

Uživatel sociální služby s diagnózou Alzheimerova choroba

Helena Semelová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Helena SEMELOVÁ**

Osobní číslo: **H09030**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Uživatel sociální služby s diagnózou Alzheimerova choroba**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části charakterizovat onemocnění Alzheimerova choroba, vymezit pojmy z oblasti poskytování sociálních služeb, specifikovat potřeby uživatelů sociálních služeb s diagnózou Alzheimerova choroba.

V praktické části realizovat průzkumné šetření v domově pro seniory týkající se uživatelů s diagnózou Alzheimerova choroba. Zpracovat a vyhodnotit získané informace, včetně jejich interpretace. Prezentovat výsledky průzkumného šetření, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ, 2003. Vybrané kapitoly z gerontologie. Vyd.2. Česká alzheimerská společnost. ISBN 80-86541-12-6.

JIRÁK, Roman et al. 2009. Demence a jiné poruchy paměti. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk et al. 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

ZGOLA, Jitka M., 1999. Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada. ISBN 80-247-0183-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Eva Winklerová

Ústav ošetrovatelství

Konzultant:

Mgr. Silvie Treterová

Ústav ošetrovatelství


Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 14. února 2012



doc. Ing. Anežka Lengelová, Ph.D.

děkunka



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Berou 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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 28.5.2012

Šemelová Helena

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 Změna, úprava učebních děl a jejich práce.

2) Úprava učebních děl a jejich práce – učebních děl, diplomové, bakalářské a rozpracované práce, a kterých proběhla obhajoba, včetně ocenění recenzentů a výsledků obhajoby, porotě a jiným osobám, které byly zapojeny do tvorby učebních děl, včetně ocenění recenzentů a výsledků obhajoby, porotě a jiným osobám, které byly zapojeny do tvorby učebních děl.

ABSTRAKT

V teoretické části charakterizuji onemocnění Alzheimerově choroba, vymezím pojmy z oblasti poskytování sociálních služeb, specifikuji potřeby uživatelů sociálních služeb s diagnózou Alzheimerova choroba.

V praktické části realizuji průzkumné šetření v domově pro seniory týkající se uživatelů s diagnózou Alzheimerově choroba. Zpracuji a vyhodnotím získané informace, včetně jejich interpretace. Budu prezentovat výsledky průzkumného šetření, shrnu je a z toho vyplyne doporučení pro praxi.

Klíčová slova: demence, Alzheimerově choroba, sociální služby, uživatel sociální služby

ABSTRACT

In the Theoretical part I describe Alzheimer's disease, define terms used in the social services domain, and specify the needs of social service users with Alzheimer's disease.

In the Practical part I perform a survey in a home for seniors, with a focus on clients diagnosed with Alzheimer's disease. I process and evaluate information gathered within the survey and provide its interpretation. I present the results of the survey, summarize the results, and derive from them recommendations for practical work.

Keywords: dementia, Alzheimer's disease, social services, social service user

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Evě Winklerové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování této práce.

Prohlášení

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

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ALZHEIMEROVA DEMENCE	11
1.1 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST (ČALS).....	11
1.2 DEMENCE	12
1.3 KLINICKÝ OBRAZ	12
1.4 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	13
1.5 LÉČBA	15
2 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE	17
2.1 ZÁKON 108/2006 SB.	17
2.1.1 Příspěvek na péči.....	18
2.1.2 Registrace poskytovatelů sociálních služeb	18
2.1.3 Personální obsazení	19
2.2 PŘIJETÍ KLIENTA DO ZAŘÍZENÍ A PRŮBĚH POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY, SPECIFIKA OŠETŘOVÁNÍ UŽIVATELE S DEMENCÍ V ÚSTAVNÍM ZAŘÍZENÍ	20
2.2.1 Individuální plánování	20
2.2.2 Ošetřovatelský proces u seniorů v pobytovém sociálním zařízení	22
2.2.3 Specifika ošetřování uživatelů s Alzheimerovou chorobou.....	23
II PRAKTICKÁ ČÁST	24
3 METODOLOGIE VÝZKUMU	25
3.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU	25
3.1.1 Cíle práce	25
3.1.2 Výzkumné otázky.....	25
3.2 METODA SBĚRU DAT	25
3.2.1 Polostrukturovaný rozhovor.....	26
3.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	26
3.4 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, SBĚR DAT.....	26
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	27
4.1 ROZHOVORY SE SESTRAMI.....	27
4.2 GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ ROZHOVORŮ.....	36
DISKUZE	43
ZÁVĚR	44
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	45
SEZNAM TABULEK	47
SEZNAM PŘÍLOH	48

ÚVOD

K realizaci mé závěrečné práce jsem si vybrala téma zabývající se péčí o uživatele sociálních služeb s diagnózou Alzheimerova choroba. Téma jsem zvolila proto, že pracuji jako všeobecná sestra v domově pro seniory a počet uživatelů trpících demencí v našem zařízení se zvyšuje a z potřeby zkvalitnění péče o tyto uživatele. V současné době dochází ke změně věkové struktury populace tzv. demografickému stárnutí. Počet starších občanů v České republice se tak postupně zvyšuje a to z důvodu snižující se porodnosti. Lidé se také v průměru díky vyspělosti současné medicíny dožívají vyššího věku. Tím jak populace stárne, bude přibývat i lidí s Alzheimerovou chorobou. Poprvé tuto chorobu popsal německý lékař Alois Alzheimer v roce 1907. Začíná pozvolna, plíživě, rychlost, kterou postupuje je u každého postiženého odlišná. I když známe příčinu a průběh, stále se nepodařilo najít metodu, jak se jí bránit. V posledním stádiu nemoci není člověk schopen se již sám o sebe postarat a je závislý na celodenní pomoci jiného člověka, pečovatele.

Péče o lidi s demencí je velmi náročná, jak po stránce psychické, tak i po stránce fyzické. Pečovatel by měl být empatický, trpělivý, vědět jak s lidmi trpící demencí komunikovat, znát specifika ošetřování, umět vytvořit prostředí vhodné pro lidi s demencí, vědět jak se k nim chovat.

Prostřednictvím této práce se snažím zjistit informovanost sester o Alzheimerově chorobě a jak pečovat o tyto uživatele sociálních služeb.

V teoretické části práce popíšu nemoc samotnou, její diagnostiku a léčbu. Dále uvedu příklady sociálních zařízení, zaměřím se na pobytové zařízení. Vymezím potřeby uživatelů.

V praktické části se zaměřím na analýzu průzkumného šetření pomocí rozhovorů se všeobecnými sestrami.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALZHEIMEROVA DEMENCE

Je ze všech demencí nejčastější. Představuje 60-70 % všech demencí (Schuller, Oster, 2010).

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů a v důsledku toho k mozkové atrofii. To má pak za následek vznik syndromu demence. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009)

1.1 Česká Alzheimerovská společnost (ČALS)

Česká Alzheimerovská společnost vznikla v roce 1996, sdružuje všechny, kdo se zajímají o problematiku demencí – profesionály i rodinné příslušníky pacientů s demencí. Je členem mezinárodních organizací Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International.

Společnost má sídlo v Praze a dvacet pět kontaktních míst ve všech krajích. Každé kontaktní místo musí mít certifikaci Vážka, což zajišťuje ty nejkvalitnější služby.

ČALS poskytuje poradenské služby a respitní péči – odlehčovací služby v domácnosti v době, kdy se o nemocného nemůže postarat pečující (návštěvy lékaře, úřadů..) Poskytuje poradenství profesionálům a pořádá vzdělávací akce akreditované MPSV. (www.alzheimer.cz)

Plán Alzheimer

Plán Alzheimer by měl zejména analyzovat současnou situaci lidí s demencí a jejich rodinných příslušníků, potřeby a jejich zajištění, včetně dostupnosti a kvality zdravotnických a sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Plán bude obsahovat opatření v oblasti poskytování zdravotní péče (podpora zdravotních služeb a zdravotnických profesionálů poskytujících tyto služby, určení včasných diagnostických a léčebných postupů), sociálních služeb, vzdělávání (profesionálů, veřejnosti, seniorů, pečujících osob) a výzkumu (jak základního výzkumu možných mechanismů onemocnění, tak aplikovaného výzkumu zdravotnického, sociálního, etického atd. a také translačního výzkumu implementace změn v péči, službách a organizačních opatřeních).(www.mpsv.cz)

V některých evropských zemích (Skotsko, Švýcarsko) již mají tento plán zaveden, v České republice zatím zaveden není, ale je v jednání.

1.2 Demence

Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování). Mezi tyto funkce náleží kromě paměti pozornost, vnímání, řečové funkce (schopnost tvorby řeči i schopnost porozumění řeči), tzv. exekutivní (výkonné) funkce – schopnost být motivován k určité činnosti, tuto účelnou činnost naplánovat, provést a zpětně zhodnotit. K postižení kognitivních i dalších funkcí dochází onemocněním mozku, nejčastěji chronickým, postupujícím. Vědomí není u demencí zastřené (myslí se kvalitativní úroveň, uvědomění si sama sebe).

Kromě postižení kognitivních funkcí dochází k postižení dalších funkcí. U demencí jsou popisovány okruhy tří základních skupin funkcí, přičemž ohraničení je neostré, uvedené okruhy se navzájem prolínají:

- kognitivní funkce
 - aktivity denního života
 - poruchy emocí (afektů a nálad), chování, spánku a cyklu spánků – bdění.
- Poruchy těchto funkcí se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demencí.

Poruchy těchto funkcí musí být tak velké, aby kolidovaly s běžnými životními aktivitami. (Jiráková, Holmerová a Borzová, 2009)

1.3 Klinický obraz

Jiráková, Koukolník (2004) uvádí, že Alzheimerova choroba se dělí na tzv. formu s časným začátkem (presenilní formu), kdy se příznaky objevují do 65 let a na formu s pozdním začátkem (senilní), kdy příznaky začínají v 65 letech života a výše. Druhá forma je podstatně častější. Nemoc začíná velmi pomalu, plíživě, nenápadně.

Ve vývoji Alzheimerovy choroby rozlišujeme tři stadia. Pro každé z nich je charakteristický jiný soubor příznaků, ale některé příznaky se mohou objevit kdykoli, jiné se nemusejí projevit vůbec.

První stadium

Má pouze mírné a často přehlédnutelné příznaky:

- zhoršování paměti (zejména pro nové události)
- časová dezorientace (neschopnost vybavit si, jaký je den, měsíc a rok)

- prostorová dezorientace (neschopnost orientovat se v neznámém, později i známém prostředí)
- ztráta iniciativy a průbojnosti; nejistota v rozhodování
- obtížné hledání slov

Nemocní jsou těmito příznaky vystrašení a deprimování, bývají často úzkostní či depresivní. Tito lidé jsou však ještě relativně soběstační a mohou žít samostatně za předpokladu určitého pravidelného dohledu a dopomoci.

Druhé stadium

Tito lidé vyžadují prakticky nepřetržitou přítomnost druhé osoby a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit. Jejich stav může kolísat, někdy jsou na tom lépe, jindy hůře. Toto stadium lze stručně charakterizovat následujícími příznaky:

- významné výpadky paměti (včetně jmen členů vlastní rodiny)
- poruchy orientace i ve známém prostředí
- snížená schopnost postarat se sám o sebe (nutnost pomoci při mytí nebo oblékání)
- zhoršování řečových schopností, a to jak ve vyjadřování, tak v porozumění řeči
- mohou se vyskytovat také další komplikující příznaky (bludy a halucinace) a poruchy chování, zejména neklid, opakování, vykřikování apod., začíná se objevovat inkontinence. Objevuje se i neklid až agresivita. Výskyt těchto příznaků předznamenává přechod do dalšího stadia syndromu demence.

Třetí stadium

Jedná se o fázi pokročilé demence, kdy již lidé potřebují ošetrovatelskou péči, na které se postupně stávají zcela závislými. Provázejí ji tyto příznaky:

- obtíže při příjmu potravy, nutnost pomoci další osoby
- dezorientace (nepoznává vlastní rodinu)
- výrazné zhoršení komunikace, praktická nemožnost navázat slovní kontakt
- obtíže s chůzí (někdy až upoutání na lůžko)
- inkontinence – neudržení moči nebo stolice. (Alzheimerova choroba v rodině, 2008)

1.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby

1) Anamnéza

Pacient trpící demencí si svůj problém často neuvědomuje. Objektivizace příznaků druhou osobou je velice důležitá. Odebírá se anamnéza rodinná, osobní, pracovní, sociální a farmakologická. Pátráme po úrazech hlavy, mozkových příhodách, užívaných lécích, onemocnění srdce apod.

2) Fyzikální vyšetření

Zahrnuje vyšetření EKG, krevní odběry (krevní obraz, hladina vitamínu B12, kreatinin, jaterní testy), neurologické vyšetření, EEG. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009)

Ze zobrazovacích metod volíme CT, MR mozku, PET nebo SPECT (Pidrman, 2007).

Dále vyšetřujeme likvor, při němž dochází ke stanovení beta amyloidu, celkového tau proteinu a fosforylovaného tau proteinu. Jeho význam spočívá v tom, že dokáže odlišit Alzheimerovu chorobu od ostatních demencí. Vyšetření biomarkerů má přínos pro monitorování vývoje onemocnění. (Rektorová et al., 2007)

3) Hodnocení mentálního a funkčního stavu pomocí testů

Testování provádí psycholog, neurolog, psychiatr.

MMSE (Mini Mental State Examination) – orientační test, nejpoužívanější ve světě. Není vhodný k diagnostice demence každého typu. Testuje orientaci osobou, místem, časem, zapamatování tří slov, počítání, poznávání, splnění úkolu, překreslení obrázku, opakování věty.

Weschlerova škála paměti – poskytuje detailní informace o slovní i zrakové paměti, orientaci, logické paměti, zapamatování si dvojice slov, uspořádání čísel a písmen.

WAB - testy řečových funkcí.

Test řečové plynulosti – jde o vyjmenování co nejvíce slov podle zadání, hodnotí se pohotovost, iniciace, motivace, mentální pružnost, pracovní a slovní paměť.

Testy vizuospeciálních funkcí Bender – Gestaltův test – schopnost obkreslit obrazce.

Test kreslení dráhy – hodnotí schopnost plánování, pozornost, sleduje i psychomotorické tempo.

Stroopův test – vyšetřujeme míru pozornosti, mentální pružnosti, psychomotorického tempa a adaptace na zátěž. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009)

Dotazník pro poruchy chování BEHAVE (AD) – posuzuje problémové oblasti, detekce bludů a paranoidního chování, halucinace, poruchy chování, agresivitu, poruchy diurnálního rytmu, afektivní poruchy, úzkosti a fobie.

Reisbergova škála – s pomocí pacienta a rodinných příslušníků se zjišťuje kognitivní porucha a míra soběstačnosti

Rychlý screening demence – určený pro rodinu a přátele, zjišťuje poruchu kognice.

Ischemické skóre Hachinského – slouží k odlišení vaskulární demence od demence primárně degenerativního původu.

Geriatrická škála deprese – umožňuje rozpoznání deprese u geriatrických pacientů.

Test instrumentálních denních činností IADL (instrumental activity of daily living) – podává informace o soběstačnosti v běžném denním životě.

Test základních všedních denních činností ADL dle Barthela (ADL activity of daily living) – postihuje základní oblast soběstačnosti.

Hodnocení nutričního stavu pacienta Mini Nutritional Assessment – vyšetření nutričního stavu pacienta (Holmerová, 2003).

1.5 Léčba

1) Nefarmakologická léčba

Nejdůležitější je neustálá aktivizace a stimulace nemocného. Této léčby se může účastnit kdokoliv z rodiny nebo pečovateli.

- trénink paměti, vybavení prostředí známými předměty, osobními věcmi
- reminiscenční terapie
- zooterapie (např. canisterapie)
- korekce sluchu a zraku
- přiměřená stimulace, pravidelný denní režim
- úpravy bytu jako prevence pádů
- rehabilitace
- aktivizační činnosti s dostatkem fyzické aktivity. (Topinková, Neuwirth, 1995)

2) Farmakologická léčba

Léčba farmakologická je poměrně drahá a je nutné léky pravidelně užívat. Nejpoužívanějším a nejúspěšnějším způsobem léčby je ovlivnění acetylcholinergního systému.

Lékem první volby, zejména v prvním a druhém stadiu, jsou **inhibitory cholinesteráz** (donepezil, galantamin, rivastigmin). Tyto léky pomáhají obnovit v mozku potřebnou hladinu acetylcholinu, který je nezbytný pro přenos nervových signálů.

Dále se užívají **nootropika**, která zlepšují paměť a učení. (Pidrman, 2007)

Farmaky léčíme i poruchy chování, nespavost, úzkost, deprese, které se též vyskytují při Alzheimerově onemocnění.

- Neuroleptika – zmírňují a odstraňují neklid a agresivitu
- Anxiolytika – tlumí úzkost
- Antidepresiva – potlačují depresi
- Hypnotika – léčí poruchy spánku. (Topinková, Neuwirth, 1995)

I přes využívání nejmodernějších léků, musíme mít na paměti, že projevy choroby jen potlačujeme, ale nemůžeme nemocného zcela vyléčit.

2 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE

„Sociální péče zahrnuje systém dávek a služeb poskytovaných občanům, kteří nejsou schopni zabezpečit své životní potřeby v potřebném rozsahu zejména z důvodu nedostatečného příjmu, nepříznivého zdravotního stavu a věku. Součástí systému sociální péče jsou i služby sociální péče poskytované v zařízeních sociální péče“. (Králová, Rážová, 2001, s.14)

2.1 Zákon 108/2006 Sb.

Sociální služby jsou poskytovány smluvně, kdy zájemce o službu a poskytovatel uzavírají smlouvu dobrovolně s podmínkami, na kterých se oba dohodnou. Zásady, které musí smlouva splňovat: dobrovolnost, rovné postavení účastníků, jednoznačnost, možnost ukončení nebo změny smluvního vztahu. (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011, s.17)

Rozlišujeme tři druhy služeb:

- sociální poradenství – nezbytná součást všech sociálních služeb
- služby sociální péče – cílem je zabezpečit základní potřeby v případech, kdy nemohou být zajištěny bez cizí pomoci
- služby sociální prevence – předcházejí a zabraňují sociálnímu vyloučení lidí ohrožených těmito jevy

Podle místa poskytování se dělí na :

- pobytové – služby jsou poskytovány v zařízeních, kde jedinec celoročně pobývá
- terénní – poskytovány v prostředí, kde jedinec žije
- ambulantní – za těmito službami jedinec dochází

Přehled zařízení sociálních služeb

- denní stacionáře
- respitní péče – pomoc při péči v domácnosti, když pečující potřebuje odejít
- týdenní stacionáře
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem, a podobně

Terminologie zákona:

Poskytovatel sociální služby – je právnická nebo fyzická osoba mající oprávnění k této činnosti podle zákona.

Uživatel sociální služby – může být kdokoliv, kdo uzavřel smlouvu s poskytovatelem. Obsahem smlouvy je zabezpečení pomoci a podpory v dohodnutém rozsahu. (Malíková 2011, s.41)

2.1.1 Příspěvek na péči

– finanční částka stanovená zákonem, která se poskytuje lidem závislých na pomoci jiné osoby při běžných denních činnostech. Míra závislosti se určí počtem úkonů, které osoba není schopna samostatně zvládat. Hodnotí se:

- schopnost péče o vlastní osobu
- soběstačnost

Stupně závislosti jsou čtyři:

- lehká závislost
- středně těžká závislost
- těžká závislost
- úplná závislost

Výše příspěvku je stanovena v zákoně a určuje se dle stupně závislosti.

Nárok na příspěvek vzniká dnem, kdy osoba potřebná péče, splní podmínky stanovené zákonem. Příspěvek přiznává obecní úřad obce s rozšířenou působností. Ten také kontroluje, zda se příspěvek využívá k účelu, na který byl poskytnut. Jedná se kontrolu poskytovatele sociálních služeb. (Matoušek a kol, 2011, s.41)

2.1.2 Registrace poskytovatelů sociálních služeb

Registrujícím orgánem jsou krajské úřady a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Registrace je nezbytnou podmínkou pro výkon činnosti. Krajský úřad vede registr v elektronické formě. Podmínky k registraci:

- podání písemné žádosti
- bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob, které budou poskytovat služby

- zajištění hygienických podmínek
- vlastnické nebo jiné právo k objektu či prostorám, v níž budou služby poskytovány
- zajištění materiálních a technických podmínek
- skutečnost, že na majetek žadatele nebyl vyhlášen konkurz. (Matoušek a kol, 2011, s.46)

Žádost o registraci musí obsahovat:

- identifikační údaje o žadateli
- údaje o poskytovaných sociálních službách. (Malíková, 2011, s.63)

2.1.3 Personální obsazení

V sociálních službách pracují:

- sociální pracovníci
- pracovníci v sociálních službách
- zdravotničtí pracovníci – vedoucí ošetrovatelské péče, všeobecné sestry, fyzioterapeut, ergoterapeut
- pedagogičtí pracovníci

Všichni pracovníci musí splňovat předepsané vzdělání, bezúhonnost a zdravotní způsobilost. Také mají povinnost se dále celoživotně vzdělávat. (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011, s.28)

Sociální pracovník - vede dokumentaci klienta, poskytuje sociální službu klientům, zajišťuje přijetí nových klientů, provádí rozhovory s klienty, zajišťuje přebírání a odesílání pošty klientům, stará se o finance klientů.

Pracovník v sociálních službách – zajišťuje přímou obslužnou péči, pomoc při hygieně a oblékání, jídle, vyprazdňování, podporuje soběstačnost klientů.

Všeobecná sestra – provádí odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči o klienty, poskytuje první pomoc, vede ošetrovatelskou dokumentaci, spolupracuje s lékařem. (Malíková, 2011, s.86-108)

2.2 Přijetí klienta do zařízení a průběh poskytování sociální služby, specifika ošetřování uživatele s demencí v ústavním zařízení

Přijetí je možné pokud žadatel splňuje podmínky přijetí do domova pro seniory – žadatel je osoba se sníženou soběstačností a odpovídající věkem, jejíž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Žadatel podá vyplněnou žádost o přijetí do zařízení, přiloží další požadované dokumenty a po projednání je vyrozuměn. Žádost se podává na příslušný spádový odbor nebo přímo v zařízení. (Malíková, 2011, s.65)

Poskytované služby:

- poskytnutí ubytování – plus zajištění úklidu, praní ložního i osobního prádla
- poskytnutí stravy – celodenní stravování v rozsahu tří hlavních jídel a dvou vedlejších
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu – pomoc při svlékání a oblékání, podávání stravy a nápojů, pomoc při prostorové orientaci
- pomoc při osobní hygieně – pomoc při koupeli, péči o vlasy, nehty, holení
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – pomáhat klientům udržovat kontakt s rodinou
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti – volnočasové a zájmové činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Mezi další poskytované činnosti patří duchovní péče, ošetřovatelská a zdravotní péče, rehabilitační ošetřování. (Malíková, 2011, s.114-120)

2.2.1 Individuální plánování

Individuální plánování je proces, kdy poskytovatel a uživatel hledají cíl společné práce. Tento cíl je popis toho, jak bude vypadat změna situace, v níž se uživatel nachází. Naplňuje se postup jak cíle dosáhnout. Výsledkem individuálního plánování je písemně zpracovaný individuální plán u každého uživatele.

Význam individuálního plánování

Uživatel ví, jak bude služba probíhat, zná svá práva a povinnosti.

Poskytovatel má obranu proti požadavkům uživatele, které nejsou v plánu, všichni zaměstnanci postupují dle individuálního plánu. (Hauke, 2011, s.16-18)

Klíčový pracovník

Je pracovník sociální služby nebo sociální pracovník, koordinuje péči a podporu u konkrétního uživatele. Klíčový pracovník je člověk, na kterého se může uživatel obrátit, je jeho důvěrníkem.

Klíčový pracovník tvoří a přehodnocuje individuální plán spolu s uživatelem. Plán musí odpovídat skutečnosti. Provádí správné a objektivní zápisy do dokumentace (Hauke, 2011, s.75-76).

Zjišťování potřeb uživatelů

Potřeby uživatelů zjišťujeme z dokumentace, pozorováním uživatele, komunikací, rozhovorem.

Komunikaci rozlišujeme na verbální a neverbální.

Neverbální komunikace je vyjádření pomocí výrazů obličeje a očí, gestikou, postojem, doteky.

Na vedení rozhovoru je potřeba se připravit, udělat si dostatek času, aby rozhovor nebyl veden ve spěchu, aktivně naslouchat uživateli, dát mu dostatek prostoru pro vyjádření. Z rozhovoru se poté učiní zápis. (Hauke, 2011, s.83-94)

Komunikace s osobou se syndromem demence - při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí, pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování, mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách, pokud pacient něco nepochopil, použijeme jinou formulaci a neopakujeme stejná slova, udržujeme oční kontakt a ověřujeme, zda pacient našim informacím rozuměl. Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i uživateli.

Osobní cíl

Vyjadřuje přání uživatele – cíl, kterého chce dosáhnout při svém pobytu v zařízení. Naplnění cíle vede k uživatelově spokojenosti. Cíl si stanoví uživatel již před přijetím do

zařízení. Cíl musí být specifický, měřitelný, akceptovatelný, reálný a termínovaný. Může být dlouhodobý a krátkodobý.

K naplnění cíle je nutné zjistit kdo bude zajišťovat naplnění cíle, dokdy a jak. Jde zejména o to, co si uživatel zvládne zajistit sám, s čím potřebuje pomoc. (Hauke, 2011, s.94-102)

Individuální plán

V individuálním plánu musí být zapsány všechny zjištěné informace, stanovený cíl a plán činností k péči o uživatele. Zápisy musí být časově posloupné, konkrétní, objektivní. Musí obsahovat datum, čas a podpis pracovníka. Zapisuje se i realizace plánu a také se plán po určité době hodnotí, zda došlo k naplnění cíle. (Malíková, 2011, s.189)

2.2.2 Ošetřovatelský proces u seniorů v pobytovém sociálním zařízení

Ošetřovatelský proces zahrnuje všechny jeho části:

- 1) sběr informací a zhodnocení uživatele
- 2) stanovení ošetřovatelských diagnóz
- 3) tvorba ošetřovatelského plánu
- 4) realizace ošetřovatelské péče
- 5) zhodnocení poskytované péče

Ad 1) Informace sestra získává standardním způsobem, z dokumentace uživatele, rozhovorem, fyzikálním vyšetřením. Používá také funkční vyšetření, testy ADL, IADL, MMSE...

Ad 2) Senioři jsou polymorbidní, mají také více ošetřovatelských problémů. Většina zařízení má již diagnózy předtištěny dle odborné literatury.

Ad 3) Ošetřovatelský plán je krátkodobý dlouhodobý. Při tvorbě plánu je důležité brát ohled na naléhavost diagnóz. Intervence by měly směřovat k aktivizaci uživatele.

Ad 4) Ošetřovatelské výkony se denně zaznamenávají při každé směně (denní, noční) do měsíčního přehledu.

Ad 5) Zhodnocení probíhá pravidelně, zaznamenává se do dokumentace. (Malíková, 2011 s.205-211)

2.2.3 Specifika ošetřování uživatelů s Alzheimerovou chorobou

V přístupu k uživatelům s demencí je potřeba nezapomínat na jejich potřeby a pocity. Nutné je přistupovat k nim s respektem. Je důležité mít na zřeteli:

Ocenění – osoba s demencí má stále svou hodnotu, pečovateli musí být trpělivý

Zdvořilost – klidný přístup, nekritizovat

Podpora dobré nálady – provozovat aktivity, které je těší, povzbuzovat klienty

Paměť – používat štítky s nápisy, obrázky

Sociální schopnosti – podporovat vztahy s okolím, rodinou, zmírní se tím izolace a netečnost

Podporovat soběstačnost – nemocný má pocit vlastní hodnoty, zachová si sebevědomí

Vyhýbat se konfliktům – vyhýbat se jednání, které v nemocném evokuje agresi a neklid

Je vhodné nemocného stimulovat – aktivizace přiměřená možnostem uživatele, do činnosti nenutit

Bezpečnost – pozor na volné koberce, kabely

Důležité je naplnit volný čas aktivitami, slovně jej povzbuzovat, sledovat ho po celou dobu aktivity. Vybírat aktivity, které uživatele těší.

Nevhodné jsou krátkodobé pobyty v různých zařízeních, časté stěhování. Jsou vhodné rituály v denních činnostech, nošení stejného oblečení.

Trénovat vše, co uživatel ještě zvládá, hlavně chůzi a soběstačnost. (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007, s.61-67)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce nastíním výzkumný problém, cíl výzkumu i celkovou metodologii výzkumu, ze které vycházím při naplnění cíle této práce. Popíši zvolenou metodu sběru dat i výzkumný soubor.

Potřebná data pro vypracování a vyhodnocení výzkumu jsem získala vedením polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami. Výsledkem empirické části práce je analýza dat získaných realizováním kvalitativního výzkumu. Tento typ výzkumu se zaměřuje na názor dotazovaných ke zvolenému problému.

Kvalitativní výzkum vyžaduje přesný popis dat. Hendl (2005) uvádí, že existují čtyři způsoby transkripce dat – doslovná transkripce, komentovaná transkripce, shrnující protokol a selektivní protokol. Ve své práci použiji doslovnou transkripci, což je přepis mluveného projevu do písemné podoby.

3.1 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Výzkum je systematická a naplánovaná činnost, která novými poznatky přispívá k rozvoji daného oboru (Hendl, 2005, s.30).

Cílem mého výzkumu bylo zjistit vědomosti všeobecných sester o Alzheimerově chorobě a jak se chovat ke klientovi s tímto onemocněním.

3.1.1 Cíle práce

C1 Zjistit informovanost sester o Alzheimerově chorobě.

C2 Zjistit, zda sestry znají správnou komunikaci s uživatelem s Alzheimerovou chorobou.

C3 Zjistit, zda se sestry chtějí dále vzdělávat o tomto onemocnění.

3.1.2 Výzkumné otázky

O1 Znají sestry onemocnění Alzheimerova choroba?

O2 Vědí jak komunikovat s uživateli se syndromem demence?

3.2 Metoda sběru dat

Výzkum pro bakalářskou práci jsem provedla metodou nejčastější, metodou rozhovoru. Konkrétně jedním typem, polostrukturovaným rozhovorem

3.2.1 Polostrukturovaný rozhovor

Je částečně řízený rozhovor, kdy jsou předem připravené dané soubory otázek, které musí odeznít, ale jejich pořadí se může měnit. Tazatel může znění otázek změnit na základě znalostí respondenta, může pokládat doplňující otázky.

3.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 8 všeobecných sester pracujících v Domově pro seniory Loučka.

3.4 Průběh výzkumného šetření, sběr dat

Výzkum byl realizován v době od ledna 2012 do března 2012. S každým účastníkem byl domluven termín, čas a místo setkání.

Rozhovory se uskutečnily na pracovišti dotazovaných. Každý rozhovor trval různě dlouho, ale žádný nebyl delší než hodinu. Během rozhovorů jsem si psala poznámky na papír.

Účastníkům jsem vždy ponechala prostor k vyjádření.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Rozhovory se sestrami

Sestra 1

Vystudovala Střední zdravotnickou školu, má certifikát na ošetřování chronických ran, je jí 35 let, v domově pracuje 12 let.

1. Co je to Alzheimerova choroba?

Odumírání mozkových buněk. Typ demence.

2. Jaké jsou stadia a projevy onemocnění?

3 stadia, každé má jiné příznaky. První je nejlehčí, třetí už je upoutaný na lůžko a nekomunikuje.

3. Co Vám říká název Česká Alzheimerovská společnost?

Už jsem to slyšela, ale nijak zvlášť jsem se o to nezajímala.

4. Znáte pravidla pro komunikaci s pacienty se syndromem demence?

Ano, mluvit srozumitelně, pomalu, opakovat věty.

5. Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Víte, co patří mezi neverbální komunikaci?

Myslím si, že nemám problém s komunikací. Neverbální komunikace je mimika, gestika, výrazy obličeje.

6. Myslíte si, že je práce s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou náročná?

Domnívám se, že je velmi náročná na trpělivost, psychickou zátěž a když je člověk ve třetím stadiu je práce i fyzicky náročná.

7. Setkala jste se někdy u těchto uživatelů s agresivním chováním? Pokud ano, jak to zvládáte?

Ano, setkala. Snažím se hodně komunikovat, zajistit bezpečnost okolí i pro uživatele, nehádat se s ním, uklidnit ho.

8. Kde vidíte problémy v rámci péče o lidi s Alzheimerovou chorobou?

Největší problém vidím v nedostatku personálu a potom také v komunikaci.

9. *Jaký je Váš názor na psychoterapii těchto uživatelů? Znáte nějaké druhy?*

Myslím si, že je to pro ně přínosné a příjemné strávení času. Patří sem canisterapie, arteterapie, muzikoterapie.

10. *Znáte testy, které se užívají při dg. Alzheimerovy choroby?*

Například Test kreslení hodin, MMSE, rychlý screening demence.

11. *Myslíte si, že máte dostatek informací o ACH? Uvítala byste seminář na téma: Péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou?*

Ano, určitě bych nějakou přednášku uvítala.

Sestra 2

Nejvyšší dosažené vzdělání má Střední zdravotnickou školu. Je jí 38 let, v domově pracuje 10 let.

1. *Co je to Alzheimerova choroba?*

Je to typ demence, kdy dochází ke zhoršování paměti, zejména na nové poznatky.

2. *Jaké jsou stadia a projevy onemocnění?*

Projevem nemoci je hlavně zapomínání nových informací, později i starých. Nemoc má tři stadia, poslední končí ulehnutím na lůžko a nesoběstačností.

3. *Co Vám říká název Česká Alzheimerovská společnost?*

Znám ten název, pomáhají rodinám nemocných i samotným nemocným, pořádají různé akce, nabízejí služby, pomoc u lékaře a podobně.

4. *Znáte pravidla pro komunikaci s pacienty se syndromem demence?*

Úplně přesně je neznám, ale mělo by se mluvit srozumitelně, bez zdobnělin, krátce, jasně. Častokrát opakovat.

5. *Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Víte, co patří mezi neverbální komunikaci?*

Někdy mám problém se vyjádřit, nemůžu najít vhodné slovo, ale jen někdy. Doteky, mimika, výraz v obličeji.

6. *Myslíte si, že je práce s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou náročná?*

Ano, určitě. Náročná je psychicky, potřebují trpělivost.

7. Setkala jste se někdy u těchto uživatelů s agresivním chováním? Pokud ano, jak to zvládáte?

Ano, setkala, snažím se je uklidnit, někdy i za pomoci léků ordinovaných lékařem.

8. Kde vidíte problémy v rámci péče o lidi s Alzheimerovou chorobou?

Největším problémem je dostatek času a trpělivosti.

9. Jaký je Váš názor na psychoterapii těchto uživatelů? Znáte nějaké druhy?

Určitě jsem pro. Znáám ergoterapii, canisterapii, muzikoterapii, reminiscenční terapie.

10. Znáte testy, které se užívají při dg. Alzheimerovy choroby?

Test běžných denních činností, MMSE, kreslení hodin.

11. Myslíte si, že máte dostatek informací o ACH? Uvítala byste seminář na téma: Péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou?

Myslím, že by se něco takového hodilo.

Sestra 3

Absolvovala Střední zdravotnickou školu, je jí 32 let, v domově pracuje 12 let.

1. Co je to Alzheimerova choroba?

Je to demence, postihuje starší lidi, projeví se zapomínáním.

2. Jaké jsou stadia a projevy onemocnění?

Stadia jsou tři, hlavní projev je zapomínání, potom už nepozná ani své děti.

3. Co Vám říká název Česká Alzheimerovská společnost?

Ten název jsem slyšela, ale bohužel nevím čím se zabývají.

4. Znáte pravidla pro komunikaci s pacienty se syndromem demence?

Hlavně trpělivost a tolerance, mít dostatek času pro komunikaci s nimi.

5. Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Víte, co patří mezi neverbální komunikaci?

Nevím, že bych měla nějaké problémy s komunikací. Neverbální komunikace jsou dotyky, posunky, gesta.

6. Myslíte si, že je práce s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou náročná?

Ano, myslím, že je náročná obzvláště časově.

7. Setkala jste se někdy u těchto uživatelů s agresivním chováním? Pokud ano, jak to zvládáte?

Setkala, nejprve se snažím mluvením uklidnit, pokud to nepomůže, aplikuji léky dle ordinace lékaře.

8. Kde vidíte problémy v rámci péče o lidi s Alzheimerovou chorobou?

Málo personálu, který by se jim věnoval a obtíže při komunikaci.

9. Jaký je Váš názor na psychoterapii těchto uživatelů? Znáte nějaké druhy?

Myslím si, že jim to pomáhá. Zním muzikoterapii, reminiscenční terapii, canisterapii.

10. Znáte testy, které se užívají při dg. Alzheimerovy choroby?

Zním ADL, IADL, test kreslení hodin, odečítání.

11. Myslíte si, že máte dostatek informací o ACH? Uvítala byste seminář na téma: Péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou?

Ano, chtěla bych se více dovědět.

Sestra 4

Vystudovala Střední zdravotnickou školu, absolvovala kurz Péče o chronické rány, je jí 38 let. V domově pracuje 9 let.

1. Co je to Alzheimerova choroba?

Je to demence, která postihuje starší lidi, muže i ženy. Nedá se vyléčit.

2. Jaké jsou stadia a projevy onemocnění?

Stadia jsou tři, v prvním začíná zapomínat nové věci, ale ještě se o sebe postará, ve druhém potřebuje větší dohled, je zmatený, nepoznává své okolí, vrací se do dětství, ve třetím je připoutaný na lůžko.

3. Co Vám říká název Česká Alzheimerovská společnost?

Něco mi to říká, neznám je úplně, ale četla jsem o tom na internetu. Pomáhají příbuzným, kteří se doma starají o své rodiče.

4. Znáte pravidla pro komunikaci s pacienty se syndromem demence?

Mluvit s nimi srozumitelně, opakovaně, individuální přístup.

5. Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Víte, co patří mezi neverbální komunikaci?

Já jsem hodně komunikativní, problémy nemám. Neverbální komunikace haptika, gestika, dotyky.

6. Myslíte si, že je práce s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou náročná?

Ano, určitě, já jsem se starala doma o svou babičku a bylo to velmi náročné pro všechny členy rodiny. Hlavně psychicky.

7. Setkala jste se někdy u těchto uživatelů s agresivním chováním? Pokud ano, jak to zvládáte?

Ano, setkala, nikdy jim neodporuji, ale převedu řeč třeba jiným směrem a někdy to pomáhá.

8. Kde vidíte problémy v rámci péče o lidi s Alzheimerovou chorobou?

Největší problém je psychická zátěž.

9. Jaký je Váš názor na psychoterapii těchto uživatelů? Znáte nějaké druhy?

Určitě to pomáhá v léčbě. Canisterapie, ergoterapie, muzikoterapie.

10. Znáte testy, které se užívají při dg. Alzheimerovy choroby?

MMSE test, test kreslení hodin, screening demence, odečítání.

11. Myslíte si, že máte dostatek informací o ACH? Uvítala byste seminář na téma: Péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou?

Myslím si, že o nemoci něco vím, ale uvítám nové poznatky.

Sestra 5

Vystudovala Střední zdravotnickou školu, absolvovala kurz Paliativní péče, je jí 49 let. V domově pracuje 7 let.

1. *Co je to Alzheimerova choroba?*

Je to demence. Obtížně se diagnostikuje.

2. *Jaké jsou stadia a projevy onemocnění?*

Jsou čtyři stadia, zapomínání, nemůžou se vyjádřit až úplně přestanou mluvit.

3. *Co Vám říká název Česká Alzheimerovská společnost?*

Pomáhají rodinám, které pečují doma o své příbuzné.

4. *Znáte pravidla pro komunikaci s pacienty se syndromem demence?*

Nutný je individuální přístup, dostatek trpělivosti, nepoužívat odborné termíny.

5. *Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Víte, co patří mezi neverbální komunikaci?*

Problémy s komunikací nemám. Neverbální je dotek, mimika, posunky.

6. *Myslíte si, že je práce s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou náročná?*

Je náročná na psychiku a když jsou imobilní tak je to i fyzicky náročné.

7. *Setkala jste se někdy u těchto uživatelů s agresivním chováním? Pokud ano, jak to zvládáte?*

Setkala, snažím se s nimi komunikovat klidně, mírně, usměrnit je.

8. *Kde vidíte problémy v rámci péče o lidi s Alzheimerovou chorobou?*

Problémem je málo času, málo lidí a psychicky těžká práce.

9. *Jaký je Váš názor na psychoterapii těchto uživatelů? Znáte nějaké druhy?*

Myslím, že je to pro ně dobré. Vypadají spokojeně při těchto aktivitách. Je to canisterapie, ergoterapie, muzikoterapie.

10. *Znáte testy, které se užívají při dg. Alzheimerovy choroby?*

MMSE, test kreslení hodin, ADL.

11. *Myslíte si, že máte dostatek informací o ACH? Uvítala byste seminář na téma: Péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou?*

Chtěla bych se dovědět něco nového.

Sestra 6

Vystudovala Střední zdravotnickou školu, je jí 51 let, v domově pracuje 17 let.

1. Co je to Alzheimerova choroba?

Typ demence, kdy odumírají mozkové buňky.

2. Jaké jsou stadia a projevy onemocnění?

Nevím přesně, asi tři stadia, hlavní je zapomínání, špatně mluví, jsou zmatení.

3. Co Vám říká název Česká Alzheimerovská společnost?

Neznám tuto společnost.

4. Znáte pravidla pro komunikaci s pacienty se syndromem demence?

Musí se s nimi mluvit srozumitelně, jasně, krátce, kontrolovat, zda mi rozumí.

5. Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Víte, co patří mezi neverbální komunikaci?

Verbální komunikace je slovní, neverbální gesta, dotek, mimika.

6. Myslíte si, že je práce s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou náročná?

Myslím, že je hodně psychicky náročná, musí se hlídat, aby si neublížili nebo někam neodešli.

7. Setkala jste se někdy u těchto uživatelů s agresivním chováním? Pokud ano, jak to zvládáte?

Jistě, setkala, řeším to mluvením, případně podáním léků od lékaře.

8. Kde vidíte problémy v rámci péče o lidi s Alzheimerovou chorobou?

Obtížná komunikace, neřeknou jaké mají potíže.

9. Jaký je Váš názor na psychoterapii těchto uživatelů? Znáte nějaké druhy?

Asi jim pomáhá, znám canisterapii, hipoterapii, reminiscenční terapii.

10. Znáte testy, které se užívají při dg. Alzheimerovy choroby?

Test kreslení hodin, MMSE.

11. Myslíte si, že máte dostatek informací o ACH? Uvítala byste seminář na téma: Péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou?

Asi bych chtěla vědět něco víc.

Sestra 7

Vystudovala Střední zdravotnickou školu, je jí 48 let, v domově pracuje 17 let.

1. Co je to Alzheimerova choroba?

Je to degenerativní onemocnění, jeden z typů demence.

2. Jaké jsou stadia a projevy onemocnění?

Projeví se tím, že lidé zapomínají události, slova, zapomínají umět počítat, nepamatují si, kde bydlí, své příbuzné.

3. Co Vám říká název Česká Alzheimerovská společnost?

Je to sdružení, které pomáhá nemocným i jejich rodinám.

4. Znáte pravidla pro komunikaci s pacienty se syndromem demence?

Mluvit pomalu, jasně, nutný individuální přístup.

5. Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Víte, co patří mezi neverbální komunikaci?

Neverbální komunikace jsou doteky, mimika, výrazy v obličeji.

6. Myslíte si, že je práce s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou náročná?

Ano, je náročná psychicky, vše se jim musí opakovat, nechvátat na ně, mít pro ně čas.

7. Setkala jste se někdy u těchto uživatelů s agresivním chováním? Pokud ano, jak to zvládáte?

Nemám to moc ráda, někdy jsou agresivní jen slovně, někdy i fyzicky, to pak musím aplikovat injekce dle ordinace lékaře.

8. Kde vidíte problémy v rámci péče o lidi s Alzheimerovou chorobou?

Problém bývá často v komunikaci.

9. Jaký je Váš názor na psychoterapii těchto uživatelů? Znáte nějaké druhy?

Canisterapie, muzikoterapie, ergoterapie.

10. Znáte testy, které se užívají při dg. Alzheimerovy choroby?

Test kreslení hodin, MMSE, ADL.

11. Myslíte si, že máte dostatek informací o ACH? Uvítala byste seminář na téma: Péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou?

Ano, takovou přednášku bych uvítala.

Sestra 8

Absolvovala Střední zdravotnickou školu, je jí 51 let, v domově pracuje 17 let.

1. Co je to Alzheimerova choroba?

Je to typ demence, zhoršuje se paměť, orientace.

2. Jaké jsou stadia a projevy onemocnění?

Lidé se přestávají orientovat na cizích místech, zapomínají nové věci, vrací se zpátky do dětství.

3. Co Vám říká název Česká Alzheimerovská společnost?

Společnost, která pomáhá rodinám, které se starají o své příbuzné doma.

4. Znáte pravidla pro komunikaci s pacienty se syndromem demence?

Mluvit zřetelně, jasně, bez zdvojnásobení, opakovat otázky.

5. Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Víte, co patří mezi neverbální komunikaci?

Gesta, doteky, haptika, mimika.

6. Myslíte si, že je práce s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou náročná?

Je náročná na čas, personál, psychicky náročná.

7. Setkala jste se někdy u těchto uživatelů s agresivním chováním? Pokud ano, jak to zvládáte?

Ano, setkávám se s agresivním chováním. Snažím se neodporovat, přimět ho ke spolupráci.

8. Kde vidíte problémy v rámci péče o lidi s Alzheimerovou chorobou?

Nevím, asi málo času na uživatele, je to psychicky náročné.

9. Jaký je Váš názor na psychoterapii těchto uživatelů? Znáte nějaké druhy?

Mě se to velice líbí. Canisterapie, bazální stimulace, ergoterapie.

10. Znáte testy, které se užívají při dg. Alzheimerovy choroby?

MMSE, test kreslení hodin, to odečítání.

11. Myslíte si, že máte dostatek informací o ACH? Uvítala byste seminář na téma: Péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou?

Nějaký seminář by mi líbil.

4.2 Grafické zpracování rozhovorů

Tabulka 1 Výsledky k otázce Jaké máte vzdělání?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
SZŠ	5		1	1			1	1	1
SZŠ a odborný kurz	3	1			1	1			
Celkový počet	8	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 1 je znázorněno vzdělání sester. Všechny mají vystudovanou Střední zdravotnickou školu a 3 z nich absolvovaly speciální vzdělávací kurz.

Tabulka 2 Výsledky k otázce Kolik je Vám let?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
30-39	4	1	1	1	1				
40-49	2					1		1	
50-59	2						1		1
Celkový počet	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Zde je znázorněn věk dotazovaných sester. 4 sestry jsou ve věku 30-39 let, 2 sestry ve věku 40-49 let a 2 sestry jsou ve věku 50-59 let.

Tabulka 3 Výsledky k otázce Kolik let pracujete v domově pro seniory?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
5-10	3		1		1	1			
11-15	2	1		1					
16-20	3						1	1	1
Celkový počet	8	1	1	1	1	1	1		1

V tabulce 3 je znázorněna délka praxe v domově pro seniory. 3 sestry pracují v domově 5-10 let, 2 sestry 11-15 let a 3 sestry pracují v domově 16-20 let.

Tabulka 4 Výsledky k otázce Co je to Alzheimerově choroba?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
demence	8	1	1	1	1	1	1	1	1
zapomínání	3		1	1					1
degenerativní nemoc	1							1	
odumírání mozkových buněk	2	1					1		
nedá se vyléčit	1				1				
obtížná dg	1					1			
starší lidé	2			1	1				
Celkový počet	18	2	2	3	3	2	2	2	2

Na tuto otázku odpověděly všechny sestry shodně, že se jedná o demenci. 3 se domnívají, že se jedná o zapomínání, 2 si myslí, že při nemoci odumírají mozkové buňky, 1 řekla, že se nemoc nedá vyléčit, 1 sestra uvedla, že se nemoc obtížně diagnostikuje a 2 sestry sdělily, že nemocí trpí starší lidé.

Tabulka 5 Výsledky k otázce Jaká jsou stadia a projevy Alzheimerově choroby?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
porucha orientace	2							1	1
zapomínání	7		1	1	1	1	1	1	1
zmatenost	2				1		1		
návrat do dětství	2				1				1
nepoznají děti	1			1					
zhoršení mluvy	3	1				1	1		
3 stadia	5	1	1	1	1		1		
4 stadia	1					1			
imobilita	3	1	1		1				
Celkový počet	24	3	3	3	5	3	4	2	3

Většina sester uvedla jako projev nemoci zapomínání, 2 předpokládají poruchu orientace, 2 uvedly zmatenost jako projev nemoci, 2 sestry se domnívají, že se nemocní vývojově vracejí do dětství, 1 uvedla, že nepoznají své vlastní děti, 3 udávají zhoršení mluvy a 3 sestry řekly mobilitu jako projev nemoci ve třetím stadiu.

Tabulka 6 Výsledky k otázce Co Vám říká název Česká Alzheimerovská společnost?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
pomoc nemocným	2		1					1	
pomoc pečujícím	5		1		1	1		1	1
nezná	2			1			1		
poskytují služby	1		1						
nezajímá se	1	1							
Celkový počet	11	1	3	1	1	1	1	2	1

V tabulce 6 sestry najdeme odpovědi na otázku „Co Vám říká název Česká Alzheimerovská společnost?“ 2 sestry odpověděly, že poskytují pomoc nemocným demencí, 5 sester uvedlo, že společnost poskytuje pomoc pečujícím, 2 sestry společnost neznají, 1 sestra řekla, že poskytují služby a 1 sestru to nezajímá.

Tabulka 7 Výsledky k otázce Znáte desatero komunikace s pacienty se syndromem demence?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
mluvit srozumitelně	6	1	1		1		1	1	1
opakovat věty	4	1	1		1				1
individuální přístup	3				1	1		1	
mluvit pomalu a nahlas	2	1						1	
trpělivost	2			1		1			
zajistit zpětnou vazbu	1						1		
ne odborné termíny	1					1			
dost času	1			1					
Celkový počet	20	3	2	2	3	3	2	3	2

V tabulce 7 jsou příklady komunikace s osobami se syndromem demence. Nejčastější odpověď byla mluvit srozumitelně, to uvedlo 6 sester. 4 sestry se domnívají, že je důležité opakovat věty, 3 zdůrazňují individuální přístup, 2 sestry mluví pomalu a nahlas, 2 si myslí, že je důležitá trpělivost, 1 sestra vyžaduje zpětnou vazbu, 1 nepoužívá odborné termíny, 1 sestra si myslí, že je zapotřebí dostatek času.

Tabulka 8 Výsledky k otázce Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Víte, co patří mezi neverbální komunikaci?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
mám problém	1		1						
nemám problém	7	1		1	1	1	1	1	1
hledám správné slovo	1		1						
mimika	6	1	1			1	1	1	1
gestika	5	1		1	1		1		1
doteky	7		1	1	1	1	1	1	1
haptika	2				1				1
posunky	2			1		1			
výraz v obličeji	3	1	1					1	
Celkový počet	34	4	5	4	4	4	4	4	5

V tabulce 8 je znázorněna problematika neverbální komunikace. 7 sester uvedlo, že s komunikací problém nemá, 1 sestra se domnívá, že problémy s komunikací má, obtížně hledá správná slova. 6 sester se domnívá, že mezi neverbální komunikaci patří mimika, 5 uvedlo gestika, 7 doteky, 2 haptika, 2 posunky a 3 sestry uvedly výraz v obličeji.

Tabulka 9 Výsledky k otázce Myslíte si, že je práce s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou náročná?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
psychicky náročná	7	1	1		1	1	1	1	1
fyzicky náročná	2	1				1			
náročná na čas	3			1				1	1
nedostatek personálu	1								1
kontrolovat klienty	1						1		
trpělivost	2	1	1						
Celkový počet	16	3	2	1	1	2	2	2	3

V tabulce 9 jsou uvedeny odpovědi na otázku týkající se náročnosti práce s klienty trpících Alzheimerovou chorobou. Většina sester 7 se domnívá, že práce je psychicky náročná, 2 uvedly fyzickou náročnost, 3 sestry udávají časovou náročnost 1 si myslí, že je nedostatek personálu, 1 sestra si myslí, že je třeba tyto uživatele kontrolovat 2 uvádějí náročnost na trpělivost.

Tabulka 10 Výsledky k otázce Setkala jste se někdy u těchto uživatelů s agresivním chováním? Pokud ano, jak to zvládáte?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
ano, setkala	8	1	1	1	1	1	1	1	1
bezpečnost klienta	1	1							
bezpečné okolí	1	1							
uklidnit klienta	8	1	1	1	1	1	1	1	1
aplikace léků	4		1	1			1	1	
komunikace	6	1		1	1	1	1		1
Celkový počet	28	5	3	4	3	3	4	3	3

V tabulce 10 uváděly sestry setkání s agresivitou a jak ji zvládají. Všechny sestry se již setkaly s agresivním uživatelem, všechny se jej snaží uklidnit. 1 sestra uvádí, že je důležitá i bezpečnost uživatele, 1 sestra si myslí, že je potřeba i zabezpečit okolí, 4 sestry v případě agrese aplikují léky a 6 sester se domnívá, že je potřeba komunikace.

Tabulka 11 Výsledky k otázce Kde vidíte problémy v rámci péče o lidi s Alzheimerovou chorobou?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
málo času	3		1			1			1
psychicky náročné	3				1	1			1
komunikace	4	1		1			1	1	
nedostatek personálu	3	1		1		1			
trpělivost	1		1						
Celkový počet	14	2	2	2	1	3	1	1	2

V tabulce 11 uváděly sestry kde jsou problémy v péči o lidi trpící Alzheimerovou chorobou. 3 sestry se domnívají, že je na uživatele málo času, 3 sestry uvádějí, že péče je psychicky náročná, 4 sestry vidí problémy v komunikaci, 3 sestry si myslí, že je nedostatek personálu, 1 sestra uvedla nedostatek trpělivost jako problém.

Tabulka 12 Výsledky k otázce Jaký je Váš názor na psychoterapii těchto uživatelů? Znáte nějaké druhy?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
příjemné strávení času	1	1							
přínosné	4	1	1			1			1
pomáhá při léčbě	3			1	1		1		
canisterapie	8	1	1	1	1	1	1	1	1
hipoterapie	1						1		
arteterapie	1	1							
muzikoterapie	6	1	1	1	1	1		1	
bazální stimulace	1								1
reminiscence	3		1	1			1		
ergoterapie	5		1		1	1		1	1
Celkový počet	33	5	5	4	4	4	4	3	4

V tabulce 12 jsou odpovědi sester na otázku psychické terapie uživatelů nemocných Alzheimerovou chorobou. 1 sestra uvedla, že je to příjemné strávení času, 4 sestry si myslí, že je to přínosné pro uživatele, 3 sestry uvádějí pomoc při léčbě. Jako příklad psychoterapie všechny sestry uvedly canisterapie, 1 hipoterapii, 1 arteterapii, 6 muzikoterapii, 1 sestra uvedla bazální stimulaci, 3 sestry uvedly reminiscenční terapii a 5 sester uvedlo jako příklad ergoterapii.

Tabulka 13 Výsledky k otázce Znáte testy, které se užívají při dg. Alzheimerovy choroby?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
MMSE	7	1	1		1	1	1	1	1
test kreslení hodin	8	1	1	1	1	1	1	1	1
odečítání 7 od 100	3			1	1				1
ADL	4		1	1		1		1	
screening demence	2	1			1				
IADL	1			1					
Celkový počet	25	3	3	4	4	3	2	3	3

V tabulce 13 uváděly sestry příklady testů k diagnostice Alzheimerově choroby. Všechny sestry znají test kreslení hodin, 7 sester uvedlo test MMSE, 3 sestry uvedly test odečítání 7 od 100, 4 sestry uvedly test ADL, 2 sestry znají screening demence a 1 sestra uvedla test IADL.

Tabulka 14 Výsledky k otázce Myslíte si, že máte dostatek informací o Alzheimerově chorobě? Uvítala byste seminář na téma: Péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou?

S=sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
ano	8	1	1	1	1	1	1	1	1
Celkový počet	8	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 14 je odpověď všech sester stejná. Všechny by rády absolvovaly přednášku nebo seminář na téma Péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou.

DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit vědomosti všeobecných sester o onemocnění Alzheimerova choroba, zjistit, zda vědí jak komunikovat s osobami postiženými tímto onemocněním.

Pro tento výzkum bylo použito polostrukturovaného rozhovoru se sestrami.

Na základě šetření byly zjištěny tyto výsledky. Rozhovorů se zúčastnilo 8 sester a odpovídaly na 14 položených otázek. První tři otázky byly orientační. Ptala jsem se sester na vzdělání, věk a délku praxe v domově pro seniory (tabulka 1, 2, 3). Všechny sestry mají středoškolské vzdělání, 3 absolvovaly specializační kurzy. Věk sester se pohybuje od 30 let do 59 let. V domově pracují 3 sestry déle než 16 let, 3 sestry 5-10 let a 2 sestry 11-15 let. V tabulce 4 odpovídaly sestry na otázku „*Co je Alzheimerova choroba*“, všechny správně uvedly, že se jedná o typ demence. Příznaky a stadia už tak jasně nerozlišují (tabulka 5). O České Alzheimerovské společnosti též nemají dostatek informací (tabulka 6). Dle výsledků v tabulce 7 a 8 vidíme, že komunikovat sestry umějí, vědí co, je důležité pro komunikaci s člověkem se syndromem demence, znají i příklady neverbální komunikace. Holmerová, Jarolímová a Suchá (2007) uvádějí, že komunikace u lidí s demencí je důležitým tématem i problémem. Důležitá je i nonverbální komunikace, což vyšlo i v mém výzkumu. Komunikace je dle dotazovaných sester důležitá i u agresivního klienta (tabulka 10). Dále jsem zjišťovala „*Co je náročné v péči o uživatele s onemocněním Alzheimerova choroba*“ (tabulka 9, 11). Většinou se sestry shodly na psychické a fyzické zátěži, nedostatku času a potřebě trpělivosti. Také Pidrman (2007) ve svém díle uvádí, že pečovatelé o lidi postižené demencí jsou vystaveni velkým psychickým a fyzickým problémům z důvodu nemoci svěřené osoby. Na otázku *psychoterapie* (tabulka 12) se sestry shodly, že je pro uživatele přínosná a pomáhá při léčbě. Topinková a Neuwirth (1997) popisují psychoterapii jako důležitou součást léčby demence. Dotazované sestry ji taky považují za důležitou. Také příklady uměly uvést. Jako nejznámější test k diagnostice demence vyšel v tabulce 13 test kreslení hodin, dále test MMSE a ostatní. Podle Jiráka, Holmerová a Borzové (2009) je nejpoužívanější test MMSE, test kreslení hodin. Holmerová (2003) uvádí dále testy ADL, IADL, screening demence. Všechny tyto testy sestry jmenovaly. Na poslední otázku dalšího vzdělávání všechny sestry shodně odpověděly kladně (tabulka 14).

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou Alzheimerovy choroby u uživatelů sociálních pobytových služeb. Alzheimerova choroba mění život pacienta i pečovatелů. Tato nemoc ovlivňuje komunikaci a soběstačnost nemocného a pečovatel musí umět na tyto změny reagovat.

Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části jsem se zaměřila na popis Alzheimerovy choroby, její projevy a stadia, její diagnostiku a léčbu. V další kapitole se věnuji sociálním pobytovým zařízením, personálnímu složení, vytváření individuálního plánu a ošetrovatelského plánu.

V praktické části bakalářské práce bylo cílem zjistit informovanost sester o nemoci Alzheimerova choroba. Výsledky ukazují, že sestry znají onemocnění, vědí, že je to typ demence, ale již se neorientují ve stádiích onemocnění a jejich projevech. Dalším cílem bylo zjistit, jak sestry ovládají komunikaci s pacienty se syndromem demence. Tady ve výsledcích vidíme, že sestry komunikovat umějí, znají i neverbální komunikaci, umějí uvést příklady, komunikují i s agresivním uživatelem.

Vzhledem k prodlužující se délce života přibývá i onemocnění spojených s vysokým věkem, tedy i demencí typu Alzheimerova choroba. A proto abychom mohli život kvalitně užít musíme se s tímto onemocněním seznámit a bojovat s ním prostřednictvím prevence, včasné diagnostiky, efektivní léčby a hlavně vhodným přístupem a péčí o tyto nemocné.

Tato práce poslouží jako podklad pro přípravu vnitřního semináře pro sestry pracující v Domově pro seniory Loučka na téma Péče o uživatele s diagnózou Alzheimerova choroba.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

BUIJSEEN, Huub, 2006. *Demence*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X.

CALLONE, Patricia R. et al., 2008. *Alzheimerově nemoc 300 tipů a rad jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2320-4.

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ, 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.

HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, Iva, 2003. *Testovník*. 2 vydání. Praha: Česká Alzheimerovská společnost. ISBN 80-86541-11-8.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2007. *Péče o pacienty s kognitivní chorobou*. Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ, 2008. *Alzheimerově choroba v rodině. Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Pfizer

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK, 2004. *Demence, Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-268-4.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, 2001. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Český Těšín: Anag. ISBN 80-7263-083-0.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.

REKTOROVÁ, Ivana et al., 2007. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton. ISBN 978-7387-017-1.

SCHULLER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A po Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH, 1995. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-099-6.

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

Internetové zdroje:

Česká Alzheimerovská společnost. *Česká Alzheimerovská společnost* [online]. © 2012 [cit. 2012-05-21]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz>

MPSV. *MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. © 2010 [cit. 2012-05-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/10044>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Jaké máte vzdělání

Tabulka 2 Kolik je Vám let?

Tabulka 3 Kolik let pracujete v Domově pro seniory?

Tabulka 4 Co je to Alzheimerova choroba?

Tabulka 5 Jaká jsou stadia a projevy Alzheimerovy choroby?

Tabulka 6 Co Vám říká název Česká Alzheimerovská společnost?

Tabulka 7 Znáte desatero komunikace s pacientem se syndromem demence?

Tabulka 8 Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Víte, co patří mezi neverbální komunikaci?

Tabulka 9 Myslíte si, že je práce s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou náročná?

Tabulka 10 Setkala jste se někdy u těchto uživatelů s agresivním chováním? Pokud ano, jak to zvládáte?

Tabulka 11 Kde vidíte problémy v rámci péče o lidi s Alzheimerovou chorobou?

Tabulka 12 Jaký je Váš názor na psychoterapii těchto uživatelů? Znáte nějaké druhy?

Tabulka 13 Znáte testy, které se užívají při diagnostice Alzheimerovy choroby?

Tabulka 14 Myslíte si, že máte dostatek informací o Alzheimerově chorobě, Uvítala byste seminář na téma Péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou?

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 Test hodin

Příloha č.2 Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby (a jiných demencí)

Příloha č.3 Orientační test kognitivních funkcí MMSE

Příloha č.4 Test základních všedních činností (ADL dle Barthela)

Příloha č.5 Reisbergova škála GDS (Global Deterioration Scale)

Příloha č.6 Rychlý screening demence – dotazník určený pro rodinu a přátele

Příloha č.7 Škála deprese pro geriatrické pacienty – Geriatric depression scale

Příloha č.8 Test instrumentálních denních činností – IADL (Instrumental activities daily living)

Příloha č.9 Ischemické skóre podle Hachinského

Příloha č.10 Desatero komunikace s osobami se syndromem demence

Příloha č.11 Otázky pro rozhovor se sestrami

Příloha č. 1

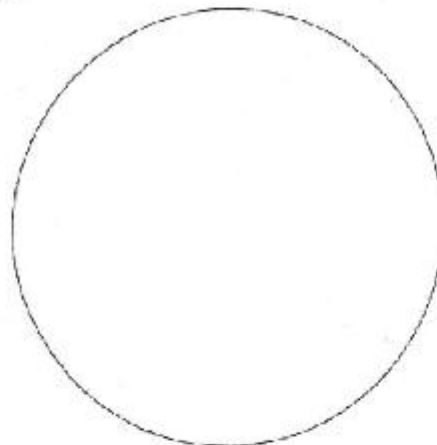
Test hodin

Jméno pacienta.....Datum..... test provedl.....

TEST HODIN

Je používán jako relativně citlivý test pro Alzheimerovu chorobu a jiné typy demence. Méně se zejména v počátečních stadiích projevují poruchami prostorového citění.

Test je jednoduchý. Požádejte pacienta, aby nakreslil do vyznačeného kruhu číselk hodiny a vyznačil určitou hodinu (například tři čtvrtě na tři).



Podobné hodnocení není vždy nutné, protože normu je správný číselník s správně vyznačené hodiny. Je třeba odlišit ty, které nebyly poctivě namalovány je třeba považovat jako mramřené hodnocení, ale spíše je patologický nákaz. Významné je zejména sledování vývoje tohoto testu.

(Shulman, K.L. - Gold, G.P.; 1988)

testovařik

**Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby
(a jiných demencí)
Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE - AD)**

Jméno pacienta Datum Test provedl

Vyznačte, co odpovídá stavu pacienta

A. Detekce bláznivá a paranoidního chování

I. "Jde mi krádež věcí"
0b - nikdy se nestýká
1a - domnívá se, že mu již někdo ukradl věci
2b - často chodí se, že někdo přichází k němu a ukradl mu věci
3a - stěží, co přichází k němu a ukradl mu věci

II. "Tady nezemí lidé"
0b - nevystyhl se
1b - je přesvědčen, že není doma a chová se podle toho (čistě se kradoucí, ochlívá, žádá "vezměte mne domů...")
2b - pokus o odchod "domů"
3b - udávkou nebo agresi při pokusu jít v křehce zvládnutelné

III. "Mně tak je oči, neznámí lidé"
0b - nevystyhl se
1a - připadá si přehrávkou, že jeho oči žijí
2b - dříve se někomu přetáče v oči a obléká
3b - agresivní reakce: důvody, výčitek

IV. "Chytil jsem na mne opusť, někde umřít zavřít"
0b - nevystyhl se
1b - přesvědčení, že se jej zavře nebo pověsí
2b - chodí v ulici
3b - agresivní reakce: důvody, výčitek

V. Podezřívání / paranoidní chování
0b - nepřítomno
1b - podezřívání (schovával věci, "nejsem terevím"...)
2b - vyhledání paranoidního chování, zlost, vztek
3a - agresivní reakce: důvody, výčitek
Popište

VI. Ostrý hlas / neprovozní
0b - nepřítomno
1b - účinně budí mysl
2b - zlost, vztek jako účinné budí
3b - násilná agrese: důvody, výčitek
Popište

(Ačkoli je bez)

B. Halucinace

I. Vizuální halucinace
0b - nepřítomno
1b - naučeno, přesně a věrohodně
2b - zcela jasně a s jistotou halucinace s 1 nebo 2 osob

3a - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

II. Sluchové halucinace
0b - nepřítomno
1b - naučeno, přesně a věrohodně
2b - jasně a s jistotou halucinace s 1 nebo 2 osob
3a - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

III. Čichové halucinace
0b - nepřítomno
1b - naučeno, přesně a věrohodně
2b - jasně a s jistotou halucinace s 1 nebo 2 osob
3a - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

IV. Věcné halucinace
0b - nepřítomno
1b - naučeno, přesně a věrohodně
2b - jasně a s jistotou halucinace s 1 nebo 2 osob
3a - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

V. Oslabí halucinace
0b - nepřítomno
1b - naučeno, nepřesně a s jistotou
2b - jasně a s jistotou halucinace s 1 nebo 2 osob
3a - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace
(Běžné být)

C. Poruchy chování

I. Odcházení z domova
0b - ne
1b - nikdy, ale nepouze s určitými opatřeními
2b - často chodí, takže je nutné určit opatření (zamčení, dohled...)
3a - nebezpečnost, agresivní jiné poruchy chování v souvislosti s pokusem odejít, nářek přiblížit

II. Běžné činnosti
0b - nevystyhl se
1b - nepřesně a nevěrohodně (přesně dotazování, přesně uvádění, zapomenutí na opatření...)
2b - toto chování je výrazně ovlivněno, vyžaduje určitá opatření
3b - toto chování pacienta ohrohuje a nebo vyžaduje drobná opatření

III. Neúctyvné chování a aktivity
0b - nevystyhl se
1b - jsou přítomny (divoké na chování, násilné, nepřátelské, sexuální, obtržlivé...)

2 b - jsou přítomny v takové míře, že vyžadují určitá opatření či zásady
3 b - vliv je velmi výrazný, vyžadují se zásadní opatření či zásady

(Celkem bodů.....)

D. Agrese

I. Verbální agrese

- 0 b - nepřítomná
- 1 b - přítomná a dočasné povahy (nepřítomná či velmi vzácná)
- 2 b - přítomná a doprovázená fyzikální agresí
- 3 b - přítomná, doprovázená fyzikální agresí a jsou zcela jasně zřejmé vůči konkrétním osobám

II. Fyzická agrese (bez fyzikálních útoků)

- 0 b - nepřítomná
- 1 b - pacientská výhrůžba
- 2 b - fyzická agrese
- 4 b - označení agresivní fyzické agrese

III. Nežád. epizody (někdy i jeho typ, než bylo uvedeno v příloze 1)

- 0 b - nepřítomná
- 1 b - přítomná
- 2 b - přítomná a jsou výrazně emocionálně nabívené
- 3 b - jsou přítomné, výrazně emocionálně nabívené, doprovázené reálným ohrožením, zohledněním dopadů

(Dětem bodů.....)

E. Poruchy úměrnosti chování

- 0 b - nepřítomná
- 1 b - opakované buzení v noci, které není výslovně potřebou či nutností
- 2 b - jen 50% - 75% z uvedených příznaků v noci
- 3 b - jen 25% - 50% z uvedených příznaků v noci

(Celkem bodů.....)

F. Afektivní poruchy

I. Trápení, úzkost

- 0 b - nepřítomná
- 1 b - přítomná
- 2 b - přítomná, s výraznějším komponentem
- 3 b - přítomná a doprovázená dalšími afektivními či fyzickými příznaky (nervózní útok, jízva)

II. Depresivní příznaky

- 0 b - nepřítomná
- 1 b - přítomná například občasně ztráta zájmu o věci, únava, ztráta zájmu, trápení, bystrost, sténání, ...
- 2 b - přítomná, doprovázená výraznějšími příznaky - často myšlenky na smrt, zotavení
- 3 b - přítomná a doprovázená ztrátou či snížením osobního života

(Celkem bodů.....)

G. Úzkost a fobie

I. Úzkost a fobie z neustálých událostí (Gedagely syndrom)

- 0 b - nepřítomná
- 1 b - občasná přítomná (občasně dočasně nepřítomná)
- 2 b - častá přítomná a občasně nepřítomná
- 3 b - častá přítomná a jsou při přítomnosti velmi obtížné

III. Cizí lidé, slova (například ohledně peněz, budoucnosti, nepříjemnosti, paměti, ...)

- 0 b - nepřítomná
- 1 b - přítomná
- 2 b - přítomná a jsou výrazně emocionálně nabívené
- 3 b - přítomná a jsou výrazně emocionálně nabívené

IV. Strach z lidí

- 0 b - nepřítomná
- 1 b - přítomná (občasně, izolované)
- 2 b - přítomná (občasně, izolované, ale dočasně)
- 3 b - častá, ale velmi občasně (jaké to přehledné?)

V. Úzkost chyb

- 0 b - nepřítomná
- 1 b - přítomná (občasně, izolované)
- 2 b - přítomná (občasně, izolované, ale dočasně)
- 3 b - častá, ale velmi občasně (jaké to přehledné?)

VI. Úzkost chyb

- 0 b - nepřítomná
- 1 b - přítomná
- 2 b - přítomná a doprovázená emocionálními reakcemi
- 3 b - přítomná a doprovázená emocionálními reakcemi

(Celkem bodů.....)

Celkový počet bodů.....

TOTAL SEVERITY SCORE

Celková vážnost:

Zařte číslo z nabídky

Výše popisné příznaky a poruchy chování jsou celkově

následující:

0. V žádném případě nepřítomná a nepředstavitelná

1. Jeou jen zcela občasně při přítomnosti

2. Jeou již docela občasně při přítomnosti

3. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

4. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

5. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

6. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

7. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

8. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

9. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

10. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

11. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

12. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

13. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

14. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

15. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

16. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

17. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

18. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

19. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

20. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

21. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

22. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

23. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

24. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

25. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

26. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

27. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

28. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

29. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

30. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

31. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

32. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

33. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

34. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

35. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

36. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

37. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

38. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

39. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

40. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

41. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

42. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

43. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

44. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

45. Jeou velmi občasně, výrazně emocionálně nabívené

Orientační test kognitivních funkcí

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Jméno pacienta Datum Test provedl

A. Orientace
(Na každou odpověď počítejte 10 bodů) (max. 10 bodů)

- Který jazyk mluvíte?
- Které je nyní roční období?
- Můžete mluvit desátým dnem?
- Který je den v týdnu?
- Který je nyní měsíc (v první dnu měsíce hodnotě jako správný i příslušný měsíc, v posledním dnu měsíce hodnotě jako správný i následující měsíc)?
- V jakém jste zemi?
- V jakém jste městě (vesi)?
- Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení) - kde v současnosti přebýváte?
- V jakém jste pohlaví?

B. Zapamatování

"Čtu vám seznam 10 předmětů. Ať je pamatujete všechny, nebo část, abyste je zapamatovali. Zapamatujte si je, protože se Vás na ně zeptám znovu za několik minut." Vyslovte postupně s jednovteřinovými přestávkami následující:

- kupa
- kávek
- věže

"Pročte, opakuje tehotně."

Nechte pacientovi 20 vteřin na odpověď. Dejte pod se každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Tímto bodů hodnotením tohoto bodu.

Poznámka: Pro hodnocení dětí je aplikován, jestliže pacient nerozpozná všechny tři předměty, aby bylo opakování, než se to nemocný naučí, zanevře přebývá. (Inak může vyšetřovat smyslově kapitulu "Výběrovost").

C. Poznamenání

"Začítám od 100 a odečítám po 7, prosím". Skočte na 3 období. Jestliže se neuvědomíte a výsledky jsou první posunuty, skórujte jako jednu chybu (počet nesprávných).

- 63
- 55
- 73
- 72
- 65

Jestliže nemocný nemůže nebo nechce počítat, požádejte, aby správně naskočil slovo **POKŘKŮ**. Každá přeskupuje počet přeměn ve správném pořadí.

D. Výbavnost

"Teď, prosím, řekněte to to slovo, která jste si měl zapamatovat" (na odpověď 10 bodů).

- kupa
- kávek
- věže

E. Pojmenování předmětů

- "Jak se to jmenuje?" (ukážete náhrankové hodinky)
- "Co to je?" (ukážete kůrku)

F. Opakování

- "Opakujte, co nyní řeknu"
- "Žádné kódy nebo slo" (na odpověď dále 10 bodů, bod dále jen za jednu větu a jen na první pokus)

G. Tiskopisový příkaz

Předtím vyšetřovanému následující příkaz a dejte mu k napsání (převzít) napsaného papíru.

"Vezměte do první ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a přečte na počátku". Čas na tento úkol: 100 sekund. Hodnotě bodem:

- pravěrně
- složení na polovinu
- přeložení na polovinu

H. Čtení a vyřazení písměného příkazu

Ukažte vyšetřovanému kartu s nápisem "Zavíte oči". Přeložte papír na papír a odčítajte, us 7ada."

- přidejte bod, pokud pacient vykoná jen správně všech výzev.

I. Psaní

Dejte vyšetřovanému listu s papír a vyzvěte jej "Napište jakoukoliv větu".

- Za řízení věty zjednotěte, zřetě má smysl, podmět i příslovek. Pravopisné chyby nevadí.

J. Okružní složení

Dejte vyšetřovanému papír a tužku. Poříděte jej, aby nakreslil obrazec. Povinně několik pokusů během 1 minuty.

- Hodnotě jako správně, pokud se obrazec prolamy.



Začísľajte body u správnych odpovedí.

HODNOCENÍ TESTU:

Počet bodu(začísľaných bodok)...../30 maximum

POWELL M. F., FELZAN S. E., McLUIGH P. R.: Non-Overlapping Status: A practical method for grading the vegetative state of patients for the clinician. J. Psychol Med, 1976; 10: 195-198.

testovník

Test základních všedních činností (ADL dle Barthele)

Jméno pacienta Datum Test provedl

Tento test zpravidla vždy na základě údaje objektivizovaných ošetřujícími (ať již profesionálními či laiky)mi. Zajímavé údaje pacienta potřebného denasoci jsou velmi nepohodlivé a zvlášť těžké a test by potom o řízení vypovídá.

Každé z činností pacient provede, skóruje dle níže uvedeného bodu.

1. Najít boty, napsat
2. Oděvat
3. Oubírat hygienu
4. Koupání
5. Použití toalety
6. Chůze po schodech
7. Kontinence moči
8. Kontinence stolice
9. Přesun židle-zdi
10. Chůze po rovině

Způsob skórování:

Polohy 1-6:

sám - 10 bodů
s pomocí - 5 bodů
neprovede - 0 bodů

Polohy 7-8:

kontinentní - 10 bodů
občas neudrží - 5 bodů
převážně inkontinentní - 0 bodů

9. Přesun židle-zdi:

sám - 15 bodů
s pomocí pomocí - 10 bodů
s drahými, vydrží sedět - 5 bodů
neprovede - 0 bodů

10. Chůze po rovině:

sám více než 50 metrů - 15 bodů
s lehčím pomůckou s holemi - 10 bodů
s výraznou pomocí držadlem - 5 bodů
neprovede - 0 bodů

Hodnocení:

0 - 40 bodů - výsoká závislost v běžných denních aktivitách

45 - 60 bodů - závislý

65 - 100 bodů - závislost lehké stupně

110 bodů - nezávislý v základních všedních činnostech

Test základních všedních činností dle Barthele (Barthel's Daily Living)

Příloha č. 5

Reisbergova škála GDS (Global Deterioration Scale)

Jméno pacienta..... Datum Test provedl

STUPĚŇ 1 - bez kognitivního zhoršení

Pacient je bez subjektivní síllosti na úbytek paměti. Žádný úbytek paměti není zřejmý ani při rozhovoru.

STUPĚŇ 2 - velmi mírné kognitivní zhoršení

Pacient si stěžuje na úbytek paměti nejčastěji v těchto oblastech:

- zapomíná, kam dal předměty, které často užívá
- zapomíná jména, která v minulosti dobře znal

Při rozhovoru však není patrný žádný úbytek paměti. Pacientovi nečiní úbytek paměti problémy v zaměstnání či společenských situacích. Může mít však obavy, které jsou důsledkem subjektivně postouvaného úbytku paměti.

STUPĚŇ 3 - mírné kognitivní zhoršení

Nejčastěji příznaky zřejmého úbytku, které se projevují ve více než jedné z následujících oblastí:

- pacient se při cestě na neznámé místo mohl ztratit
- spolupracovníci si všimli pacientova zhoršeného výkonu
- blízké osoby si všimly, že pacient zapomíná slova a jeví se
- pacient něčím přehlé v paměti svého okolí z jeho poměru
- pacient projevuje sníženou schopnost pamatovat si jména lidí, kterým byl nedávno představen
- pacient ztratil nebo někde položil cenný předmět
- úbytek pozornosti je zřejmý také při vyšetření

Objektivní výkaz úbytku paměti se získá jen po podrobném rozhovoru. Je příznakem snížený výkon v náročném zaměstnání a společenských situacích. U pacienta se projevuje naplnění problémů. Příznaky doprovází mírná až středně silná úzkost.

STUPĚŇ 4 - středně silné kognitivní zhoršení

Úbytek je zřejmý při počátek rozhovoru, a projevuje se v těchto oblastech

- snížená znalost současných a minulých událostí
- může se projevit určitý úbytek paměti na události z vlastního života
- úbytek soustředění na práci při pokusném odčtení čísla
- snížená schopnost oslovění, vedení financí apod.

Zpravidla se nevyskytují poruchy v následujících oblastech:

- orientace časem a osobou
- rozpoznávání známých osob a tvář
- schopnost oslovit neznámé místo

V této fázi není již pacient zpravidla schopen provádět složitější úkoly. Dochází k emočnímu ovládnutí, vyhýbání se řešení náročných situací. Pacient odstraňuje problémy s pamětí často popírá.

teslovská

STUPĚŇ 4 - středně těžké kognitivní zhoršení

Pacient se již neobejde bez určité pomoci. Také bývá rozhovoru a nezpůsobí na otázku spokojenosti svého současného života (například na adresu či lokování dle, které často používá, na jména blízkých příbuzných, například vnuček, na názvy tříd), na kterou jasně odpoví.

Bývá přítomna částečná dezorientace časem (datum, den v týdnu, roční období) a podobně nebo i místem. Pacient má občas s odštěpním po 1 od 40 nebo 2 od 20.

Pacient v tomto stadiu si již neví je řada důležitých skutečností o sobě i druhých, srovnává si paměť své jméno a užšího i jiná manželky a dětí. Nepoužívá pomoc při lokalitě a jídle, ale někdy má občas a v obou vhodného občera.

STUPĚŇ 5 - těžké kognitivní postižení

Pacient občas zapomene jméno manželky/manžela, se kterým zcela zavisí. Vědění nemá poněkud a nadávkách událostech a včasné zhoršenostech. Do určité míry si paměťuje míru událostí ze svého života, ale vzpomínky jsou útržavité. Většinou neuvědomí okolí, rok, roční období a podobně. Může mít občas při psaní od 10, někdy i do 10. Potřebuje určitou pomoc při sebeobslužných činnostech, může být zhoršena kondice, potřeba doprovod při cestách, ale někdy může být schopen najít cestu na známá místa. Doprni rytmus je často narušen. Téměř vždy si paměťuje své jméno. Často je i nadále schopen rozlišit ve svém okolí známé osoby od neznámých.

Dochází ke změně osobnosti a emocí, mohou přicházet některé z dalších následujících příznaků:

- bludy a halucinace, například pacient může manželku obviňovat, že je podvábí, může hovořit s neexistujícími osobami nebo se svým vlastním obrazem v zrcadle
- obsedantní přiznání, například pacient neustále opakuje jednoduché činnosti
- objevují se příznaky úzkosti, neklidu a agrese
- kognitivní postižení, pacient není schopen používat myšlenku dostatečně dlouho na to, aby se mohl účinně rozhodnout

STUPĚŇ 7 - velmi těžké kognitivní postižení

Ztrácí schopnost verbální komunikace. Pacient přestává mluvit, inkontinence moči. Pacient používá pomoc při koupeli a jídle. Ztrácí základní psychomotorické schopnosti včetně schopnosti chodit. V této fázi se zdá, že rozek již není schopen přitáhnout tělo, co má dělat.

Bývá přítomna další neurologická symptomatologie.

Příloha č. 6

Rychlý screening demence - dotazník určený pro rodinu a přátele

Jméno pacienta..... Datum..... Test provedl

Jak často nebo jak málo Vás trápí

1. Ozkujete a ptá se nově zrovna na to samé
2. Zapomíná více než dříve zejména věci, které se staly nedávno, před chvílí
3. Zapomíná hodinky, nákupní seznam, věci včel a podobně
4. Zapomene na schůzku, ověření, rodinnou oslavu?
5. Je smutnější nebo bezradnější než dříve
6. Má problémy s potřebami, vedením účtu a podobně
7. Nemá nějakou zájemnou činnost nebo zájmy
8. Potřebuje pomoc nebo došpeň radu při jídle, oblékání či hygieně
9. Je zvrhivější, podezřívavý, nakládá, mluví nasmýšně nebo víd a slyší to, co ve skutečnosti neexistuje
10. Zhoršila se jeho schopnost řídit autem atd.
11. Hledá slova, má problém plynu, zapomíná jména

Hodnoťte následujícím způsobem

- 0 - ano, často
- 1 - někdy
- 2 - ne

Maximum 22 bodů odpovídá normě

testavník

Příloha č.7

Škála deprese pro geriatrické pacienty-Geriatric depression scale.

(podle Sheikh, J.I., Yesavage, J.A., Clin.Gerontol.,5,1986 s.165-172)

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!

01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vyscťáváte raději doma, než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si že je krásné býtí na žívu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný síly a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	

Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek															
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														

Příloha č.8

Test instrumentálních denních činností – IADL (Instrumental activity daily living)

Činnost	Zvládnutí činnosti	Body
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo / vytočí no	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje s doprovodem jiné osoby	5
	Cestuje v speciálně upraveném dopravním prostředku	0
Nakupování	Je schopný si samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby	5
	Neschopný bez podstatné pomoci	0
Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo si ohřeje	5
	Jídlo musí připravit jiná osoba	0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Vykoná lehké práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	0
Práce kolem domu	Vykonává samostatně a pravidelně	10
	Vykonává pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	0
Užívání léků	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté	5
	Léky musí podávat jiná osoba	0
Finance	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	0

Vyhodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů – závislý

41 – 75 bodů – částečně závislý

76 – 80 bodů – nezávislý

Příloha č.9

Ischemické skóre podle Hachinského:

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

Hodnocení:

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

Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

- Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu slůzice.
- Pacienta povzbuzujeme vřídým zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
- Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
- V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frazím či ironicky míněným protimluvám. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
- Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formuli a neopakujeme stejná slova.
- Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našimi informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.
- Využíváme neverbální komunikaci, mímiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
- Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila.
- Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
- Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demencí, bráníme jejich ponižování, posílujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

Příloha č.11

Otázky pro rozhovor se sestrami

1. Jaké máte vzdělání?
2. Kolik je Vám let?
3. Kolik let pracujete v Domově pro seniory?
4. Co je to Alzheimerova choroba?
5. Jaká jsou stadia a projevy Alzheimerovy choroby?
6. Co Vám říká název Česká Alzheimerovská společnost?
7. Znáte desatero komunikace s pacientem se syndromem demence?
8. Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Víte, co patří mezi neverbální komunikaci?
9. Myslíte si, že je práce s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou náročná?
10. Setkala jste se někdy u těchto uživatelů s agresivním chováním? Pokud ano, jak to zvládáte?
11. Kde vidíte problémy v rámci péče o lidi s Alzheimerovou chorobou?
12. Jaký je Váš názor na psychoterapii těchto uživatelů? Znáte nějaké druhy?
13. Znáte testy, které se užívají při diagnostice Alzheimerovy choroby?
14. Myslíte si, že máte dostatek informací o Alzheimerově chorobě, Uvítala byste seminář na téma Péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou?