně jíst a klient by se neměl nechávat při jídle sám nebo by se na něj mělo alespoň dohlížet.

Klientům, kterých se týkají polykací potíže, by měla být podávána spíše kašovitá strava nebo vyloučit nevhodné potraviny, například kousky masa či brambor v polévce, salát s jemnými lístky. Tuhé a tvrdé oříšky, hrášek, kukuřici i sóju. Snažit se vyloučit potraviny houževnaté konzistence, kterou má slanina, tuhé maso s dlouhými vlákny a zelí (Holmerová, Mátlová, 2017, s. 87).

Jindy se může stát, že klient necítí stravu v ústech, nic s ní nedělá, jen ji v ústech drží, plive kousky stravy z úst nebo si je vyndává, jí velmi málo, odmítá potravu a brzy s jídlem končí či naopak jí velmi rychle a dává si do úst nadměrně velká sousta, mluví s plnou pusou, zapomíná polykat, aspiruje a dává se. Správné a bezpečné přijímání stravy může personál pod-

porovat tím, že pomůže klientům sedět tak, aby se nezakláněli a tím nedošlo k aspiraci. Důležitá jsou malá sousta, těch snadno docílíme používáním menších, dětských lžiček. Aby se dutina ústní lépe vyprázdnila, podněcujeme klienta k zapíjení pokud možno každého sousta a k pravidelnému polykání, nejlépe po každém soustu vždy dvakrát. Po skončení jídla by se měla řádně zkontrolovat dutina ústní (Holmerová, Mátlová, 2017, s. 85-86). Tekutiny klientům stále nabízíme, protože nemívají potřebu se napít, zapomenou či neví, jak to provést. Nápoje by se správně měly podávat v hrnku s uchem, protože se klientům lépe drží, než sklenice. Mělo by se dbát na to, aby tekutiny nebyly příliš horké, protože se může stát, že neodhadnou správnou teplotu a spálí se. Každodenní příjem tekutin by měl být u člověka s Alzheimerovou chorobou alespoň 2 litry denně, a pokud má potíže s polykáním, tekutiny zahušťujeme želatinovým přípravkem, podáváme krémové polévky či ovocné pyré. Mezi jídla by se měla zahrnout i doplňková výživa, tzv. sipping (Holmerová, Mátlová, 2017, s. 79).

Zde ale musíme brát ohled na fakt, že člověk, který v minulosti nebyl zvyklý vypít 2 litry tekutin za den, nevypije ani nyní. Pokud klient nepije vůbec ani při opakovaném připomínání a nabízení, hledáme problém jinde. Snažíme se zjistit, co rád pije, popřípadě, aby měl u sebe svůj oblíbený hrníček či sklenici. Zavedeme kolem pití pravidelné rituály nebo se ke klientovi posadíme a napijeme se s ním. To stejné můžeme zavést i při jídle (König, Zemlin, 2017, s. 26).

U klientů, kteří nejsou schopni se posadit k jídelnímu stolu s ostatními, využíváme polohování na lůžku k podávání jídla. Provedeme sed v lůžku, hlava nesmí být příliš v předklonu, ani v záklonu a je podložena i se zády v jedné rovině. Pánev stabilizujeme zasunutím například srolovaného ručníku či válečku za hrbol sedací kosti a ruce položíme na stůl (Šplíchalová et al., 2017).

3.2.2 Hodnocení vyprazdňování moči a stolice

I zde pomáhá vytvoření jednoduchého záznamu pro pečující personál ohledně pravidelnosti vyprazdňování klienta, zvyků při vyprazdňování, balanci tekutin a potravy a o užívání léků. Pro klienty je užitečný a typický plán pravidelného vyprazdňování, tzv. mikční režim, aby měli daný jasný denní řád chození na toaletu, například hned ráno při hygieně, vždy po i před jídlem, po odpoledním odpočinku, před večerním programem či po něm a před spaním. Mikční režim by měl být zahrnut do aktivit denního rytmu a stejně jako ostatní aktivity by měl mít pravidelný řád a klient si na něj zvykl. Před uložením do lůžka je vhodné noc zajistit

plenou, ale to pouze dle kontinence klienta. V noci může pomoci toaletní židle postavená v blízkosti postele. Alzheimerovu chorobu buď dříve, nebo později prokládá inkontinence. V případě, že klient neudrží moč či stolicu, netrestáme ho, ale jsme taktní a pomůžeme mu se převléct. Rozhodně v něm neevokujeme pocity studu a neklidu. Dostupné jsou různé formy inkontinentních pomůcek, jsou efektivní a nesmírně pomáhají, ale eliminujeme zneužívání močových katétrů. Toalety pro klienty by měly být zřetelně označené, například barevnými páskami, šipkami na podlaze, obrázkem toalety či velkým nápisem. Záchod by měl obsahovat madla na uchycení v určité vzdálenosti od mísy, aby se na ně dosáhlo a dostatečné osvětlení. (Holmerová, Mátlová, s. 80; Holmerová a kol., 2007a, s. 109-112).

3.2.3 Hodnocení pohybu a aktivity každodenního života

Pravidelný pohyb a denní aktivity pomáhají podpořit jak fyzickou, psychickou, tak duševní kondici a udržují stále zachované schopnosti člověka. Pravidelnost a smysluplnost denních aktivit je pro klienty vysoce motivační a důležitá. Činnosti by měly přinášet radost, být zábavné a účelné. Každodenními aktivitami strukturujeme den a vytváříme mezníky času. Klienti se cítí užiteční, v bezpečí, mají řád a nenudí se, tedy je zde možnost zmírnění vzniku nežádoucích vzorců chování (bezcílné bloudění, agitovanost a jiné). Aktivity rozdělujeme na pracovní, sebeobslužné a zájmové, na aktivní, pasivní nebo individuální a skupinové. To vše podle schopností klientů. Různými činnostmi se snažíme posílit důstojnost a sebedůvěru člověka tím, že dají jeho životu smysl. Pracovními činnostmi si můžou připomenout své dřívější zaměstnání či koníčky, například zahradničení, vykonávání domácích prací (utírání prachu, utírání nádobí, prostírání stolu, příprava jídla, stlaní postele a mnoho dalších). Osobní hygienou (holení, péče o vlasy, nehty), stravováním či oblékáním, které za klienta neděláme my, ale spíše asistujeme, podporujeme základní sebeobslužné aktivity. U zájmových aktivit vycházíme z osobní biografie. Tyto činnosti by měly být individualizované každému člověku zvlášť. Co se týče náročnosti aktivit, volí se pečlivě dle stavu a schopností klientů, protože pokud zvolíme náročnější práci, která neodpovídá přiměřeným schopnostem, zdůrazníme tím jeho neschopnost zvládnout danou činnost a může být neklidný až agresivní. U lidí s Alzheimerovou chorobou bývá dlouho zafixovaná nedeklarativní paměť. To znamená, že mají přesně naučené stereotypní činnosti z minulosti a dokážou je zvládat, například domácí práce, taneční kroky, postupy přípravy jídla, pracovní postupy, zvyky a dovednosti. Činnosti je vhodné vykonávat s klienty v pravidelných intervalech a po stejně dlouhou dobu. Nikdy k činnosti nenutíme, pouze výrazně motivujeme (Holmerová, Janečková, Niklová, 2017, s. 15; Šplíchalová et al., 2017).

3.2.4 Hodnocení oblékání

Na začátku choroby není oblékání pro nemocného těžké, záleží však na obtížnosti úkonů. Mužům může činit problém například uvázání kravaty u košile nebo ženám zapínání malých početných knoflíčků na halence. Proto je nejlepší se těmto složitým zapínáním vyvarovat. V pokročilých fázích Alzheimerovy choroby se schopnost oblékat a vybírat vhodné oblečení může stát problémem. Stejně jako u ostatních úkonů ve všedních činnostech se snažíme klienta vést k samostatnosti. Ve svém oblečení by se měl klient cítit pohodlně a příjemně a v rámci možnosti bychom mu měli umožnit vybrat si oděni sám. Problémová situace může nastat například, když chce klient nosit jedno a to samé oblečení každý den, třeba stejnou košili. V tom případě informujeme rodinu, aby nakoupila podobné kusy oblečení stejné barvy. Nebo se klient nechce oblékat, protože mu to přijde příliš složité, v tom případě je tam personál, který mu s oděním pomůže. Na nemocného nespěcháme, vždy si vyhradíme na oblékání dostatek času. Pokud se nemůže rozhodnout nebo neví, co si má vzít na sebe, poradíme mu například: „tohle Vám bude slušet, zkuste si to“, věta nezní jako příkaz, ale přátelská rada a to je správně. V klientovi tak neevokujeme stres a vyhneme se agresi nebo nadávkám (Glenner a kol., 2012, s. 105-107).

3.2.5 Hodnocení hygieny

Lidé s mírným postižením a začátečním stádiem choroby se o sebe většinou dokážou postarat sami. V pokročilejších stádiích choroby se stává pro člověka vše okolo hygieny čím dál tím víc složitější. Někdo necítí potřebu se umýt, v pokročilejší fázi zapomene, jak se to vlastně dělá. Proto je důležité zjednodušit jednotlivé kroky v koupání a pokaždé je opakovat ve stejném pořadí. I koupání patří do pravidelného denního stereotypu a klient by to měl brát jako odpočinkovou, příjemnou činnost. Musíme mít na paměti klientovu důstojnost a zachovat mu co největší soukromí. Podporujeme samostatnost, a dokud určité úkony dokáže sám, zbytečně je neděláme za něj. (Glenner a kol., 2012, s. 94-95; Holmerová, Janečková, Niklová, 2017, s. 17). Hygiena zahrnuje i čištění zubů či zubní protézy, a pokud má klient potřebu, tak i holení (jak u mužů, tak u žen).

Ústní hygiena patří k častějším stereotypům než samotné koupání. Pro klienty s lehčím stádiem nemoci je velká výhoda, že čištění zubů pro ně byla tak automatická činnost, že je silně zafixovaná v paměti. V pokročilém stádiu choroby je provozování těchto úkonů výrazně složitější. Problém nastává v okamžiku, kdy musí v ústech zároveň udržet vodu i zubní pastu nebo si má vypláchnout ústa bez toho, aby pastu spolkl. Čištění zubů je i pro takto nemocné

klienty stále důležité, jako pro ostatní. Cílem je udržet čistá ústa a zdravé dásně. Pokud má klient zubní náhradu, měli bychom pravidelně kontrolovat, zda je uložena tam, kde má být a že mu stále dobře sedí (Glenner a kol., 2012, s. 99-100).

3.2.6 Hodnocení bezpečnosti klienta

Pokud jde o předcházení pádů při chůzi, je nutné dodržovat důležitá opatření. Kdekoliv se klient pohybuje, ať už uvnitř zařízení nebo venku, musí personál dbát o jeho bezpečí. Pádům předcházíme pohodlnou a protiskluzovou obuví, kompenzačními pomůckami a bezpečně vybaveným interiérem zařízení. Pokud má klient francouzskou hůl či berli, dbáme na to, aby pomůcky používal. S klientem na vozíku se musí zacházet šetrně, nenechávat ho samotného bez zabrzdění, neopírat se o vozík jako o věc ani nejezdit prudce a rychle, abychom se vyhnuli tomu, že klient přepadne. Dostatečné osvětlení je také jedna z důležitých prevencí pádu, mělo by být silné hlavně na schodištích, které obsahuje zábradlí a na konci jednotlivých stupňů nalepené proužky kontrastní barvy. To, že osoby s Alzheimerovou chorobou mají potíže s prostorovým vnímáním, že nedokážou odhadnout vzdálenost a výšku už víme. Takže se může stát, že špatně odhadnou vzdálenost překážky a upadnou. Snažíme se tomu předcházet, například tím, aby klient správně odhadnul vzdálenost k židli a její výšku. Její barva, aby byla kontrastní k barvě podlahy. Židle by měly mít opěrky a pevný zádový opěrák (Glenner a kol., 2012, s. 80-81).

Pádům a zraněním předcházíme také při hygieně, a to nástavci na toaletě, sedačkami ve vaně či ve sprchovém koutě, toaletním křeslem a madly. Pomoc při oblékání ponožek může poskytnout speciální navlékač a při stravování například hrnky s pítkem nebo misky se zvýšeným okrajem. Co se týče vnitřního prostředí zařízení, mělo by být uzpůsobeno bezbariérově, abychom se s klientem dostali bez problému vždy tam, kam potřebujeme. U imobilních klientů dbáme na správné a pravidelné polohování. Polohování usnadní elektrická polohovací postel či hrazdička. Vždy bádáme po tom, jak se klient v poloze cítí a polohujeme alespoň každé 2 hodiny (Šplíchalová et al., 2017).

V zařízení se snažíme co nejvíce chránit uživatele před infekcemi. Třídíme infekční a neinfekční odpad, prádlo a individualizujeme pomůcky. Časté jsou infekce močových cest v důsledku zavedení permanentního močového katétru, ty omezujeme u chodících a relativně samostatných klientů. Pokud je klient kuřák, mírné požívání nevádí, ale bereme ohled na zdraví a bezpečnost, takže pokud si pacient cigaretu vyžádá, zajistíme doprovod, ať už někoho z personálu či rodiny. Klientovy cigarety by měl mít u sebe ošetřující personál, kvůli

zajištění bezpečnosti, protože neopatrnost může způsobit požár. Konzumace alkoholu by měla být co nejvíce eliminována, proto se snažíme nápoje ředit nebo podávat spíše nealkoholická piva (Holmerová, Janečková, Niklová, 2017, s. 19).

3.2.7 Hodnocení komunikace

Vlivem Alzheimerovy choroby se postupnou progredací snižuje schopnost člověka komunikovat. Komunikace s osobou postiženou touto nemocí vyžaduje trpělivé naslouchání a pochopení. Nemocní často vypráví jedny a ty samé příběhy, opakují se nebo si je dokonce upravují, vymýšlí nová slova předmětů, ztrácí myšlenkový postup a vrací se zpět do rodného jazyka (Šplíchalová et al., 2017).

Komunikace by měla být přizpůsobena míře postižení, většinou kombinujeme verbální a neverbální formu. S komunikací bychom měli klientům pomáhat a snažit se jim trpělivě naslouchat. Aby byla komunikace co nejefektivnější, měl by se brát ohled na momentální stav, náladu a míru pozornosti. Člověk postižený touto chorobou není schopen udržet pozornost, má poruchu řeči i paměti a úsudku, ale to není důvod pro omezení nebo úplnou absenci komunikace. Komunikaci pouze přizpůsobíme jeho schopnostem. Proto má i neverbální komunikace obrovský význam (Glennner a kol., 2012, s. 43).

Při verbální komunikaci s klientem sledujeme míru jeho pozornosti. Používáme jednoduché věty, správnou artikulaci, aby náš hlas byl jasný, pomalejší a pro jistotu opakujeme (Šplíchalová et al., 2017). Dbáme na jednoznačnost podávání instrukcí, držíme se jednoho tématu a vyhýbáme se sarkastickým a ironickým projevům (Nováková, 2011, s. 117). Když rozhovor začínáme, oslovíme klienta buď jménem, nebo jeho oblíbenou přezdívkou, zkrátka tak, jak se mu to líbí nebo byl v minulosti zvyklý. To, co říkáme, podporujeme řečí svého těla, například pokud chceme, aby šel klient s námi, pomalu se k němu přiblížíme, podáme ruku a gestem vyzveme ke zvednutí ze židle. Pokaždé, když ke klientovi mluvíme, snížíme se na úroveň jeho očí- tedy, když sedí, nemluvíme na něj ze stoje a naopak. Pochvalami každopádně nešetříme a je důležité, aby se klienti cítili sebevědomí, například pochválíme účes, nalakované nehty, oblečení či za jakoukoliv správně vykonanou činnost nebo jen účast na ní. I lidé s Alzheimerovou chorobou se rádi baví a je správné nějaké situace humorně odlehčit, zasmát se s klienty, ale ne jim (Holmerová a kol., 2007a, s. 69-71; Holmerová, Janečková, Niklová, 2017, s. 14).

U neverbální komunikace se soustředíme na milá gesta, mimiku a fyzický kontakt. Velmi důležité při komunikaci je to, aby klient věděl a cítil, že s ním komunikovat chceme a máme

o něj zájem. Když procházíme kolem klienta, dáme alespoň najevo gestem, že o něm víme, například zamáváním, mrknutím či úsměvem. S doteky pozor, ne každému klientovi je to příjemné. Neotáčíme se zády a snažíme se udržet oční kontakt, a pokud chceme od klienta odejít, jasně ho na to upozorníme (Šplíchalová et al., 2017; Nováková, 2011, s. 118).

3.2.8 Hodnocení náboženství, víry

I lidé s Alzheimerovou chorobou mají právo vyznávat svou víru. V zařízeních jsou zavedené pro věřící pravidelné mše. Klienti by měli mít na očích, který den a v jakou hodinu bude mše probíhat. Mělo by se jim to pravidelně připomínat.

Pokud si klient či jeho rodina přeje návštěvu duchovního, vyhovíme požadavku (Vatehová a Vateha, 2013, s. 173).

3.2.9 Hodnocení učení

U Alzheimerovy choroby je typická porucha učení a zapamatování si učeného. Nesnažíme se klienty učit novým věcem, pouze u nich podporujeme zachovalé dovednosti, co se naučili dlouho před tím, než choroba propukla. Nevnučujeme jim nové poznatky z doby, kdy už byli chorobou postihnuti. Pouze s nimi o tom hovoříme, například při reminiscenční terapii můžeme vzpomínat, srovnávat, jaké to bylo dřív a nyní. Lidé s Alzheimerovou chorobou trpí nesoustředěností. V časnějších fázích si zapisují věci, aby si je zapamatovali nebo na ně nezapomněli. S progredací choroby přichází dezorientace a v důsledku úpadku abstraktního myšlení není člověk schopný rozeznávat a chápat (Janošíková, 1999, s. 244-245, podle Vatehová a Vateha, 2013, s. 174).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl práce:

Zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou, jakou roli v péči o nemocného hraje multidisciplinární tým a jeho rodina.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda respondenti znají specifika ošetrovatelské péče u klienta s Alzheimerovou chorobou

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jak probíhá vzájemná spolupráce pečujících osob v rámci multidisciplinárního týmu

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu spolupracují s rodinou klienta

4.2 Technika sběru dat

Jako výzkumnou techniku sběru dat jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor. Vytvořili jsme určitý okruh otázek, na které se tazatel bude účastníků ptát. Některé okruhy je možné zaměřovat, jiné budou plně strukturované.

Rozhovor (interview) je přirozený prostředek lidské komunikace, používaný k získávání kvalitativních dat. Odpovědi je možné ověřovat, například kladením doplňujících otázek vzhledem k definovaným cílům či dotazem na vysvětlení odpovědi účastníka. Rozhovor by měl probíhat v klidném a nerušeném prostředí a měl by trvat určitou dobu (Kutnohorská, 2009, s. 39-40).

4.2.1 Charakteristika rozhovoru

Univerzální struktura rozhovoru obsahovala 25 otázek, které byly rozděleny do čtyř okruhů: informace o účastníkovi výzkumu, specifika ošetrovatelské péče, spolupráce mezi členy multidisciplinárního týmu a otázky zaměřené na spolupráci multidisciplinárního týmu s rodinou. Všichni účastníci výzkumu byli obeznámeni o účelu a anonymitě rozhovoru.

4.3 Charakteristika účastníků výzkumu

Pro tento výzkum byl z každé kategorie multidisciplinárního týmu vybrán vždy jeden člen ze specializovaného zařízení pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Jednalo se o 10 členů

týmu, konkrétně: ředitelka (R1), sociální pracovníce (R2), aktivizační pracovníce (R3), praktická sestra (R4), všeobecná sestra (R5), koordinátorka přímé péče (R6), vrchní sestra (R7), staniční sestra (R8), fyzioterapeut (R9), lékař (R10).

4.4 Organizace výzkumu

Výzkumu předcházelo vytvoření univerzální struktury rozhovorových otázek za pomoci vedoucí práce Anny Krátké PhDr., Ph.D. Rozhovory byly realizovány v období říjen 2018 – leden 2019, s jednotlivými členy multidisciplinárního týmu ve specializovaném zařízení. Rozhovory byly zaznamenávány bez nahrávání, z důvodu narušení intimity rozhovoru ze strany respondentů. Rozhovory probíhaly na půdě specializovaného zařízení pro osoby s Alzheimerovou chorobou, v klidných místnostech a každý rozhovor trval cca 20 minut. Po celou dobu jsme nebyli rušeni. Některé rozhovory byly doplněny elektronickou formou, přes e-mail, z důvodu časové vytíženosti personálu. Ze stejného důvodu neproběhl rozhovor s fyzioterapeutem a lékařem. To dle našeho názoru neovlivňuje výsledky průzkumu. Průzkum byl proveden s vědomím vedení zařízení.

4.5 Zpracování získaných dat

Rozhovory byly přepsány a upraveny. Byly odstraněny nespisovné výrazy, ale tak, aby byla zachována podstata odpovědi. Zajímavé výroky uvádíme jako přímou řeč. Byla udělána analýza jednotlivých rozhovorů. V diskusi se nachází shrnutí a srovnání názorů na dané téma jednotlivých zaměstnanců.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Výsledky rozhovorů, které byly vedeny s jednotlivými pracovníky multidisciplinárního týmu

5.1.1 Rozhovor s ředitelkou (R1)

Ředitelka, s ukončeným vysokoškolským vzděláním (Ing.). Dříve pracovala jako vrchní sestra v Charitním domě a externě vyučovala na Univerzitě Tomáše Bati – na Fakultě humanitních studií. Rozhovor byl paní ředitelkou zaslán elektronicky, e – mailem.

T: Jaká je Vaše funkce v týmu?

RI: Ředitelka

T: Jak dlouhá je Vaše praxe je zdravotnictví?

RI: 29 let.

T: Jak dlouho pracujete s osobami s Alzheimerovou chorobou?

RI: 8 let.

T: Víte, jaké jsou projevy Alzheimerovy choroby?

RI: Ano, dezorientace (postupně místem, časem, situací i osobou), ztráta krátkodobé paměti, nejistota v běžných každodenních činnostech, postupná ztráta soběstačnosti, poruchy chování, obviňování, bludy, deprese, emoční nestabilita, stavy zmatenosti, úbytek na váze a mnohé další, které se objevují v těžkém stádiu této nemoci - inkontinence, poruchy polykání, nejistá chůze.

T: Vyžadují podle Vás klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči více, než ostatní senioři? Proč?

RI: Ano jedná se o velmi specifickou cílovou skupinu, která potřebuje komplexní specializovanou péči týmem více profesí- zdravotníků, pečovateli, ergoterapeutů, nutričních terapeutů. Péče je 24 hodin denně, založena na velké míře trpělivosti, klidu, mírného tónu hlasu, empatie, schopnosti správné komunikace.

T: Víte, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u osob s Alzheimerovou chorobou?

RI: Péče je 24 hodin denně. Založena na velké míře trpělivosti, klidu, mírného tónu hlasu, empatie, schopnosti správné komunikace, úpravy stravy a správného podávání.

T: Které specifické činnosti tady nejčastěji vykonáváte?

RI: Koordinuji multidisciplinární tým, aby každý člen týmu vykonával činnosti, jež mu náleží.

T: Jaké jsou zásady komunikace s osobou s Alzheimerovou chorobou? Jak probíhá komunikace ve Vašem zařízení?

RI: Jak jsem již uváděla, mírný tón hlasu, trpělivost, empatie, ideálně schopnost validační metody- dokázat se emočně naladit na prožívání klienta a doprovázet jej v tomto jeho světě. Nesnažit se za každou cenu, aby všichni klienti byli „šťastní“. To nefunguje. Lidé s Alzheimerovou chorobou mají také emoce a každý den je u nich také jiný, jako u ostatních lidí. My je máme doprovázet, ne měnit. To nefunguje.

T: Jaký máte názor na používání omezovacích prostředků?

RI: Naprosto nevhodné pro klienty s demencí, nesmí se používat.

T: Používají se tyto prostředky ve Vašem zařízení? Pokud ano, sdělte příklady situací.

RI: Ne.

T: Pořádá zařízení nějaká školení či kurzy, zaměřené na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

RI: Ano, každý rok se personál přímé péče školí v Bazální stimulaci, Validaci, aktivizačních metodách, Reminiscenci, Biografie klienta a dalších.

T: Zúčastňujete se Vy sama nějakých dalších vzdělávacích aktivit? Jakých?

RI: Ano, pokud je možné, tak vždy. Bazální stimulace (základní a nástavbový kurz), Validace, Reminiscence, Komunikace s klienty s demencí, Paliativní péče o klienty s demencí.

T: V čem spočívá zajištění bezpečnosti klientů ve Vašem zařízení?

RI: Dveře a výtah opatřené kódem, aby se klienti nezatoulali a neublížili si. Schody máme opatřené brankou. Neustálý dohled nad klienty.

T: Jakým způsobem se předávají v týmu informace o klientovi?

RI: Každý den se v týmu předávají informace v rámci ranního a večerního hlášení a pak máme v 14:00 hodin tzv. „čtvrthodinku“ pro předání aktuálních informací z konkrétního dne.

T: Jak ve Vašem zařízení probíhá spolupráce pracovníků v multidisciplinárním týmu?

R1: Snažím se, aby spolupráce fungovala, v našem centru se musí pracovat týmově, jinak nejde poskytovat kvalitní péči. Více je pak o jednotlivých členech týmu, zda vzájemně spolupracují, vše je to o lidech. Domnívám se ale, že spolupráce je na vysoké úrovni. Vždy je ale co zlepšovat.

T: V čem je podle Vás důležitá týmová práce mezi pracovníky různých zaměření?

R1: Jak jsem již řekla, týmová spolupráce.

T: Myslíte, že je skladba Vašeho multidisciplinárního týmu dostačující? Pokud ne, co byste popřípadě změnila?

R1: Doplnila bych vysokoškolsky vzdělané ergoterapeuty, fyzioterapeuta. Je těžké je získat.

T: Máte ve Vaší práci složitou administrativu?

R1: Ano, moje práce je ve velké míře administrativní.

T: Jak zapojujete rodinu do péče?

R1: Velmi, již od okamžiku prvního jednání se zájemcem o službu, kdy máme zájem získat od rodiny co nejvíce informací o klientovi, dále žádáme rodinu o sepsání „Životního příběhu klienta“, sestavuje se při příjmu biografie klienta, rodina spolupracuje při přípravě pokoje klienta před jeho nástupem.

T: Setkáváte se s ochotou?

R1: Po celou dobu poskytované péče se s rodinou spolupracuje a myslím, že funguje ve většině případů skvěle.

T: Pracujete s autobiografiemi? Jaké k tomu využíváte prostředky?

R1: Ano, již při příjmu žádáme rodinu o sepsání „Životního příběhu klienta“, sestavuje se biografie klienta, rodina spolupracuje při přípravě pokoje klienta před jeho nástupem.

T: Jakým způsobem získáváte informace od rodiny?

R1: Ústně, písemně.

T: Setkala jste se někdy s rodinou, která Vám podala lživé informace?

R1: Ne. Je v zájmu rodiny, aby informace byly pravdivé, pak jsme schopni poskytnout jejich blízkému kvalitní péči a zajistit mu důstojný a kvalitní život, již při takto těžkém onemocnění.

T: Pořádáte nějaké teambuildingové akce? Zahrnujete do nich i rodinné příslušníky Vašich klientů?

R1: Ano.

Shrnutí:

Podle respondentky (R1) klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči potřebují. Je důležité si při práci s klienty uvědomit, že péče je potřeba 24 hodin denně. Jedná se o specifickou cílovou skupinu, která vyžaduje kvalitní specifickou péči. Musí být založena na velké míře trpělivosti, klidu, mírného tónu hlasu, empatie a schopnosti správné komunikace. Také na vhodné úpravě stravy a správného podávání. A aby byla péče komplexní, je nutností přítomnost týmu více profesí. Je potřeba, aby spolu členové týmu spolupracovali. Co se týče spolupráce s rodinami klientů, tak je již od prvního setkání v zájmu rodiny, aby poskytli pravdivé a přesné informace o jejich blízkém.

5.1.2 Rozhovor se sociální pracovnící (R2)

Sociální pracovnice. Po studiu pracovala 3 roky v 6. třídě základní školy jako asistentka pedagoga. Rozdíl práce předtím a nyní je, že pracovala s dětmi, nyní se seniory, kteří trpí Alzheimerovou chorobou. Obě práce jí daly spoustu zkušeností a jsou pro ni naplňující. Rozhovor probíhal v říjnu na půdě Zlínského Alzheimercentra v klidné místnosti. Rozhovor trval 20 minut a po celou dobu jsme nebyly rušeny.

T: Jaká je Vaše funkce v týmu?

R2: Sociální pracovnice

T: Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?

R2: Přímo ze zdravotnictví praxi nemám.

T: Jak dlouho pracujete s osobami s Alzheimerovou chorobou?

R2: 4 roky.

T: Víte, jaké jsou projevy Alzheimerovy choroby?

R2: Ano, postupná ztráta krátkodobé paměti, dezorientace, s postupnou progredací onemocnění přibývají i tělesné problémy, třeba inkontinence, špatná pohyblivost a spousta dalších.

T: Vyžadují podle Vás klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči více, než ostatní senioři? Proč?

R2: Všichni nemocní senioři potřebují kvalitní specifickou péči stejně.

T: Víte, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u osob s Alzheimerovou chorobou?

R2: Pokud je klient ve stádiu, kdy každodenní úkony zvládne relativně sám, dopomůžeme, ale neděláme úkony za něj. Udržujeme soběstačnost. Potom záleží na individualitě.

T: Které specifické činnosti tady nejčastěji vykonáváte?

R2: Má práce je především sociální činnost. Jednám se zájemci o naše služby, seznamuji rodinu našich budoucích klientů s prostředím Alzheimercentra, přijímám nové klienty, vyřizují příspěvky na péči a vytvářím individuální plány.

T: Jaké jsou zásady komunikace s osobou s Alzheimerovou chorobou? Jak probíhá komunikace ve Vašem zařízení?

R2: Pracovník by měl být schopný naslouchat, měl by mluvit v jednoduchých větách, používat prvky validace. To vše se u nás snažíme uplatňovat všichni.

T: Jaký máte názor na používání omezovacích prostředků?

R2: Samozřejmě jsme zařízení se zvláštním režimem. K omezovacím prostředkům se nepřikláním.

T: Používají se tyto prostředky ve Vašem zařízení? Pokud ano, sdělte příklady situací.

R2: Ne.

T: Pořádá zařízení nějaká školení či kurzy, zaměřené na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

R2: Ano, zrovna včera jsem se zúčastnila kurzu bazální stimulace.

T: Zúčastňujete se Vy sama nějakých dalších vzdělávacích aktivit? Jakých?

R2: Ano, školení sociálních služeb, ohledně individuálních plánů či standardů v sociálních službách. Ty jsou pro mou práci důležitější.

T: V čem spočívá zajištění bezpečnosti klientů ve Vašem zařízení?

R2: Tak například výtahy a dveře, které jsou zajištěny bezpečnostním heslem, aby se nám klienti nezatoulali a neublížili si. Ti, kteří mají problémy s chůzí, používají kompenzační pomůcky, aby neupadli, například berle, hole, chodítka.

T: Jakým způsobem se předávají v týmu informace o klientovi?

R2: Každé ráno na hlášení a odpoledne se zúčastní celý tým čtvrt hodinky, kde si předáváme nejdůležitější informace, které se během dne udály, a měli by o tom všichni vědět. Zúčastňují se provozních schůzek s paní ředitelkou a paní provozní.

T: Jak ve Vašem zařízení probíhá spolupráce pracovníků v multidisciplinárním týmu?

R2: Každý má zde své postavení a funkci. Všichni mezi sebou spolupracují, komunikují a předávají si informace během celého dne.

T: V čem je podle Vás důležitá týmová práce mezi pracovníky různých zaměření?

R2: Je důležité, abychom práci nedělali duplicitně, pracovali pro dobro našich klientů a měli nastavenou jednotnou spolupráci.

T: Myslíte si, že je skladba Vašeho multidisciplinárního týmu dostačující? Pokud ne, co byste popřípadě změnila?

R2: Mohlo by být víc zdravotních sester a pečovateli.

T: Máte ve Vaší práci složitou administrativu?

R2: Docela ano. Mám spoustu papírování.

T: Jak zapojujete rodinu do péče?

R2: Nejvíce při příjmu, sestavujeme s rodinou klienta jeho biografickou anamnézu. Požadujeme od rodiny sepsání životního příběhu klienta- mají k tomu osnovu. Během pobytu, pokud je potřeba, tak voláme rodině a prosíme o spolupráci.

T: Setkáváte se s ochotou?

R2: Většinou ano.

T: Pracujete s autobiografiemi? Jaké k tomu využíváte prostředky?

R2: Ano, pracujeme s biografickou anamnézou, kterou sestavíme s rodinou klienta při příjmu. Teď máme reminiscenční kufříky. Kufřík každého klienta obsahuje jeho osobní věci, na které má příjemné vzpomínky.

T: Jakým způsobem získáváte informace od rodiny?

R2: Osobně, při prvním příjmu máme nejvíce informací, poté v průběhu návštěv.

T: Setkala jste se někdy s rodinou, které Vám podala lživé informace?

R2: Jsem tu od úplného začátku a za tu dobu se mi nestalo, že by mi rodina podala nepravdivé informace. Dávají sem svého blízkého a chtějí, aby mu tu bylo dobře.

Shrnutí:

Podle respondentky (R2) klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči potřebují. Při práci s klienty je nejdůležitější, aby byl pečující empatický, aktivně naslouchal klientovým potřebám a uměl mu správně porozumět, nebo se o to alespoň snažil. V rámci multidisciplinárního týmu je velmi důležité, aby všichni členové týmu uměli spolupracovat. A to vše pro dobro klientů. Spolupráce a komunikace s rodinou je nedílnou součástí komplexní péče. Dle respondentky jsou všichni jedna velká rodina. Snaží se porozumět jejich problémům a nabídnout efektivní pomoc. Snaží se rodině vysvětlit, že je možnost získat příspěvek na péči, možnost poradenství a různých sociálních služeb. Je ráda, když po čase průběhu pobytu vidí rodinné příslušníky spokojené a odpočaté.

5.1.3 Rozhovor s aktivizační pracovnící (R3)

Aktivizační pracovníce, s ukončeným vysokoškolským vzděláním v oboru politologie Evropské studie, poté obor ekonomika a management. Po studiu pracovala v bance. Nyní ji práce baví mnohem víc, protože se vždy zajímala o nemocné seniory. Rozhovor probíhal v říjnu na půdě Zlínského Alzheimercentra v klidné místnosti. Rozhovor trval 20 minut a po celou dobu jsme nebyly rušeny.

T: Jaká je Vaše funkce v týmu?

R3: Aktivizační pracovníce

T: Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?

R3: Praxi ve zdravotnictví nemám.

T: Jak dlouho pracujete s osobami s Alzheimerovou chorobou?

R3: Pracuji zde teprve 5 měsíců.

T: Víte, jaké jsou projevy Alzheimerovy choroby?

R3: Víím. Postupně ztrácí krátkodobou paměť, ke konci i dlouhodobou. Mají potíže s jemnou motorikou, jsou dezorientovaní. Dále poruchy hybnosti, chování, mluvení. Ale to až později, většina se dokáže krásně zapojit do aktivizačních činností a je s nimi i sranda.

T: Vyžadují podle Vás klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči více, než ostatní senioři? Proč?

R3: Určitě. Je zde potřeba velké míry trpělivosti. Informaci jim několikrát opakuji, pokud se nevyjádří nebo přesně nepochopí, co po nich chci. Často musím zapojit vlastní intuici, abych pochopila, co mi chtějí sdělit.

T: Víte, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u osob s Alzheimerovou chorobou?

R3: Ano, specifika jsou například v komunikaci, kdy na klienty mluvíme mírným tónem hlasu, pomalu a jasně. Také ohledně výživy, často musím připomínat, aby se najedli nebo jim do-pomoc. V různých samoobslužných činnostech, kdy zapomněli přesný postup, například při oblékání. Často si na sebe vrství oblečení nebo sami nezapnou velký počet knoflíků.

T: Které specifické činnosti tady nejčastěji vykonáváte?

R3: Má práce je především na jídelně a ve společenské místnosti, pomáhám s krmením, aktivizuji.

T: Jaké jsou zásady komunikace s osobou z Alzheimerovou chorobou? Jak probíhá komunikace ve Vašem zařízení?

R3: Zde je podle mě kolikrát nejdůležitější řeč těla. Měli bychom si domyslet, co nám tím chce říct. Dále samozřejmě naslouchání a trpělivost.

T: Jaký máte názor na používání omezovacích prostředků?

R3: V tomto zařízení by se omezovací prostředky používat neměly. Ale vše záleží na nutnosti zajištění bezpečí klienta. A pokud to jde, aby použity nebyly.

T: Používají se tyto prostředky ve Vašem zařízení? Pokud ano, sdělte příklady situací.

R3: Nepoužívají.

T: Pořádá zařízení nějaká školení či kurzy, zaměřené na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

R3: Ano, často. Nedávno jsme měli kurz bazální stimulace a čeká nás kurz na poruchy polykání.

T: Zúčastňujete se Vy sama nějakých dalších vzdělávacích aktivit? Jakých?

R3: Ano.

T: V čem spočívá zajištění bezpečnosti klientů ve Vašem zařízení?

R3: Například hlídám, aby si navzájem nesnědli jídlo, protože mají odlišné diety, na jídelně nemají ostré nože, aby si neublížili. Vchodové dveře a výtahy jsou na číselné heslo, který ví pouze personál či brankou opatřené schody.

T: Co je pro Vás při práci s klienty nejnáročnější?

R3: Někdy je pro mě těžké a psychicky náročné, když opakuji jednu a tu samou věc dokola. Ale to k tomu přeci patří.

T: Jakým způsobem se předávají v týmu informace o klientovi?

R3: První a nejbohatší informace jsou při příjmu klienta do našeho zařízení. Představíme si ho v rámci porad a máme přístup k jeho životopisu. Co se týče předávání, každé ráno, poté odpoledne na čtvrt hodince a máme speciální složky, kam zapisujeme, jak reaguje na terapii.

T: Jak ve Vašem zařízení probíhá spolupráce pracovníků v multidisciplinárním týmu?

R3: Na poradách, sejdeme se všichni a sdělíme si nové informace.

T: V čem je podle Vás důležitá týmová práce mezi pracovníky různých zaměření?

R3: Každý máme svou roli, ale měli bychom se vzájemně doplňovat. Bez toho to nejde.

T: Myslíte si, že je skladba Vašeho multidisciplinárního týmu dostačující? Pokud ne, co byste popřípadě změnila?

R3: Myslím si, že ano.

T: Máte ve Vaší práci složitou administrativu?

R3: Moc ne, mám na starosti záznamy o aktivitách klientů a monitoring výživy.

T: Jak zapojujete rodinu do péče?

R3: Spíše jako oživení pro naše klienty. Mám velmi pozitivní zkušenosti, když se za námi přijede podívat rodina. Často se i do aktivizací zapojí a baví se všichni společně.

T: Setkáváte se s ochotou?

R3: Ano, vždy.

T: Pracujete s autobiografiemi? Jaké k tomu využíváte prostředky?

R3: Ano, pracujeme. Často s tím, co sepsala rodina, například biografická anamnéza, životopis, osobní věci.

T: Jakým způsobem získáváte informace od rodiny?

R3: Potřebné informace získávám od sociální pracovnice, sestry, poté na poradách.

T: Setkala jste se někdy s rodinou, která Vám podala lživé informace?

R3: Osobně ne.

Shrnutí:

Podle respondentky (R3) klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči potřebují. V první řadě je důležité, aby si klient samotnou aktivizaci užil. Nezáleží na výsledku, ale na tom, že se zúčastnil a byl spokojený. Za nejdůležitější mezi pracovníky v týmu považuje upřímnou komunikaci a kolegiální. Ohledně spolupráce s rodinami pokládá za důležité, aby měli klienti vše, co potřebují a co jim dělá radost.

5.1.4 Rozhovor s praktickou sestrou (R4)

Praktická sestra s ukončeným středoškolským vzděláním v oboru praktická sestra. Rozhovor byl zaslán elektronickou cestou na e – mail.

T: jaká je Vaše funkce v týmu?

R4: Praktická sestra.

T: Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?

R4: 6 měsíců jako pečovatelka a 2,5 roku jako praktická sestra.

T: Jak dlouho pracujete s osobami s Alzheimerovou chorobou?

R4: celkem 3 roky.

T: Víte, jaké jsou projevy Alzheimerovy choroby?

R4: Ztrácí se krátkodobá paměť, vrací se do dětských let (cca kolem 10 – 15 roku).

T: Vyžadují podle Vás klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči více, než ostatní senioři? Proč?

R4: Určitě potřebují specifickou péči, v těžších stádiích choroby již klienti potřebují neustálý dohled a se vším pomoci.

T: Víte, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u osob s Alzheimerovou chorobou?

R4: Potřebují mít nějaký pravidelný režim, pomáhat s nácvikem hygieny, oblékání. Vždy s klientem pracovat v klidu, zajistit většinu nebezpečných předmětů, trénovat kognitivní funkce, reminiscence.

T: Které specifické činnosti tady nejčastěji vykonáváte?

R4: Nácvik soběstačnosti, trénujeme kognitivní funkce, reminiscence.

T: Jaké jsou zásady komunikace s osobou s Alzheimerovou chorobou? Jak probíhá komunikace ve Vašem zařízení?

R4: Vždy s klientem mluvit v klidu a pomalu, mít trpělivost, než odpoví, nehádat se s ním. Komunikace v našem zařízení je ke každému klientovi jiná, podle stádia choroby. Na klientech v prvním stádiu ani nejde poznat, že nějakou chorobu mají, takže tam probíhá normální konverzace. U klientů v dalších stádiích choroby se již snažíme vzpomínat na to, co dělali v mládí, kde bydleli, jestli měli nějaká domácí zvířata.

T: Jaký máte názor na používání omezovacích prostředků?

R4: Omezovací prostředky osobně ráda nemám, ale někdy je to pro bezpečí klienta lepší varianta.

T: Používají se tyto prostředky ve Vašem zařízení? Pokud ano, sdělte příklady situací.

R4: Jako omezovací prostředek někdo může brát i pouhou postranici u postele, tu používáme pouze u klientů, co nejsou sami schopni chůze nebo je riziko, že by z postele mohli spadnout,

tudíž kvůli bezpečnosti. Další omezovací prostředek může být křeslo se stolečkem, kde posadíme pouze klienty, kteří neustále chodí a hrozí tak pád. Sice nejsou v těch křeslech šťastní, ale aspoň si odpočinou a naberou opět sílu na chůzi.

T: Pořádá zařízení nějaká školení či kurzy, zaměřené na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

R4: Ano, pořádají kurzy bazální stimulace, školení o správné manipulaci s imobilními klienty a kurzy pro pracovníky v sociálních službách.

T: Zúčastňujete se Vy sama nějakých vzdělávacích aktivit? Jakých?

R4: Ano, zúčastnila jsem se kurzu bazální stimulace, manipulace imobilního klienta a školení o správném používání inkontinenčních pomůcek.

T: V čem spočívá zajištění bezpečnosti klientů ve Vašem zařízení?

R4: Zajistit nebezpečné předměty (nože či nůžky), na toaletách přidat madla či nádstavce, zabezpečit přístup na schody, zábradlí na chodbách, zajistit ostré hrany.

T: Co je pro Vás při práci s klienty nejnáročnější?

R4: Být s klientem v terminálním stavu, přece jen naše klienty trochu známe a víme, co mají rádi, proto je o to složitější se s nimi rozloučit.

T: Jakým způsobem se předávají v týmu informace o klientovi?

R4: Vždy při ranním a večerním předávání služby si říkáme důležité informace a řešíme spoustu věcí.

T: Jak ve Vašem zařízení probíhá spolupráce pracovníků v multidisciplinárním týmu?

R4: Nevím, jak to mají ostatní zaměstnanci, ale já osobně se snažím vycházet se všemi pracovníky. Všichni jsou totiž důležití, ať je to úklid, který nám zajistí čistotu nebo pečovatelé, kteří se starají o hygienu klientů.

T: V čem je podle Vás důležitá týmová práce mezi pracovníky různých zaměření?

R4: V týmové práci je podle mě nejdůležitější komunikace, a abychom si navzájem pomáhali.

T: Myslíte si, že je skladba Vašeho multidisciplinárního týmu dostačující? Pokud ne, co byste popřípadě změnila?

R4: Skladba našeho týmu je myslím dobrá, ale určitě bychom ocenili, kdyby byl tým o něco větší.

T: Máte ve Vaší práci složitou administrativu?

R4: Já jako praktická sestra mám administrativu minimální.

T: Jak zapojujete rodinu do péče?

R4: Jsou rodiny, které si klienty sami nakrmí, popřípadě zajdou s nimi na záchod, když mají potřebu.

T: Setkáváte se s ochotou?

R4: Ano, rodiny jsou většinou ochotné, za mě můžu říci, že jsem se snad s neochotou rodiny ještě nesetkala.

T: Pracujete s autobiografiemi? Jaké k tomu využíváte prostředky?

R4: Ano, pročítáme si životopisy klientů, snažíme se co nejvíce zjistit od samotných klientů, společně s klienty se díváme na jejich fotky, které se snažíme, aby nám popsali.

T: Jakým způsobem získáváte informace od rodiny?

R4: Většinou se rodin na potřebné informace zeptáme.

T: Setkala jste se někdy s rodinou, která Vám podala lživé informace?

R4: Rodiny většinou říkají, jak se klient choval doma, ale v cizím prostředí se může chovat úplně jinak.

Shrnutí:

Podle respondentky (R4) klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči potřebují. Při práci s klienty je důležité, aby byli pod neustálým dohledem, měli pravidelný režim a pomáhalo se jim s každodenními sebeobslužnými či instrumentálními činnostmi. Mělo by se s nimi pracovat a komunikovat v klidu, trénovat kognitivní funkce a zahrnovat reminiscenci. V multidisciplinárním týmu má každý svou nezaměnitelnou funkci a je důležitý. Hlavní je, aby spolu uměli všichni komunikovat, pomáhali si a vycházeli vstříc- to platí i pro rodinné příslušníky. Jedině potom může být péče komplexní.

5.1.5 Rozhovor s všeobecnou sestrou (R5)

Všeobecná sestra s ukončeným vysokoškolským vzděláním v oboru všeobecná sestra (Bc.). Rozhovor probíhal v lednu na půdě Zlínského Alzheimercentra. Rozhovor trval 20 minut v klidné místnosti.

T: Jaká je Vaše funkce v týmu?

R5: Všeobecná sestra.

T: Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?

R5: 23 let.

T: Jak dlouho pracujete s osobami s Alzheimerovou chorobou?

R5: Intenzivně čtvrt roku.

T: Víte, jaké jsou projevy Alzheimerovy choroby?

R5: Alzheimerova choroba je porucha kognitivních funkcí, poznávacích schopností, plánování, poruchy chování, nálad a soběstačnosti, poruchy krátkodobé paměti.

T: Vyžadují podle Vás klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči více, než ostatní senioři? Proč?

R5: Ano, vzhledem k progresi onemocnění.

T: Víte, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u osob s Alzheimerovou chorobou?

R5: Respekt, pozitivní vztah mezi pacientem a pečujícím, komplexní přístup. Pečující musí mít dostatek informací o nemoci a pravidelně hodnotit a aktualizovat informace o pacientovi. Činnosti se přizpůsobují momentální situaci pacienta. Bezpečné a podnětné prostředí pro pacienty, předcházet konfliktům a nezapomenout na nonverbální komunikaci.

T: Které specifické činnosti tady nejčastěji vykonáváte?

R5: Vykonávám ošetrovatelskou péči, ošetrovatelský plán.

T: Jaké jsou zásady komunikace s osobou s Alzheimerovou chorobou? Jak probíhá komunikace ve Vašem zařízení?

R5: Komunikace je klidná, mělo by se využít gest. Důležitý je výraz tváře, pohled, dotek, mimika. Musí se brát ohled na stádium onemocnění- nedáváme těžké otázky, necháme prostor k vyjádření. Rozhovor s pacientem má být v klidu, minimalizujeme podněty, které by ho mohly rušit, udržujeme oční kontakt a neskáčeme mu do řeči.

T: Jaký máte názor na používání omezovacích prostředků?

R5: Nejsem příznivcem omezovacích pomůcek, ale z vlastní praxe vím, že jsou někdy nezbytné.

T: Používají se tyto prostředky ve Vašem zařízení? Pokud ano, sdělte příklady situací.

R5: Nepoužívají. A psychofarmaka pod pravidelnou kontrolou psychiatra.

T: Pořádá zařízení nějaká školení či kurzy, zaměřené na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

R5: Ano.

T: Zúčastňujete se Vy sama nějakých dalších vzdělávacích aktivit? Jakých?

R5: Ano. Například Validace, Reminiscenční kufřík.

T: V čem spočívá zajištění bezpečnosti klientů ve Vašem zařízení?

R5: Postranice, zvýšený dohled, zvláštní režim uzamykání dveří, kódy výtahu.

T: Co je pro Vás při práci s klienty nejnáročnější?

R5: Psychické vyčerpání.

T: Jakým způsobem se předávají v týmu informace o klientovi?

R5: Míváme 2x denně schůzky.

T: Jak ve Vašem zařízení probíhá spolupráce pracovníků v multidisciplinárním týmu?

R5: Pravidelné schůzky, kde předáváme informace vrchní či staniční sestře. Problém také řešíme s požadovaným odborníkem.

T: V čem je podle Vás důležitá týmová práce mezi pracovníky různých zaměření?

R5: Aby se předávaly všechny informace či zkušenosti.

T: Myslíte si, že je skladba Vašeho multidisciplinárního týmu dostačující? Pokud ne, co byste popřípadě změnila?

R5: Ano.

T: Máte ve Vaší práci složitou administrativu?

R5: Ne.

T: Jak zapojujete rodinu do péče?

R5: Pořádáme pravidelná setkávání- Vánoce, narozeniny. S rodinami jsme v nepřetržitém kontaktu.

T: Setkáváte se s ochotou?

R5: Ano.

T: Pracujete s autobiografiemi? Jaké k tomu využíváte prostředky?

R5: Ano, klienti mají vybavené pokoje tím, co mají rádi. Zjišťujeme, jak žili, co dělali, jak vychází s dětmi a podobně. Mají svůj reminiscenční kufřík, vystavené fotografie v pokoji.

T: Jakým způsobem získáváte informace od rodiny?

R5: Rozhovory, informace získáváme pokud možno všechny už při prvním setkání.

T: Setkala jste se někdy s rodinou, která Vám podala lživé informace?

R5: Ne.

Shrnutí:

Podle respondentky (R5) klienti specifickou péči potřebují. Pečující by měl ke klientům přistupovat s úctou a respektem. Správně by měl být kladný vztah mezi pacientem a pečujícím. Pečující by měl být dostatečně informován, co Alzheimerova choroba znamená a činnosti by měl přizpůsobovat aktuálnímu stavu klienta. Komunikace je klidná, věty jsou jednoduché a dostatečně se využívá nonverbální komunikace. Pokud je klient ovlivněn psychofarmaky, měl by se pravidelně hodnotit jeho stav. V multidisciplinárním týmu by se měly předávat všechny informace, popřípadě vlastní zkušenosti, aby nevznikal chaos. Ohledně spolupráce s rodinou respondentka očekává, že porozumí, budou ochotní a dostatečně edukovaní o nemoci svého blízkého.

5.1.6 Rozhovor s koordinátorkou přímé péče

Koordinátorka přímé péče (R6). Rozhovor probíhal v říjnu na půdě Zlínského Alzheimer-centra v klidné místnosti. Rozhovor trval 20 minut a po celou dobu jsme nebyly rušeny.

T: Jaká je Vaše funkce v týmu?

R6: *Koordinátorka přímé péče.*

T: Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?

R6: *15 let.*

T: Jak dlouho pracujete s osobami s Alzheimerovou chorobou?

R6: *2 roky.*

T: Víte, jaké jsou projevy Alzheimerovy choroby?

R6: *Dezorientace v čase, prostoru, častější zapomínání, zapomenuté slova často nahrazují jinými jednoduššími, zhoršuje se racionální myšlení.*

T: Vyžadují podle Vás klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči více, než ostatní senioři? Proč?

R6: *Ano, kvůli onemocnění, které se postupně zhoršuje.*

T: Víte, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u osob s Alzheimerovou chorobou?

R6: *Klienti potřebují více vysvětlovat, doprovázet, připomínat.*

T: Které specifické činnosti tady nejčastěji vykonáváte?

R6: *Doprovázím, vysvětluji, navádím a dopomáhám při hygieně, oblikání.*

T: Jaké jsou zásady komunikace s osobou s Alzheimerovou chorobou? Jak probíhá komunikace ve Vašem zařízení?

R6: *Klidné jednání, pomalu a srozumitelně vysvětlovat, nezvyšovat hlas, oční kontakt.*

T: Jaký máte názor na používání omezovacích prostředků?

R6: *Pouze v nebezpečí ohrožení klienta a to příkladně postranice, když hrozí pád z postele.*

T: Používají se tyto prostředky ve Vašem zařízení? Pokud ano, sdělte příklady situací.

R6: *Jak jsem již odpověděla, viz. výše.*

T: Pořádá zařízení nějaká školení či kurzy, zaměřené na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

R6: Validace, Kufr plný vzpomínek, bazální stimulace. Účastní se jak pracovníci v sociálních službách, tak zdravotníci.

T: Zúčastňujete se Vy sama nějakých dalších vzdělávacích aktivit? Jakých?

R6: Ano.

T: V čem spočívá zajištění bezpečnosti klientů ve Vašem zařízení?

R6: Zajištění hlavních dveří, možnost použití postranic, zajištění výtahů či schodišť.

T: Co je pro Vás při práci s klienty nejnáročnější?

R6: Neustálé opakování.

T: Jakým způsobem se předávají v týmu informace o klientovi?

R6: Ranní hlášení, odpolední čtvrt hodinka, zápis do sešitu hlášení.

T: Jak ve Vašem zařízení probíhá spolupráce pracovníků v multidisciplinárním týmu?

R6: Vedoucí jednotlivých úseků (přímá péče, zdravotníci, provoz, kuchyň), pravidelné schůzky v případě krizových situací, dle potřeby okamžitá schůzka a jednání.

T: V čem je podle Vás důležitá týmová práce mezi pracovníky různých zaměření?

R6: Aby nevznikal chaos, sladění a soulad všech podílejících se na provozu a péči.

T: Myslíte si, že je skladba Vašeho multidisciplinárního týmu dostačující? Pokud ne, co byste popřípadě změnila?

R6: Ano.

T: Máte ve Vaší práci složitou administrativu?

R6: Ne.

T: Jak zapojujete rodinu do péče?

R6: Doprovod k lékaři, některé rodiny si pečují o úpravu vlasů, vousů, taky doprovod na některé akce, jako je třeba soutěž v šipkách.

T: Setkáváte se s ochotou?

R6: Ano.

T: Pracujete s autobiografiemi? Jaké k tomu využíváte prostředky?

R6: Ano, životní příběh, biografie klientů a reminiscenční kufříky.

T: Jakým způsobem získáváte informace od rodiny?

R6: Dotazy, přímé rozhovory.

T: Setkala jste se někdy s rodinou, která Vám podala lživé informace?

R6: Ne.

Shrnutí:

Podle respondentky (R6) klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči potřebují. Potřebují více doprovázet, připomínat a vysvětlovat. Mělo by se s nimi jednat a komunikovat v klidu, srozumitelně a udržovat oční kontakt. Pro funkčnost multidisciplinárního týmu jsou důležité pravidelné schůzky a jednání, aby nevznikal chaos. Na pracovišti by měl být soulad všech podílejících se na provozu a péči. S rodinou je důležité komunikovat, popřípadě se dotazovat. Některé rodiny občas ušetří čas tím, že si blízkého upraví podle svých představ, doprovodí ho k lékaři či na některé akce.

5.1.7 Rozhovor s vrchní sestrou (R7)

Vrchní sestra, s ukončeným vysokoškolským vzděláním (Mgr.). Rozhovor probíhal v říjnu na půdě Zlínského Alzheimercentra v klidné místnosti. Rozhovor trval 20 minut a po celou dobu jsme nebyly rušeny.

T: Jaká je Vaše funkce v týmu?

R7: Vrchní sestra.

T: Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?

R7: Ve zdravotnictví celkem 15 let.

T: Jak dlouho pracujete s osobami s Alzheimerovou chorobou?

R7: 4 roky.

T: Víte, jaké jsou projevy Alzheimerovy choroby?

R7: Tak v zásadě je tam dezorientace, buď místem, časem, situací nebo všemi směry a zmatenost. Nestabilita, stavy patologického hubnutí, nejistá chůze, furt něco hledají. Může tam

být neklid, záleží, jestli jsou nastavení na nějakou medikaci. Ztráta schopnosti polykat, to je nejdůležitější.

T: Vyžadují podle Vás klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči více, než ostatní senioři? Proč?

R7: Jednoznačně. Protože jsou buď částečně něco plně závislí na péči jiné osoby, nezvládnou základní úkony, které důchodce bez Alzheimerovy nemoci může ještě zvládnout, protože to vnímá jinak. Ten mozek není tak poškozený jako u člověka, který má nějakou tu Alzheimerovu nemoc.

T: Víte, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u osob s Alzheimerovou chorobou?

R7: Péče 24 hodin denně, založena na velké míře trpělivosti, empatie a hlavně je tam důležitá správná komunikace s těmi lidmi. Protože mají narušené slovní porozumění, nedokončují myšlenky, neumí se vyjádřit.

T: Které specifické činnosti tady nejčastěji vykonáváte?

R7: Hlavně je to ta koordinace a kontrola pracovníků, komunikace s pojišťovnami a celkově chod toho zařízení.

T: Jaké jsou zásady komunikace s osobou s Alzheimerovou chorobou? Jak probíhá komunikace ve Vašem zařízení?

R7: Takže komunikovat srozumitelně, pomalu a dostatečně hlasitě, protože oni často nedo-slyšají a nezpracují tu myšlenku tak, jak člověk, který nemá tu nemoc.

T: Jaký máte názor na používání omezovacích prostředků?

R7: V žádném případě ne. Jsem proti tomu a to není jen naše zařízení, ale celkově.

T: Používají se tyto prostředky ve Vašem zařízení? Pokud ano, sdělte příklady situací.

R7: Ne.

T: Pořádá zařízení nějaká školení či kurzy, zaměřené na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

R7: Jednoznačně. Bez toho bychom nemohli fungovat. Protože pokud jsou pečovatelé, kteří nemají kurz pracovníka, a i když ho mají, tak jsou zaměřené právě na tuhle celou skupinu. Takže ano, snažíme se.

T: Zúčastňujete se Vy sama nějakých dalších vzdělávacích aktivit? Jakých?

R7: Ano, byla jsem na bazální stimulaci, na validaci. Ted' jsme měli reminiscenční kufřík, takže jo, snažím se, co to jde, ať se do toho taky víc dostávám.

T: V čem spočívá zajištění bezpečnosti klientů ve Vašem zařízení?

R7: Aby nepadli, tak víceméně bezbariérové přístupy, pak máme ty „bránečky“, aby se nedostali na schodiště, aby se jim něco nestalo. Když je klient imobilní, tak se zase používají ty postranice s jeho souhlasem, ať nám nepřepadne přes lůžko.

T: Co je pro Vás při práci s klienty nejnáročnější?

R7: Asi bych řekla, že ta komunikace je složitá. To pochopení se vzájemně. Kolikrát musíte odezírat, vycítit, co ten klient vlastně potřebuje, co ho trápí.

T: Jakým způsobem se předávají v týmu informace i klientovi?

R7: Tak máme vždycky schůzky celé zařízení. Ráno a pak odpoledne ve dvě hodiny a tam si předáváme informace.

T: Jak ve Vašem zařízení probíhá spolupráce pracovníků v multidisciplinárním týmu?

R7: Tak vždycky tam musí být souhra. Pečovatel bez sestry neudělá jistý úkon, zase setra bez pečovatele. Taková týmová práce. Hygieny dělají ve dvojici, sestra si hlídá hydrataci, polohování, ale s tím pečovatelem. Jinak to nejde.

T: V čem je podle Vás důležitá týmová práce mezi pracovníky různých zaměření?

R7: Abychom zabezpečili kvalitní a dobrou péči. Bez spolupráce to nelze.

T: Myslíte si, že je skladba Vašeho multidisciplinárního týmu dostačující? Pokud ne, co byste popřípadě změnila?

R7: Já si myslím, že jo.

T: Máte ve Vaší práci složitou administrativu?

R7: Jo, hodně složitou. Bez toho to nejde, bohužel mám víc administrativy, jak té přímé péče.

T: Jak zapojujete rodinu do péče?

R7: Tak od prvního okamžiku, když už máme to jednání. Už v té fázi vysvětluji rodině, že je potřeba spolupracovat s naším zařízením. Nemůžou všechno nechávat jen na nás, protože je

potřeba si toho klienta nebo rodinného příslušníka po celou dobu nejenom všímat, oni ho znají z domu, vědí o jeho zdravotním stavu asi nejvíce. My jsme pro ně noví. I co se týče toho odvozu do nemocnice, různá vyšetření, ať přijdou, ať doprovází, protože sdělení některých diagnóz je lepší, když u toho je ten rodinný příslušník a nějaká sestřička od nás ze zařízení. Pokud to jde. Zatím máme spolupráci s rodinami úžasnou.

T: Setkáváte se s ochotou?

R7: Ano. Fakt bych řekla, že víc procent je ochota, jak neochota.

T: Pracujete s autobiografiemi? Jaké k tomu využíváte prostředky?

R7: Bez toho to nelze. My máme biografickou anamnézu už u příjmu, to znamená, že chceme jednak životní příběh- rodina si musí napsat o dotyčném klientovi životní příběh, to je od dětství až po stáří. Pak třeba reminiscenční krabičky, tam jsou potřeba fotografie, nějaké upomínkové předměty, s tím potom pracujeme s klienty.

T: Jakým způsobem získáváte informace od rodiny?

R7: Chceme po nich ten životní příběh.

T: Setkala jste se někdy s rodinou, která Vám podala lživé informace?

R7: Těžko říct. Asi ne.

Shrnutí:

Podle respondentky (R7) klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči potřebují. Ať už jsou částečně nebo plně závislí na péči druhé osoby, vyžadují dohled. V rámci spolupráce pracovníků v multidisciplinárním týmu je důležitá souhra a týmová práce, aby bylo dosaženo kvalitní péče. Při spolupráci s rodinou klienta je nejdůležitější vzájemná důvěra. Bez toho to nelze.

5.1.8 Rozhovor se staniční sestrou (R8)

Staniční sestra s dosaženým vysokoškolským vzděláním (Bc). Hned po škole pracovala zde v Alzheimercentru jako zdravotní sestra, poté na postu staniční sestry. Rozhovor probíhal v říjnu na půdě Zlínského Alzheimercentra v klidné místnosti. Rozhovor trval 20 minut a po celou dobu jsme nebyly rušeny.

T: Jaká je Vaše funkce v týmu?

R8: Staniční sestra.

T: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

R8: 3 roky.

T: Jak dlouho pracujete s osobami s Alzheimerovou chorobou?

R8: Taky 3 roky. Vlastně jsem sem nastoupila hned po škole.

T: Víte, jaké jsou projevy Alzheimerovy choroby?

R8: Tak určitě prvotní projevy jsou ne dost dobře pozorovatelné. Ztrácí paměť, hodně to „obkecají“, ta rodina si toho ani nevšimne, potom se začínají i ztrácet, nepoznávají, netrefí domů. Pak v té těžší fázi je to zhoršená mobilita, inkontinence, kdy potřebují tu péči, už se o sebe nepostarají.

T: Vyžadují podle Vás klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči více, než ostatní senioři? Proč?

R8: Určitě. Já si myslím, že za prvé ta domluva s nimi je hodně specifická, že na ně člověk musí pomalu, klidně, srozumitelně a potřebují opravdu péči 24 hodin denně. Takže myslím si, že je to specifické hodně.

T: Víte, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u osob s Alzheimerovou chorobou?

R8: Je tam celodenní péče, těch 24 hodin denně. Myslím si, že člověk musí být hodně trpělivý, klidný, musí na to mít „nervy“, musí být správná komunikace, ale asi je to fakt hodně o té trpělivosti.

T: Které specifické činnosti tady nejčastěji vykonáváte?

R8: Moje práce je taková ta kontrola práce a koordinace sester, jak praktických, tak i všeobecných, ergoterapeutů a pečovateli.

T: Jaké jsou zásady komunikace s osobou s Alzheimerovou chorobou? Jak probíhá komunikace ve Vašem zařízení?

R8: *Tak hlavně musíte komunikovat s klienty srozumitelně, klidně, jasně, moc to „neobkecávat“, oni to stejně zapomenou, takže jasně jim říct, co po nich chcete. Myslím si, že i neverbální komunikace je důležitá. Tón hlasu a taky každý klient reaguje na každého jinak. My všichni nesedneme všem.*

T: *Jaký máte názor na používání omezovacích prostředků?*

R8: *Tak na to mám názor, že by se nepoužívat neměly. Myslím si, že to není nutné. Ani my jsme se tady za celou dobu neseekali s někým, kdo by to potřeboval. Myslím si, že to není třeba.*

T: *Používají se tyto prostředky ve Vašem zařízení? Pokud ano, sdělte příklady situací.*

R8: *Ne.*

T: *Pořádá zařízení nějaká školení či kurzy, zaměřené na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?*

R8: *Já jsem měla víceméně to samé, co vrchní sestra. Bazální stimulace, základní kurz nástavbový, pak validaci, individuální plánování, teď jsme měli v pondělí ten kufr plný vzpomínek- reminiscenci. Jako školení je tu hodně.*

T: *Zúčastňujete se Vy sama nějakých dalších vzdělávacích aktivit? Jakých?*

R8: *To, co jsem řekla nyní.*

T: *V čem spočívá zajištění bezpečnosti klientů ve Vašem zařízení?*

R8: *Máme vlastně zajištěné vchodové dveře, ty jsou na kód, aby nám klienti jen tak neodešli. Potom máme schodiště zabezpečené brankami, aby nám klienti nespadli. Ale není to vyloženě to uzavřené oddělení.*

T: *Co je pro Vás při práci s klienty nejnáročnější?*

R8: *Možná asi to, když si člověk uvědomí, že už to nebude lepší. Že se snažím nějak pomoci, ale tou nemocí se vše zhoršuje.*

T: *Jakým způsobem se předávají v týmu informace o klientovi?*

R8: *Takže máme hlášení. Ráno je předávání služby, kde se účastníme všichni, potom sestřičky a pečovatelé mají večer předávání služby noční službě. Ve dvě hodiny míváme čtvrt hodinové porady, kde si řekneme ty nejdůležitější informace.*

T: Jak ve Vašem zařízení probíhá spolupráce pracovníků v multidisciplinárním týmu?

R8: Je to hlavně o komunikaci. Musí spolu komunikovat na tom patře sestry, ergoterapeuti, pečovatelé. Musí se spolu domluvit. Pokud je špatná komunikace, tak to nejde, ale myslím si, že tady bez problémů.

T: V čem je podle Vás důležitá týmová práce mezi pracovníky různých zaměření?

R8: Abychom poskytovali kvalitní péči klientům. Protože bez někoho to nejde - sestry potřebují pečovatele a pečovatelé potřebují sestřičky. A potřebujeme ty ergoterapeuty. Myslím si, že je to o tom, ať si člověk uvědomí, že se potřebujeme navzájem.

T: Myslíte si, že je skladba Vašeho multidisciplinárního týmu dostačující? Pokud ne, co byste popřípadě změnila?

R8: Ano, máme od všech nějaké zastoupení. Takže jo.

T: Máte ve Vaší práci složitou administrativu?

R8: Jo, myslím si, že dost. Není to taková ta administrativa, jako má vrchní sestra. Já samozřejmě mám čas jít mezi ty lidi, zkontrolovat, ale té administrativy je dost.

T: Jak zapojujete rodinu do péče?

R8: Jak už říkala vrchní. Hned při příjmu odebírají biografickou anamnézu, jak ten člověk vůbec fungoval doma, jaké měl zvyky. Takže ta rodina je zapojená hodně. Musí nám říct o klientovi, jaký byl, co dělal, na co je zvyklý. Takže je do péče zapojujeme.

T: Setkáváte se s ochotou?

R8: Myslím si, že vesměs jo, já nejsem přítomná u těch příjmů. To je vrchní sestra a sociální pracovnice, takže já s tou rodinou jsem v kontaktu, když se potkáme tady nebo rodina něco potřebuje nebo já naopak potřebuji zajistit nějaké vyšetření. Nikdy jsem se s neochotou nesešla.

T: Pracujete s autobiografiemi? Jaké k tomu využíváte prostředky?

R8: Ano, máme ten reminiscenční kufřík, tam mají nějaké fotky a předměty z domu. Vrchní sestra nám potom v těch „patnáctiminutovkách“, když přijde nový klient, popovídá, co řekla rodina, co klienti dělali, na co jsou zvyklí, co měli rádi. Potom mají i ty životní příběhy, což

my si vlastně přečteme, ať vím o tom člověku, jestli má rád společnost. Někdo je spíše uzavřený, někdo zase vyhledává tu společnost, ať víme, jak s ním pracovat.

T: Jakým způsobem získáváte informace od rodiny?

R8: Většinou ústně rozhovorem nebo potom písemně, třeba i e-maily.

T: Setkala jste se někdy s rodinou, která Vám podala lživé informace?

R8: No tak to si myslím, že těžko říct. Pokud si to člověk pak nemůže ověřit u toho klienta. Je to těžký. To se asi nedozvíme.

Shrnutí:

Podle respondentky (R8) klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči potřebují. Při práci s klienty je potřeba hodně trpělivosti. Mělo by se s nimi správně komunikovat, to znamená pomalu, srozumitelně a jasně. V rámci multidisciplinárního týmu je nezbytná komunikace mezi všemi pracovníky. Je to o uvědomění si, že se všichni potřebují vzájemně. Nej důležitější při spolupráci s rodinou klienta je důvěra. Aby rodina věřila, že se opravdu o jejich blízké v zařízení dobře starají, jak nejlépe to jde.

6 DISKUZE

Na začátku výzkumu byl stanoven hlavní cíl, který byl naplněn 3 dílčími cíli. Jako výzkumná technika byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval 25 otázek. Bylo realizováno 8 rozhovorů. První 4 otázky rozhovoru byly zaměřeny na informace o účastnících výzkumu.

Hlavní cíl

Zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o klienta s Alzheimerovou chorobou, jakou roli v péči o nemocného hraje multidisciplinární tým a jeho rodina.

Dílčí cíl č. 1

Zjistit, zda respondenti znají specifika ošetrovatelské péče u klienta s Alzheimerovou chorobou.

K tomuto cíli se vztahovaly rozhovorové otázky č. 5 – 15.

Z počáteční otázky č. 5 jsme se měli dozvědět, zda si jsou respondenti vědomi toho, jak se Alzheimerova choroba projevuje. Všichni měli znalosti a věděli, jak odpovědět.

Úkolem otázek č. 6, 7 a 8 bylo zjistit, co si vůbec pod pojmem „specifická péče“ o takto nemocné klienty představují, zda jí vykonávají a ví o její nezbytnosti. Zda každý pracovník zná svou roli v týmu. Zde jsem dostala docela obsáhlé a od každého v něčem různorodé informace. Pouze respondentka R2 u otázky č. 6 odpověděla odlišně. Respondenti si jsou vědomi toho, jakou specifickou ošetrovatelskou péči jejich klienti vyžadují. Je jejich povinností dodržovat individualitu, protože každý člověk je jiný. Všech 8 respondentů má správné mínění o Alzheimerově chorobě a ví, jak o takového člověka pečovat, jak k němu přistupovat. Jsou si vědomi své role a funkce v týmu. Ví, co se od nich očekává a jaké jsou jejich povinnosti. Specifická péče u Alzheimerovy choroby se liší podle stupně postižení a proto, pokud je klient ve stádiu, kdy zvládne denní činnosti relativně sám, pečující spíše dopomáhá. V dalších stádiích je péče o individualitě. Pracovník by měl klienta doprovázet a pomáhat mu k udržení co nejdelší soběstačnosti.

Otázku č. 9 jsme položili proto, že schopnost komunikace je jedna z klíčových vlastností pečujícího, ať už v přímé či nepřímé péči. Je to také jeden z mnoha dalších bodů, který je nepostradatelný pro komplexní specifickou péči. Pečující by měl být trpělivý, měl by umět správně komunikovat- to znamená mluvit mírným tónem, pomaleji, stručně a v kratších

větách. Nesmíme opomenout na schopnost validace a empatie. Kvůli prvotní ztrátě krátkodobé paměti je také důležité připomínat, opakovat, doprovázet a udržovat klidný tón hlasu.

Na otázky č. 10 a 11 respondenti odpovídají různorodě, ač dle našeho názoru bezchybně. Každý má svůj vlastní náhled na situace a možnosti jejich používání. Omezovací prostředek jako takový, například postranice pouze při hrozícím nebezpečí pádu klienta z postele či podávání léků, a to vše podle ordinace lékaře. Používání omezovacích prostředků snižují na minimum, spíše je vůbec nepoužívají.

Účelem otázek č. 12 a 13 bylo, zda se respondenti zúčastňují vzdělávacích školení či kurzů zaměřené na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou. Z oslovených vzorků respondentů se pravidelně zúčastňují všichni. A ze získaných informací od paní ředitelky zařízení se školí všichni pracovníci přímé péče pravidelně každý rok. Jsou to kurzy bazální stimulace, validace, kurzy aktivizačních metod, reminiscence, biografie klienta, kurzy poruch polykání. Další, například školení o správné manipulaci s imobilními klienty a kurzy pro pracovníky v sociálních službách, které zahrnují i tvoření individuálních plánů či standardů v sociálních službách.

Otázka č. 14 je zcela jednoznačná a týká se zajištění bezpečnosti klientů. Aby se klienti nezatoulali a neublížili si, tak jsou dveře a výtahy zajištěny bezpečnostním heslem, schody opatřené brankou. Jsou zajištěné nebezpečné předměty (nože, nůžky), na toaletách jsou maldla a nádstavce, možnost použití postranic- pouze se souhlasem klienta či jeho rodiny. Dále kompenzační pomůcky pro ty, kteří mají problémy s chůzí.

Respondenti, se kterými rozhovor probíhal osobně, na otázku č. 15 odpovídali s rychlým časovým odstupem a velmi jasně. Tato otázka se týkala pouze pracovníků přímé péče, tzn. bez paní ředitelky a sociální pracovnice. Pouze 2 respondenti se shodli na tom, že je pro ně náročné neustálé opakování. Pro 1 respondenta je nejnáročnější psychické vyčerpání. Pro dalšího je nejhorší být s klientem v terminálním stádiu nemoci. Další odpověděl, že komunikace- to vzájemné pochopení se. Dále uvědomění si, že stav klienta už nebude lepší. Názory byly odlišné, ale přeci jen spolu velmi úzce souvisí.

Dílčí cíl č. 2

Zjistit, jak probíhá vzájemná spolupráce pečujících osob v rámci multidisciplinárního týmu.

K tomuto cíli se vztahovaly rozhovorové otázky č. 16 – 20.

Na otázky č. 16 – 17 odpověděli respondenti shodně. Každý den si pracovníci sdělí potřebné informace na ranním a večerním hlášení. V odpoledních hodinách probíhá pravidelně takzvaná „čtvrthodinka“, kde si sdělí všechny informace a důležité události během dne. Bez spolupráce všech pracovníků různých zaměření by se klientům nedostalo komplexní péče.

U otázky č. 18 - 19 se všichni respondenti shodli na tom, že komunikace a týmová spolupráce je nepostradatelná pro správnou funkci týmu.

Co se týče otázky č. 20, až na tři výjimky se respondenti shodli na tom, že je skladba multidisciplinárního týmu dostačující.

Dílčí cíl č. 3

Zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu spolupracují s rodinou klienta.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 21 – 25.

Otázka č. 21 se ptá, jak se zapojuje rodina do péče. Respondenti v nepřímé péči spolupracují s rodinou už od prvního okamžiku (paní ředitelka, vrchní sestra, sociální pracovnice). Od rodinných příslušníků žádají co nejvíce informací o klientovi, sepsání jeho „životního příběhu,“ což je nedílná součást individuální péče. Tento životní příběh pomáhá k porozumění klientova života a jeho chování. Rodina pomáhá také při úpravě pokoje, aby se v něm klient cítil bezpečně a připomínal mu domov. Podle respondentů v přímé péči je potřeba, aby byla rodina do péče zapojena. Ať už jako oživení pro klienty při aktivizacích nebo ulehčení práce s úpravou, hygienou nebo doprovodem k lékaři či na společenské akce. Nepostradatelné a velmi důležité informace od rodinných příslušníků jsou veškeré informace o biografii jejich blízkého. Rodina ví nejvíc, jak jejich blízký fungoval doma a jaké měl zvyky. Rodina se také podílí na sjednocení osobních věcí do reminiscenčního kufříku.

Na otázku č. 22, zda se setkávají s ochotou, odpověděli všichni respondenti kladně, takže ano. Rodinní příslušníci, kteří svěřují do péče svého blízkého, jsou ochotní vždy.

Otázka č. 23 měla zjistit, zda se využívá autobiografie a jaké se k tomu využívají prostředky. Jak už odpověděla otázka č. 21- sepsání „životního příběhu.“ Dále úprava pokoje klienta tím, co mu bude připomínat domov a reminiscenční kufřík, který obsahuje osobní věci a upomínkové předměty, na které má klient příjemné vzpomínky. S těmito předměty se poté pracuje.

Otázkou č. 24 zjišťujeme, jakým způsobem se získávají informace od rodiny. Nejvíce informací rodina předá už při prvním příjmu. Poté se podle potřeby doplňují, buď v průběhu návštěv či písemně, telefonicky. Rodinní příslušníci či blízcí přátelé jsou se sociální či vrchní sestrou v úzkém kontaktu a dle potřeby během pobytu se kontaktují.

Otázka č. 25 je spíše ze zajímavosti. Dotazuje se respondentů, zda se někdy setkali s rodinou, která podala o svém blízkém lživé informace. Všech 8 dotazovaných odpovědělo „ne.“ U lidí s Alzheimerovou chorobou je to zrádné. V domácím prostředí může být jejich chování jiné, než v cizím prostředí. Nakonec je vlastně v zájmu rodiny, aby byly informace pravdivé. Pak je personál schopný poskytovat jejich blízkému kvalitní péči a zajistit mu důstojný a kvalitní život. I při takto těžkém onemocnění.

Vzhledem k aktuálnosti problematiky Alzheimerovy choroby, bylo na tohle téma realizováno hodně studií a zpracováno dost prací. Ale většina z nich nekorespondovala našemu zaměření. Pro srovnání jsme vybrali bakalářskou práci od Petry Macháčkové s názvem „*Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou*“, která se s naší prací shodovala jedním cílem, a to otázkou z oblasti péče o klienty. Práci obhájila na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Fakultě humanitních studií, Ústavu zdravotnických věd v roce 2018.

Petra Macháčková ve své teoretické části tak, jako my popisuje samotnou Alzheimerovu chorobu, její stádia a projevy, diagnostiku a léčbu. V nejdůležitější části teorie poukazuje na nefarmakologickou terapii a spíše režimová opatření u klientů s Alzheimerovou chorobou. Jako návrh pro doporučení pro praxi rozpracovala model dle Gordonové. V naší práci jsme také vyzdvihli nefarmakologickou terapii, její důležitost a možnosti, avšak převážně se zabýváme specifickými činnostmi u klienta s Alzheimerovou chorobou, které u něj provádí multidisciplinární tým. Stejně jako ve srovnávané práci zmiňujeme behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD), naše práce se spíše zaměřuje na možnosti jejich zvládnutí. Petra Macháčková zvolila pro svou výzkumnou část kvantitativní šetření pomocí dotazníku. Pro výzkum si zvolila 3 cíle. Prvním cílem bylo ověření zdravotnických pracovníků, zda mají znalosti jak pečovat o klienty s Alzheimerovou chorobou. Druhým cílem bylo zjistit, zdali nelékařští zdravotničtí pracovníci znají techniky práce s klienty s Alzheimerovou chorobou. Třetím cílem bylo zjistit, zdali znají nelékařští zdravotničtí pracovníci důležité aspekty při příjmu klienta s Alzheimerovou chorobou (Macháčková, 2018, s. 39). Naproti tomu, naše výzkumná část zjišťuje, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou, jakou roli v péči o nemocného hraje multidisciplinární tým a jeho rodina.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V začátečních stádiích choroby klientům spíše dopomáháme, radíme, doprovázíme, ale neděláme činnosti za ně. Snažíme se o udržení co nejdelší soběstačnosti. V pokročilých stádiích se stává vše okolo sebeobslužných činností složitější a potřebují naši pomoc.

Doporučení při pohybu a každodenních aktivitách

- Iniciální dotek – když činnost začíná nebo končí;
- Vybíráme vhodné aktivity, dle zdravotního a psychického stavu klientů;
- Každého klienta bereme individuálně;
- Neaktivizujeme všechny dohromady, ale tvoříme skupinky – podle biografické anamnézy;
- Cvičíme spíše zachovalou dlouhodobou paměť;
- Neučíme novým věcem;
- Známe biografii klientů;
- Připomínáme, doprovázíme, pomáháme;
- Nedohadujeme se, neprosazujeme svou pravdu;
- Využíváme prvky neverbální komunikace;
- Udržujeme pohybovou aktivitu a soběstačnost;
- Posilujeme dosavadní schopnosti a dovednosti;
- Využíváme multismyslovou terapii – snoezelen;
- Nikdy k činnosti nenutíme;
- Motivujeme;
- Spolupráce v týmu;
- Spolupráce s rodinou.

Doporučení při komunikaci

- Klienty oslovujeme tak, jak si přejí;
- Ptáme se na jejich vlastní názory klientů;
- Trpělivě nasloucháme;
- Kombinujeme verbální a neverbální formu komunikace;
- Bereme ohled na momentální stav a náladu klienta;
- Sledujeme míru pozornosti;
- Mluvíme stručně, pomaleji a v jednoduchých větách;

- Opakujeme;
- Držíme se jednoho tématu;
- Vyhýbáme se ironickým projevům;
- To, co chceme, podporujeme řečí svého těla;
- Oči máme ve stejné úrovni;
- Chválíme;
- Smějeme se s klienty, ale ne jim;
- Neotáčíme se zády;
- Nepoužíváme složitá souvětí.

Doporučení při stravování

- Předcházíme malnutrici;
- Dohlížíme, nenecháváme klienty samotné;
- Klientům s polykacími potížemi podáváme kašovitou stravu, vyloučíme nevhodné potraviny;
- Podporujeme správné a bezpečné přijímání stravy;
- Nabízíme tekutiny;
- Nepodáváme příliš horké nápoje a stravu.

Doporučení k vyprazdňování

- Vedeme bilanci tekutin, mikční režim;
- Zapisujeme stolici;
- Využíváme toaletní židle;
- Netrestáme za inkontinenci;
- Eliminujeme zneužívání močových katétrů;
- Zřetelně označíme toalety.

Doporučení při oblékání

- Vyvarujeme se složitému zapínání, zavazování či mnohočetným knoflíkům;
- Vedeme k samostatnosti;
- Nespěcháme;
- Poradíme s výběrem;
- Vyhradíme si dostatek času.

Doporučení k hygieně

- Zjednodušíme jednotlivé kroky při koupání;
- Klient by to měl vnímat jako odpočinkovou a příjemnou činnost;
- Zachováme soukromí;
- Myslíme na klientovu důstojnost;
- Podporujeme samostatnost;
- Udržujeme čistá ústa a zdravé dásně;
- Kontrolujeme zubní náhradu.

Doporučení pro bezpečnost

- Předcházíme pádům;
- Šetrně zacházíme s klientem na vozíku;
- Zařízení je dostatečně osvětlené;
- Polohujeme imobilní klienty;
- Chráníme před infekcemi;
- Hlídáme cigarety či alkoholické nápoje.

ZÁVĚR

Smyslem této bakalářské práce bylo poukázat na skutečnost, jak moc je potřebná specifická péče multidisciplinárního týmu o člověka s Alzheimerovou chorobou.

Proto jsem v teoretické části přiblížila pohled na samotnou Alzheimerovu chorobu a poukázala na nutnost specifické ošetrovatelské péče. U této nemoci však záleží na stádiu, ve kterém se člověk nachází. Každý je jiný, u každého nemoc probíhá jinak, a proto je péče individuální. Péče by měla být „šitá na míru“ každému klientovi. Proto jsme posbírali všechny důležité informace o možnostech prevence, diagnostiky a terapie. Alzheimerova choroba není zatím vyléčitelná, proto se terapie věnuje spíše oddálení příznaků, jejich zmírnění či různým terapeutickým metodám. Alzheimerova choroba má jako každá nemoc i stádium terminální a nemocní jsou odkázáni na 24 hodinovou péči odborných pracovníků.

Takové komplexní péče se dostává zpravidla lidem ve specializovaných zařízeních, a proto jsme praktickou část bakalářské práce v jednom z těchto zařízení realizovali. Jako hlavní cíl bakalářské práce jsme si určili zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou, jako roli v péči o nemocného hraje multidisciplinární tým a jeho rodina. První dílčí cíl je: zjistit, zda respondenti znají specifika ošetrovatelské péče u klienta s Alzheimerovou chorobou. Druhý dílčí cíl je: zjistit, jak probíhá vzájemná spolupráce pečujících osob v rámci multidisciplinárního týmu. Třetí dílčí cíl je: zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu spolupracují s rodinou klienta. Tyto cíle se nám podařilo naplnit, díky vstřícným pracovníkům, kteří ochotně odpověděli na všechny podané otázky a dotazy.

Správnou a komplexní péči zaručí dlouhodobé a intenzivní pozorování. Tím se stává práce časově velmi náročnou, protože každý je jiný a péče musí být individuální. V praxi je individuální péče nezbytná, je nutný přímý kontakt s pacientem, pozorování a poznání jeho průběhu nemoci a i potřeby s tím spojené. Jedině tak zvýšíme kvalitu života těchto lidí.

Tohle téma jsme zvolili a zpracovali vzhledem k tomu, že si spousta lidí nedokáže představit, co všechno obnáší péče o takto nemocného člověka. Chtěli bychom, aby informace z bakalářské práce posloužily pro veřejnost. Dále jsme chtěli uvést do problematiky ostatní studenty zdravotnických či sociálních věd a osoby, které mají zájem pracovat s lidmi s Alzheimerovou chorobou.

V průběhu zpracovávání práce jsem si hluboce rozšířila poznatky o Alzheimerově chorobě a věřím, že se dostanou do rukou a pomůžou těm, kteří se této problematice chtějí věnovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CETLOVÁ, Lada, Lenka DRAHOŠOVÁ a Irena TOČÍKOVÁ, 2012. *Hodnotící a měřící škály pro nelékařské profese*. Jihlava. ISBN 978-80-87035-45-0.

GLENNER, Joy. A. a kol., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0154-0.

HOLMEROVÁ, Iva, Hana JANEČKOVÁ a Dagmar NIKLOVÁ, 2017. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Dotisk 11. vydání, Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. Šimůnkova 1600, Praha 8. ISBN 978-80-86541-49-5.

HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ, 2017. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. Dotisk druhého rozšířeného vydání, Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. Šimůnkova 1600, Praha 8: Mare CZ. ISBN 978-80-86541-31-0.

KÖNIG, Jutta a Claudia ZEMLIN, 2017. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Přeložila Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1184-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

NOVÁKOVÁ, Radana, 2011. *Pečovatelsví II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-531-2.

POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica, 2013c. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-410-0.

PÖRTNER, Marlis, 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: PORTÁL. ISBN 978-80-7367-582-0.

ŠPLÍCHALOVÁ, Markéta et al., 2007. *Život s Alzheimerovou nemocí a dalšími formami demence: Sborník přednášek*. Praha: Česká alzheimerovská společnost.

TOPINKOVÁ, Eva, 1999. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. Praha. ISBN 8023849131.

VATEHOVÁ, Drahomíra a Rastislav VATEHA, 2013. *Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-383-7.

ZGOLA, J. M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0183-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Addenbrookský kognitivní test: (revidovaná verze, 2010). *Sekce kognitivní neurologie České neurologické společnosti JEP* [online]. 2010 [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: https://www.czech-neuro.cz/content/uploads/2018/02/kognitivni_test_ace-r2010.pdf

BARTOŠ, Aleš a Daniela ŘÍPOVÁ, 2007. Pokroky v diagnostice Alzheimerovy nemoci. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, **8**(1), 17-21 [cit. 2018-02-19]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/04.pdf>

BELLUCK, Pam, 2016. What is Alzheimer's Disease? *New York Times* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/2016/05/02/science/what-is-alzheimers-disease.html>

Jiné příčiny demence, 2015. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/jine-priciny-demence>

ČESKO, 2017. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., In: Sbíрка zákonů České republiky. Částka 137, číslo 391. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vyhlaska-c391/2017-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c55/2011-sb-o-cinnostech-z_14541_2439_11.html

ČESKO, 2017. Zákony pro lidi: Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: Sbíрка zákonů České republiky. Ročník 2017, 137/2017, číslo 391. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

DOHNALOVÁ, Hana, 2011. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. *Medicína pro praxi* [online]. Solen, **8**(2), 86–88 [cit. 2019-04-30]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/02/10.pdf>

FRANKOVÁ, Vanda, 2017. Demence u Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, 11(1), 30-33 [cit. 2018-02-23]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/01/07.pdf>

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2011. Deprese u pacientů s demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, 12(2), 62-64 [cit. 2018-02-23]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/04.pdf>

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2005. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. *Interní medicína pro praxi* [online]. Solen, 7(10), 449-453 [cit. 2018-03-05]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2005/10/08.pdf>

HOLMEROVÁ a kol., 2007a. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* [online]. Publikace 1. část. Praha: EV public relations [cit. 2018-02-19]. ISBN 978-80-254-0177-4. Dostupné z: http://www.starnout-je-normalni.cz/files/Pece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_1.pdf

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2007b. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* [online]. Publikace 2. část. Praha: EV public relations [cit. 2018-02-19]. Dostupné z: http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_2.pdf

HOLMEROVÁ, Iva et al., 2004. *Kvalita péče o pacienta s demencí: role a cíle alzheimerovských společností* [online]. Medvik: Česká geriatrická revue, 2(1), 44 – 48 [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: http://kramerius.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:MED00012666-4b31f447-1911-4943-81a3-126c72ea9811#periodical-periodicalvolume-periodicalitem-article-page_uuid:d61285c8-6216-416f-b9f5-059d67ef5395

JIRÁK, Roman, 2011. Poruchy chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, 12(2), 56-60 [cit. 2018-03-05]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/03.pdf>

JIRÁK, Roman, 2008. Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, 9(1), 15-18 [cit. 2018-03-05]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/01/04.pdf>

MACHÁČKOVÁ, Petra. *Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2018, 90 s. (17 422). Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/41680>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Gajzlerová, Gabriela.

MAŤHOVÁ, Lenka, 2012. Canisterapie u seniorů s demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, 13(3), 133-135 [cit. 2018-03-06]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/03/10.pdf>

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, 2011. Výživa a Alzheimerova choroba: Informace pro pacienty a ty, kteří o ně pečují. In: *Pfizer* [online]. Praha [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <http://www.pfizer.cz/sites/g/files/g10034146/f/201606/vyziva-alz-namoc.pdf>

Potýkají se babička nebo dědeček s Alzheimerem? Nakoukněte do jejich myslí pomocí revoluční komunikační metody, 2017. In: *Lifée* [online]. [cit. 2018-03-06]. Dostupné z: http://www.lifee.cz/psychologie/potykaji-se-babicka-nebo-dedecek-s-alzheimerem-nakouknete-do-jejich-mysli-pomoci-revolucni-komunikacni-metody_1755.html

Pro lidi s demencí jsou největšími bariérami stigma a sociální vyloučení, 2012. Aktuality, In: *Florence* [online]. [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/pro-lidi-s-demenci-jsou-nejvetsimi-barierami-stigma-a-socialni-vylouceni/>

RITTER-RAUCH, Ruth a Veronika VONDRÁČKOVÁ, 2016. Život s demencí: Tipy pro rodinné příslušníky a pečující osoby. In: *Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky* [online]. Schweizerische Alzheimervereinigung. [cit. 2018-03-06]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivot%20s%20demenc%C3%AD_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADky.pdf

SHEARDOVÁ, Kateřina, 2011. Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, 12(1), 13-18. [cit. 2018-03-05]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2011/01/03.pdf>

Snoezelen Multi-Sensory Environments, c2019. *Snoezelen Multi-Sensory Environments: What is snoezelen* [online]. [cit. 2019-02-11]. Dostupné z: <https://www.snoezelen.info/>

VELLAS, B et al., 2006. *Společné usnesení o demenci Alzheimerova typu v pokročilém stádiu* [online]. Medvik: Česká geriatrická revue, 4(1), 35 - 47 [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: http://kramerius.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:MED00012666-4b31f447-1911-4943-81a3-126c72ea9811#periodical-periodicalvolume-periodicalitem-article-page_uuid:7e4cb8d5-7cd6-46e8-9d8f-7256736c101a

Prezentace:

HOLMEROVÁ, Iva, 2006. Nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí. In: *Česká neurologická společnost* [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: <https://www.czech-neuro.cz/content/uploads/2018/03/holmerova.pdf>

KONRÁD, Jiří, 2009. Behaviorální a psychologické symptomy demence. In: *Česká neurologická společnost* [online]. Brno [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: https://www.czech-neuro.cz/content/uploads/2018/03/konrad_bpsd.pdf

LEJSAL, Matěj, 2015. Důstojnost a sociální práce v pobytovém zařízení pro seniory. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha. [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/20602/Lejsal.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACH	Alzheimerova choroba
BPSD	Behaviorální a psychologické symptomy demence
EKG	Elektrokardiografie
EEG	Elektroencefalografie
CT	Výpočetní tomografie
MRI	Magnetická rezonance
CRP	C – reaktivní protein
TSH	Thyreostimulační hormon
SPECT	Jednofotonová emisní tomografie
PET	Pozitronová emisní tomografie
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	Permanentní močový katétr
MMSE	Mini Mental State Examination
ADL	Activity Daily Living
IADL	Instrumental Activities for Daily Living
ACE – R	Addenbrookský kognitivní test
ICHe	Inhibitory cholinesterázy
ČALS	Česká alzheimerská společnost
P	Příloha
R	Respondent
Tzn.	To znamená

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Schematický mikroskopický obraz mozku pacienta s Alzheimerovou nemocí při srovnání s normou

P II: Test kognitivních funkcí (MMSE)

P III: Addenbrookský kognitivní test (ACE – R)

P IV: Test kreslení hodin

P V: ADL

P VI: IADL

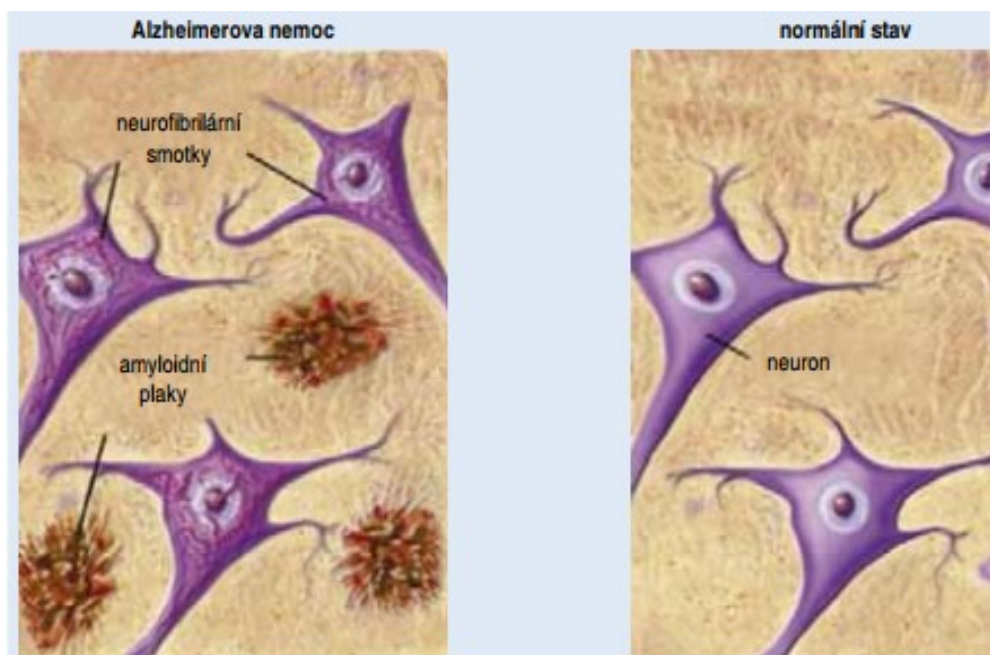
P VII: Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou

P VIII: Model důstojnosti

P IX: Celé znění vyhlášky


P X: Seznam pokládaných otázek v rámci polostrukturovaného rozhovoru

PŘÍLOHA P I:



(www.solen.cz)

PŘÍLOHA P II: TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ (MMSE)

Oblast hodnocení	Max. skóre
1. Orientace Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Který je teď rok? Které je roční období? Můžete mi říci dnešní datum? Který je den v týdnu? Který je teď měsíc? Ve kterém státě jsme? Ve které jsme zemi? Ve kterém městě jsme? Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení? tato ordinace?) Ve kterém jsme poschodí?(pokojí?)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Paměť Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta - například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.	3
3. Pozornost a počítání Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
4. Krátkodobá paměť (= vybavnost) Úkol zopakovat 3 dříve jmenované předměty (viz bod 2)	3
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (např. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: <ul style="list-style-type: none"> • Žádná • Ale • Jestliže • Kdyby Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	2 1 1 1 1 1 1
	
Hodnocení 0 - 10 bodů - těžká kognitivní porucha 11 - 20 bodů - středně těžká kognitivní porucha 21 - 23 bodů - lehká kognitivní porucha 24 - 30 bodů - pásmo normálu	

(Zdroj: Cetlová, Drahošová, Točíková, s. 57, 2012)

PŘÍLOHA P III: ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (ACE-R)

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (revidovaná verze 2010)

Jméno a příjmení	<input type="text"/>	Administrátor	<input type="text"/>
Datum narození	<input type="text"/>	Pracovní diagnóza	<input type="text"/>
Délka vzdělání (roky)	<input type="text"/>	Laterallita	pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>
Dosažený stupeň vzdělání	<input type="text"/>	DATUM VYŠETŘENÍ	

SUBSKÓRE			
Pozornost a orientace	úloha č. 1, 2, 3	/18	/18
Paměť	úloha č. 4, 5, 6, 17, 18	/26	/26
Slovní produkce	úloha č. 7a, 7b	/14	/14
Jazyk	úloha č. 8a, 8b, 9, 10a–c, 11, 12, 13	/26	/26
Zrakové-prostorové schopnosti	úloha č. 14a–c, 15, 16	/16	/16
CELKOVÉ SKÓRE			
	ACE-R	/100	/100
	MMSE	/30	/30

SKÓRE

1. ORIENTACE

■ Zeptejte se pacienta:

1. Který je dnes den v týdnu?	<input type="text"/>	6. Ve kterém státě se nacházíme?	<input type="text"/>	(Skóre 0–10)	(Skóre 0–10)
2. Kolikátého je dnes?	<input type="text"/>	7. Ve kterém jsme městě?	<input type="text"/>	ACE	ACE
3. Který je měsíc?	<input type="text"/>	8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti?	<input type="text"/>	MMSE	MMSE
4. Který je rok?	<input type="text"/>	9. Jak se jmenuje tato nemocnice / budova?	<input type="text"/>	MMSE	MMSE
5. Které je roční období?	<input type="text"/>	10. Na kterém poschodí se nacházíme?	<input type="text"/>	MMSE	MMSE

■ U otázky č. 2 tolerujeme ± 2 dny v datumu. Otázku č. 5 hodnotíme následovně: jaro – březen, duben, květen; léto – červen, červenec, srpen; podzim – září, říjen, listopad a zima – prosinec, leden, únor. Nevyžadujeme tedy znalost přesných astronomických přechodů jednotlivých ročních období. U otázky č. 6 doporučujeme uznat odpověď Česká republika nebo Česko. U otázky č. 8 doporučujeme v případě testování v Praze uznat i Středočeský kraj.
Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem.

2. PAMĚŤ – ZAPAMATOVÁNÍ

■ Řekněte pacientovi:
„Můžeme si nyní vyzkoušet Vaši paměť? Řeknu Vám 3 slova. Pokuste se je po mně opakovat a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.“

lopata <input type="checkbox"/>	šátek <input type="checkbox"/>	váza <input type="checkbox"/>	(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)
			ACE	ACE
			MMSE	MMSE

■ Slova vyslovujte zřetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je pacient nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 3x, než se je naučí. Jinak bude zkrácen výsledek položky výbavnost.
Započítejte 1 bod za každé správně opakované slovo pouze při PRVNÍM opakování.

POZORNOST A ORIENTACE

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

- Požádejte pacienta:

„Nyní odečítejte od čísla 100 opakovaně číslo 7, tedy sto mínus sedm, mínus sedm atd., dokud Vám neřeknu dost.“

100 M | 93 R | 86 K | 79 O | 72 P | 65

(Skóre 0–5)

ACE

(Skóre 0–5)

ACE

- Instrukci se snažte vysvětlovat tak dlouho, dokud jí dotyčný nepochopí. V průběhu odečítání již není možné opakovat instrukci. Zastavte odečítání, až osoba odečte 5x za sebou. Jestliže posuzovaný tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho: „Hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech. Nyní hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech pozpátku.“

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Pokud osoba udělá chybu a dále odečítá/ hláskuje správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Maximum je 5 bodů. Např. MROKP - 3 body.

MMSE

MMSE

POZORNOST

4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ

- Řekněte pacientovi:

„Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a před chvílí zapamatovat.“

lopata šátek váza

Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod. Na pořadí slov nezáleží.

(Skóre 0–3)

ACE

(Skóre 0–3)

ACE

MMSE

MMSE

5. PAMĚŤ – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ

- Řekněte pacientovi:

„Nyní Vám řeknu jméno s adresou. Teprve až skončím, zopakujete po mně všechny údaje. Takto to provedeme 3x, abyste měl(a) možnost se vše dobře naučit. Na konci testování se Vás na všechny údaje budu ptát.“

- Přečteme celé jméno s adresou a necháme pacienta všechny údaje zopakovat. Tímto způsobem provedeme celkově 3x.

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Do bodování započítáváme pouze třetí pokus.

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

	1. pokus	2. pokus	3. pokus
Martin Dvořák			
Sadová třída 73			
Královice			
Soběslav			

PAMĚŤ

6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ

- Zeptejte se pacienta:

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?

Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989?

Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?

Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE

7. SLOVNÍ PRODUKCE – slova začínající písmenem „P“

7a Písmena

- Řekněte pacientovi:

„Nyní Vám řeknu jedno písmeno z abecedy a Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která tímto písmenem začínají. Nesmí to však být jména osob ani měst, ani nesmíte vyjmenovávat slova se stejným slovním základem. Například od písmena „B“ mají stejný slovní základ slova: bydlet, bydlíme, bydlíště, bydlí apod. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“. Teď!“

1	8	15	22
2	9	16	23
3	10	17	24
4	11	18	25
5	12	19	26
6	13	20	27
7	14	21	28

Počet slov

Odpovídá skóre

>17

7

14–17

6

11–13

5

8–10

4

6–7

3

4–5

2

2–3

1

<2

0

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.

SLOVNÍ PRODUKCE

7. SLOVNÍ PRODUKCE - zvířata

7b Zvířata

- Řekněte pacientovi:

„Nyní je Vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte opět jednu minutu. Jste připraven/a? Můžeme začít? Teď!“

1	9	17	25
2	10	18	26
3	11	19	27
4	12	20	28
5	13	21	29
6	14	22	30
7	15	23	31
8	16	24	32

Počet slov

Odpovídá
skóre

>21

7

17–21

6

14–16

5

11–13

4

9–10

3

7–8

2

5–6

1

<5

0

(Skóre 0–7)

(Skóre 0–7)

ACE

ACE

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.

SLOVNÍ PRODUKCE

8. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- 8a Ukažte pacientovi nápis „Zavřete oči“ (na Listu pro pacienta) a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte.

„Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadte. Přečtete tento pokyn a provedte ho.“

Započítejte 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.

(Skóre 0–1)

(Skóre 0–1)

ACE

ACE

MMSE

MMSE

- 8b Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu:

„Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět. Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.“

Za každou správně provedenou činnost započítete 1 bod.

(Skóre 0–3)

(Skóre 0–3)

ACE

ACE

MMSE

MMSE

9. JAZYK – PSANÍ

- Dejte vyšetřovanému tužku, List pro pacienta a vyzvěte ho k napsání věty.

„Napište do tohoto volného prostoru listu jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.“

Jeden bod započítáte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.

(Skóre 0–1)

(Skóre 0–1)

ACE

ACE

MMSE

MMSE

10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ

- Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“

Slova vyslovujeme zřetelně a jednotlivě. Pacient vždy opakuje pouze jedno slovo, ne všechna dohromady.

- 10a chobotnice výstřednost nesrozumitelný statistik

Hodnotíme: 2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně
1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně
0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě a méně slov

(Skóre 0–2)

(Skóre 0–2)

ACE

ACE

- Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující věty.“

- 10b „Prostě tak a ne jinak.“

Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítete 1 bod.

(Skóre 0–1)

(Skóre 0–1)

ACE

ACE

MMSE

MMSE

- 10c „Nahoře, vzadu a dole.“

Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítete 1 bod.

(Skóre 0–1)

(Skóre 0–1)

ACE

ACE

JAZYK

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“

Místo prvních dvou obrázků (tužka a hodinky) na Listu pro pacienta doporučujeme pacientovi ukázat skutečné předměty. V následujícím textu jsou uvedeny názvy jednotlivých obrázků. Jiné názvy doporučujeme neuznávat.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Tužka nebo správný název ukazovaného předmětu. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hodinky, náramkové hodinky | <input type="checkbox"/> |
| 3. Klokan, klokanice, klokanice s mládětem | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tučňák, pinguin | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kotva | <input type="checkbox"/> |
| 6. Velbloud, velbloudice, dromedár, jednohrbý velbloud | <input type="checkbox"/> |
| 7. Harfa | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nosorožec | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sud, soudek, bečka | <input type="checkbox"/> |
| 10. Královská koruna, koruna | <input type="checkbox"/> |
| 11. Krokodýl, aligátor, ještěr, ještěrka | <input type="checkbox"/> |
| 12. Harmonika, tahací harmonika, akordeon | <input type="checkbox"/> |

Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný obrázek.

tužka + hodinky

(Skóre 0–2)

MMSE

(Skóre 0–2)

MMSE

všech 12 obrázků

(Skóre 0–12)

ACE

(Skóre 0–12)

ACE

12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta:

- Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím.
- Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec.
- Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Antarkidou.
- Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím.

U otázky dotazující se na souvislost s námořnictvím lze kromě kotvy uznat jako správné odpovědi i sud a harmonika.

Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE

13. JAZYK – ČTENÍ

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Nyní přečtete následující slova“ (šít, litr, saze, těsto, výška).

Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně VŠECHNA slova.

(Skóre 0–1)

ACE

(Skóre 0–1)


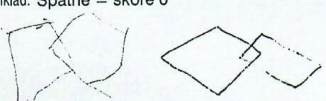
ACE

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětiúhelníky

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Překreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“
Dejte vyšetřovanému tužku a vyzvěte ho k překreslení obrázku. Třes ani rotace neuvadí.

Započítejte 1 bod, jestliže jsou zachovány správně strany, počet úhlů a 2 překřížení.

<p>Příklad: Správně = skóre 1</p> 	<p>Příklad: Špatně = skóre 0</p> 
---	---

(Skóre 0–1)

ACE

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

MMSE

Úloha č. 14 pokračuje na další straně.

JAZYK

ZRAK. – PROST. SCHOPNOSTI

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI (pokračování)

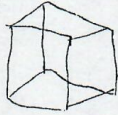
14b Kostka

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:

„Nyní překreslete tento obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“

U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeníh. Podle kvality provedení hodnotíme 0–2 body.

Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



(Skóre 0–2)



ACE

(Skóre 0–2)



ACE

14c Hodiny

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:

„Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.“

Zelášť přidělujeme body za provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček. Podle kvality provedení hodnotíme 0–5 body.

Pravidla pro skórování hodin

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

2 body – pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny

1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chybně rozmístěné

Umístění ručiček

2 body – obě ručičky jsou správně umístěné, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujasnit si, která z ručiček je velká a která malá)

1 bod – pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku

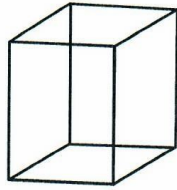
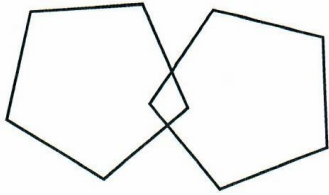
nebo 1 bod – pokud je jedna ručička nasměrována ke správné číslici a má také správnou délku

nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

Příklady:

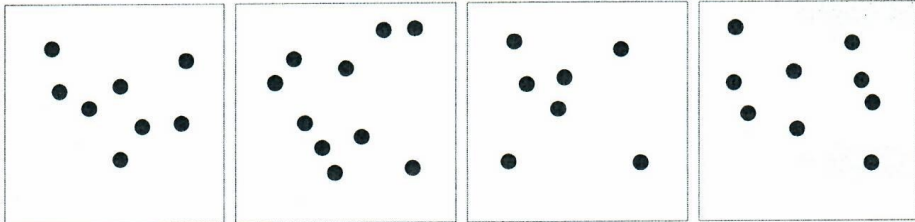
Skóre 5 Kruh (1) číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2).	Skóre 4 Kruh (1) číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).	Skóre 4 Kruh (1) všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěné správně (2).
Skóre 4 Kruh (1) číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).	Skóre 3 Kruh (1) číslice nejsou umístěné v kruhu, 2× číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2).	Skóre 3 Kruh (1) všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1).
Skóre 3 Kruh (1) všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1).	Skóre 2 Kruh (1) všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).	Skóre 2 Kruh (1) jedna ručička umístěná správně (1).

14.

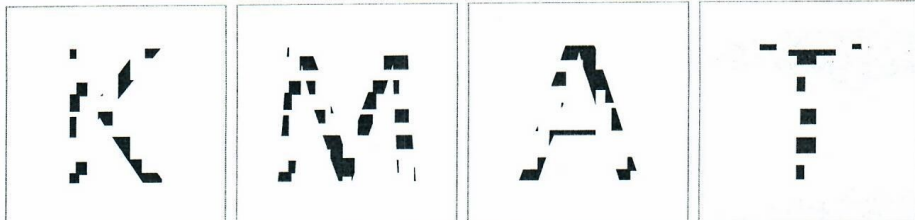


Hodiny

15.




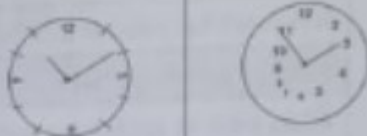
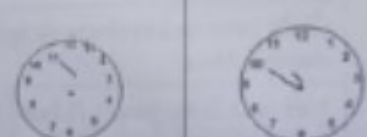


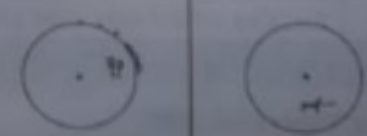
16.



ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

(Addenbrookský kognitivní test, *Sekce kognitivní neurologie České neurologické společnosti JEP*)

PŘÍLOHA P IV: TEST KRESLENÍ HODIN

Skóre	Popis	Příklady	
1	Bezchybné provedení: <ul style="list-style-type: none"> • Číslice 1-2 ve správném pořadí i místě • Dvě ručičky ve správné poloze 		
2	Lehká prostorová chyba ciferníku hodin: <ul style="list-style-type: none"> • Vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné • Číslice mimo kruh • Otočení papíru s otočením číslic • Použití pomocných čar pro lepší orientaci 		
3	Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin: <ul style="list-style-type: none"> • Pouze jedna ručička • Čas zaznamenáván slovně „10 hodin 10 minut“ • Čas vůbec nezaznamenán 		
4	Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné: <ul style="list-style-type: none"> • Nepravdělné mezery • Zapomenutí čísel • Perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 • Záměna pravý/levý (čísllice proti směru) • Dysgrafie - chybějí čitelné číslice 		
5	Těžká prostorová dezorganizace: <ul style="list-style-type: none"> • Jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 		
6	Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium): <ul style="list-style-type: none"> • Žádný pokus zakreslit hodiny • Ani vzdálená podobnost s hodinami • Napsáno slovo nebo jméno 		

(Topinková, 1999, podle Pokorná a kol., s. 147, 2013)

PŘÍLOHA P V: ADL

Barthelův test základních všedních činností

ADL - activity daily living

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
2.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
3.	Koupání	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
4.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
5.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
8.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomoci	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomoci 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení	Závislost	Body
	Vysoce závislý	0 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

(Zdroj: Cetlová, Drahošová, Točíková, s. 7, 2012)

PŘÍLOHA P VI: IADL

Test instrumentálních všedních činností

Podle Lawsona a Bodyho
(IADL-Instrumental Activity Daily Living)

Činnost	Hodnocení	Body
1. Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
2. Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje, je-li doprovázen, vyžaduje pomoc druhé osoby	5
	Speciálně upravený vůz	0
3. Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	Neschopen bez podstatné pomoci	0
4. Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo ohřeje	5
	Jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací, provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	10
	Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo se v domácnosti prací neúčastní	0
6. Práce okolo domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
	Provede pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. Užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	Léky musí být podány druhou osobou	0
8. Finance	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
Hodnocení	Závislý	0 - 40 bodů
	Částečně závislý	41 - 75 bodů
	Nezávislý	76 - 80 bodů

(Zdroj: Cetlová, Drahošová, Točíková, s. 56, 2012)

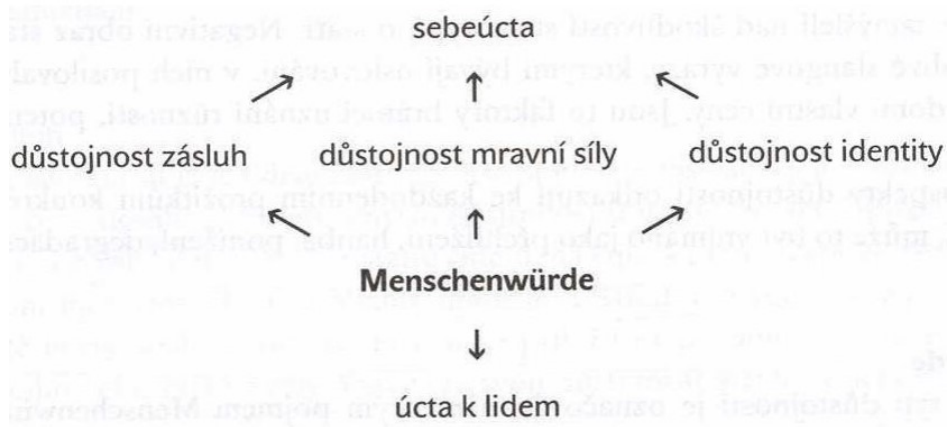
PŘÍLOHA P VII: PRÁVA PACIENTŮ TRPÍCÍCH ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

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

(Holmerová, Mátlová, s. 7, 2017)

PŘÍLOHA P VIII: MODEL DŮSTOJNOSTI

Model důstojnosti



(Zdroj: Lejsal, 2015)

PŘÍLOHA P IX: CELÉ ZNĚNÍ VYHLÁŠKY

VYHLÁŠKA

ze dne 16. listopadu 2017,

kteřou se mĕní vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 90 odst. 2 písm. c) zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb. a zákona č. 105/2011 Sb.:

Čl. I

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., se mĕní takto:

1. V § 2 se písmeno a) zrušuje.

Dosavadní písmena b) až o) se označují jako písmena a) až n).

2. V § 2 písm. a) až c) se slova „podle písmene a)“ zrušují.

3. V § 2 písm. c) se slova „specifickou ošetrovatelskou péčí péče podle písmene a) poskytovaná pacientům ve vymezeném úseku zdravotní péče (například ošetrovatelská péče poskytovaná při radiologických výkonech nebo při zabezpečování nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy),“ zrušují.

4. V § 2 se za písmeno c) vkládá nové písmeno d), které zní:

„d) specifickou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům ve vymezeném úseku zdravotní péče zejména při poskytování radiologických výkonů, zabezpečení nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy nebo neodkladné péče,“.

Dosavadní písmena d) až n) se označují jako písmena e) až o).

5. V § 2 písm. g) se slova „zdravotní péči poskytované“ nahrazují slovy „poskytování zdravotní péče“, slova „písmenu d)“ se nahrazují slovy „pís-

menu e)“, slova „kde je nutná zvláštní příprava zdravotnického pracovníka prostřednictvím celoživotního vzdělávání⁴⁾, včetně dlouhodobé přípravy podle dřívějších právních předpisů“ se nahrazují slovy „ke kterým má zdravotnický pracovník specializovanou způsobilost nebo zvláštní specializovanou způsobilost pro úzce vymezené zdravotnické činnosti“.

Poznámka pod čarou č. 1 se zrušuje.

6. V § 2 se písmeno k) zrušuje.

Dosavadní písmena l) až o) se označují jako písmena k) až n).

7. V § 2 se písmeno l) zrušuje.

Dosavadní písmena m) a) a) n) se označují jako písmena l) a) m).

8. V § 2 se na konci písmene l) čárka nahrazuje tečkou a písmeno m) se zrušuje.

9. V § 3 odst. 1 písmeno c) zní:

„c) provádí zápisy do zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající z jiných právních předpisů⁷⁾, pracuje s informačním systémem poskytovatele zdravotních služeb,“.

10. V § 3 odst. 1 se na konci textu písmene d) doplňují slova „ , zubního lékaře, farmaceuta, klinického psychologa nebo klinického logopeda“.

11. V § 3 se na konci odstavce 1 tečka nahrazuje čárkou a doplňují se písmena g) až i), která znějí:

-g) motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe⁴⁾,

h) podílí se na zajištění zapracování nově nastupujících zdravotnických pracovníků,

i) provádí opatření při řešení následků mimořádné události nebo krizové situace⁴⁾.“.

12. V § 4 odst. 1 úvodní částí ustanovení se za

slovo „lékařem“ vkládají slova „nebo zubním lékařem“.

13. V § 4 odst. 1 písmeno b) zní:

„b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, a další tělesné parametry za použití zdravotnických prostředků.“

14. V § 4 odst. 1 písm. c) se za slovo „zaznamenávat“ vkládají slova „fyzický a psychický“.

15. V § 4 odst. 1 písmeno d) zní:

„d) získávat osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu.“

16. V § 4 odst. 1 písm. e) se slova „semákvantitativními metodami (diagnostickými proužky)“ zrušují.

17. V § 4 odst. 1 písm. f) se za slovo „dýchacích“ vkládají slova „a z permanentní tracheostomické kanyly u pacientů starších 3 let“.

18. V § 4 odst. 1 písm. g) se slova „centrální a periferní žilní vstupy“ zrušují.

19. V § 4 odst. 1 se za písmeno g) vkládají nová písmena h) a i), která znějí:

„h) hodnotit a ošetřovat centrální a periferní žilní vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti,

i) pečovat o zavedené močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně provádění výplachů močového měchýře.“

Dosavadní písmena h) až r) se označují jako písmena j) až t).

20. V § 4 odst. 1 písmeno j) zní:

„j) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem, ergoterapeutem a logopedem ve zdravotnictví rehabilitační ošetřování, zejména polohování, pozování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemístování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch komunikace a poruch polykání a vyprazdňování a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch z imobility.“

21. V § 4 odst. 1 se písmeno k) zrušuje.

Dosavadní písmena l) až t) se označují jako písmena k) až s).

22. V § 4 odst. 1 písm. k) se za slovo „postupech“ vkládají slova „a“, použití zdravotnických prostředků“.

23. V § 4 odst. 1 písm. n) se slovo „provádět“ nahrazuje slovy „poskytovat a zajišťovat“ a slova „umírajících a jejich blízkých“ se nahrazují slovy „umírajícím a jejich blízkým“.

24. V § 4 odst. 1 písm. o) se slova „včetně návykových látek¹²⁾, (dále jen „léčivé přípravky“),“ zrušují.

25. V § 4 odst. 1 se písmeno q) zrušuje.

Dosavadní písmena r) a s) se označují jako písmena q) a r).

26. V § 4 odst. 1 písmeno r) zní:

„r) zajišťovat stálou připravenost pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků.“

27. V § 4 odst. 1 se doplňují písmena s) a t), která znějí:

„s) doporučovat použití vhodných zdravotnických prostředků pro péči o stomie, chronické rány nebo při inkontinenci,

t) doporučovat vhodné kompenzační zdravotnické prostředky pro zajištění mobility a sebeobsluhy v domácím prostředí.“

28. V § 4 odstavce 2 až 4 včetně poznámek pod čarou č. 10, 12 a 44 znějí:

„(2) Při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče může všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. a) až k), o) a p).

(3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje nebo zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

- a) zavádět periferní žilní katetry pacientům starším 3 let,
- b) podávat léčivé přípravky¹⁰⁾ s výjimkou radiofarmak, nejde-li o nitrožilní injekce nebo infuze u dětí do 3 let věku, pokud není dále uvedeno jinak,
- c) zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii,
- d) provádět screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické; v případě fyziologických výsledků může napláňovat termín další kontroly,
- e) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže v průběhu léčby radioterapií,
- f) odstraňovat stehy u primárně hojících se ran a drény s výjimkou drénů hrudních a drénů v oblasti hlavy,
- g) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let,
- h) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět gastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu u pacientů všech věkových kategorií,
- i) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let,
- j) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,
- k) provádět návštěvní službu a poskytovat péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
- l) podávat potravinu pro zvláštní lékařské účely¹¹⁾.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře nebo zubního lékaře může

- a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty¹²⁾,
- b) zpracovávat dentální materiály v ordinaci,
- c) vykonávat činnost zubní instrumentářky podle § 40 odst. 1 písm. c).

¹⁰⁾ Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

¹¹⁾ § 2 odst. 2 písm. l) zákona č. 378/2007 Sb.

¹²⁾ Vyhláška č. 54/2004 Sb., o potravinách určených pro

zvláštní výživu a o způsobu jejich použití, ve znění pozdějších předpisů.

29. Za § 4 se vkládají nové § 4a a 4b, které včetně nadpisů znějí:

„§ 4a

Praktická sestra

(1) Praktická sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje nebo zajišťuje základní ošetrovatelskou péči. Přitom zejména může

- a) sledovat fyziologické funkce za použití zdravotnických prostředků a získané informace zaznamenávat do dokumentace,
- b) pozorovat a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta a schopnost příjmu potravy,
- c) provádět komplexní hygienickou péči, včetně prevence proleženin,
- d) rozdělovat stravu pacientům podle diet a dbát na jejich dodržování, dohlížet na dodržování pitného režimu, sledovat bilanci tekutin, pečovat o vyprazdňování,
- e) aplikovat zábal, obklady, léčivé koupele, teplé a studené procedury,
- f) provádět sociální aktivizaci zejména v rámci péče o seniory,
- g) pečovat o zajištění psychické pohody, pocitu jistoty, bezpečí a sociálního kontaktu,
- h) vykonávat činnosti při zajištění herních aktivit dětí,
- i) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, všeobecnou sestrou, dětskou sestrou a porodní asistentkou rehabilitační ošetrovatelství, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce, včetně prevence dalších poruch vyplývajících ze snížené mobility nebo imobility,
- j) sledovat poruchy celistvosti kůže,
- k) pečovat o močové katetry pacientů starších 3 let; péči o močové katetry pacientů se rozumí zejména hygiena genitálu, dezinfekce katetru, výměna močového sáčku,

- l) ošetřovat periferní žilní vstupy,
- m) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů,
- n) poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- o) vykonávat činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků¹⁰⁾,
- p) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení zdravotnických prostředků¹¹⁾ a prádla, jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby,
- q) vykonávat činnosti při zajišťování stále připravenosti pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků.

(2) Praktická sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře jednoduché výkony při poskytování zdravotní péče; zejména může

- a) podávat léčivé přípravky¹²⁾ s výjimkou radiofarmak; léčivé přípravky nemůže podávat formou nitrožilní injekce, infuzí nebo aplikací do epidurálních katetrů a dále u dětí do 3 let věku formou intramuskulární injekce,
- b) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích u pacientů při vědomí starších 10 let a zajišťovat jejich průchodnost,
- c) zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii,
- d) odebírat kapilární a žilní krev a jiný biologický materiál,
- e) provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve,
- f) provádět ošetření nekomplikovaných chronických ran, ošetřovat stomie,
- g) podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely¹³⁾.

(3) Praktická sestra pod odborným dohledem zubního lékaře může

- a) zpracovávat dentální materiály v ordinaci,
- b) vykonávat činnost zubní instrumentárky podle § 40 odst. 1 písm. c).

(4) Při poskytování specializované ošetrovatelské péče může praktická sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry, dětské sestry nebo porodní asistentky vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. a) až l), p) a q).

(5) Při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče může praktická sestra pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, dětské sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. a) až l), p) a q).

§ 4b

Dětská sestra

(1) Dětská sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje nebo zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu o zdravé i nemocné děti všech věkových kategorií. Přitom zejména může

- a) účastnit se porodů, provádět první ošetření novorozence, zahájit a podílet se na kardiopulmonální resuscitaci, zajišťovat transport novorozence na následná pracoviště, zajišťovat termoneutralní prostředí, sledovat a hodnotit poporodní adaptaci, edukovat matky v péči o novorozence po dobu hospitalizace i po propuštění do domácí péče,
- b) připravovat stravu novorozencům, kojencům nebo dětem do 3 let věku; podávat stravu dětem všech věkových kategorií, včetně využití alternativních postupů podávání; vést matky k správnému přístupu ve vztěví dítěte, edukovat je v technikách kojení a dohlížet na jeho správné provedení, podporovat rozvoj a udržení laktace, poskytovat poradenskou činnost,
- c) sledovat a vyhodnocovat psychomotorický vývoj dítěte, vytvářet stimulační prostředí pro zdravý vývoj dítěte, činit opatření k zamezení vzniku psychických deprivací a retardací, rozvíjet komunikační schopnosti dítěte, vyhledávat rizikové faktory ohrožující zdravý vývoj dítěte,
- d) vykonávat činnosti ošetrovatelské péče poskytované dítěti v domácím prostředí i během hospitalizace,
- e) poskytovat ošetrovatelskou péči v rámci pří-

PŘÍLOHA P X: SEZNAM POKLÁDANÝCH OTÁZEK V RÁMCI POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

1. Jaká je Vaše funkce v týmu?
2. Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?
3. Jak dlouho pracujete s osobami s Alzheimerovou chorobou?
4. Jaké máte ukončené vzdělání?
5. Víte, jaké jsou projevy Alzheimerovy choroby?
6. Vyžadují podle Vás klienti s Alzheimerovou chorobou specifickou péči více, než ostatní senioři? Proč?
7. Víte, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u osob s Alzheimerovou chorobou?
8. Které specifické činnosti tady nejčastěji vykonáváte?
9. Jaké jsou zásady komunikace s osobou s Alzheimerovou chorobou? Jak probíhá komunikace ve Vašem zařízení?
10. Jaký máte názor na používání omezovacích prostředků?
11. Používají se tyto prostředky ve Vašem zařízení? Pokud ano, sdělte příklady situací.
12. Pořádá zařízení nějaká školení či kurzy, zaměřené na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?
13. Zúčastňujete se Vy sám(a) nějakých dalších vzdělávacích aktivit? Jakých?
14. V čem spočívá zajištění bezpečnosti klientů ve Vašem zařízení?
15. Co je pro Vás při práci s klienty nejnáročnější?
16. Jakým způsobem se předávají v týmu informace o klientovi?
17. Jak ve Vašem zařízení probíhá spolupráce pracovníků v multidisciplinárním týmu?
18. V čem je podle Vás důležitá týmová práce mezi pracovníky různých zaměření?
19. Myslíte si, že je skladba Vašeho multidisciplinárního týmu dostačující? Pokud ne, co byste popřípadě změnil(a)?
20. Máte ve Vaší práci složitou administrativu?
21. Jak zapojujete rodinu do péče?
22. Setkáváte se s ochotou?
23. Pracujete s autobiografiemi? Jaké k tomu využíváte prostředky?
24. Jakým způsobem získáváte informace od rodiny?
25. Setkal(a) jste se někdy s rodinou, která Vám podala lživé informace?