

Specifika péče o klienty s demencí ve specializovaných zařízeních

Petra Stodůlková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Stodůlková**

Osobní číslo: **H13894**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Specifika péče o klienty s demencí ve specializovaných zařízeních**

Zásady pro vypracování:

Nastudování odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti demence a specifík v péči o klienty s demencí.

Příprava metodiky průzkumné části bakalářské práce.

Zmapování péče o klienty s demencí prostřednictvím kvalitativního šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných informací včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BARKER, Sue a Michele BOARD. Dementia care in nursing. 1st ed. London: Sage/Learning Matters, 2012. 176 p. ISBN 978-0-85725-801-4.

CALLONE, Patricia R. Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. 1. české vydání. Praha: Grada, 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

PIDRMAN, Vladimír. Demence. Vydání 1. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Helena Nováková

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

13. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
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 9.2.2016

..... 

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 nevydělěčně 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 nahlížení 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 jím 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 přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na specifika péče o klienty s demencí ve specializovaných zařízeních. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se soustřeďuje na demenci jako nemoc a na vše, co s ní souvisí, od vymezení pojmu, přes příznaky, stádia, diagnostiku a léčbu. Samostatnou kapitolou je rozdělení demencí na jednotlivé typy. Další část je věnována specifikům v péči o klienty s demencí v klíčových oblastech, jako je vedení k soběstačnosti, komunikace, aktivizace, bezpečnost klientů, použití omezovacích prostředků, význam nutriční, rozpoznávání bolesti nebo řešení problémového chování. Praktická část obsahuje devět rozhovorů se všeobecnými sestrami ze tří pracovišť, která se specializují na péči o klienty s demencí. Výsledkem práce je srovnání těchto specializovaných zařízení ve stanovených oblastech péče.

Klíčová slova: demence, péče, paměť, Alzheimerova choroba, kognitivní poruchy, rozhovor

ABSTRACT

Bachelor thesis concentrates on the specifics of care for clients with dementia in specialized institutions. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part of the study is pointed to dementia as a disease and everything that goes with it, from the definition, across the symptoms, stages, diagnosis and treatment. A separate chapter is dividing of dementia in many different types. Another part is addicted to the specifics in care for clients with dementia in key areas such as leading to self-sufficiency, communication, activation, security of clients, the use of restraints, the importance of nutrition, the recognition of pain or problematic behaviour. The practical part consists of nine interviews with staff nurses from three specialized institutions. The result of the bachelor thesis is comparing these specialized institutions in specified areas of care.

Keywords: dementia, care, memory, Alzheimer's disease, cognitive disorders, interview

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Ing. Heleně Novákové za odborné vedení, ochotu a za velkou vstřícnost při vedení mé bakalářské práce. Poděkování patří také všeobecným sestřám a zařízením, díky kterým jsem mohla realizovat svůj průzkum.

Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za jejich podporu a trpělivost po dobu studia.

„Každý si stěžuje na svou paměť, nikdo na svůj rozum.“

Francois Duc de la Rochefoucauld

Prohlášení

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

Dále prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně pod vedením Ing. Heleny Novákové a všechny použité informační zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DEMENCE	13
1.1 VYMEZENÍ POJMU.....	13
1.2 VÝSKYT DEMENCE	13
1.3 PŘÍČINY A MECHANIZMY VZNIKU DEMENCE	14
1.3.1 Rizikové faktory vzniku demence.....	14
1.3.2 Protektivní faktory	15
1.4 KLINICKÉ PŘÍZNAKY – SCHÉMA ABC DEMENCE.....	15
1.4.1 A – Postižení aktivit denního života	16
1.4.2 B – Behaviorální a psychologické příznaky demence	16
1.4.3 C – Postižení kognitivních funkcí	16
1.5 STÁDIA DEMENCE NA PŘÍKLADU ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	18
1.5.1 První stádium: počínající, mírná demence	18
1.5.2 Druhé stádium: rozvinutá demence.....	18
1.5.3 Třetí stádium: pokročilá, terminální demence.....	19
1.6 DIAGNOSTIKA A ZÁKLADNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY	19
1.6.1 Anamnéza.....	20
1.6.2 Vyšetření kognitivních funkcí.....	20
1.6.3 Laboratorní vyšetření a přístrojové vyšetřovací metody.....	21
1.7 LÉČBA DEMENCÍ.....	22
1.7.1 Farmakologická léčba demencí.....	22
1.7.1.1 Kognitivní farmakoterapie	22
1.7.1.2 Nekognitivní farmakoterapie	23
1.7.2 Nefarmakologická léčba demencí	24
1.7.2.1 Psychická aktivita a aktivizační metody	24
1.7.2.2 Fyzická aktivita.....	25
1.7.2.3 Prostředí.....	25
1.7.2.4 Vyvážená výživa.....	26
1.7.2.5 Optimalizace sensorických funkcí.....	26
2 ROZDĚLENÍ DEMENCÍ	27
2.1 PRIMÁRNĚ DEGENERATIVNÍ DEMENCE	27
2.1.1 Alzheimerova choroba (ACH)	27
2.1.2 Demence s Lewyho tělísky (DLT).....	28
2.1.3 Frontotemporální demence (FTD)	28
2.2 SEKUNDÁRNÍ A SMÍŠENÉ DEMENCE	29
2.2.1 Vaskulární demence (VD).....	29
2.2.2 Demence u Parkinsonovy choroby.....	30
2.2.3 Demence u Huntingtonovy choroby	30
2.2.4 Demence při normotenzním hydrocefalu.....	31
2.2.5 Alkoholová demence.....	31
2.2.6 Metabolické demence.....	31
2.2.7 Demence při infekcích	32
2.2.8 Demence při prionových onemocněních.....	32

2.2.9	Posttraumatické demence.....	32
3	SPECIFIKA V PÉČI O KLIENTY S DEMENCÍ.....	33
3.1	OBCENÉ POŽADAVKY NA ZAŘÍZENÍ PRO KLIENTY S DEMENCÍ.....	33
3.2	VEDENÍ KLIENTŮ K SOBĚSTAČNOSTI	34
3.3	SPECIFIKA V KOMUNIKACI S ČLOVĚKEM TRPÍCÍM DEMENCÍ.....	34
3.4	BEZPEČNOST KLIENTŮ A ÚPRAVA PROSTŘEDÍ.....	35
3.5	POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ	36
3.6	VÝZNAM NUTRICE U KLIENTŮ S DEMENCÍ	36
3.7	ROZPOZNÁVÁNÍ BOLESTI.....	37
3.8	PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ A JEHO ZVLÁDÁNÍ.....	38
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
4	METODIKA	41
4.1	CÍLE PRÁCE	41
4.2	CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH PRACOVIŠŤ	41
4.2.1	Alzheimercentrum Zlín	42
4.2.2	Domov pro seniory Burešov, Zlín – Domov se zvláštním režimem.....	42
4.2.3	SENIOR C Otrokovice – Domov se zvláštním režimem.....	42
4.3	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	43
4.4	METODA SBĚRU DAT	43
4.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	44
4.6	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK ROZHOVORU.....	44
4.7	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	44
5	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ – ROZHOVORY SE SESTRAMI.....	45
5.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE RESPONDENTŮ.....	45
5.2	AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI	46
5.3	VÝŽIVA KLIENTŮ.....	51
5.4	BEZPEČNOST KLIENTŮ.....	55
5.5	ŘEŠENÍ SITUACÍ.....	59
5.6	OSOBNÍ KOMFORT KLIENTŮ.....	64
5.7	HODNOCENÍ PÉČE.....	67
6	DISKUZE.....	73
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	78
	ZÁVĚR	80
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	81
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	86
	SEZNAM OBRÁZKŮ	88
	SEZNAM TABULEK.....	89
	SEZNAM PŘÍLOH.....	90

ÚVOD

Demence patří v současnosti mezi velmi časté onemocnění, což souvisí zejména s prodlužující se délkou života, kdy s přibývajícím věkem roste pravděpodobnost onemocnění touto chorobou. Je to onemocnění, které na první pohled není vidět, nebolí, ani není náhlým stavem. Často tak zůstává stranou přirozené pozornosti. Demenci nelze vyléčit, postupně mění osobnost člověka, zhoršuje jeho paměť a myšlení.

Se ztrátou paměti ztrácí nemocný vše, co tvoří kontinuitu jeho osobnosti. Ztrácí spojení s vlastní minulostí a budoucností a také může nesnesitelně bloudit i ve své přítomnosti. Potom je pro něj ovšem nemožné dojít ke zralému vyrovnání se s vlastním životem a smířit se s vlastním osudem, s lidmi a během doby.

Čím dříve je nemoc diagnostikována a čím dříve se začne s léčbou, tím je větší šance na zmírnění a zpomalení průběhu onemocnění. Správnými nefarmakologickými postupy, tedy i citlivým přístupem, je možné zajistit nemocným, kteří trpí demencí, kvalitní a důstojný život.

Pokud je k osobám, které trpí demencí přístupováno s pochopením a se znalostmi v dané problematice, je možné se vcítit do jejich situace a pochopit, co prožívají.

Téma *Specifika péče o klienty s demencí ve specializovaných zařízeních* jsem si zvolila z několika důvodů.

První a hlavní důvod byl osobní zájem o problematiku demencí. Měla jsem možnost nejdříve vykonávat praxi v rámci studia a později i pracovat v Alzheimercentru, což je zařízení, které se specializuje na péči o klienty s různým typem a stupněm demence. Klienti jsou zde trvale, mají zde svůj domov. Rodiny se o klienty již nemohou nebo z nějakého důvodu nechtějí starat. Péče o osoby s tímto onemocněním je totiž velmi náročná. Je nezbytné vytvořit stabilní a příjemné zázemí, aby se klienti cítili spokojeně. Je nutné zvládnout specifika v komunikaci, zajistit bezpečné prostředí a klienty přiměřeně aktivizovat.

Dalším důvodem výběru tohoto tématu bylo to, že jsem chtěla porovnat své působiště s jinými zařízeními, která od sebe nejsou příliš vzdálená, ale i tak se zde péče může lišit.

Cílem práce tedy bylo srovnat vybraná zařízení ve stanovených klíčových oblastech formou rozhovorů se všeobecnými sestrami, které v daných specializovaných pracovištích pracují.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEMENCE

Demence je syndrom vznikající následkem degenerativního onemocnění mozku. Jedná se o úbytek duševních funkcí a schopností. Ve svém důsledku zasahuje celou osobnost včetně její fyzické i psychické složky (Kučerová, 2006, s. 9).

Pojem demence pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku. Během dlouhé první fáze je demence jako taková sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient chodí a pohybuje se, jak byl zvyklý. V konečné fázi nemoci je závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomněl už všechno, co se kdy naučil. Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil – jako bezmocné dítě. V tomto stádiu vnímá už jen atmosféru kolem sebe a uspokojuje pouze své nezákladnější biologické potřeby (Buijssen, 2006, s. 13).

1.1 Vymezení pojmu

Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí, verze 10 (© 2008 – 2012), zní definice demence následovně: *Demence (F00-F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.*

1.2 Výskyt demence

Demence se v západním světě stala jednou z pěti hlavních příčin úmrtí, a proto se o demenci někdy mluví jako o „nemoci století“. Podle kvalifikovaných odhadů je celkový počet nemocných trpících demencí v naší republice asi 100 000 osob. Četnost výskytu je tedy přibližně 1 % naší populace. Výskyt demencí stoupá s věkem. V populaci osob starších 65 let je četnost výskytu asi 5 %, objevuje se asi 10 nových případů na 1 000 občanů za rok. U jedinců nad 85 let trpí demencí 30-50 % z nich a objevuje se asi 90 nových případů na 1 000 osob za rok. Z uvedených údajů lze usuzovat, že věk je hlavní rizikový faktor pro rozvoj demence (Buijssen, 2006, s. 17; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 21).

1.3 Příčiny a mechanismy vzniku demence

Onemocnění, která demenci způsobují, jsou v současnosti relativně podrobně prozkoumána. Ve většině případů ale není známá přesná příčina nemoci vedoucí k demenci, zejména u degenerativních onemocnění (např. Alzheimerova choroba). Vaskulární demence je ve většině případů způsobena aterosklerózou mozkových cév. Ačkoli není zatím možné přesně určit, které faktory demenci spouštějí, existuje mnoho poznatků o rizikových faktorech demence (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 12).

1.3.1 Rizikové faktory vzniku demence

Mezi rizikové faktory lze zařadit věk, genetické faktory, pohlaví, onemocnění mozku, kouření, alkohol, deprese, poranění hlavy aj.

Věk – Demence se může vyskytnout v jakémkoli věku, ale před 60. rokem života je její výskyt relativně vzácný. S přibývajícím věkem se objevuje častěji. Není jasné, jestli je samostatným rizikovým faktorem věk nebo se jedná o častější výskyt jiných rizikových faktorů s rostoucím věkem.

Genetické faktory – Výskyt demence před 60. rokem věku velmi často poukazuje na onemocnění podmíněné dědičností. Blízcí příbuzní osob s Alzheimerovou chorobou mají tři až čtyřikrát vyšší pravděpodobnost této nemoci než osoby bez zátěže. Role genetických faktorů u demencí vyššího věku je méně zřejmá.

Pohlaví – Některé studie prokázaly, že Alzheimerovou chorobou jsou více ohroženy ženy, zatímco muži jsou více náchylní ke vzniku demencí cévního původu.

Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění – Asi u třetiny lidí se po mozkové příhodě rozvine demence. Lidé, kteří trpí hypertenzí, cukrovkou nebo onemocněním srdce jsou náchylnější ke vzniku demence.

Kouření – Podle mnoha studií kouření zvyšuje riziko vzniku Alzheimerovy choroby. Škodlivé je i pasivní kouření.

Alkohol – V malých dávkách může alkohol u dospělých sloužit jako ochrana mozku. Naopak nadměrná konzumace alkoholu po delší dobu může zapříčinit vznik kognitivních dysfunkcí, demence a dalších somatických důsledků.

Deprese – Starší osoby, které trpí depresí, mají 3x-4x vyšší riziko demence. Deprese totiž oslabuje schopnost mozku odolávat patologiím, které jsou s demencemi spojeny.

Poranění hlavy – V současnosti je úraz hlavy, jehož důsledkem je ztráta vědomí na více jak 15 minut, významný rizikový faktor pro vznik demence. Některé studie ukázaly, že v anamnéze pacientů s Alzheimerovou chorobou se úrazy hlavy vyskytují 2x častěji než ve zbytku populace.

Další rizikové faktory – Demenci mohou způsobit infekční onemocnění (AIDS, syfilis apod.) nebo deficit vitamínů (B12, thiamin, kyselina listová). Ve vyšším věku je ale těmito faktory způsobeno velmi málo demencí (Carperová, 2011, s. 30, 101, 226; Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 12 – 14).

1.3.2 Protektivní faktory

Protektivní faktory snižují riziko vzniku demence. Těmito faktory jsou vzdělání, tělesná a duševní aktivita, užívání protizánětlivých léků atd.

Vzdělání – Některé studie prokázaly, že demence jsou méně časté u osob s vyšším vzděláním. Není ale jasné, zda je ovlivňujícím faktorem vzdělání samo o sobě, přirozená úroveň inteligence nebo socioekonomický statut.

Tělesná a duševní aktivita – Podle mnoha studií bylo prokázáno, že lidé, kteří se pravidelně věnují fyzickým, mentálním a společenským aktivitám, méně často onemocní demencí.

Protizánětlivé léky – Lidé užívající protizánětlivé léky mají nižší riziko vzniku Alzheimerovy choroby. Tyto účinky jsou v současné době předmětem výzkumu k potvrzení či vylovení (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 12 – 14).

1.4 Klinické příznaky – schéma ABC demence

Demence nejsou pouze poruchou kognitivních funkcí, ale jsou provázeny i poruchami chování, soběstačnosti a mají významné sociální dopady. Primární příznaky počínající demence se s přibývajícím věkem obtížněji odlišují od projevů běžného fyziologického stárnutí. Zhoršování příznaků může mít trvalou progresi, jejíž rychlost je buď soustavná, nebo se mění, je rychlejší či pomalejší, nebo dokonce mívá přestávky se stagnací, výjimečně i období zlepšení. Průběh bývá často ovlivněn vnějšími vlivy. Přesto změny chování u člověka s demencí mají svá specifika (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 15; Kučerová, 2006, s. 9).

Podle Jiráka, Holmerové, Borzové a kol. (2009, s. 22) se u osob demencí vyskytují 3 základní okruhy postižení, kdy se tyto okruhy navzájem prolínají.

Toto rozdělení se dá vyjádřit jako *schéma ABC demence*:

- **A – Activities of daily living** (postižení aktivit denního života)
- **B – Behaviour** (behaviorální a psychologické příznaky demence)
- **C – Cognition** (postižení kognitivních funkcí)

1.4.1 A – Postižení aktivit denního života

Demence vede k poruchám soběstačnosti nejdříve v instrumentálních a poté i v základních sebeobslužných aktivitách. U složitějších instrumentálních aktivit dochází například k poruše schopnosti zacházet s penězi. Postižení bazálních aktivit denního života, jako je oblékání a svlékání se, schopnost samostatně se najíst nebo udržovat základní hygienu, se vyskytuje u pokročilých demencí. U velmi těžkých demencí bývá přítomna inkontinence moči a stolice a člověk je plně odkázán na péči okolí (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 16; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 22).

1.4.2 B – Behaviorální a psychologické příznaky demence

Tyto příznaky mohou předcházet poruchám soběstačnosti a mohou mít rozdílné projevy. Jedná se o nevhodné či nepřiměřené chování, netaktnost ale i o úzkost, deprese nebo poruchy spánku. Často dochází k bagatelizaci těchto příznaků. Mohou se vyskytnout stavy silného neklidu (agitovanosti), který může, ale nemusí být vždy spojen s agresivitou. Patří zde např. útěky z domova, napadání členů rodiny, ničení věcí, nadávání aj. U nemocných se mohou vyskytnout psychotické příznaky, které bývají obvykle přechodné. Pokud se jedná o bludy, jsou zpravidla nesystematického obsahu (např. přesvědčení o okrádání). Lidé bývají velmi úporní při prosazování svých bludných představ. Poruchy vnímání, tedy halucinace, bývají většinou zrakové, kdy v noci vidí přicházet cizí osoby do pokoje. Časté jsou u demencí také poruchy nálad a emocí, které mají kolísavý a přechodný charakter (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 17; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 23).

1.4.3 C – Postižení kognitivních funkcí

Jak uvádí Klucká a Volfová (2009, s. 13), kognitivní neboli poznávací funkce umožňují poznávat okolní svět, plánovat jednání či vstupovat do interakcí s lidmi. Patří mezi základní funkce mozku, a pokud dojde k oslabení, člověk může pociťovat nejistotu, méněcennost nebo selhání. Běžné denní fungování se stává obtížné až nemožné.

Poruchy kognice bývají ze všech přítomných příznaků nejnápadnější. Mnohdy se objevují jako první klinické symptomy. Jsou zde zařazeny poruchy paměti, orientace, úsudku a myšlení, pozornosti a motivace, exekutivních funkcí, korové poruchy a pokles intelektu.

Poruchy paměti – Tyto poruchy jsou prvním a nejnápadnějším příznakem demence. Projevy poklesu paměti jsou časté, opakované dotazy nebo používání znalostí z dřívější doby. Nejdříve nastává porucha krátkodobé paměti, kdy se nemocný opakovaně dotazuje na jednu a tutéž věc, zapomíná, co se kde před chvílí odehrálo nebo zda ho někdo navštívil. Zapomíná na důležité schůzky, ztrácí věci a není schopen vyjmenovat několik podstatných jmen za sebou, které mu jsou přečteny. V pozdějším stádiu demence se objevuje porucha dlouhodobé paměti, která se projevuje zpomalenou nebo nepřesnou výbavností. Člověk postižený demencí nejdříve zapomíná vědomosti naučené a později vědomosti získané zkušeností.

Poruchy orientace – Nemocní jsou dezorientovaní časem, místem, prostorem a nakonec i vlastní osobou. Stupeň dezorientace se zhoršuje s postupem demence. Nemocný bloudí zpočátku na neznámých, později i na známých místech, poté může bloudit i v domácím prostředí.

Intelektová deteriorace – Pokles intelektu je jedním z prvních příznaků, které doprovází vznik demence. Vypočítává se tzv. index deteriorace, který srovnává míru snížení intelektové kapacity ve srovnání s kapacitou před demencí v procentech.

Poruchy úsudku a myšlení – Je postižen racionální úsudek a abstraktní myšlení v různé míře. Nemocný např. není schopen spočítat důchod, nepřečte, kolik je hodin, není pro něj snadné odečítat přes desítku. Odmítá chodit k lékaři, protože se považuje za zdravého nebo zastírá příznaky nemoci. Kvůli nerealistickému odhadu odmítá pomoc a je podezřavý.

Poruchy pozornosti a motivace – Porucha pozornosti souvisí s tím, že nemocný není schopen začít nebo ukončit nějaký úkol nebo aktivitu, kdy na úkol jako na celek zapomene. Má snížený zájem o aktivity, které dříve rád vykonával. V pozdějším stádiu se objevuje apaticko-hypobulický syndrom, který je charakterizován apatií, sníženou úrovní aktivity a nemocný pouze sedí a dívá se jedním směrem.

Porucha exekutivních funkcí – Mezi tyto funkce patří plánování, organizování a řízení. Nemocný není schopen řešit zpočátku složité a později i jednoduché problémy. Mohou se objevit pocity nejistoty a úzkosti z nezvládnutí situace.

Korové poruchy – Mezi korové poruchy, vyskytující se u demencí, patří **afázie** – porucha řeči nebo porozumění řeči (kofabulace, komolení slov, neologismy). Dále zde patří **agrafie**, tedy neschopnost psát (podepsat se), **alexie** – neschopnost číst, **akalkulie** – neschopnost počítat, **amuzie** – neschopnost rozeznávat písně, rytmus, intonaci nebo skladatele, **agnozie** – snížená schopnost až neschopnost rozlišit a interpretovat smyslový podnět (předměty, lidské tváře) při nepoškozeném smyslovém ústrojí a **apraxie** – snížená schopnost až neschopnost vykonávat motorické úkony při neporušených motorických funkcích, kdy nemocný není schopen jíst příborem, obléknout se, odemknout klíčem zámek nebo nechápe, k čemu slouží ručník (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 17 – 22).

1.5 Stádia demence na příkladu Alzheimerovy choroby

Demenci lze rozdělit do třech stádií podle závažnosti na počínající tedy mírnou demenci, rozvinutou demenci a pokročilou demenci. Tato stádia by měla být pouze obecným vodítkem, protože u jednotlivých typů demence se může průběh onemocnění lišit. Dále jsou uvedena stádia demence na příkladu Alzheimerovy choroby, která se řadí mezi nejčastější typ demence (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 34).

1.5.1 První stádium: počínající, mírná demence

První stádium je charakteristické mírnými, lehce přehlédnutelnými příznaky a zhoršením krátkodobé paměti. Mezi příznaky mírné demence patří neschopnost zapamatovat si nové věci, přičemž se nemocný opakovaně ptá na tu samou otázku. Dalším znakem je přechodná zmatenost a dezorientace, kdy si člověk není schopný vzpomenout, jaký je rok nebo měsíc. Dále může nastat ztráta iniciativy, apatie, deprese, uzavřenost nebo úzkost. Člověk v tomto stádiu mívá problémy při obsluze přístrojů a pomůcek. I přes zmiňované obtíže je nemocný schopný se o sebe postarat sám (Glennner, 2012, s. 16; Vavrušová, 2012, s. 18).

1.5.2 Druhé stádium: rozvinutá demence

Nemocný ve druhém stádiu demence potřebuje prakticky nepřetržitý dohled a dopomoc jiné osoby při sebeobslužných aktivitách, hygieně a oblékání. Objevují se výraznější výpadky paměti. V tomto stádiu dochází k časové a prostorové dezorientaci, lidé s demencí si pletou přítomnost s minulostí a nepoznávají známé místa. Mohou bloudit a toulat se, zhoršuje se řeč, nastává změna chování, vyskytují se u nich bludy a halucinace. Toto období trvá nejdéle, obvykle 2 až 10 let (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 35; Vavrušová 2012, s. 18).

1.5.3 Třetí stádium: pokročilá, terminální demence

Vavrušová (2012, s. 18 – 19) ve své knize uvádí, že v posledním stádiu demence je nemocný zcela závislý na pomoci jiné osoby a potřebuje hlavně kvalitní ošetrovatelskou péči. Mezi příznaky třetího stádia demence patří pokročilá ztráta paměti, těžká porucha řeči, zhoršení fyzického stavu, inkontinence moče a později i stolice, problémy s chůzí, potřeba krmení a připoutání na lůžko. Nemocný nepoznává své nejbližší příbuzné ani známé předměty. Člověk v tomto stádiu může být ohrožen na životě kvůli přidruženým onemocněním, jako jsou infekce močových nebo dýchacích cest.

Umírání a smrt

Lidé, kteří pečují o nemocného v konečném stádiu demence, ať už doma nebo v instituci, nesmí zapomenout, že stále mají před sebou lidskou bytost. Ačkoli člověk v terminálním stádiu demence už nedokáže skutečnost umírání zpracovat kognitivně, zpracovává ji na pocitové úrovni. Může tedy prožívat úzkost, strach a smutek, ačkoli již nebývá schopen tyto své pocity předat okolí srozumitelným způsobem. Pro umírajícího člověka s demencí je nutné vytvořit klidné, bezpečné, empatické a důstojné prostředí (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 38).

1.6 Diagnostika a základní vyšetřovací metody

Včasná a správná diagnóza je základním a důležitým předpokladem pro zahájení efektivní léčby, zpomalení progresu onemocnění a zachování uspokojivého funkčního stavu člověka. Existují 3 cesty, jak identifikovat nemocného se znaky kognitivního deficitu. První cesta je, že nemocný přijde sám k lékaři a stěžuje si na obtíže s myšlením a pamětí. Druhá cesta je, když si rodina nemocného všimá problémů, na které upozorní lékaře. Třetí cestou je odhalení kognitivní poruchy lékařem či zdravotnickým personálem při provádění jednoduchého screeningového testu v rámci běžného vyšetření. Rozpoznání demence a nalezení její příčiny není vždy snadné. Mírné kognitivní poruchy bývají okolím tolerovány, protože chování nemocného je ještě akceptovatelné. Závažnější kognitivní poruchy mohou být nesprávně považovány za projev stáří (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 30; Pidrman, 2007, s. 21).

Vyšetření při podezření na demenci zahrnuje odběr podrobné anamnézy, otestování kognitivních funkcí, laboratorní odběry, přístrojové vyšetřovací metody a základní interní a neurologické vyšetření.

1.6.1 Anamnéza

Anamnéza bývá odebrána jak od nemocného, tak od další osoby. Nemocný, který trpí demencí, si svůj problém často neuvědomuje, nepřipouští nebo si ho různě bagatelizuje. Je proto velmi důležitá objektivizace další osobou, kterou může být pečující osoba nebo nejbližší příbuzný. Aktivními dotazy se zjišťuje začátek příznaků, rychlost progresu a symptomy demence v chování a jednání. Z anamnestických dat je nutné pátrat po úrazech hlavy, cévních mozkových příhodách, onemocněních srdce a diabetu. Dále se zjišťuje, jestli nemocný trpěl depresí nebo jinými psychickými změnami. Důležité je také zjistit přítomnost demence u přímých příbuzných a také užívání léků, které mohou zhoršovat paměť (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 26; Pidrman, 2007, s. 21).

1.6.2 Vyšetření kognitivních funkcí

Podle Jiráka, Holmerové, Borzové a kol. (2009, s. 27) se k hodnocení jednotlivých složek poznávacích funkcí používají různé speciální testy a škály. Bez otestování kognice nelze zcela určit diagnózu, na druhou stranu, sám test diagnózu nestanovuje.

Dále jsou popsány nejčastěji používané testy a škály pro vyšetření kognitivních funkcí (viz příloha P III).

Mini-Mental State Examination (MMSE) – MMSE je základní a nejpoužívanější test pro orientační zhodnocení poznávacích funkcí. Hodnotí celkem 10 oblastí a obsahuje 30 otázek či úkolů. MMSE posuzuje orientaci v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, psaní, čtení, řeč a konstrukčně-praktické dovednosti. Je poměrně málo citlivý k lehkým a počínajícím poruchám a není tedy možné spolehlivě identifikovat mírnou kognitivní poruchu. Výsledek může být ovlivněn vzděláním a věkem. Maximálně je možné získat 30 bodů, od 24 bodů začíná obvykle určitý stupeň demence (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 49 – 50; Lužný, 2012, s. 28).

Součástí MMSE je tzv. **Sedmičkový test**. Je to krátký a rychlý test, který je ale poměrně náročný, protože vyžaduje souhru pozornosti, paměti a schopnosti počítat. Testovaný je vyzván, aby odečítal od čísla 100 číslo 7, dokud nebude zastaven. Tento test je v MMSE významný pro celkové skóre a proto by měl být proveden i samostatně (Jirák, 2013, s. 50).

Test kreslení hodin – Testovaný člověk je vyzván, aby na papír nakreslil ciferník a čísla na hodinách, a umístil ručičky tak, aby ukazovaly předem určený čas. Hodnotí se dokonalost zakreslení ciferníku (kruh), číslice na ciferníku (řazení, vynechání), nastavení ručiček

hodin a jejich různá délka. Tento test současně hodnotí paměť, soustředění, představivost, plánování a rozhodování. Obvykle je doplňujícím testem k MMSE (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 43; Lužný, 2012, s. 29).

Hachinského ischemické skóre – *Hachinského ischemické skóre pomáhá diferencovat mezi atroficko-degenerativními demencemi Alzheimerova typu a demencemi vaskulárními. Toto skóre hodnotí ve 13 položkách typická anamnestická data či klinické příznaky typické pro vaskulární etiologii demencí. Jednotlivým položkám jsou přiděleny 1 či 2 body, hodnotí se celkový součet bodů* (Lužný, 2012, s. 30).

Addenbrookský kognitivní test (ACE-CZ) – Test skóruje oblasti jako pozornost a orientace, paměť, slovní produkce, jazyk a zrakově-prostorové schopnosti. Tento test v sobě zahrnuje MMSE a je určen ke zjištění kognitivního profilu. Dále se používá k časnému zachytu a diferenciální diagnostice kognitivních poruch a demencí. ACE-CZ obsahuje 19 úkolů, je možné získat maximálně 100 bodů (Válková, 2015, s. 39 – 41).

Montrealský kognitivní test (MoCA-CZ) – Test hodnotí oblasti jako paměť, orientace časem a místem, řečové funkce, pozornost, exekutivní funkce a zrakově-prostorové schopnosti. Jedná se o rychlý screeningový nástroj, maximální skóre je 30 bodů a skóre vyšší nebo rovno 24 bodů je považováno za normální (Válková, 2015, s. 46 – 49).

Wechslerova škála paměti – Tato škála je rozdělena do 7 oblastí a hodnotí prostorovou představivost, schopnost porozumět symbolickému podnětu, globální úroveň paměti, logickou paměť, konstrukční schopnosti a zrakovou a verbální paměť (Lužný, 2012, s. 33).

1.6.3 Laboratorní vyšetření a přístrojové vyšetřovací metody

Laboratorní vyšetření zahrnuje základní biochemické vyšetření, kam se řadí glykémie, ionty, osmolalita, urea, kreatinin, jaterní testy a albumin. Dále je vhodné stanovit hladiny hormonů štítné žlázy a hladinu vitamínu B₁₂. V některých indikovaných případech je vhodné stanovení sérových lipidů, homocysteinu a CRP (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 74; Pidrman, 2007, s. 22).

Zobrazovací metody mají velký význam pro potvrzení diagnózy demencí, ale využívají se i ke sledování průběhu onemocnění.

Výpočetní tomografie (CT) je nejrozšířenější zobrazovací metoda, která umožňuje vyloučit závažnější organické změny, které mohou vést ke klinickému obrazu demence. Dále může zobrazit některé vaskulární změny či atrofie.

Magnetická rezonance (MRI) je technicky i finančně náročnější než CT. Zpřesňuje diagnostiku demencí díky vyšší rozlišovací schopnosti pro patologie měkkých tkání. MRI může vyloučit možnost, že zmatenost způsobuje nádor a může také identifikovat příznaky vaskulární demence. Dále se posuzuje se míra úbytku mozkové tkáně.

Jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT) je nukleární vyšetřovací metoda, která zobrazuje průtok krve různými oblastmi mozku. Používá se hlavně pro diagnostiku a sledování cévních poruch (např. stenóza), ale lze ji využít i pro sledování charakteristických změn perfúze u konkrétních neurodegenerací.

Pozitronová emisní tomografie (PET) je finančně nákladná a tedy indikovaná jen výjimečně. PET vyšetřuje změny regionálního metabolismu a má větší prostorovou rozlišovací schopnost než SPECT (Barker, Board, 2012, s. 89; Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 76; Jirák, 2013, s. 28 – 35).

1.7 Léčba demencí

Aktuální možnosti léčby demencí jsou omezené z důvodu nedostatečných poznatků o mechanismech vzniku a vývoje nejčastějších forem demencí. Pokud je příčina demence známa, podstatou léčby je odstranění nebo oslabení vyvolávajících příčin. Odstranění kognitivního deficitu většinou není možné. Cílem léčby je tedy průběh demence zpomalit nebo na nějaký čas zastavit. Nemocný může být udržen ve stádiu, kdy je soběstačný a není nad ním nutný stálý dohled. Léčebné postupy se dělí na farmakologické a nefarmakologické (Ondriášová, 2011, s. 89; Válková, 2015, s. 17).

1.7.1 Farmakologická léčba demencí

Jirák, Holmerová, Borzová a kol. (2009, s. 88) ve své knize zmiňují, že farmakologická léčba demencí se dá rozdělit na kognitivní a nekognitivní. Kognitivní farmakoterapie ovlivňuje porušené poznávací funkce, zatímco nekognitivní farmakoterapie pomáhá mírnit přidružené poruchy nálad, chování a spánku.

1.7.1.1 Kognitivní farmakoterapie

Kognitivní terapie má blízko ke kauzální (příčinné) léčbě. Kognitiva mohou přechodně zlepšit či stabilizovat stav nemocného a mohou oddálit nebo zabránit vzniku nejtěžších stádií nemoci. I když po nějaké době dochází ke zhoršování příznaků, nebývá tak výrazné, jako u osob, které kognitiva neužívají. Dochází tedy k prodloužení aktivního života

nemocného a jeho rodiny. Tyto léky mohou zabránit i rozvoji poruch chování nebo mírnit jejich příznaky (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 88; Franková, 2009, s. 23).

Inhibitory mozkových cholinesteráz se používají se u lehkých až středních forem různých typů demence. Léky řadící se do této skupiny jsou donepezil (Aricept), rivastigmin (Exelon) a galantamin (Reminyl). Tyto látky ovlivňují cholinergní deficit bloádou enzymu odbourávajícího acetylcholin a zvyšují jeho dostupnost na synapsích (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 88; Sheardová, 2011, s. 126).

Inhibitory ionotropních glutamátových NMDA (N-methyl-D-aspartátových) receptorů se používají v těžších stádiích různých typů demencí. Lék, který dnes používá, se nazývá memantin (Ebixa). Memantin zpomaluje progresi onemocnění, pozitivně ovlivňuje chování nemocného i jeho schopnost provádět běžné denní aktivity (Franková, 2009, s. 33; Lužný, 2012, s. 51).

Doplňková farmaka jsou ostatní léky, jejichž používání není založené na důkazech. Do této skupiny patří látky likvidující volné kyslíkové radikály (retinol, vitamín E, selen), nootropika (extrakt ginkgo biloba) a další (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 89 – 90).

1.7.1.2 Nekognitivní farmakoterapie

Nekognitivní terapie ovlivňuje poruchy chování, nálad a spánku. Patří zde antipsychotika, antidepressiva a anxiolytika (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 90).

Antipsychotika korigují poruchy myšlení a vnímání, tedy bludy a halucinace. Dále také zlepšují sociální kontakty, působí antimanicky a antidepressivně. Používají se léky jako tiaprid (Tiapridal, Tiapra), risperidon (Rispen), quetiapin (Seroquel) a olanzapin (Zyprexa), které patří mezi antipsychotika 2. generace (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 68).

Antidepressiva působí proti depresi a úzkosti. První volbou u osob s demencí jsou selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), mezi které se řadí citalopram (Citalec), es-citalopram (Cipralex), fluoxetin (Deprex), fluvoxamin (Fevarin), paroxetin (Seroxat) a sertralin (Zoloft). Jedná se o bezpečná antidepressiva, pokud jde o ovlivnění tělesných funkcí či orgánů (Pidrman, 2007, s. 145).

Anxiolytika se používají při úzkosti. Benzodiazepinová anxiolytika (např. Xanax, Neurol, Lexaurin, Diazepam) lze tolerovat jen na velmi krátkou dobu při výskytu masivní úzkosti. Pokud jsou podávány delší dobu, hrozí jejich kumulace v organismu, nemocný může být utlumený, zmatený a zhoršují se jeho kognitivní funkce. Nebenzodiazepinová anxiolytika,

např. Anxiron, Buspiron, Buspar, Atarax, jsou vhodnější, nekumulují se v organismu a s jejich užíváním se nepojí tolik rizik (Pidrman, 2007, s. 147 – 148).

1.7.2 Nefarmakologická léčba demencí

Nefarmakologická terapie má pomoci u osob s demencí co nejdéle udržet sociální autonomii, udržovat nebo zlepšovat samostatnost a pozitivně ovlivňovat kvalitu života. Zahrnuje několik základních oblastí, kterými jsou psychická aktivita a aktivizační metody, fyzická aktivita, prostředí, vyvážená výživa a optimalizace sensorických funkcí (Ondriášová, 2011, s. 100; Pidrman, 2007, s. 94).

1.7.2.1 Psychická aktivita a aktivizační metody

Aktivizace posiluje lidskou důstojnost a sebeuvědomění, což platí také u nemocných trpících demencí. Tyto aktivity vytvářejí mezníky času a strukturují den člověka. Cílem je udržení či zdokonalení dovedností, smysluplné trávení volného času, eliminace problémového chování a také zlepšení emočního stavu. Dále jsou popsány některé vybrané aktivity a aktivizační metody vhodné pro osoby trpící demencí (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 139 – 140).

- **Kognitivní rehabilitace** – Používají se různé techniky na procvičení kognitivních funkcí, např. pojmenování předmětů, hry s písmeny a čísly, zapamatování si, říkadla, křížovky. Použití je vhodné spíše u osob v časných stádiích demence. Na nemocné se nemá spěchat, měli by být pochváleni za jakýkoliv výsledek. U osob s demencí vede kognitivní rehabilitace k procvičení a aktivizaci, obvykle ale nedochází ke zlepšení kognitivních funkcí z důvodu postupné progresy demence.
- **Orientace v realitě** – Jedná se o jeden z nejstarších nefarmakologických přístupů k demenci. Používají se tabulky s datem na viditelném místě, hodiny s velkým ciferníkem, nástěnky s ročním obdobím apod. Je možné zařadit i různé hry podporující kognitivní funkce, využívají se předměty či obrázky, v diskuzi se pak upřesňuje jejich barva a tvar. Důraz je kladen na zapojení všech smyslů.
- **Reminiscenční terapie** – Tato metoda využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů, předmětů, fotografií či starých filmů. Osoby s demencí často trpí poruchou krátkodobé paměti, ale obvykle si velmi dobře vybavují dávné zážitky. Reminiscence se obvykle provádí ve skupině, kdy ostatní členové mohou analyzovat i vlastní zkušenosti. Touto terapií se upevňuje sebeúcta a identita nemocného.

- **Muzikoterapie** – Terapie hudbou podporuje, vyjadřuje a rozvíjí emoční prožívání nemocných. Pomáhá také vytvářet kladné sebehodnocení. Muzikoterapie probíhá obvykle ve skupině a může mít podobu zpěvu lidových písní nebo rytmického doprovodu ke zpívaným nebo pouštěným melodiím (tleskání do rytmu, triangl, údery dřívkem).
- **Pet-terapie** – Jedná se o léčbu pomocí zvířat, která mají pozitivní vliv jak na fyzický, tak hlavně na psychický stav nemocných. Mohou pomoci snížit úzkost, depresi a poruchy spánku. Léčebný program se zvířaty je možné provádět buď chováním zvířete přímo v zařízení (vhodná je např. kočka, králík, morče, andulka nebo akvarijní rybky) nebo pravidelným docházením dobrovolníků, nejčastěji se psy (Barker, Board, 2012, s. 136; Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 122, 229 – 230; Lužný, 2012, s. 139 – 140; Pidrman, 2007, s. 95; Sheardová, 2011, s. 127).

1.7.2.2 Fyzická aktivita

Fyzická nečinnost vede k narušení rytmu spánku/bdění, k duševnímu chátrání, ke snížení chuti k jídlu a vzniku nutričních problémů. Z fyzických aktivit je vhodný pohyb venku v přírodě, například pravidelné procházky nebo práce na zahradě. Fyzickou aktivitu lze také zvýšit zařazením kinezioterapie a taneční terapie do denních aktivit v zařízeních pro osoby s demencí.

Kinezioterapie přispívá k udržení svalové síly a stability, cviky lze provádět jak ve stoje, tak i vsedě na židlích (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 100; Kučerová, 2006, s. 97 – 98; Pidrman, 2007, s. 94).

1.7.2.3 Prostředí

Úprava prostředí, ve kterém nemocný žije, může eliminovat riziko tělesného poškození a vznik některých poruch chování. Z okolí je třeba odstranit předměty zvyšující riziko pádu při chůzi, která se při demenci zhoršuje (např. prahy, klouzavé koberce či jedovaté květiny). Naopak je vhodné využití mechanických pomůcek, jako jsou držáky v koupelně a na toaletě či neklouzavé rohože, které umožní bezpečný pohyb a sníží riziko pádu. V průběhu dne by se měly střídát nenáročné aktivity s možností odpočinku při zachování pravidelnosti denního režimu. Prostředí, ve kterém se nemocný nachází, by nemělo být příliš hlučné, protože hluk může odvádět pozornost a tím dochází ke zhoršení komunikace (Ondříášová, 2011, s. 101).

1.7.2.4 Vyvážená výživa

Velmi důležitá je kvalitní strava, která obsahuje všechny základní živiny a dostatek vitamínů. Je nutné dohlédnout na to, jakou stravu nemocný přijme, protože tito lidé mají sklon ke stereotypnímu jídelníčku, neumějí si jídlo připravit nebo se zapomenou najíst. To samé platí o pitném režimu. U nemocných může chybět dostatečný pocit žízně nebo si jen nevzpomenou, že se mají napít. Může tak snadno vzniknout dehydratace s možností různých komplikací (např. stavy zmatenosti). Proto je u těchto osob nezbytné aktivně kontrolovat příjem tekutin (Kučerová, 2006, s. 98; Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 59).

1.7.2.5 Optimalizace senzorických funkcí

U nemocného je nezbytné vědět, do jaké míry jsou či nejsou postiženy senzorické funkce, zejména sluch a zrak. Může se stát, že právě díky postižení zraku, nebo dokonce sluchu, dochází k celé řadě nedorozumění, která jsou následně zpracovávána jako poruchy chování, přičemž je možné, že nemocný reaguje jinak pouze z toho důvodu, že nepochopil naše zadání, protože mu nerozuměl (Pidrman, 2007, s. 95).

2 ROZDĚLENÍ DEMENCÍ

Demence je možné dělit podle více způsobů. Nejčastěji se používá klasifikace demencí, která se opírá o poznatky o etiologii a patogenezi. Jedná se o rozdělení demencí na primárně degenerativní, sekundární a smíšené. Primárně degenerativní demence jsou choroby, které primárně postihují mozek. U sekundárních demencí je poškození mozku způsobeno jinou extracerebrální chorobou nebo poruchou. Smíšené demence jsou kombinací dvou nebo více poruch vedoucí k demenci (Pidrman, 2007, s. 31; Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 129).

2.1 Primárně degenerativní demence

Podle Pidrmana a Kolibáše (2005, s. 130) je společným znakem primárně degenerativních demencí hromadění patologického proteinu v mozku. Dispozice k těmto demencím je dědičná. Tyto genetické vlivy jsou pak nejdůležitějším etiologickým faktorem pro vznik demence (např. vzácné případy ACH). Na vzniku těchto demencí se mohou podílet i další faktory, které urychlují vznik demence, jedná se např. o věk, pohlaví, alkohol a úraz hlavy.

2.1.1 Alzheimerova choroba (ACH)

Alzheimerova choroba je chronické degenerativní onemocnění, které se projevuje difúzní atrofií mozkové kůry. Jedná se o nejčastější typ demence, tvoří asi 60 % všech demencí. Výskyt ACH prudce stoupá se zvyšujícím se věkem. Touto nemocí jsou více ohroženy ženy, což pravděpodobně souvisí s jejich delší průměrnou délkou života. Dalšími rizikovými faktory jsou genetické dispozice nebo těžší úrazy hlavy. ACH začíná obvykle nenápadně, progresse je pozvolná, nejdříve bývá postižena krátkodobá paměť. Také dochází k poruchám exekutivních funkcí, což se projevuje v náročnějších situacích např. bezradností nebo nesprávným rozhodnutím. V pokročilejším stádiu dominují těžké poruchy paměti, orientace, úsudku, intelektu a symbolických funkcí. Dalšími přidruženými příznaky jsou deprese či poruchy spánku. V terminálním stádiu nemocní nepoznají nejbližší osoby a nedokážou verbálně komunikovat. Přítomna je inkontinence moči a stolice a klienti jsou upoutáni na lůžku (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 133 – 137).

ACH se může vyskytovat ve dvou podobách. První je *familiární (vrozená) forma ACH*, která je vzácná a postihuje osoby mladší 65 let. Podezření na tuto formu je v případě rodinného výskytu tohoto onemocnění. Druhou podobou je *sporadická (občasná) forma ACH*, která tvoří většinu všech případů. Je typická pro starší osoby a právě její incidence

roste s věkem. Genetické vlivy se mohou také uplatňovat, ale zdá se, že nikoliv ve všech případech. ACH není zcela vyléčitelná, avšak vyvinuté léky mohou zmírnit příznaky nebo částečně zlepšit stav nemocného. Onemocnění trvá obvykle 7 – 10 let od objevení prvních příznaků a končí smrtí. Průběh může být rychlejší v mladším věku u forem s genetickým podmíněním a časným začátkem. Naopak u některých osob může být doba přežití více jak 15 let. Nemocní obvykle umírají na přidružené infekce nebo úrazy (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 40; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 32 – 33).

2.1.2 Demence s Lewyho tělísky (DLT)

Demence s Lewyho tělísky je neurodegenerativní onemocnění na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci. Jedná se o jednu z nejčastějších příčin demence, tvoří 15 – 20 %. Patologickým podkladem jsou kulovitá intracelulární tělíška v neuronech. Ty se nacházejí i v mozku lidí postižených Parkinsonovou chorobou a ta může být také doprovázena demencí, která se DLT velmi podobá. DLT má relativně rychlý začátek a progresi. Posléze se stav se může stabilizovat i na několik let, ale klinický obraz bývá kolísavý. Dochází k výrazným změnám a zpomalení pohybu, svalové ztuhlosti a třesu. Dalšími příznaky jsou setřená mimika, slabý a vyšší hlas, zrakové halucinace, divoké sny a neklidný spánek. Nemocní jsou citliví zejména na klasická neuroleptika, která mohou zhoršit jejich stav. Toto onemocnění trvá asi 7 let, nastupuje ve věku 50 – 80 let. Medikamentózní léčba rivastigminem zpomaluje průběh onemocnění (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 43).

2.1.3 Frontotemporální demence (FTD)

Pidman (2007, s. 55) ve své knize zmiňuje, že nejčastější formou FTD je *Pickova nemoc*. Jedná se o heterogenní klinický syndrom způsobený progresivní degenerací frontálních a temporálních laloků mozku. Začíná obvykle časně mezi 45. – 65. rokem.

Hlavními příznaky FTD jsou změny osobnosti a chování. V úvodní fázi bývá zhoršení paměti méně výrazné. Tato demence bývá často zaměněna za poruchu osobnosti nebo pozdní psychiatrické onemocnění. Typickými příznaky jsou ztráta náhledu na své poruchy, porušování společenských konvencí, impulzivita, přejídání se, stereotypní jednání a změny řeči (stereotypní řeč, opakování slov). FTD představuje asi 10 % všech demencí. Příčina není zcela jasná, ale předpokládá se určitá genetická podmíněnost. Tato demence začíná nenápadně, příznaky se zhoršují pomalu. Průměrné trvání onemocnění je 8 let v rozmezí 2 – 20 let (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 65 – 66; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 43).

2.2 Sekundární a smíšené demence

Sekundární demence jsou nesourodou skupinou nemocí, kterých bylo popsáno více jak 70 skupin. Dále jsou popsány nejčastější a nejzávažnější. Na jejich vzniku se podílí různé příčiny jako např. posttraumatické, infekční, metabolické. Smíšené demence jsou kombinací dvou nebo více poruch, které vedou k demenci. Nejčastěji se objevuje kombinace Alzheimerovy choroby a vaskulární demence (Buijssen, 2006, s. 15; Pidrman, 2007, s. 31).

2.2.1 Vaskulární demence (VD)

Tyto demence jsou heterogenní skupinou různých klinických syndromů vznikající jako důsledek ischemického nebo hemoragického poškození mozkové tkáně. Bývají provázené kognitivní dysfunkcí, takže se mohou projevovat rozmanitými příznaky. Začátek může být náhlý nebo pozvolný, progresse skoková nebo oscilující. VD může probíhat i progresivně bez zjevných vaskulárních příhod. Typicky vzniká v terénu aterosklerotických komorbidit, např. hypertenze, diabetu, ischemické choroby srdeční (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 64).

Multiinfarktová demence (MID)

Tato demence je nejčastějším typem vaskulární demence a vzniká v důsledku drobných či větších iktů. Onemocnění difúzně postihuje kůru i podkorové oblasti mozku. MID probíhá zpravidla současně s hypertenzní nemocí, diabetem a poruchou lipidového metabolismu. V klinických příznacích je charakteristické skokové zhoršení stavu s dysartrií, přechodnou afázií a neurologickými příznaky. Paměť nemusí být zpočátku výrazněji postižená, také bývá déle zachován náhled na nemoc. Terminálně se MID projevuje obrazem těžké demence. Onemocnění začíná nejčastěji mezi 60. – 80. rokem života, k rozvoji může dojít i dříve u jedinců s kardiovaskulárním onemocněním. Pokud dojde k rozvinutí MID, tak je prognóza nepříznivá. Nemocní obvykle přežívají 4 – 6 let po objevení prvních příznaků a příčinou úmrtí bývá nejčastěji nová cévní mozková příhoda (Krombholz, 2011, s. 199; Pidrman, 2007, s. 51 – 52).

Subkortikální ischemická leukoencefalopatie (Binswangerova choroba)

Jedná se o vaskulární demenci, která postihuje bílou hmotu mozku při onemocněním cév malého průsvitu. Charakteristický je nález četných postischemických změn v bílé hmotě. Poruchy kognitivních funkcí se rozvíjí plíživě, z příznaků dominuje zpomalení psychomotorického tempa, apatie, porucha exekutivních funkcí a častá bývá i deprese. Neurologické příznaky zahrnují poruchy chůze a parkinsonský syndrom (Krombholz, 2011, s. 199).

Strategický infarkt (Demence při rozsáhlé CMP)

Při strategickém infarktu dochází k postižení rozsáhlejší a pro kognici významné oblasti mozku krvácením nebo ischemií. Klinicky se projeví kognitivním postižením odpovídajícím lokalizaci ložiska. Při poškození frontálního laloku dochází k rozvoji afázie, apraxie, dezinhibice (odtlumení zábran) nebo apatie. Kognitivní i neurologické příznaky se po závažné CMP v prvních týdnech až měsících zmírňují, pokud nedojde k recidivě. Prognóza je velmi nejistá z důvodu vysokého rizika opakování CMP. Pro zlepšení prognózy je nezbytná úprava životosprávy a účinná léčba hypertenze, diabetu a jiných rizikových faktorů v anamnéze (Pidrman, 2007, s. 53; Rusina, Matěj, 2009, s. 251).

2.2.2 Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova choroba patří mezi neurodegenerativní choroby, která postihuje bazální ganglia. Dochází k atrofii neuronů a výskytu Lewyho tělísek. Parkinsonské příznaky jako třes a ztuhlost jsou způsobené deficitem dopaminu. Lehká kognitivní porucha je u osob s Parkinsonovou chorobou častá, demence vzniká u více jak 20 % nemocných. Klinický obraz u tohoto onemocnění se u jednotlivých osob liší. Dochází k poruchám paměti, myšlení, exekutivních funkcí (plánování, organizování), řeč je zpomalená. Někteří lidé mohou být ulpívaví, jiní impulzivní až agresivní. Mohou mít halucinace způsobené samotným onemocněním nebo v důsledku léčby antiparkinsoniky. Demence výrazně zhoršuje prognózu Parkinsonovy choroby na cca 5 let (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 143; Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 44).

2.2.3 Demence u Huntingtonovy choroby

Huntingtonova choroba je dědičné neurodegenerativní onemocnění, které ústí do demence. Dochází k atrofii čelního laloku mozku, klinicky se projevuje motorickými a psychickými změnami. K psychickým změnám patří zejména demence, časté jsou také emocionální změny a poruchy chování. Motorické příznaky zahrnují choreatiformní záškuby (kroutivé, nekoordinované), problém správně ovládat své pohyby vůlí, sklon k pádům a potíže s polykáním. Demence se v časných stádiích projevuje zapomnětlivostí a poruchami soustředění. Dále se rozvíjí výrazná porucha koncentrace pozornosti, nemocný má potíže s pojmenováním předmětů, je narušena soudnost. Z psychických poruch je výrazná impulzivita, podrážděnost a podezíravost. Může se vyskytnout deprese, úzkost, ale také mánie a to samotná nebo střídaná s depresí. Příznaky se obvykle objevují ve věku 40 – 50 let.

Symptomy postupně progredují, v pokročilém stádiu bývá obraz těžké demence, nemocní nejsou schopni se pohybovat ani mluvit. Nakonec umírají na přidruženou infekci nebo úraz (Jirák, Koukolík, 2004, s. 235 – 239).

2.2.4 Demence při normotenzním hydrocefalu

Normotenzní hydrocefalus je chronické onemocnění, které vzniká následkem úrazu hlavy, subarachnoideálního krvácení, meningitidy, ale původ často nebývá objasněn. Charakteristická je trojice příznaků a to porucha chůze, inkontinence a demence. Tyto symptomy vznikají náhle nebo se postupně rozvíjejí. Onemocnění se vyskytuje po 60. roce života a proto bývá často nesprávně zaměřeno za proces stárnutí. Léčí se zavedením zkratu (shuntu), který odvádí nadbytečný mozkomíšni mok z komor mozkových do břišní dutiny. Tento zákrok vede alespoň k dočasnému zlepšení kognitivních funkcí a chůze u většiny nemocných (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 21, Pidrman, 2007, s. 56).

2.2.5 Alkoholová demence

Jirák, Holmerová, Borzová a kol. (2009, s. 64) ve své knize zmiňují, že demence způsobená alkoholem je v naší populaci častá. Tato demence vzniká při dlouhodobém užívání velkých dávek alkoholu. Na vzniku se podílí ale i další faktory, k nimž patří nedostatečný příjem kalorií, bílkovin a vitamínů, především tiaminu a dalších ze skupiny B-vitamínů. Alkoholová demence se může určitým způsobem podobat Alzheimerově chorobě. Rozvíjí se plíživě nebo do ní přechází alkoholový amnestický syndrom. Dochází k těžkému úpadku osobnosti (např. zhubnutí, omezení zájmů, úpadek v eticko-estetické sféře). Obvykle se tato demence vyskytuje ve středním věku, ale může se objevit i u seniorů. V současné době není vyléčitelná, ale při důsledné abstinenci, přiměřené výživě a dobrém sociálním zázemí může dojít k poměrně výraznému zlepšení.

2.2.6 Metabolické demence

Demence vzniklé poruchami látkové přeměny jsou zpravidla vyléčitelné po odstranění primární příčiny. Vzácně se vyskytují metabolické demence s genetickým podmíněním, z nichž nejčastější je *Wilsonova choroba*. Při ní dochází k ukládání mědi do mozku, jater a očí. Mezi příznaky této choroby patří jak demence, tak i neurologické obtíže (parkinsonský syndrom) a jaterní cirhóza. Tato demence se vyskytuje především u mladší populace. Léčba je založena na podávání látek, které v organizmu vychytávají měď (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 63).

2.2.7 Demence při infekcích

Demence při Lues – Luetická infekce (syfilis) je pohlavně přenosná nemoc, kterou způsobuje bakterie *Treponema pallidum*. Nejčastější formou luetického poškození mozku projeví se demencí je progresivní paralýza, která vede k mozkové atrofii. Tato demence má různé podoby, může se podobat ACH. Četné neurologické příznaky zahrnují např. poruchy chůze. Další formou luetické infekce je *gumma cerebri*. Gummata jsou zánětlivá ložiska obvykle kulovitého tvaru, která způsobují kromě demence i neurologické obtíže.

Demence při infekci AIDS – Demence je jeden z důsledků infekce AIDS. Klinický obraz je různorodý, záleží na progresi infekce a na dalších faktorech. Obvykle se vyskytují poruchy paměti a koncentrace, vyjadřování, nemocní trpí úzkostí a depresemi, mají bludy či halucinace (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 52; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 57).

2.2.8 Demence při prionových onemocněních

Prionové nemoci jsou skupinou neurodegenerativních onemocnění, které způsobují těžké změny v mozkové tkáni. Vyznačují se dlouhou inkubační dobou, rychlou progresí a špatnou prognózou. **Creutzfeldtova-Jakobova nemoc** je nejčastějším a nejznámějším prionovým onemocněním. Vyskytuje se ve třech formách – sporadické, familiární nebo iatrogenní (přenos prionu při lékařském zákroku). Není jasné, jak nemoc vzniká. V mozku vznikají otvory, které způsobují to, že mozek vypadá podobně jako houba. Asi 90% pacientů umírá do jednoho roku od diagnostikování choroby. Jedná se tedy o nevléčitelné onemocnění. Léčba je pouze symptomatická, nemocným jsou podávány opiáty k úlevě od bolesti a léky, které zmírňují mimovolní svalové záškuby (Gililand, 2010, s. 15; Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 51; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 58).

2.2.9 Posttraumatické demence

Posttraumatické demence mohou vznikat akutně, tedy bezprostředně v souvislosti s traumatem nebo po delší době v návaznosti na úraz. Důsledky poranění mozku mohou být krátkodobé nebo trvalé. Klinický obraz je nespecifický a je vázán na lokalizaci a rozsah traumatu. Neurologické příznaky kopírují lokalizaci poranění centrální nervové soustavy. Psychiatrické příznaky zahrnují poruchy fatických a gnostických funkcí, mohou se také objevit změny osobnosti a těžké poruchy paměti (Pidrman, 2007, s. 53).

3 SPECIFIKA V PÉČI O KLIENTY S DEMENCÍ

K osobám, které trpí demencí, je třeba přistupovat trpělivě, pozorně a empaticky. Je nezbytné snažit se pátrat po tom, co potřebují, co si přejí a respektovat jejich jedinečnou a důstojnou lidskou bytost. Je nutné usilovat o to, aby nemocný byl co nejméně konfrontován se svou nesoběstačností a nedostatečností. Při uspokojování základních potřeb člověka s demencí vystupují do popředí potřeby uznání, bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti.

Péče o člověka s demencí je náročná, dlouhodobá a vyčerpávající. Pokud je ale k dispozici dostatek informací o podstatě této choroby, o její diagnostice, adekvátní léčbě a je praktikován vhodný přístup, je možné mnoho sil i energie ušetřit, zlepšit spolupráci s nemocným, navázat vzájemný vztah a podstatně zlepšit kvalitu života nemocného i jeho pečovateli (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 60).

3.1 Obecné požadavky na zařízení pro klienty s demencí

Zařízení pro osoby s demencí by měla být navržena tak, aby odpovídala jejich potřebám. Ideální je oddělení s kapacitou do 15, maximálně 20 obyvatel. Pokud je zařízení větší, je nutné jej uspořádat a rozčlenit na jednotlivá menší oddělení se samostatným režimem a personálem. Na odděleních by se měly nacházet dostatečné prostory pro společné aktivity.

Pokoje klientů mohou být relativně malé, ale ideálně jednolůžkové s vlastním příslušenstvím, aby lidé s demencí mohli mít své soukromí jak v noci, tak i v případě, že chtějí být sami. Převážnou většinu dne by měli klienti trávit ve společných prostorách určených k aktivitám. Jednotlivé aktivity by měly být vedeny kvalifikovaným ergoterapeutem.

Společné prostory by měly dále navazovat dalším prostorem, a to jak vnitřním, tak venkovním, kde by lidé s demencí mohli chodit či přecházet v případě potřeby, neklidu apod. I tyto prostory by měly přehledné, ale i příjemné a vhodně vybavené (např. lavičkou).

Odchod ze zařízení by měl být komplikován či signalizován tak, aby klienti, kteří jsou ohroženi blouděním, jej mohli opustit pouze s doprovodem, který zajistí jejich bezpečnost. Lidé s demencí nesmějí být v žádném případě zamykáni.

Režim pro klienty s demencí má být co nejvíce individualizovaný a respektující potřeby klientů, jejich kvalitu života a důstojnost. Individuální plány jednotlivých klientů musí respektovat jejich specifické potřeby a musí vycházet ze znalosti jejich soběstačnosti a zvyků (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 99, 123).

3.2 Vedení klientů k soběstačnosti

Důležitou zásadou v péči o pacienta postiženého demencí je vedení k soběstačnosti. Všichni pečující by měli být dostatečně kvalifikováni a trpěliví, aby postupnými kroky, návody a dopomocí vedli pacienty k tomu, aby sami vykonávali jednotlivé sebeobslužné činnosti. Jenom tímto přístupem se zachovává soběstačnosti pacientů co nejdéle. Tento přístup je třeba podporovat, informovat o něm i rodinné příslušníky a okolí, aby nebyl považován za neochotu ošetřujícího personálu pacienta obsloužit, ale za určitý prvek vedení k soběstačnosti. Samozřejmě i tento přístup musí být aplikován citlivě se znalostí stavu a možností pacienta, nelze vyčkávat, až pacient vykoná činnost, které již není schopen (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 71).

V příloze (P IV) jsou popsány problémy v oblasti soběstačnosti a jejich možné řešení.

3.3 Specifika v komunikaci s člověkem trpícím demencí

Komunikace s nemocným je velmi důležitá, ale často také obtížná. Je také součástí procesu péče o nemocného. V mírné fázi demence se stává, že nemocný bývá rozčilený nebo podrážděný, protože nerozumí všemu, co je od něj požadováno. Může docházet k frustraci kvůli tomu, že není schopen vyjádřit myšlenky tak, aby jim ostatní rozuměli. Někteří lidé mohou stále dokola opakovat stejné zvuky či věty, mohou mluvit svým rodným jazykem, který léta nepoužívali. Takto se snaží dorozumět. Je nutné snažit se je pochopit a porozumět jim (Callone, 2008, s. 64).

Podle Holmerové, Jarolímové, Suché a kol. (2009, s. 68) jsou prostřednictvím komunikace naše sdělení předávána jiným a naopak námi jsou přijímána jejich sdělení. Tato schopnost je u člověka s demencí velmi porušena. Nejdříve dochází k poškození verbální složky komunikace. Člověk trpící demencí může být v důsledku nedostatečné komunikace osamocen až izolován, i když fyzicky je stále obklopen lidmi. Komunikační schopnost však není zcela zničená ani v důsledku pokročilé demence, protože stále je možné hledat jiné formy komunikace, kterými je nemocný ještě vybaven. Jedná se o jednoduchá verbální i nonverbální sdělení, kterým dokáže porozumět, dále gesta a chování, kterými chce nemocný něco sdělit. I verbální sdělení, které se zdá bez významu, může význam mít, jen není vyjádřeno vyslovenými slovy. Pokud se pečující osoby naučí tuto nonverbální komunikaci používat a porozumět jí, tak si velmi usnadní situaci a zpříjemní péči nemocným i sami sobě. Aby komunikace s nemocným probíhala dobře, je vhodné přizpůsobit projev stádiu nemoci.

Dále jsou uvedena základní pravidla pro komunikaci s nemocným, který trpí demencí:

- Rozhovor by měl probíhat v klidném a tichém prostředí, kde pozornost nemocného nebude nic rušit.
- Na začátku rozhovoru vždy nemocného oslovit jeho jménem, protože podle jeho reakce se dá zjistit, zda nám věnuje pozornost.
- S nemocným je nutné mluvit pomalu a pečlivě artikulovat.
- Postavit se k nemocnému tak, aby viděl do obličeje (důležitý je výraz tváře). Řeč jde vnímat i ostatními smysly, které nemocný nyní může více zapojit. Je možné se člověka dotýkat, např. položit dlaň na ruku, pokud mu to není nepříjemné. Je vhodné se usmát a dívat se mu do očí, protože tyto gesta mohou nemocnému pomoci cítit se dobře.
- Mluvit v jednoduchých a krátkých větách, které vyjadřují jednu myšlenku. Dělat delší odmlky a dopřát nemocnému dostatek času na to, aby informace pochopil. Pokud je zřejmé, že osoba nerozumí, pomalu vše zopakovat nebo věc formulovat jinak.
- Pokud nemocný trpí pokročilým stádiem demence, je nezbytné mu nejprve před zahájením rozhovoru připomenout, s kým mluví. Na nemocného se přitom dívat a mluvit přirozeným tónem. Ujistit se, že porozuměl.
- Je nutné být velmi pozorný, protože nemocný může mít potíže s vyjadřováním. Vhodné je proto sledovat gesta a výraz, aby došlo ke správnému pochopení obsahu sdělení.
- Je třeba počítat s tím, že se může komunikace časem zhoršovat. Je tedy potřebné chovat se i tak klidně a nerozčilovat se, což by mohlo nemocného rozrušit a měl by ještě větší problém porozumět (Callone, 2008, s. 64 – 65; Regnault, 2011, s. 42).

3.4 Bezpečnost klientů a úprava prostředí

Osoby trpící demencí jsou ohroženy vznikem pádu, protože kromě změn, které souvisí s normálním stárnutím, jsou oslabeny i funkce, které umožňují chodit, sedět, jíst, oblékat se a samostatně používat WC. Zhoršení těchto funkcí způsobuje, že se prostředí pro osobu s demencí stává velmi nebezpečné. Příčinou pádu mohou být i léky působící zmatenost a závratě. Pokud člověk s demencí užívá takové léky a navíc pobývá v prostředí, které není dostatečně bezpečné, pád na sebe nenechá dlouho čekat.

Vhodné zařízení okolního prostředí umožňuje nemocnému být samostatný a zároveň zajišťuje potřebnou bezpečnost. Pohodlné a příjemné prostředí může také pomoci snížit neklid nebo potulování (Callone, 2008, s. 103; Glenner, 2012, s. 78 – 79).

Dále jsou uvedena opatření, která zvyšují bezpečnost nemocného i jeho okolí:

- Je třeba, aby v místě, kde nemocný přebývá, bylo dostatečné osvětlení. To platí hlavně o schodištích, ale i dalších místech. Lepší osvětlení zajistí, že se nemocný snáze vyhne překážkám a nebudou ho znepokojovat méně osvětlená místa.
- Odstranění zbytečných nástrah a bariér jako jsou prahy, prodlužovací šňůry, klouzavé koberce a další předměty v cestě může snížit riziko pádu.
- Pokud je nemocný unavený, může snáze ztratit rovnováhu a upadnout. Proto je vhodný přiměřený odpočinek i během dne.
- Zvýšení bezpečnosti je možné provést instalací madel a neklouzavých rohoží a také ukrytím chemických přípravků, léků a jedovatých rostlin (Glennner, 2012, s. 80; Regnault, 2011, s. 49).

3.5 Používání omezovacích prostředků

Použití omezovacích prostředků je krajním řešením, které by mělo být vždy pečlivě zváženo a zdokumentováno. Teprve v případě, kdy byly vyčerpány všechny méně razantní metody zvládnání stavu neklidu a agrese, je možné použít určitých omezovacích prostředků. Ty jsou aplikovány pouze na nezbytně nutnou dobu a to za zvýšeného dohledu nad nemocným. Použití se zaznamenává do zdravotnické dokumentace (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 104; Lužný, 2012, s. 149).

- ***Mechanické omezovací prostředky*** – Cílem je mechanické zklidnění nemocného. Jedná se o fixaci k lůžku pomocí kurtování, křesla se zvýšenými podnožkami, ze kterých se špatně vstává nebo zamknutí na pokoji.
- ***Farmakologické omezovací prostředky*** – Cílem je farmakologické zklidnění nemocného. Měly by být zvoleny co nejšetrnější preparáty v minimálně možných, ale účinných dávkách (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 126; Lužný, 2012, s. 149).

3.6 Význam nutriční péče u klientů s demencí

Jak uvádí Pidrman (2007, s. 156), péče o výživu u osob s demencí patří mezi základní léčebná opatření. Jednou z podmínek pro zpomalení progresu nemoci je co nejdříve udržení optimálního stavu nutriční. Pokud dojde včas k rozpoznání narušení výživy u nemocného a následně dojde k včasné intervenci, jedná se o nezanedbatelnou prevenci vzniku komplikací, které souvisejí s malnutricí. Demenci provází různé formy narušení nutriční, jejichž důsledkem je zejména hubnutí.

Demence je energeticky velmi náročné onemocnění. Nemocní s rozvinutou demencí hubnou až kachektizují i při zvýšeném příjmu potravy. Proto je nutné zvýšit i počet jídel během dne. Vyvážená strava by měla obsahovat ryby, luštěniny, ořechy, mléčné výrobky, velké množství ovoce a zeleniny, celozrnné pečivo a těstoviny a také 6 až 8 sklenic vody či jiné tekutiny denně. Je tedy potřeba dbát i na dostatečný pitný režim. Tekutiny se musí neustále nabízet, protože nemocní nemají pocit žízně.

Dále jsou uvedeny obecné zásady výživy u osob s demencí:

- Nemocný by měl při jídle sedět rovně a bradu držet co nejnižše, aby se předešlo vdechnutí stravy a tekutin.
- Jídlo by mělo vypadat lákavě, mělo by být chutné, pestré, bezpečné a ne příliš horké.
- Osobě s demencí není vhodné pomáhat při jídle více, než je nutné.
- Pokud člověk neví, co má na talíři, je nutné jí to říct.
- Během jídla by měl nemocný pomalu žvýkat a nabírat menší sousta.
- Pokud nemocný málo jí, je možné mu nabídnout větší snídani, protože osoby s demencí mají ráno větší hlad.
- Nápoje je vhodné podávat v hrnku, protože se s ním dobře manipuluje.
- U nemocných v pokročilém stádiu demence jsou preferována jídla s měkkou a krémovitou konzistencí, u kterých je menší riziko vdechnutí.
- Po skončení jídla je nezbytné zkontrolovat dutinu ústní, aby bylo jisté, že v ní nezůstaly zbytky jídla či tekutin, které by mohly být vdechnuty. Při kontrole úst je možné nalézt i případný defektní stav chrupu, slizniční léze či nevyhovující zubní náhradu. Tyto faktory pak mohou narušit příjem potravy a vést až ke ztrátě chuti k jídlu (Glennner, 2012, s. 91 – 93; Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 115 – 116; Pidrman, 2007, s. 158).

3.7 Rozpoznávání bolesti

Jak uvádí Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009, s. 136), bolest je u osob s demencí příznakem, na který se často nepomýšlí a proto nebývá diagnostikován. Přitom neléčená bolest zásadním způsobem snižuje kvalitu života. Bolest může být přehlédnutým signálem u závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto. U osob s pokročilou demencí může neléčená bolest vést k poruchám chování a následnému nasazení psychofarmak. Rozpoznání bolesti u osoby s pokročilou demencí může být problematické a je proto nutné vnímat non-verbální signály. Ačkoliv nemocný není schopen o své bolesti mluvit, cítí ji a je mu

nepříjemná. Může být neklidný, může volat, naříkat nebo se agresivně projevat. Spíše než o spontánní agresivitu se ale jedná o vystupňovaný odpor proti ošetrovatelským úkonům, které zhoršují bolest. Podle nonverbálních signálů lze obvykle dobře zachytit bolest akutní. Poznání chronické bolesti bývá obtížnější.

Existují škály k hodnocení bolesti, kdy v praxi se nejčastěji používá škála PAINAD, viz příloha (P III), která se používá u osob s pokročilou demencí (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 105 – 106; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 136).

Podle Barker a Board (2012, s. 80) se akutní bolest může projevat:

- Vyjadřováním bolesti – pláč
- Výrazem tváře – bolestivé grimasy
- Změnou v řeči těla – abnormální držení těla
- Změnou chování – odmítání jídla
- Fyziologickými změnami – zvýšení krevního tlaku

3.8 Problémové chování a jeho zvládnutí

Období rozvoje problémového chování bývá kritickým okamžikem v péči o nemocného s demencí. Jedná se o úzkost, nervozitu, neklid, apatii, bloudění, vzácněji se vyskytuje podezřívavost, bludy a halucinace či agresivita. Toto problémové chování může vzniknout jako důsledek nesouladu mezi potřebami nemocného a schopností okolí vyhovět těmto potřebám. Také se může jednat o důsledek nudy nebo naopak únavy či jde o důsledek psychiatrické poruchy.

Úzkost – Příčinou může být strach ze selhání, z očekávaných událostí, ze samoty nebo opuštění. Projevuje se nejčastěji agitovaností, dožadováním se pozornosti, opakovanými dotazy, opakováním určitých slov, křikem nebo mnutím rukou.

Halucinace – Bývají typicky zrakové, méně často sluchové. Halucinace by se neměly nemocnému vyvracet, ale ani ho v nich není vhodné nepodporovat. Řešením je snažit se odvést pozornost na něco jiného.

Bloudění – Může jít o snahu utéct z prostředí, které nemocný nepoznává nebo potřebu najít něco známého. Pokud má nemocný tendence k toulání, je vhodné mu nabídnout dostatek aktivit, které by ho naplnily.

Poruchy spánku – Nemocní hůře usínají, častěji se v noci probouzejí a budí se brzy ráno. Možnou příčinou poruchy spánku může být bolest, nepohodlí, úzkost a další. Důležité je dodržet pravidla spánkové hygieny – vynechat odpoledne a večer kávu, chodit spát pravidelně ve stejný čas, zabránit spání během dne a zařadit dostatek fyzických aktivit.

Agitovanost a agresivita – Agitovanost je stav projevující se neklidem, kdy nemocný nevydrží být na jednom místě, bloudí a odmítá spolupracovat. Agresivita je konání zahrnující uvolňování škodlivých impulzů, které nemusí být nutně cílené, ale současně zjevně není náhodné. Jedná se např. o nadávání, vyhrožování, ničení nábytku. Jednou z příčin agresivity je porucha kognitivních funkcí. Nemocný má sníženou chápavost, paměť a pozornost a nedokáže tedy správně posoudit situaci, což vede k chybám v rozhodování a v konání. Agresivita se může vyskytnout v kterémkoli stádiu demence (Franková, 2009, s. 31; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 75 – 78; Ondriášová, 2015, s. 49 – 50).

Při vzniku problémového chování je nutné provést následující intervence:

- Objektivně zhodnotit chování nemocného, získat co nejvíce informací o okolnostech vzniku konkrétní poruchy.
- Zhodnotit vlastní pocity a reakce na chování, být klidný.
- Hledat příčinu poruchy. Někdy je příčina jednoduchá a dobře srozumitelná a poté snadno řešitelná. Pokud je situace složitější, je nutné zpracovat všechny dostupné informace o chování a podle toho vytvořit plán s intervencemi.
- Snažit se odstranit příčinu problémového chování použitím nefarmakologických postupů nebo léků.
- Zhodnotit efekt léčebného postupu nebo opatření.
- Neexistuje univerzální postup na řešení problémového chování, vždy je nutné přistupovat individuálně (Franková, 2009, s. 47 – 48).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA

Bakalářská práce se zabývá zvláštnostmi péče o klienty s demencí ve specializovaných zařízeních. Průzkum formou polostrukturovaného rozhovoru je zaměřen na všeobecné sestry, které pracují s klienty trpícími demencí. Metodologická část nezahrnuje pouze průzkumnou metodu, ale pojednává také o cílech práce, o charakteristice jednotlivých zařízení a charakteristice respondentů. Dále se zabývá organizací šetření, charakteristikou položek rozhovoru a zpracováním získaných dat.

4.1 Cíle práce

Cíl 1: Srovnat péči o klienty s demencí v oblasti aktivizačních činností ve vybraných specializovaných zařízeních.

Cíl 2: Srovnat péči o klienty s demencí v oblasti výživy ve vybraných specializovaných zařízeních.

Cíl 3: Srovnat péči o klienty s demencí v oblasti bezpečnosti ve vybraných specializovaných zařízeních.

Cíl 4: Srovnat péči o klienty s demencí v oblasti řešení situací ve vybraných specializovaných zařízeních.

Cíl 5: Srovnat péči o klienty s demencí v oblasti osobního komfortu ve vybraných specializovaných zařízeních.

Cíl 6: Srovnat péči o klienty s demencí v oblasti hodnocení péče sestrami ve vybraných specializovaných zařízeních.

4.2 Charakteristika jednotlivých pracovišť

Pro průzkum byla vybrána následující pracoviště:

- *Alzheimercentrum Zlín*
- *Domov pro seniory Burešov, Zlín – Domov se zvláštním režimem*
- *SENIOR C Otrokovice – Domov se zvláštním režimem*

Tato zařízení byla zvolena kvůli velmi podobnému zaměření péče. Jejich cílovou službou je péče o klienty s Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demence. Dalším důvodem je jejich blízkost, protože všechna pracoviště se nachází nedaleko od sebe. Fotografie jednotlivých zařízení viz příloha (P V).

4.2.1 Alzheimercentrum Zlín

Alzheimercentrum Zlín z.ú. (zapsaný ústav) je zařízení, které patří do sítě Alzheimercenter, kterých je v České republice celkem 9. Provoz byl zahájen na začátku roku 2015, takže se jedná a poměrně nové pracoviště, které se zaměřuje na osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí. V současné době je v Alzheimercentru Zlín 83 klientů. Zařízení je vybaveno a zařízeno pro poskytování moderní ošetrovatelské péče. Důraz je kladen na začlenění klientů do běžného způsobu života. Poskytovány jsou hotelové služby, sociální služby, je zde kontaktní místo domácí zdravotní péče, ordinace lékaře, praní prádla pro domácnost, poskytování služeb pro domácnost a osobní hygienu, půjčování rehabilitačních pomůcek, školení a pořádání kurzů, asistenční služby (Naše zařízení, © 2014).

4.2.2 Domov pro seniory Burešov, Zlín – Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem je jednou z poskytovaných služeb Domova pro seniory Burešov, p.o. (příspěvková organizace), který se nachází ve Zlíně. Provoz domova se zvláštním režimem byl zahájen v roce 2011 a nynější kapacita je 136 míst. Cílovou skupinou tohoto pracoviště jsou senioři nad 60 let s diagnózou Alzheimerovy choroby nebo jiným typem demence. Posláním domova se zvláštním režimem je poskytovat klientům potřebnou péči, přiměřený dohled a podporovat je v zachování jejich soběstačnosti. Dále poskytuje činnosti a služby jako ubytování a stravu, pomoc při osobní hygieně a při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a dále pomoc při obstarávání osobních záležitostí (O službě, © 2012 – 2016).

4.2.3 SENIOR C Otrokovice – Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem je jednou ze služeb, které poskytuje SENIOR Otrokovice, p.o., konkrétně se jedná o budovu C, jejíž součástí je i domov pro seniory a další. Domov se zvláštním režimem má kapacitu 24 míst a jeho provoz byl zahájen v roce 2011. Jsou zde nabízeny komplexní služby, které vedou k podpoře aktivního života seniorů a podporují jejich dosavadní schopnosti, čímž je posilována jejich důstojnost a sebevědomí. Znalost životního příběhu uživatele pomáhá lépe se vcítit do potřeb a přání seniora. Poskytovaná péče zahrnuje ubytování, stravování, pomoc při zvládání úkonů péče o vlastní osobu, ošetrovatelskou a zdravotní péči, obstarávání osobních záležitostí a dále každodenní aktivity a jejich plánování (Domov se zvláštním režimem, © 2009).

4.3 Charakteristika respondentů

Soubor respondentů tvořilo 9 registrovaných všeobecných sester, které pracují na daném pracovišti alespoň 6 měsíců. Všechny byly ochotné odpovídat na kladené otázky. 3 sestry byly z Alzheimercentra Zlín a jsou označeny jako A1, A2, A3, 3 sestry byly z Domova se zvláštním režimem Burešov a jsou označeny jako B1, B2, B3 a 3 sestry byly z Domova se zvláštním režimem SENIOR C Otrokovice a jsou označeny jako C1, C2, C3. Pro přehlednost byla vytvořena následující tabulka, která obsahuje název pracoviště a k němu řadí příslušné označení respondentů.

Tabulka 1 – Označení respondentů

Název pracoviště	Alzheimercentrum Zlín	Domov pro seniory Burešov, Zlín – Domov se zvláštním režimem	SENIOR C Otrokovice – Domov se zvláštním režimem
Označení respondentů	A1, A2, A3	B1, B2, B3	C1, C2, C3

Zdroj: vlastní zpracování

4.4 Metoda sběru dat

K získání potřebných informací pro průzkumnou část práce byla použita kvalitativní metoda sběru dat formou nestandardizovaných polostrukturovaných rozhovorů.

Rozhovor je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečností, vztahujících se ke zkoumané společenské realitě. Jde o vzájemnou interakci, která probíhá mezi uvedenými partnery tváří v tvář. Příznačný je jednosměrný tok informací. Tím se liší technika rozhovoru od běžné formy rozhovoru (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008, s. 88).

Osobní kontakt usnadňuje lepší proniknutí do postojů a motivů respondenta. Rozhovor má mít jasný cíl, standardní podmínky a má být odborně interpretován. Může probíhat jako individuální nebo skupinový, zjevný či tajný. V kvalitativním výzkumu je používán rozhovor polostrukturovaný nebo nestrukturovaný. Strukturovaný rozhovor patří do výzkumu kvantitativního (Plevová a kol., 2011, s. 228).

Polostrukturovaný (semistrukturovaný) rozhovor je charakteristický předem vytvořeným schématem, které je pro tazatele závazné. Jedná se o okruhy otázek či témat, které musí být probrány. Otázky je povoleno klást i v různém pořadí. Důležité je případné upřesnění odpovědi, aby bylo jasné, jak respondent svou odpověď myslí. Je možné klást doplňující otázky, které pomohou rozpracovat téma do hloubky. Výhodou tohoto typu rozhovoru je jeho kreativita (Kutnohorská, 2009, s. 40).

4.5 Organizace šetření

Organizačnímu šetření předcházelo sestavení otázek pro polostrukturovaný rozhovor. Otázky byly předloženy ke kontrole vedoucí bakalářské práce. Po odstranění nesrovnalostí došlo k vytvoření finální verze otázek. Průzkumné šetření bylo realizováno v březnu 2016 po dohodě s vedoucími pracovníky daných zařízení. Rozhovory se konaly po předchozí domluvě na vybraných pracovištích. Zúčastnilo se celkem 9 všeobecných sester. Každý rozhovor se konal individuálně, byl přítomen tazatel a respondent a trval asi 15 minut.

4.6 Charakteristika položek rozhovoru

Rozhovor obsahoval 7 zkoumaných oblastí a zahrnoval 21 otázek, kdy každé oblasti náležely 2 až 4 otázky. První oblast obsahovala 2 otázky, které se zabývaly identifikačnímu údaji respondentů (věk, délka praxe, dosažené vzdělání atd.). Další 6 oblastí, které korespondují s cíli práce, byly zaměřeny na aktivizační metody, výživu, bezpečnost, řešení situací, osobní komfort a hodnocení péče sestrami. K těmto oblastem vždy náležely 3 až 4 otázky. Otázky k rozhovoru jsou uvedeny v příloze (viz P I).

4.7 Zpracování dat

Rozhovory byly nahrány pomocí aplikace na mobilní telefon, poté přepsány a uchovány v digitální podobě. Získaná data byla zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Word. Odpovědi byly mírně zestručněny kvůli velkému rozsahu a také byly drobně stylisticky upraveny. Původní obsah však zůstal zachován. Výsledky průzkumu jsou rozděleny podle jednotlivých oblastí a jsou součástí diskuze. Pro přehlednost jsou dále uváděny následující zkrácené názvy pracovišť:

- Alzheimercentrum Zlín – „*Alzheimercentrum*“
- Domov pro seniory Burešov, Zlín – Domov se zvláštním režimem – „*Burešov*“
- SENIOR C Otrokovice – Domov se zvláštním režimem – „*Senior C*“

5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ – ROZHOVORY SE SESTRAMI

5.1 Identifikační údaje respondentů

Otázka č. 1: *Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, jste registrová všeobecná sestra?*

Otázka č. 2: *Kolik je Vám let, jak dlouho zde pracujete a jaká je celková délka Vaší praxe?*

Tabulka 2 – Identifikační údaje

Respondent	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Praxe	Počet let na nynějším pracovišti
A1	46 let	středoškolské	27 let	6 měsíců
A2	39 let	středoškolské	20 let	1 rok a 3 měsíce
A3	35 let	magisterské	10 let	1 rok
B1	51 let	středoškolské + pomaturitní studium	32 let	26 let
B2	40 let	středoškolské + pomaturitní studium	19 let	12 let
B3	43 let	středoškolské	14 let	4 roky
C1	47 let	středoškolské	28 let	8 let
C2	53 let	středoškolské + pomaturitní studium	34 let	8 let
C3	45 let	středoškolské	25 let	6 let

Zdroj: vlastní zpracování

➤ Komentář k otázkám č. 1 a č. 2

Celkem se průzkumu zúčastnilo 9 všeobecných sester ve věku od 35 do 53 let. Průměrný věk je 44 let. 8 sester má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, z toho ještě 3 mají navíc dokončené pomaturitní studium. 1 sestra má ukončené vysokoškolské vzdělání s titulem magistr. Všechny sestry jsou registrované. Celková délka praxe ve zdravotnictví je

od 10 do 34 let. Průměrná délka praxe je 23 let. Na daném pracovišti jsou respondentky od 1 do 26 let. Průměrně pracují na daném pracovišti 7 let.

Nejdelší praxi v oboru mají sestry ze Senioru C, průměrně 29 let. Následují sestry z Burešova, jejichž délka praxe je 21,6 let. Nejméně let praxe, tedy 19 let, mají sestry z Alzheimercentra, což je dáno hlavně jejich nejnižším průměrným věkem.

V daném zařízení pracují nejdéle sestry z Burešova, které jsou ve svém zaměstnání průměrně 14 let. Následují sestry ze Senioru C, které jsou zde 7 let. Alzheimercentrum bylo otevřeno teprve na začátku roku 2015, takže sestry, které se průzkumu zúčastnily, zde pracují průměrně pouze 11 měsíců.

5.2 Aktivizační činnosti

Otázka č. 3: *Jaké aktivizační metody používáte na Vašem pracovišti?*

A1: Používáme zde různé terapie, například canisterapii, reminiscenční terapii, a dále také cvičení paměti. Máme u nás ergoterapeutky, které s klienty pravidelně během dopoledne provádějí různé aktivity. V odpoledních hodinách aktivizaci zajišťují pracovníci v sociálních službách.

A2: Používáme bazální stimulaci, chodí k nám pravidelně pejsci na canisterapii. Hodně využíváme reminiscenci – tam probíráme buď nějaká všeobecná témata, například jaké byly dřív zimní sporty, nebo konkrétně probíráme nějaká alba s fotografiemi klientů. Klienti se aktivizují každý týden tím, že ženy chodí vařit nebo péct. Dneska například pekly velikonočního beránka. Muži zase často chodí hrát kostky nebo jiné hry, jindy si povídají o sportu. Máme tady hodně dnů, kdy se něco vyrábí, teď třeba tematicky na Velikonoce. Aktivizace jsou i pohybové, například protahování těla. Máme tu i filmové kluby, kde se pouští staré filmy. Ženy zase mívají dámský klub, což zahrnuje aromaterapii, masáže, bublinkovou koupel nohou, lakování nehtů a jiné. Individuálně tu máme klienty, kteří třeba háčkují nebo pletou. Klientům i čteme, někdy příběhy a jindy i pohádky či říkanky.

A3: Používáme kognitivní cvičení, dále s klienty také čteme a zpíváme. Je toho strašně moc, co se s klienty dělá.

B1: Dělal se skupinové nebo individuální aktivizace. Dříve jsme tady měli instruktorky, které tu teď nejsou, ale i tak tu máme různé typy aktivizace. Je to i podle období, například

se slaví MDŽ, k tomu se pořádají různé akce. Také hrajeme různé hry například pexeso nebo chodíme do zahrady. Klienti i pečou, třeba perníky teď k Velikonocům. Aktivizaci klientů organizují pečovatelky.

B2: Máme tady na to pracovníky, buď se jedná o instruktorky, nebo jsou to pečovatelky, které jsou na ranní směně. S klienty se chodí ven, když je teplo nebo jsou klienti navezeni do klubovny a tam zpívají. Také vyrábí různé výrobky, pečou. Máme zde i různé společenské akce jako jsou Mikuláš, fašank a podobně.

B3: Je to individuální podle schopností klientů a podle toho, co zvládnou, co sami chtějí, co je zajímavé. Pro klienty jsou vhodné všechny aktivity, které jim udělají radost, a také ty, u kterých chvíli vydrží. Každého baví něco jiného. Máme tady pracovnice, které se aktivizaci přímo věnují. Máme tu například cvičení paměti, čtení, povídání nebo canisterapii.

C1: Snažíme se používat aktivizační činnosti, které podporují udržení soběstačnosti. Využíváme prvky bazální stimulace. Mezi další činnosti patří sportovní aktivity, trénování paměti, canisterapie 1x za 14 dní a felinoterapie.

C2: Je to různorodé, jedná se o aktivity jako pečení, cvičí si zapínání knoflíků, hrají různé hry jako pexeso a další. Máme tady i videokavárnu, kde si promítáme fotky z různých akcí nebo si pouštíme filmy se zaměřením na nějakého herce nebo zpěváka z mládí klientů. Také úzce spolupracujeme s rodinami, zavedli jsme autobiografii klientů, kdy se sepisují informace z jejich života a s tím tady potom pracujeme. Novým trendem je u nás také zařizování společenských prostor staršími nábytkovými prvky a porcelánem, tak jak to klienti kdysi mívali doma.

C3: Hodně se u nás používá bazální stimulace nebo validační techniky. Také pracujeme podle prvků biografie – to znamená, že se snažíme získat životní příběh klienta, například od rodiny. Lépe se pak navazuje s klientem kontakt, zjistíme, co klienty bavilo a tím se klienti i dobře aktivizují.

➤ **Komentář k otázce č. 3**

Alzheimercentrum využívá k aktivizaci ergoterapeuty, kteří se klientům během dopoledne věnují. Odpoledne mají aktivizaci na starost pracovníci v sociálních službách. Z aktivit, které jsou zde nabízeny, lze zmínit reminiscenci, canisterapii, vaření, pečení, pohybové

aktivity, dechová cvičení, háčkování, pletení, čtení a zpívání. Využívají zde i bazální stimulaci.

Na Burešově mají instruktorky, které vedou aktivizaci klientů. Dále klienty aktivizují i pečovatelky na ranní směně. Aktivizace se zde dělí na individuální a skupinovou. Nabízenými aktivitami jsou např. různé hry, pečení, zpívání, vycházky na zahradu, canisterapie, čtení a cvičení paměti.

Senior C se snaží využívat aktivizační činnosti, které podporují soběstačnost klientů. Jedná se o aktivity jako pečení, nácvik zapínání knoflíků, trénování paměti, hraní her a pet-terapie. Využívají i prvky bazální stimulace. Novým trendem je zde zařizování společenských prostor starším nábytkem z dob mládí klientů. Pracují zde podle prvků biografie, kdy od rodiny klienta získávají jeho životní příběh a zjišťují, co ho během života bavilo. Podle toho pak volí aktivizační metody.

Otázka č. 4: *Jakým způsobem vedete klienty k soběstačnosti v běžných denních činnostech?*

A1: U některých klientů je nutná slovní asistence, u některých je potřebná i fyzická pomoc, je to podle jejich stavu.

A2: Vše co klient může zvládnout sám, tak za něj neděláme, je to tedy podle stavu klienta. Může být potřeba dohled nebo slovní pomoc, třeba aby klient došel k umyvadlu. Když vidím, že ví, co s pastou nebo s kartáčkem, tak klienta nechám, když ne, tak mu řeknu, aby si vyčistil zuby. Klientům necháváme i vybrat oblečení, můžou si třeba jen ukázat, co si chtějí obléknout, aby měli takový pocit toho výběru, co se jim líbí. Někdy jim dávám čichnout i k vůni, ať si vyberou. To vše platí i u jídla, i když jim to trvá třeba déle, ať se radši najedí sami.

A3: Snažíme se je podporovat v tom, že když jsou schopni chůze, tak ať si přejdou sami, ať si vyčistí zuby, s tím, že jsme u nich, aby ta toaleta byla vykonaná tak, jak se patří, tedy zodpovědně.

B1: Vždy jsme s klienty na pokoji, zavedeme je do koupelny a tam jsme s nimi, navigujeme je, jak si mají umýt ruce a jak mají provést další základní činnosti.

B2: Při hygieně dáváme klientům lavór se žínkou, aby se poumývali. Co se týče stolování, tak některé klienty odvážíme do kluboven nebo jídelen. Pokud jsou klienti méně schopní,

tak jim doneseme talíř s jídlem. Jsou dny, kdy klient jí sám, jindy ho podle potřeby dokrmíme. Plně se krmí jen ti klienti, kteří jsou zcela nesoběstační.

B3: Klienti potřebují volný prostor a čas k tomu, aby zvládli danou věc, protože jim vše déle trvá. Případně je nutné vést je slovem. Pokud jsou klienti schopní posadit se a obléct, tedy nějakou sebek péči zvládnou, tak je vhodné jim třeba skládat oblečení podle určitého schématu, nejdříve dát na kopeček to, co si oblečou nejdříve a na spodek to, co si oblečou naposledy. Vše se odvíjí od toho, co jsou klienti schopní zvládnout. Pokud zvládají sebepečující úkony, tím lepší je to pro ně samé.

C1: Klientům necháváme volný prostor, aby se ráno, když vstanou, dokázali sami umýt, vyčistit si zuby (nebo zubní protézu), zapnout si knoflíky, obléknout se. Také se snažíme, aby se sami dokázali najíst, napít, udržet hrnek. Pokud už klient není soběstačný, pomůžeme mu s jídlem, protože už třeba neví, co s jídlem má dělat.

C2: Velmi důležitá je spolupráce s rodinou, protože nám řeknou, co klient v domácím prostředí zvládal a co ne. Pokud je schopný používat ruce, tak se snažíme, aby sám provedl osobní hygienu, namazal si chleba ke snídani a zvládl další základní činnosti. Pokud je to aspoň trochu možné, dáváme klienty na toaletu. Když demence pokročí a dochází k úniku moči, používáme různé inkontinenční pomůcky.

C3: Nejvíce záleží na stupni demence. Pokud se jedná o lehký stupeň, snažíme se klienty zapojovat do činností tak, aby vše zvládli sami, maximálně jim dopomůžeme či je slovně doprovázíme, když jsou trošku ztraceni a neví postup. U těžké demence vše přejímáme my. I tak se snažíme dát aspoň kartáček do ruky při hygieně dutiny ústní a vedeme ruku klienta. Nebo dáme štětičku do ruky a oni už po čase vědí, co se po nich chce.

➤ **Komentář k otázce č. 4**

V Alzheimercentru se snaží za klienta nedělat to, co ještě může zvládnout sám. Jednají podle jeho stavu. U některých klientů je třeba dohled, u jiných slovní či fyzická pomoc.

Na Burešově se snaží dát klientům dostatek času a prostoru k tomu, aby danou věc vykonali. Dopomoc se odvíjí od toho, co jsou klienti schopní zvládnout sami.

Senior C využívá spolupráci s rodinou, které se ptá, co daný klient zvládal v domácím prostředí vykonat sám a co již ne. Snaží se nechávat dostatek volného prostoru na ranní hygienu a oblékání. U klientů s mírnou demencí dopomáhají hlavně slovně.

Otázka č. 5: Jaké akce pro klienty pravidelně pořádáte?

A1: Pravidelně u nás máme vystoupení harmonikářů, chodí zde děti ze školky s různými pásmy. Dále se jedná o tematické akce spojené s ročním obdobím, například mikulášská nadílka nebo oslavy Velikonoc.

A2: Opakovaně tady hrajeme šipky, dále tady dochází pán s harmonikou a téměř každý měsíc tady máme nějaké hudební vystoupení. Pravidelně slavíme také všechny svátky. Teď už se nějakou dobu připravuje velikonoční výzdoba, klienti si pletli pomlázky. Kolem každého svátku se provádí mnoho aktivit.

A3: Pravidelně tady máme canisterapii, často se pořádají svaté mše. Záleží to i na ročním období, když jsou Vánoce, tak jsou tady různé vánoční aktivity, o Velikonocích zase velikonoční akce. Chodí k nám často také kosmetička a kadeřnice.

B1: Pravidelně tu máme mše, a také jsou tu akce spojené s určitým obdobím – například Vánoce, fašank.

B2: Z pravidelných akcí je to například fašank, květinový ples nebo kateřinská zábava.

B3: Bývá tady pétanque pro klienty, kteří ještě zvládnou hodit koulí. Také tady bývají zábavy v návaznosti na určité slavnosti, například májové.

C1: Aktivizace klientů probíhá denně. Jinak přes léto je to grilování nebo vyjíždky do okolí. Vystupují u nás různé pěvecké soubory, mateřská škola a další. Klienti tady mají hodně vyžití.

C2: Máme u nás 2 klíčové akce. Jedná se o grilování, které bývá tady na zahradě. Snažíme se vždy pozvat i rodinné příslušníky klientů. Máme tu i doprovodný program. Druhou pravidelnou akcí jsou plesy s tombolou a se vším, co k tomu patří. Do této akce se snažíme zapojit všechny uživatele, pokud nemají nějaký akutní zdravotní problém. Máme tu i další akce, ale je toho strašně moc.

C3: Tady je pořád něco. Chodí k nám děti ze školky, byl tady hasičský bál, který byl velmi úspěšný, a lidem se to velmi líbilo. Pravidelnou akcí je také trénování paměti, tělocvik, či různé akce vztahující se k ročnímu období, které zahrnují např. tvoření výzdoby.

➤ **Komentář k otázce č. 5**

V Alzheimercentru i na Burešově pořádají pro klienty tematické akce spojené s ročním obdobím, dále hudební vystoupení a také zde pravidelně bývají mše. V Alzheimercentru hrají šipky a na Burešově pétanque.

Senior C má během roku 2 klíčové akce. V létě je to grilování na zahradě, na které zvou i rodiny klientů. Druhou velkou akcí je ples, kam se snaží zapojit všechny klienty. Dále pořádají i akce spojené s ročním obdobím a vyjíždějí do okolí.

5.3 Výživa klientů

Otázka č. 6: *Stolují Vaši klienti společně v jídelně nebo samostatně v pokojích?*

A1: Klienti stolují v jídelnách, ale když to vyžaduje zdravotní stav, tak zůstávají na pokojích.

A2: Snažíme se, aby všichni jedli v jídelně nebo v malých jídelnách. Nemáme jednu centrální jídelnu, ale více menších jídelen a ještě se snažíme klienty rozdělit tak, aby si spolu povykládali, takže ti šikovnější jedí spolu. Když je někdo nemocný, tak je na pokoji.

A3: Klienti stolují společně v jídelně, na pokoji zůstávají pouze při zhoršení stavu.

B1: U nás je to takové nakumulované, že někteří klienti chodí do velké jídelny, část chodí na klubovny a ti co nedojdou tak jedí na pokoji.

B2: Máme tu dvě jídelny, kde některé klienty navážíme na oběd, aby byly jídelny plné. Pokud člověk někdy odmítne, že nechce nebo je mu třeba špatně, tak ho necháme na pokoji. Nikoho nenutíme.

B3: Stolují jak v jídelně, tak i na pokojích. Je to podle jejich stavu.

C1: Stolují v jídelně, pokud to jejich zdravotní stav dovolí. Pokud se uživatel zhorší, tak zůstává na pokoji a je krmen v lůžku. Asi 2 až 3 klienti jsou v lůžku trvale, ale to je kvůli jejich zdravotnímu stavu.

C2: Ráno se pacienti vysazují na vozíky a dopoledne a následně i oběd tráví ve společenské místnosti. Poté mají odpolední odpočinek a odpoledne se vysazují podle toho, jak se cítí.

C3: Pokud klienti nemají nějaké akutní onemocnění, tak stolují společně v jídelně. V lůžku zůstávají klienti v těžkém či terminální stavu, pro které je přesazování na vozík velmi bolestivé. Jinak se snažíme, aby byli klienti u stolu.

➤ **Komentář k otázce č. 6**

Alzheimercentrum má několik menších jídelen, kde stolují všichni klienti. Na pokoji klienti zůstávají pouze při zhoršení zdravotního stavu.

Burešov má dvě jídelny, kam někteří klienti chodí na oběd. Ti, kteří do jídelny nedojdou nebo tam odmítnout jít, zůstávají na pokoji.

Na Senioru C se snaží, aby klienti stolovali společně v jídelně. Pokud mají nějaké akutní onemocnění, nebo jsou v těžkém či terminálním stavu, zůstávají v lůžku.

Otázka č. 7: *Jak upravujete stravu klientům, kteří mají poruchu polykání?*

A1: Někdy stačí, když místo příboru dáme klientovi lžičku. Dále je možné upravit maso, například mleté. Máme tu i klienty, kteří jsou vyživováni sondou.

A2: U klientů s poruchami polykání je strava mletá. Ale musíme to mít na talíři z kuchyně tak, že je to rozdělené. Ráno teda bývá kaše, ale ostatní chody jsou hromádky vedle sebe, ale nejsou smíchané, aby to mělo ten hezký vizuální efekt pro klienta.

A3: Poruchu polykání řešíme přes nutriční ambulanci, kde nám pak doporučí Nutrisony, Cubitany nebo různé pudinky. Strava může být mletá.

B1: Začínáme s krájeným masem, potom eventuelně mleté maso a pak kašovitá strava. Vždy jsou namixované brambory zvlášť a maso se šťávou zvlášť, teprve pak to dáme na talíř, aby to nebylo všechno dohromady smíchané. Máme tady i klienty se sondou.

B2: Je možnost mleté stravy nebo případně kašovité stravy, která je úplně rozmixovaná. Pokud zaznamenáme úbytek na váze klienta, tak to řešíme s nutriční terapeutkou. Máme tu i klienty se sondou, kteří mají speciální stravu.

B3: Jídlo se buď dává celé, nebo nakrájené, mleté, mixované. Klienti, kteří mají opravdu velký problém s polykáním, dostávají i zahuštěné tekutiny, aby je nedráždily a oni byli schopní to polknout.

C1: Pokud jsou klienti schopní se najíst příborem, tak mají celou stravu. Dále může být strava krájená. Dle potřeby také umožníme jíst lžící z hlubokého talíře, pokud na to byli zvyklí z domova. Pokud má klient problém s chrupem či protézou nebo se zhorší jeho stav, tak je maso mleté a příloha krájená. Při dalším zhoršení zdravotního stavu je strava mixovaná. Víme, že to není zcela plnohodnotná strava, ale při poruchách polykání je třeba, aby aspoň něco snědl.

C2: Je to na domluvě. Když k nám přichází nový klient, tak se ptáme rodinných příslušníků, jak jedl doma, jestli měl například maso nakrájené nebo se to muselo pomlet. Podle toho to u nás zavedeme, ale můžeme to pak i měnit dle potřeby.

C3: Vždy vyzkoušíme, co nový klient zvládne. Pokud se jeho stav zhoršuje, upravujeme podle toho i stravu, v případě polykacích obtíží podáváme mixovanou stravu. Když se stav třeba opětlepší, může zase přejít na krájenou. Snažíme se, aby měli klienti co nejdéle stravu krájenou.

➤ **Komentář k otázce č. 7**

V Alzheimercentru dávají klientům s poruchou polykání stravu mletou, kdy na talíři není mletá strava smíchaná, ale rozdělená na hromádky, aby jídlo vypadalo vizuálně dobře. Také se zde radí s nutriční ambulancí, která pak pro daného klienta doporučí případné výživové doplňky.

Na Burešově nejdříve maso krájí, pak melou a při dalších obtížích podávají stravu kašovitou. Vždy dávají zvlášť namixovanou přílohu a zvlášť maso se šťávou, aby jídlo vypadalo na talíři dobře a nebylo vše smíchané dohromady. Klienti, kteří mají velký problém s polykáním, dostávají i zahuštěné tekutiny. Díky pravidelnému vážení je zaznamenán případný úbytek na váze, který se řeší s nutriční terapeutkou.

Na Senioru C dávají nejprve stravu krájenou, poté mletou a při dalším zhoršení stavu je strava mixovaná. Jejich snahou je, aby klienti měli co nejdéle jídlo krájené.

Otázka č. 8: *Vedete záznamy o příjmu potravy a pití u každého klienta a případně jakým způsobem tyto informace zaznamenáváte?*

A1: Vedeme záznamy u všech klientů. Nevedeme záznamy pouze u těch, kteří jsou chodící a opouštějí zařízení. U klientů, kteří mají nějaké problémy, máme ještě pitné listy v jejich dosahu, nejčastěji na pokoji.

A2: Záznamy vedeme u všech klientů. Máme zavedená kolečka neboli koláče, a ten kdo krmí, tak zaškrtně, jestli daný klient snědl čtvrt, půl, tři čtvrtě nebo celé jídlo. Pokud někdo z klientů moc nejí, tak se to hlásí sestře. Jídlo pak klientovi nabídneme později, nebo mu dáme něco vlastního, protože často mají klienti vlastní zásoby, případně mu nabídneme jogurt. Pokud to nejde jinak, podáváme nutriční doplňky, například nutridrinky. Všechno to zaznamenáváme, a když máme podezření, že někdo i málo pije, tak si u něj individuálně ještě vedeme příjem tekutin.

A3: Vedeme záznamy u téměř všech klientů.

B1: Vedeme to spíše u lidí, kteří nejsou schopni se sami napít. Jídlo zaznamenáváme u těch, u kterých je váhový úbytek nebo mají nějakou poruchu polykání. Vedeme tedy záznam, jestli klient snědl čtvrt, půl, tři čtvrtě nebo celé jídlo. Jednou za měsíc se to vyhodnocuje, klienty vážíme a eventuelně to řešíme s naší nutriční terapeutkou.

B2: Úplně u každého to nevedeme. Kontrolujeme buď jen tekutiny, nebo tekutiny a stravu. Tekutiny sledujeme u těch, kteří jsou na rozpisu. Pokud klient špatně jí nebo má úbytek na váze, tak sledujeme i příjem stravy. Noční směna pak všechno sečte za daný den a zapíše. Jednou za měsíc se provádí vyhodnocení, kdy každý pracovník má určené své klienty.

B3: Ne u každého, ale jen u těch klientů, u kterých je to nutné. U nich vedeme bilance tekutin a stravy, které se každý měsíc vyhodnocují do nutriční zprávy. Klienti, kteří se sami napijí i najedí a hlídají si to podle svých potřeb, tak u nich to není potřeba.

C1: Záznamy nevedeme u všech klientů, ale pouze u těch, kteří se zhorší – u těch vedeme jak bilanci tekutin, tak bilanci stravy.

C2: Nevedeme záznamy u každého klienta, pouze u těch, u kterých je to potřebné. Klienti jsou během dne ve společenské místnosti, takže jsou stále na očích a konkrétně bývají vyžváni, aby se napili. Nestává se, že by bilance tekutin nebyla dostatečná. Příjem stravy a bilanci tekutin sledujeme, pouze když víme o reálném problému. Máme u nás také nutriční terapeutku, která také klienty sleduje. Každé dva měsíce se klienti váží a podle toho se dá zhodnotit, jestli člověk na váze ubývá nebo přibývá.

C3: Záznamy vedeme u nově příchozích klientů první tři dny. Pokud vidíme, že mu chutná a je v pořádku, tak už záznamy nevedeme. Klienty každé dva měsíce vážíme, a pokud zjistíme, že je úbytek na váze, tak konkrétního klienta hlídáme.

➤ Komentář k otázce č. 8

Alzheimercentrum vede záznamy u všech klientů, kromě těch, kteří jsou chodící a opouštějí zařízení. Mají zde speciální záznamové archy, kde jsou vyznačeny kolečka. Do těchto koleček se vyplňuje, jestli klient snědl čtvrt, půl, tři čtvrtě nebo celé jídlo. Pokud klient jí málo, nabízí mu jídlo později, případně podávají nutriční doplňky. U některých klientů jsou zavedeny i pitné listy umístěné v jejich dosahu, nejčastěji na pokoji.

Na Burešově záznamy nevedou u všech klientů, ale jen u těch, kteří mají poruchu polykání nebo mají výrazný úbytek na váze. Jedná se o záznam, kam se zapisuje, jestli klient snědl čtvrt, půl, tři čtvrtě nebo celé jídlo. Tyto záznamy se vyhodnocují jedenkrát za měsíc do nutriční zprávy. Klienti se i váží a případný úbytek na váze se řeší s nutriční terapeutkou. Bilance tekutin se vede u klientů dle rozpisu.

Senior C vede záznamy u nových klientů první tři dny, a pokud je vše bez problému, tak už dále nepokračuje. Záznamy se tedy nevedou u všech klientů, ale jen u nových nebo u těch, kteří se zhorší. Pokud dojde ke zhoršení stavu, vede se bilance stravy i tekutin. Klienti se váží každé dva měsíce. V zařízení je nutriční terapeutka, která klienty také sleduje.

5.4 Bezpečnost klientů

Otázka č. 9: Jak je Vaše zařízení zabezpečeno proti odchodu klientů?

A1: Pro vstup do budovy je nutné zadat kód, který se každý měsíc mění. Na schodištích jsou branky, abychom zamezili pádu klientů. Ti, kteří jsou šikovní, si branku otevrou a sejdou po schodech.

A2: Máme elektronické zabezpečení na kód, který znají zaměstnanci a někteří rodinní příslušníci klientů, kteří chodí pravidelně na návštěvy a jinak si musí každý příchozí zazvonit. Klienti kód neznají. Dále máme zajištěny okna i balkóny proti otevření.

A3: Dveře do budovy jsou uzavřené, otevrou se po zadání kódu.

B1: Máme dveře a výtah na kód. Schopnější klienti si ještě umí kód vyťukat a odejít třeba do jídelny. Také máme vrátnici, kde můžeme upozornit, že nám třeba někdo v nestřeženém okamžiku odjel výtahem.

B2: Máme uzavřené oddělení, na kód jsou dveře i výtah. Ze začátku, když se to tady zavedlo, jsme měli docela problém, protože tady chodily návštěvy, a když pak odcházely, tak

některý klient, který byl u výtahu, tam vešel a odjel. Takže u výtahu máme teď ceduli, kde je upozornění pro návštěvy, aby nebraly uživatele bez doprovodu.

B3: Na dveřích je zařízení na otisk prstu. Výtah je na kód.

C1: Na dveřích je místo kliky koule, takže naši klienti už většinou nejsou schopní tyto dveře otevřít. My sami máme občas problém dveře otevřít, abychom si neskřípli prsty. Zatím se nám nestalo, že by někdo odešel.

C2: Máme tady vrátnici, takže můžeme nahlásit, aby dali pozor na konkrétního klienta, protože odchází. On musí kolem vrátnice projít, takže je jasné, že když tam permanentně někdo sedí, tak ho uvidí, že odchází. Navíc klienti jsou spolu v jídelně, takže máme přehled o tom, kdo tam je nebo kdo odešel, protože každý má své místo. Oddělení nemáme uzavřené, ale zabezpečené, to znamená, že dveře mají kliku s koulí, a ta se neotvírá normálně doprava, ale doleva. Když je klient schopný uvažovat, tak si to otevře.

C3: Zabezpečení vyloženě nemáme. Klienti jsou neustále aktivizovaní, takže ani nemají tendenci odcházet. Máme pouze bezpečnostní kliku, která se hůře otáčí. Někteří klienti jsou ale tak šikovní, že kdyby chtěli, tak to zvládnou otevřít. Pokud vidíme, že někdo má tendenci odcházet, tak pečovatelka jde s klientem ven, projdou se a to ho zklidní.

➤ **Komentář k otázce č. 9**

Alzheimercentrum má uzavřené dveře do budovy, pro vstup je nutné zadat kód, který se každý měsíc mění. Kód znají jen zaměstnanci a někteří rodinní příslušníci uživatelů, kteří chodí pravidelně na návštěvy. Ostatní musí při příchodu zazvonit. Na schodištích jsou umístěny branky k zamezení pádu klientů. Dále jsou také zajištěny okna i balkóny proti úplnému otevření.

Burešov má uzavřená oddělení, kdy výtah je na kód a dveře jsou na kód a zároveň i na otisk prstu. Klienti, kteří jsou schopnější, zadají na výtahu kód a mohou sami odejít do jídelny.

Senior C má na dveřích kliku s koulí, která se otáčí doleva, tedy neobvykle, čímž je oddělení zabezpečeno. Schopnější klienti si dveře mohou otevřít. Také je zde vrátnice, kde je možné nahlásit konkrétního klienta, který odchází.

Otázka č. 10: *Myslíte si, že je na počet klientů dostatečný počet personálu?*

A1: Nemyslím si, že je na počet klientů dostatečný počet personálu.

A2: Myslím si, že už skoro ano. Tady není ani problém ze strany zaměstnavatele, ale spíše je problém sehnat ty zaměstnance. Pokud vím, tak je nějaká snaha mít jednoho pečovatele na osm klientů. Zatím ale nejsou ti zaměstnanci.

A3: Myslím si, že by bylo třeba ještě více. Jenže je smůla, že lidé nechtějí pracovat v tomto oboru.

B1: Myslím si, že ne a že by bylo potřeba víc. Kdyby bylo více personálu, mohlo by se s klienty více individuálně pracovat.

B2: Myslím si, že ne. Hlavně je problém, když někdo onemocní nebo má dovolenou. Momentálně máme nedostatek personálu, což je vidět.

B3: Uvítali bychom více personálu.

C1: Podle tabulek ano, ale myslím si, že by mohlo být i víc. Bohužel, to neovlivníme, je to dané.

C2: Myslím si, že je to v normě. Nemůžeme si stěžovat, samozřejmě někdy by bylo lepší, kdyby bylo u klientů více personálu, ale jak je to teď zavedené, tak to ještě jde.

C3: Byla jsem se podívat ve Vídni v domově pro seniory, a když to srovnám, tak tady máme málo personálu.

➤ **Komentář k otázce č. 10**

V Alzheimercentru si sestry myslí, že na počet klientů by bylo třeba ještě více personálu. Zároveň také uvádí, že není problém ze strany zaměstnavatele, ale spíše je obtížné sehnat samotné zaměstnance, kteří by chtěli pracovat v tomto oboru.

Na Burešově si sestry myslí, že na počet klientů není dostatečný počet personálu a že by jich bylo třeba více, aby se mohlo s klienty více individuálně pracovat. V současné době se zde potýkají s nedostatkem personálu, což je podle sester vidět.

Sestry na Senioru C mají následující názory. Sestra C1 uvádí, že by personálu mohlo být i více a mrzí ji, že to nejde ovlivnit, protože je to dané. Sestra C2 si myslí, že situace je

v normě a jak to mají momentálně zavedené, tak to ještě jde. Také ale zmiňuje, že někdy by bylo lepší, kdyby bylo personálu více. Sestra C3 si myslí, že je personálu málo.

Otázka č. 11: *Používáte omezující prostředky, a pokud ano, o jaké se jedná? Poznámka: Postranice postele nejsou považovány za omezující prostředek.*

A1: Omezující prostředky nepoužíváme. Klienta se snažíme uklidnit jiným způsobem.

A2: Ne, nepoužíváme omezující prostředky. Nevím, jestli do toho patří branky na schodištích, ale to je spíše bezpečnostní opatření.

A3: Ne, nepoužíváme. Také postranice používáme jen tehdy, pokud je klient nepřeleze, protože jinak by si ještě mohl ublížit.

B1: Žádné omezující prostředky nepoužíváme.

B2: Tady nic nepoužíváme. Léky dáváme pouze podle ordinace lékaře, nic navíc. Pokud tady máme klienty, kteří jsou neklidní, tak ihned informuje lékaře.

B3: Restriktivní opatření tady nepoužíváme.

C1: Nepoužíváme žádné omezující prostředky. Pouze se u nás používají bezpečnostní pásy na vozíku. Pásy se používají, aby klienti z vozíku nesjeli, když jsou třeba neklidní. Myslím si, že toto nemůže být bráno jako omezující prostředek, protože jde o součást vozíku.

C2: Jediné, co používáme, ale to je povolené, tak jsou pásy u invalidního vozíku. Je to kvůli tomu, aby klienti nevstávali, protože pak hrozí pád, který by byl mnohem horší. Navíc klienti v tom nesedí celý den, pouze v dopoledních hodinách. Oni si pak chodí odpoledne lehnout a odpočinout.

C3: Nepoužíváme žádné omezující prostředky.

➤ **Komentář k otázce č. 11**

V Alzheimercentru ani na Burešově žádné omezující prostředky nepoužívají.

Na Senioru C používají pouze bezpečnostní pásy u vozíku. Pásy jsou součástí vozíku. Používají se zde kvůli tomu, aby klienti nevstávali a tedy i nespádli. Sestra C2 uvádí, že klienti bývají ve vozíku jen dopoledne, takže nemají pásy celý den.

5.5 Řešení situací

Otázka č. 12: *Jak řešíte situaci, kdy klient odmítá užít léky?*

A1: Většinou lék rozdrtíme, ale mnohdy se stane, že třeba za půl hodiny je situace jiná a klient lék přijme.

A2: Snažíme se ten lék podat opakovaně. Pokud vidíme, že ho klient plive nebo odmítá, tak jej podrtíme. To se ale musí nejdříve zkontrolovat s lékařem, který nám napíše, že to můžeme drtit. U některých léků se dá zvolit jiná forma, například Tiapridal lze podávat ve formě kapek. Tato opatření většinou stačí. U některých výjimek pak hledáme různé cestičky, třeba že lék podáváme s nějakou potravinou.

A3: Řešíme to náhradou za jinou formu léku – místo pilulek se dají třeba kapky. Něco se může dát i venózně či muskulárně, samozřejmě to záleží na domluvě s lékařem. Léky i drtíme, ale někteří klienti mají problém to spolknout, i když jsou léky nadrcené a navíc to cítí v jídle.

B1: Snažíme se ho edukovat, pokud to nepomůže, tak násilí nepoužíváme. Zkusíme to třeba opakovaně. Případně provedeme záznam do dokumentace, že uživatel léky odmítl. U osob s poruchou polykání léky drtíme.

B2: Někdy se to tady stává. Tím, že ty klienty známe, tak víme, co od koho můžeme čekat. Některým uživatelům dáváme nadrcené léky s jídlem. Občas se stane, že klient, který normálně bere léky je třeba rozrušený a vzteklý a léky nechce. Takže mu léky zkusíme dát třeba za půl hodiny či za hodinu a on si to pak vezme.

B3: Samozřejmě ty klienty motivujeme, přemlouváme, snažíme se na ně pozitivně působit, aby léky užili, ale přesto má každý klient právo léky odmítnout. To se musí zaznamenat a pak informovat lékaře.

C1: Léky chystá všeobecná sestra podle ordinace lékaře. Pokud má člověk problémy s polykáním, léky podáváme nadrcené, na lžičce rozpuštěné v tekutině. Některé léky když se nadrtí, tak jsou hořké, takže používáme sladký sirup. Klienti pak léky přijmou daleko lépe.

C2: Většinou už víme, který klient léky špatně přijímá. Předáváme si různé zkušenosti, třeba že jim léky dáme s jídlem nebo je nadrtíme a dáme po menších dávkách.

C3: Nesetkáváme se vyloženě s tím, že by někdo odmítal užít léky. Spíše mají klienti problém s polykáním, takže jim léky nadrtíme a vhodnou formou upravíme, aby to bylo například sladké. Můžeme to také naředit čajem s cukrem, abychom jim to trochu zpříjemnili. Dá se pomoci i bazální stimulací, že to polknou. Někdy se stane, že to někdo vyplivne, ale s tím už se nedá nic dělat, znovu mu to nedáme a prostě jedna dávka není užitá.

➤ **Komentář k otázce č. 12**

V Alzheimercentru lék podávají opakovaně, protože se situace může změnit i za půl hodiny. Pokud i tak klient léky odmítá, tak je drtí, což ale předem konzultují s lékařem. U některých léků se dá zvolit jiná forma, například zde používají kapky.

Na Burešově klienty slovně motivují a snaží se na ně pozitivně působit, aby léky užili. Také zkouší léky podat opakovaně. Některým klientům dávají léky nadrcené, hlavně těm, kteří mají poruchu polykání. Pokud klient lék odmítá, provádí se záznam do dokumentace.

Na Senioru C většinou už ví, který klient léky špatně přijímá. Pokud jde o poruchu polykání, léky podávají nadrcené a rozpuštěné v tekutině s trochou sirupu k potlačení hořké chuti.

Otázka č. 13: *Konzultujete s lékařem/lékařkou změnu medikace, pokud si myslíte, že zvolená léčba není pro klienta vhodná (např. zdá se vám příliš utlumený nebo se u něj střídají různé nálady)?*

A1: Toto má v kompetenci staniční sestra, takže informace předáváme jí.

A2: Hlásíme to staniční sestře a ta to pravidelně konzultuje s lékařem, který sem i pravidelně dochází.

A3: Jednoznačně, protože lékař něco nasadí, ale nemůže vědět, jak to na klienta působí. Takže když vidíme, že je léčba, například psychiatrickými léky, bez efektu, nebo to klientovi ublíží, tak to jednoznačně konzultujeme.

B1: Ano, dochází k nám psychiatr, který tuto léčbu nastavuje. Když se nám zdá, že je klient utlumený nebo mu léčba nesedí, tak to konzultuje při další kontrole.

B2: Ano, často. Psychiatr obvykle naordinuje nějakou léčbu, ale klienta nevidí. Měli jsme tady klientku, která byla klidná, a lékař jí vzal skoro všechny léky. Pak ale byla velmi neklidná, řešili jsme to i s rodinou. Konzultovali jsme to s psychiatrem, který dvakrát změnil léčbu a teď už jí to vyhovuje. Pokud je klient po léčích utlumený, tak to okamžitě hlásíme.

B3: Ano, od toho tu jsme.

C1: Ano, řešíme to s psychiatrem.

C2: Ano, konzultujeme. Psychiatr k nám dochází pravidelně. My, jako pracovníci, máme ráno sezení a tam už se předem domlouváme, jestli má někdo něco k řešení, když má lékař přijít. Třeba se nám někdo zdá příliš spavý nebo naopak začíná být neklidný, takže to řešíme. Snažíme se s psychiatrem hodně spolupracovat a změnu léčby konzultovat.

C3: Ano, psychiatr chce psát i projevy a v případě, že je klient utlumený tak není problém mu říci a on ubere léky.

➤ **Komentář k otázce č. 13**

V Alzheimercentru nevhodnou medikaci hlásí směnové sestry staniční sestře, která pak situaci pravidelně konzultuje s lékařem.

Na Burešov i na Senior C pravidelně dochází psychiatr, se kterým se nevhodná léčba řeší přímo. Na Senioru C se zapisují i projevy nevhodné léčby.

Otázka č. 14: *Jak uklidníte agresivního klienta?*

A1: Většinou slovně, někdy zase stačí toho člověka odvést do jiného prostoru mezi jiné klienty, začít se mu věnovat nebo jít na procházku. Těch možností je spousta.

A2: Většinou klidným hlasem, odvedením pozornosti nebo odvedením klienta od ostatních klientů, protože může být nervózní z nich nebo z jiného prostředí. Obvykle pak s klientem jde jeden pečovatel a snaží se s ním být sám. Začnou si spolu vykládat nebo si uvaří kávu, a to je většinou lepší než když na něj ve velké skupině všichni mluví.

A3: Snažíme se k němu přistupovat klidně, nikdy na něj nezvýšíme hlas. Jednoznačně na něj nemůžeme být agresivní, a i když na nás řve, vždy na něj mluvíme hezky. Doposud jsme neměli klienta, který by nás nějak fyzicky napadal. Pokud by se vyskytlo něco akutního, tak bychom to řešili s psychiatrem.

B1: Zatím se nám ještě nestalo, že by byl někdo vyloženě agresivní, ale víceméně se snažíme nevšímát si ho a neprovokovat, ale třeba ho slovně uklidnit.

B2: Stává se to většinou v místnosti, kde je více klientů, když někdo vydává nějaké zvuky, a tím vydráždí jiného klienta. Snažíme se toho člověka odvést pryč, zabavit ho, jít s ním na pokoj, povídat si s ním. Slovní uklidnění hodně zabírá, protože klienti nás znají.

B3: Nejprve na něj působíme slovně, použijeme empatii. Je nutné vše řešit v klidu, aby ten člověk nebyl stresovaný. Lidé, kteří tady jsou, určitě nejsou přirozeně agresivní. Když reagují agresivně, tak vždy z nějakého popudu, kdy jsou ohrožení nebo se cítí být ohrožení. V první řadě tedy musíme klienta uklidnit, aby nebyl ve stresu, aby věděl, že se mu tady nic nestane, a že je vše, jak má být.

C1: U nás nemáme vyloženě agresivního klienta, pouze se někdy stane, že někdo nemá svůj den. Snažíme se ho uklidnit slovně, pohlazením, chvíli s ním posedíme. Pokud je slovně agresivní, tak ho vezmeme stranou kolektivitu do jeho pokoje, aby se nerozrušili ostatní. Tam s ním posedíme, slovně ho zklidníme, popovídáme si. Nepoužíváme žádné uklidňující léky nebo injekce. Pokud by přetrvávala nějaká agrese, například fyzická, nebo by se to mělo vyvíjet v něco horšího, tak je nutná spolupráce s psychiatrem a ošetřujícím lékařem a je nutné nastavení léčby.

C2: Na každého klienta platí něco jiného a také záleží na tom, co ho vyprovokovalo. Pokud dojde k nějakému konfliktu mezi uživateli, kteří jsou na jednom pokoji, tak je oddělíme, projdeme se s nimi venku a tím dojde ke zklidnění. Také používáme zklidňující bazální stimulaci v lůžku a klient pak usne a uklidní se.

C3: Já jsem se asi nesetkala s vyloženě agresivním projevem. Pokud se někdy stane, že mají klienti nějakou rozepří a jsou spolu na pokoji, tak je na chvíli oddělíme, snažíme se odvést pozornost a vyřešit ten původní problém.

➤ **Komentář k otázce č. 14**

V Alzheimercentru uklidní agresivního klienta slovně, odvedením pozornosti nebo odvedením klienta od ostatních. Snaží se pak s klientem být o samotě, povykládat si s ním, nebo si s ním dát kávu. Takovéto chování, kdyby se zde vyskytlo, by řešili s psychiatrem.

Na Burešově se snaží agresivního klienta slovně uklidnit, odvést ho pryč od ostatních, protože takové chování vzniká většinou v místnosti, kde je více lidí nebo v situaci, kdy se klient cítí být ohrožen. Snaží se tedy klienta uklidnit, zabavit, jít s ním na pokoj a povídat si s ním.

Na Senioru C se snaží klienta uklidnit slovně, posedět s ním, odvést ho do jeho pokoje. Pokud dojde ke konfliktu mezi uživateli na jednom pokoji, tak je oddělí, snaží se odvést pozornost a případně vyřešit původní problém. Pokud by zde u někoho taková agrese přetrvávala, řešili by to s psychiatrem nebo ošetřujícím lékařem.

Otázka č. 15: *Jak poznáte na klientovi, že ho něco bolí?*

A1: Obvykle to poznáme podle změny mimiky nebo podle gest. Klienti s demencí mnohdy nevědí, co to bolest je. Takže se u nich často projeví změnou chování.

A2: Pokud se nejedná o komunikující klienta, který to řekne, tak klienta známe a vidíme to třeba i na první pohled. Může to být změněná gestikulace, mimika, uhýbání na jednu stranu. Někdy ti lidé vyloženě nařikají, ale neumí to popsat. Někdy odmítají jíst a pak zjistíme, že je bolí dásně. Když je něco jinak než obvykle, tak víme, že se něco děje.

A3: Podle změny nálady nebo to poznáme podle toho, že klient není spokojený. Také může stonat, že ho něco bolí. Klienti tu bolest dají najevo, například i výrazem tváře.

B1: U těchto lidí je to těžké, protože se nám několikrát stalo, že nám klientka tvrdila, jak jí bolí břicho, zavolali jsme záchranku, která přijela a paní byla v naprosté pohodě. Dá se to poznat maximálně z výrazu obličeje, nebo když klient udá, že ho bolí ruka či břicho, tak to zkusíme vyšetřit, ale pro jistotu je vždy posíláme na kontrolu k lékaři.

B2: Máme tady jednu klientku, která vůbec nemluví, ale když jí něco bolí, tak je plačtivá a neklidná, je to na ní vidět. Dá se to poznat podle mimiky.

B3: Existují i nonverbální projevy. Může se to projevit tím, že když klienta chytíme, tak nařiká, nebo vidíme, že třeba napadá na jednu nohu. Může to dát najevo jakkoli.

C1: Dá se to poznat podle výrazu tváře, chování, neklidu, pláče. Klient může být zpocený, červený, má bolestivou grimasu v obličeji a vyhledává úlevovou polohu. Bolest u klientů pravidelně sledujeme pomocí škály, jedná se o hodnocení intenzity bolesti. Podle toho se nastavuje léčba, kdy někteří klienti mají léky od bolesti dle potřeby a jiní je dostávají pravidelně. Pokud má klient nějakou bolest, většinou to nějak dokáže říct či vyjádřit.

C2: Ano, poznáme to podle výrazu obličeje. U každého klienta máme v rezervě nějakou analgetickou léčbu. Někteří klienti dostávají analgetika pravidelně a jiní dle potřeby. Také u klienta sledujeme celkové projevy. To zaznamenáváme do škály, a pokud má několik

dnů po sobě zamračený obličej, tak můžeme i léčbu navýšit. Je to ale otázka sledování uživatele.

C3: Ano, poznáme to podle výrazu tváře, vzlyků, verbálních projevů. Pokud klient nemluví, tak se to může projevit psychomotorickým neklidem. Zapisujeme to do tiskopisů.

➤ **Komentář k otázce č. 15**

V Alzheimercentru poznají bolest klienta podle mimiky, gest, uhýbání na jednu stranu, naříkání nebo podle změny chování.

Na Burešově poznávají bolest podle nonverbálních projevů, podle mimiky, kdy klient může být plačtivý, neklidný a může také naříkat.

Senior C spoléhá na výraz tváře, chování, neklid a pláč. Dále je možné bolest poznat podle vyhledávání úlevové polohy. Pravidelně zde hodnotí intenzitu bolesti klientů podle škály. Podle toho je pak klientům nastavována léčba bolesti.

5.6 Osobní komfort klientů

Otázka č. 16: *Jakým způsobem klienty oslovujete?*

A1: Oslovujeme příjmením, ale pokud si klient přeje jinak, tak oslovujeme, jak chce on. Jsou klienti, kteří chtějí oslovovat křestním jménem, ale i tak vždy vykáme. Volba oslovení je součástí přijímacího procesu.

A2: Oslovujeme tak, jak se domluví klient při příjmu s vrchní sestrou. Každý klient má na posteli i napsané, jak má být oslovován. Samozřejmě všem vykáme. Někomu říkáme křestním jménem, třeba paní Marie, někdo si přeje být oslovován zase paní Maruško nebo paní Nováková. Jiný klient si přeje, abychom ho oslovovali pane doktore. Je to tedy individuální a jak se to na začátku nastaví, tak to je.

A3: Domlouvá se to při příjmu. Pokud si rodina nebo konkrétně klient přeje, abychom mu říkali křestním jménem, tak mu tak říkáme, ale vždy vykáme, nikdy klientům netykáme. Některé klienty oslovujeme příjmením, jiné zase titulem, například pane inženýre.

B1: Všechny oslovujeme paní/pane a příjmení, ale někteří mají z domu zažité, že dobře reagují třeba na jméno, takže pak říkáme třeba paní Maruško. Máme zavedené v dokumentaci, jak si klient přeje být oslovován.

B2: Oslovujeme většinou paní/pane a příjmení, ale máme tu i schopnější klienty, kteří si vyžádají oslovovat jménem. Teď jsme tu měli novou paní, která si na nás těžko zvykala, odmítala i jídlo, léky a jakýkoliv kontakt. Byla za námi její dcera, která nám poradila, že ji máme oslovovat „babičko“, což je pro ni důvěrnější. Správně se takto oslovovat nemá, ale bylo to na žádost rodiny, takže jsme to zkusili. Jakmile jsme ji tak začali oslovovat, tak nás hned brala jako rodinu a okamžitě začala spolupracovat. Adaptace pak proběhla dobře.

B3: Oslovujeme podle konkrétních přání klientů. Když přijdou a jsou schopní s námi komunikovat, tak se zeptáme, jak chtějí být oslovováni. Většinou našich klientů je příjemnější oslovování křestním jménem, takže jim říkáme třeba paní Jano. Někteří dokonce ani to paní/pane nechtějí, asi se tak cítí příjemněji. U lidí, kteří nám to nemůžou říct, a všimneme si, že lépe reagují na křestní jméno, tak uděláme zápis.

C1: Podle přání klientů. Už při přijetí se sociální pracovnice ptají, jak si přejí být klienti oslovováni, jestli příjmením nebo jménem (např. paní Maruško). Určitě je klientům příjemnější, když je oslovujeme křestním jménem, alespoň nezapomenou, jak se jmenují. Mám jeden poznatek – pokud někoho, kdo trpí demencí, oslovím rodným příjmením, tak zareaguje obvykle úžasně a je rozzářený – vzpomene si, že jej tak třeba oslovovala maminka nebo někdo ve škole.

C2: Buď se domluvíme s rodinnými příslušníky klienta, nebo se ptáme klienta samotného. Hodně záleží na tom, jak to člověk cítí a jak chce být oslovován. Je to individuální.

C3: Když nastoupí nový klient a je schopný se dohodnout, jak chce být oslovován, tak ho tak oslovujeme. Většinou je to pan/paní a příjmení. S postupem času, jak dochází k progresi demence, tak je oslovujeme i pan/paní a křestní jméno a na to klienti velmi dobře reagují. Není to tak, že bychom se sami rozhodli, ale spíše vidíme, že už nastal ten čas.

➤ **Komentář k otázce č. 16**

V Alzheimercentru je volba oslovení součástí přijímacího procesu. Člověk si sám volí, jak chce být oslovován, jestli jménem, příjmením nebo titulem. Klientovi je ale vždy vykáno. Každý klient má na posteli napsáno, jak má být oslovován.

Na Burešově mají zapsané v dokumentaci, jak si klienti přejí být oslovováni a toto pak dodržují. Klientům vykájí, ale na žádost rodiny mohou i tykat, pokud to situace nutně vyžaduje, např. u nespolupracujícího klienta v pokročilé fázi demence.

Na Senioru C se při přijetí ptají klienta nebo jeho rodiny, jak chce být oslovován. Obvykle je to pan/paní a příjmení. Při progresi onemocnění mění oslovování klientů na pan/paní a jméno.

Otázka č. 17: Kolik klientů je na jednom pokoji?

A1: Vesměs dva.

A2: Dva.

A3: Maximálně dva.

B1: Máme dvoulůžkové pokoje. Některé pokoje jsou i jednolůžkové nebo prázdné, pro případ, že někdo začne, když to tak řeknu, řídit, tak toho člověka tam můžeme přesunout, aby se vyspal ten druhý.

B2: Dva klienti. Máme tady ale i dva jednolůžkové pokoje.

B3: Jeden až dva klienti.

C1: Na jednom pokoji jsou dva klienti.

C2: Na pokoji jsou dva lidi.

C3: Na jednom pokoji jsou dva klienti.

➤ **Komentář k otázce č. 17**

V Alzheimercentru i na Senioru C jsou pokoje dvoulůžkové.

Burešov má pokoje jednolůžkové i dvoulůžkové. Jednolůžkové pokoje, pokud jsou prázdné, bývají vyhrazeny pro klienty, kteří jsou v noci neklidní.

Otázka č. 18: Mohou mít klienti na pokoji vlastní nábytek, fotografie nebo jiné předměty?

A1: Mohou, není jim bráněno. Je to hlavně na rodině, na kolik je kreativní.

A2: Mohou mít své věci a dokonce mohou mít i vlastní zvířátko. Jedna paní tady má kočku.

A3: Ano, protože obrázky, fotografie a podobné věci pak pomáhají v aktivizaci klienta.

B1: Ano, mohou. U nábytku se jedná spíše o nějaké křeslo, protože pokoje už jsou zařízené a všichni mají polohovací postele. Co se týká třeba obrázků tak není problém. Zvířetady mít nemohou.

B2: Ano, mohou mít i květiny, obrazy, fotografie.

B3: Určitě, mohou si přinést cokoliv, co se jim do pokoje vleze.

C1: Klienti mohou mít v pokoji svůj drobný nábytek, třeba svoje křeslo, židličku. Mohou mít i své povlečení, na které byli zvyklí z domu.

C2: Protože jsou pokoje standardně zařízené, tak jsme se domluvili, že klienti mohou mít svůj drobný nábytek, například křeslo, poličku nebo skříňku. Mohou mít i vlastní televizi. Snažíme se, aby měl každý uživatel na pokoji nástěnku, kde má své fotky s příbuznými. Každý klient má svého klíčového pracovníka a ten s ním občas jde k nástěnce a ptá se, kdo je na fotkách.

C3: Ano, mohou a je to žádoucí. Je dobré když mají třeba své křeslo, své fotky a to i z důvodů biografické péče. Mohou mít třeba i svůj hrneček.

➤ **Komentář k otázce č. 18**

Ve všech třech zařízeních mohou mít klienti svůj drobný nábytek, oblíbené předměty a fotografie.

V Alzheimercentru mohou mít i své zvíře.

V Senioru C kladou důraz na nástěnku s fotografiemi příbuzných, kterou má každý klient na pokoji.

5.7 Hodnocení péče

Otázka č. 19: *Myslíte si, že poskytujete kvalitní péči, která má kladný vliv na klienty?*

A1: Zcela upřímně – kladným vlivem je to, že se klienti nezhoršují.

A2: Myslím si, že ano.

A3: Myslím si, že poskytujeme kvalitní péči, ale zároveň si myslím, že ta péče může být ještě lepší, že se můžeme ještě zdokonalovat. Vždy je něco nového, co vás překvapí. Proto chodíme na školení a vzděláváme se.

B1: Za tu dobu, co tady jsem, teda nějakých 26 let, tak si myslím, že ta péče šla hodně nahoru. Zdá se mi ale, že přibylo strašně moc té papírové práce a na klienty není tolik času.

B2: Myslím si, že většina klientů je tady spokojená. Poznáme to podle toho, když jdou klienti do nemocnice a vrátí se zpátky, tak jsou velmi šťastní. Dokonce se nám stalo, že když si klientku odvezla rodina domů na Vánoce, tak na druhý den ji dovezli zpátky, protože to ona chtěla. Je to tím, že tady mají klienti různá madla a polohovací postele.

B3: Ano, protože když se podíváme na pokoje, tak vidíme ty lidi buď spokojené nebo nespokojené, vidíme, jestli jsou čisti nebo nejsou čisti a je to moje hodnocení jakožto pracovníka, který tady pracuje, tak si myslím, že je ta práce tady odvedená dobře.

C1: Myslím si, že určitě ano, vzhledem k tomu, jak vysokého věku se naši klienti dožívají. Péče je zde na špičkové úrovni.

C2: Myslím si, že je tady péče na vysoké úrovni. Řekla bych, že se udělal velký kus práce a to nejen u nás, ale i v okolí. Dochází k předávání zkušeností a ty zařízení se i předhání v tom, kdo je lepší a kdo nabízí lepší služby. Takže kdybych měla nějakého rodinného příslušníka, který by potřeboval péči, tak bych ho do takového zařízení klidně dala.

C3: Určitě ano, akorát by bylo dobré, kdyby někdo jiný dělal ty papíry, aby se člověk mohl ještě více věnovat klientům.

➤ **Komentář k otázce č. 19**

Sestry v Alzheimercentru si myslí, že poskytují kvalitní péči, zároveň ale sestra A3 udává, že by péče mohla být ještě lepší a že se mohou ještě zdokonalovat. Podle sestry A1 je kladným vlivem to, že se zde klienti nezhoršují.

Sestry na Burešově udávají, že kvalitní péče se pozná podle spokojenosti klientů a podle dobře odvedené práce. Sestra B1 uvádí, že péče šla za poslední roku hodně nahoru, ale na druhou stranu přibylo papírové práce a na klienty zde nemají až tolik času.

Sestry na Senioru C se shodují, že je zde péče kvalitní, kdy sestra C1 hodnotí péči podle vysokého věku dožití klientů. Sestra C2 uvádí, že zde udělali velký kus práce a v případě, že by měla rodinného příslušníka, který by potřeboval péči, tak by ho do takového zařízení klidně dala. Sestra C3 by uvítala, kdyby se nemusela tolik věnovat práci s papíry, ale aby mohla více času trávit s klienty.

Otázka č. 20: Co negativně ovlivňuje péči o klienty?

A1: Stres, dodržování harmonogramů a vše, co by klienty mohlo vyvést z rovnováhy. Vhodnější by bylo uzpůsobit rytmus jejich potřebám, ne našim. Bohužel, ne vždy je čas se přizpůsobit potřebám klientů. Negativně také vnímám mnohdy až přílišný zájem rodiny.

A2: Nebyla by špatná rehabilitační sestra, i když ergoterapeutky se snaží s klienty i chodit, protáhnout je a procvičit. Někdy bývá problém s rodinou, když jsou nějaké adaptační procesy a rodina to neakceptuje. Občas se také stává, že když přijde klient po hospitalizaci, tak je rozležený a ve špatném psychickém stavu, i když před tím byl relativně šikovný. Nedá se to říct paušálně, je to hodně individuální. Kvalitu péče ovlivňuje počet personálu, a jak narůstá, tak si myslím, že je to lepší a samozřejmě, pokud se dosáhne toho ideálu, tak to bude dobré a všichni to budou dělat bez shonu.

A3: Nejvíce asi to, když tady pracuje někdo, kdo nemá vztah k lidem. Takže záleží na personálu – když má k těm lidem vztah, tak se úplně jinak pracuje.

B1: Nedostatek času. Pečovatelky opravdu nestíhají, navíc teď jdou nějakou individuální cestou, etáž mají rozdělenou na sektory a věnují se každá svým pokojům a dělají si tam všechno samy. Samozřejmě, když potřebují pomoc, třeba při koupání, tak si pomáhají.

B2: Negativně ovlivňuje péči to, když se střídá personál. Jednu dobu se to tady hodně střídalo, protože pořád někdo odcházel. Dále je to papírová práce, které je strašně moc. Kdyby toho nebylo tolik, bylo by více času věnovat se klientům. Péči ovlivňují i rodinné vztahy klientů. Jinak je na tom paní, za kterou chodí dcera každý den a střídá se se synem, a jinak je na tom psychicky paní, která má syna, který ji odmítá vidět. Klient se pak trápí vztahy.

B3: Může to být nepohoda pracovníka, stresy, moc práce, vlastně cokoliv může ovlivňovat péči.

C1: Řekla bych, že změna prostředí. Pokud přijdou klienti z domu nebo z nemocnice zpátky k nám, tak je fakt, že jsou šťastní. Poznávají totiž své prostředí. Jde to na nich vidět.

C2: Nezájem rodiny. Ono stačí, i když ti lidé rodinné příslušníky nepoznávají, když rodina přijde, vezme si klienta a vyveze ho do zahrady. Ten má pak větší pocit jistoty, když o něj je zájem ze strany rodiny. Myslím si, že klienti to tady považují za domov. Už se nám stalo, že když si rodina vzala klienta domů, tak to nebylo dobré, protože když pak přijel, tak nevěděl, kam patří a kde je doma. Proto je lepší, když rodina přijde sem a věnují se mu.

C3: Nadměrná administrativa.

➤ **Komentář k otázce č. 20**

V Alzheimercentru se sestry neshodly na tom, co negativně ovlivňuje péči o klienty. Sestra A1 uvádí, že negativně na péči působí stres, dodržování harmonogramů a přílišný zájem rodiny. Vhodnější by podle ní bylo uzpůsobit rytmus potřebám klientů a ne potřebám zaměstnanců. Sestra A2 vnímá jako negativum v péči o klienty nepřítomnost rehabilitační sestry na pracovišti a problémy s rodinami klientů při adaptačním procesu. Sestra A3 vnímá negativně to, když zde pracuje někdo, kdo nemá vztah k lidem.

Na Burešově sestry také nemají jednoznačný názor na to, co negativně působí na péči. Sestra B1 vidí jako největší problém nedostatek času, kdy podle ní pečovatelky vůbec nestíhají svou práci. Sestra B2 udává, že negativně ovlivňuje péči střídání personálu, papírová práce a rodinné vztahy klientů ve smyslu, že za někým neustále někdo z rodiny chodí a za někým nechodí rodina vůbec, čímž se může klient trápit. Sestra C3 uvádí stres a nepohodu pracovníka.

Ani na Senioru C nemají sestry stejný pohled na to, co by mohlo negativně působit na péči o klienty. Sestra C1 uvádí jako negativum změnu prostředí, sestra C2 nezájem rodiny, protože klient pak nemá pocit jistoty a sestra C3 zmiňuje nadměrnou administrativu.

Otázka č. 21: Co byste navrhovala pro zlepšení péče o klienty?

A1: Uvítala bych techniku na přemísťování klientů. Vhodný by byl nějaký zvedák. Také bych změnila koupelnu, protože ten velký prostor na člověka nepůsobí dobře, může mu být pocitově chladno. Menší prostor by byl příjemnější a komfortnější.

A2: Myslím si, že by bylo dobré, kdyby se v našem zařízení vybuodovala zahrada, která tady chybí, protože je tu pouze venkovní terasa. Také by tu klidně mohlo být ještě více takových těch společných místností, protože se mi zdá, že čím jsou lidé více v těch menších kolektivech, tak je to pro ně lepší, než být v jedné velké místnosti.

A3: Určitě jsou třeba nějaké pomůcky – vozíky, polohovací pomůcky. Je to jednoduchá otázka, ale když se zamyslíte, tak je těžká. Konkrétně mě teď nic jiného nenapadá.

B1: Uvítala bych více personálu a také instruktorky, které se zabývají aktivizací, aby klienti neupadali v demenci. Třeba po obědě, když se vyspí a dají si kávu, aby mohli jít na zahradu, když za nimi nedojdou příbuzní. To by bylo asi přínosné.

B2: Určitě více pečovatelek. A osobně si myslím, že by tady měla být rehabilitační sestra. Je tu totiž jen jedna na celé zařízení a to je strašně málo.

B3: Myslím si, že kdyby byla jednoho dne možnost mít víc pracovníků na celé oddělení, tak by mohl být přístup ke klientům více kontaktní. Pracovníci by měli více času s klienty déle posedět, držet je za ruku, protože klienti potřebují kontakt. Když je málo pracovníků, tak samozřejmě ten kontakt musí nějakým způsobem rozdělit mezi všechny ostatní. Řekla bych, že klienti nejvíce trpí osamocením.

C1: Méně byrokracie a papírování, aby na klienty bylo více času. Mám totiž vyzkoušené, že když je nějaký uživatel neklidný, trpí nespavostí nebo vykřikuje, a já mám volnou chvíli, tak si za ním chvíli sednu na pokoj, chytím ho za ruku a monotónně na něj mluvím a ten člověk usne. Takto by se to dalo dělat i přes den, ale chtělo by to více času. Ten čas nám tady prostě chybí.

C2: Chybí nám tady rehabilitační sestra. My jsme tady měli rehabilitaci, ale ta spolupráce bohužel skončila. Myslím si ale, že nám tady chybí individuální a pravidelná rehabilitační péče. Samozřejmě, kdyby tady bylo víc zaměstnanců, tak by se těm lidem mohli víc individuálně věnovat. Existují také dobrovolníci, kteří sem do zařízení chodí a třeba nám i pomůžou, už jen tím, že si sednou ke klientovi, čtou mu knížku nebo se mu věnují.

C3: Snažíme se klientům poskytovat co nejkvalitnější péči. Ne, že bych byla domýšlivá, ale z ohlasů rodin vím, že jsou spokojení, proto to tak vnímám. Práce s těmito lidmi nás velmi baví. S klienty jsme v kontaktu pořád, a proto je to jiné než například v nemocnici, kde se lidé pořád střídají a nemůžete si k nim vytvořit citový vztah.

➤ **Komentář k otázce č. 21**

V Alzheimercentru by sestry pro zlepšení péče navrhovaly pořízení pomůcek, jako jsou vozíky, technika na přemísťování klientů (zvedák) a polohovací pomůcky. Sestra A1 by změnila koupelnu, protože je velká a podle jejího názoru nepůsobí dobře. Sestra A2 by si přála vybudování zahrady, protože zde mají pouze terasu. Také by bylo podle ní dobré vytvořit více společných místností, protože je pro klienty přínosnější být v menších kolektivech.

Na Burešově se všechny sestry shodly na tom, že by ke zlepšení péče o klienty potřebovaly jednoznačně více personálu. Sestra B1 by navíc uvítala i více instruktorek, které by měly

na starost aktivizaci klientů. Sestra B2 by si přála další rehabilitační sestru, protože momentálně mají jen jednu na celé zařízení.

Na Senioru C mají sestry rozdílné návrhy na zlepšení péče. Sestra C1 by omezila byrokracii a papírování, aby bylo na klienty více času. Sestra C2 by navrhovala, aby v zařízení byla i rehabilitační sestra, kterou zde nemají a dle jejího názoru zde chybí individuální a pravidelná rehabilitační péče. Také by přijala více zaměstnanců, aby se klientům šlo více individuálně věnovat. Sestra C3 uvádí, že se zde snaží poskytovat co nejkvalitnější péči a dle ohlasů rodin ví, že jsou zde klienti spokojení. Sama nic nenavrhuje.

6 DISKUZE

Praktická část bakalářské práce měla za úkol porovnat 3 vybraná zařízení, která se specializují na péči o osoby s demencí, ve stanovených oblastech. K realizaci průzkumu byla použita metoda polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami. Bylo realizováno 9 rozhovorů a každý rozhovor obsahoval celkem 21 otázek, ke kterým náleželo 6 cílů. První 2 otázky rozhovoru byly zaměřeny na identifikační údaje respondentů. Tyto údaje jsou zpracovány v kapitole 5.1 Identifikační údaje respondentů.

Tato kapitola se zaměřuje na souhrn výsledků a zhodnocení jednotlivých cílů.

Cíl 1: Srovnat péči o klienty s demencí v oblasti aktivizačních činností ve vybraných specializovaných zařízeních.

K tomuto cíli se v rozhovoru vztahují otázky č. 3, 4, 5. Jedná se o dotazy zaměřené na aktivizační metody, vedení klientů k soběstačnosti a pravidelně pořádané akce v zařízeních.

Z odpovědí vyplynulo, že Alzheimercentrum, Burešov i Senior C nabízí opravdu velké množství různorodých činností, kterými aktivizují své klienty. Rozdíl je v tom, kdo klienty při aktivizacích vede. Alzheimercentrum využívá k aktivizaci ergoterapeuty, kteří se klientům věnují během dopoledne. Odpoledne aktivizaci vedou pracovníci v sociálních službách. Na Burešově mají instruktorky, které se starají o aktivizace. Protože je zde ale instruktorek málo, klienty aktivizují i pečovatelky na ranní směně. Z odpovědí sester ze Senioru C není jasné, kdo aktivizaci s klienty provádí. Sestry zde zdůrazňují práci podle prvků biografie, kdy od rodiny klienta získávají jeho životní příběh a zjišťují, co ho dříve bavilo. Novým trendem v Senioru C je také zařizování prostor starším nábytkem.

Všechna tři pracoviště mají podobný pohled na to, jak vést klienty k soběstačnosti. Jedná se o podporu úkonů, které ještě klient zvládne sám a dopomoc, ať už slovní nebo fyzickou, u těch denních aktivit, které již člověk sám nevykoná. V Alzheimercentru i na Burešově se snaží za klienta nedělat to, co ještě může zvládnout sám a také se snaží dát klientům dostatek času a prostor. Sestry ze Senioru C spolupracují s rodinami, aby věděly, co klient zvládal v domácím prostředí provést sám a co již ne.

Pravidelně pořádané akce ve všech zařízeních se obvykle vztahují k ročnímu období, dále se jedná o různá hudební vystoupení či sportovní aktivity. V Alzheimercentru i na Burešově pořádají pravidelně mše pro klienty. Senior C má během roku 2 klíčové akce, kterými jsou letní grilování s rodinami klientů a ples.

Cíl 2: Srovnat péči o klienty s demencí v oblasti výživy ve vybraných specializovaných zařízeních.

K tomuto cíli se v rozhovoru vztahují otázky č. 6, 7, 8. Jedná se o dotazy zaměřené na stolování, úpravu stravy pro klienty s poruchou polykání a vedení záznamů o příjmu potravy a pití.

Pokud jde o otázku, která byla zaměřena na to, jestli klienti stolují samostatně na pokojích nebo společně v jídelně, odpovědi se částečně lišily. V Alzheimercentru a na Senioru C se snaží, aby klienti stolovali společně v jídelnách. Na pokoji zůstávají jen ti klienti, kteří mají akutní onemocnění, nebo se jejich zdravotní stav zhoršil. Na Burešově chodí do jídelny jen klienti, kteří sami chodí. Ti, kteří do jídelny nejsou schopni dojít sami, nebo tam odmítají jít, zůstávají na pokoji.

Úprava stravy pro klienty s poruchou polykání má také svá specifika. Jak sestry ze všech pracovišť uvádějí, obvykle se při progresi obtíží nasazuje po stravě krájená strava mletá. V Alzheimercentru i na Burešově nesmí být mletá strava smíchaná, ale musí být na talíři rozdělená na jednotlivé části, aby jídlo vypadalo vizuálně dobře. Na Senioru C vše míchají dohromady.

Vedení záznamů o příjmu potravy a tekutin je rozdílné. Alzheimercentrum vede záznamy prakticky u všech klientů. Příjem stravy se zaznamenává do speciálních záznamových archů, kam se značí, jestli klient snědl čtvrt, půl, tři čtvrtě nebo celé jídlo. U některých klientů mají zavedeny i pitné listy. Senior C a Burešov vedou záznamy jídla a pití jen u některých uživatelů. Na Burešově záznamy vedou u klientů s poruchou polykání nebo u těch, kteří mají výrazný úbytek na váze. Stejně jako v Alzheimercentru se jedná o záznam, kam se zapisuje, jestli klient snědl čtvrt, půl, tři čtvrtě nebo celé jídlo. Senior C vede záznamy u klientů se zhoršeným zdravotním stavem nebo u nových klientů první tři dny pobytu.

Cíl 3: Srovnat péči o klienty s demencí v oblasti bezpečnosti ve vybraných specializovaných zařízeních.

K tomuto cíli se v rozhovoru vztahují otázky č. 9, 10, 11. Jedná se o dotazy zaměřené na zabezpečení proti odchodu klientů, dostatečný počet personálu a použití omezovacích prostředků.

Zabezpečení jednotlivých zařízení proti nechtěnému odchodu klientů je vyřešeno různě. Alzheimercentrum má uzavřené dveře do budovy a pro vstup je nutné zadat kód, který

znají jen zaměstnanci a někteří rodinní příslušníci klientů. Zatímco Alzheimercentrum má uzavřenou celou budovu, ale v ní už se lze volně pohybovat, Burešov má uzavřená jednotlivá oddělení. Výtah je tady na kód a dveře jsou na kód a zároveň i na otisk prstu zaměstnanců. Senior C má oddělení zabezpečené, ale nikoli uzavřené, protože zde mají na dveřích kliku s koulí, která se otáčí doleva, tedy neobvykle.

Z odpovědí vyplynulo, že sestry ve všech třech zařízeních jsou toho názoru, že na počet klientů není dostatečný počet personálu. V Alzheimercentru není problém ze strany zaměstnavatele, ale spíše je obtížné sehnat samotné zaměstnance, kteří by zde chtěli pracovat. Na Burešově mají s počtem personálu dle odpovědí sester největší problém, protože jedna z nich uvedla, že je nedostatek personálu na péči o klienty vidět. Na Senioru C by také sestry uvítaly více personálu.

Pokud jde o používání omezovacích prostředků, v Alzheimercentru ani na Burešově žádné takovéto prostředky nepoužívají. Na Senioru C používají bezpečnostní pásy u vozíku.

Cíl 4: Srovnat péči o klienty s demencí v oblasti řešení situací ve vybraných specializovaných zařízeních.

K tomuto cíli se v rozhovoru vztahují otázky č. 12, 13, 14, 15. Jedná se o dotazy zaměřené na situaci, kdy klient odmítá užít léky, dále na konzultace s lékařem týkající se nevhodné léčby, uklidnění agresivního klienta a rozpoznání bolesti u klienta.

V situaci, kdy klient odmítá užít léky, postupují sestry z jednotlivých pracovišť takto. V Alzheimercentru lék podávají opakovaně nebo zvolí jinou formu léku, případně léky drtí, což ale předem konzultují s lékařem. Na Burešově klienty k užití léku slovně motivují a také, stejně jako v Alzheimercentru zkouší léky podat opakovaně. Klientům s poruchou polykání podávají léky nadrcené jak na Burešově, tak na Senioru C, kde léky navíc rozpouštějí v tekutině s trochou sirupu, aby byla potlačena hořká chuť.

Všechna tři zařízení konzultují nevhodnou medikaci s psychiatrem. V Alzheimercentru se situace řeší přes staniční sestru, zatímco na Burešově a v Senioru C se nevhodná léčba řeší přímo s psychiatrem, který do zařízení dochází.

Pro uklidnění agresivního klienta by sestry na všech třech pracovištích použily podobné metody. Jednalo by se o slovní uklidnění, odvedení pozornosti, odvedení klienta od ostatních do jeho pokoje nebo popovídání si s klientem o vzniklé situaci. Sestry z Alzheimercentra a ze Senioru C by takovéto chování řešily s psychiatrem nebo ošetřujícím lékařem.

Rozpoznání bolesti u klientů s demencí může být problematické. Sestry ze všech třech zařízení poznávají bolest podle podobných projevů, jakými jsou např. bolestivá mimika, nonverbální projevy, pláč, změna chování, nařikání nebo neklid. Na Senioru C pravidelně hodnotí intenzitu bolesti dle škály, podle toho je pak klientům nastavována léčba bolesti.

Cíl 5: Srovnat péči o klienty s demencí v oblasti osobního komfortu klientů ve vybraných specializovaných zařízeních.

K tomuto cíli se v rozhovoru vztahují otázky č. 16, 17, 18. Jedná se o dotazy zaměřené na oslovování klientů, počet klientů na pokojích a na možnost klientů mít na pokojích svůj nábytek nebo své předměty.

Volba oslovení je v Alzheimercentru i na Senioru C součástí procesu přijímání klienta, kdy každý klient si může zvolit, jak chce být oslovován, jestli jménem nebo příjmením. Klientům je v obou zařízeních vždy vykáno. Na Burešově mají oslovení zapsáno v dokumentaci. Klientům vykájí, ale na žádost rodiny mohou i tykat, pokud to situace nutně vyžaduje.

Počet klientů v jednom pokoji je ve všech zařízeních téměř stejný. V Alzheimercentru i na Senioru C jsou pokoje dvoulůžkové. Burešov má pokoje jednolůžkové i dvoulůžkové.

Ve všech třech zařízeních mohou mít klienti ve svém pokoji svůj drobný nábytek, například oblíbené křeslo, své předměty a fotografie. V Senioru C má každý klient v pokoji nástěnku s fotografiemi své rodiny.

Cíl 6: Srovnat péči o klienty s demencí v oblasti hodnocení péče sestrami ve vybraných specializovaných zařízeních.

K tomuto cíli se v rozhovoru vztahují otázky č. 19, 20, 21. Jedná se o dotazy zaměřené na to, jestli si sestry myslí, že poskytují kvalitní péči s kladným vlivem na klienty, dále co negativně ovlivňuje péči a co by navrhovaly pro zlepšení péče o klienty.

Z odpovědí na otázku, zda si sestry myslí, že poskytují kvalitní péči, která má kladný vliv na klienty, vyplývá, že sestry péči ve všech třech zařízeních považují za kvalitní. Sestry v Alzheimercentru si myslí, že poskytují kvalitní péči, ale zároveň se v odpovědích objevilo, že péče by mohla být ještě lepší a že se mohou dále zdokonalovat. Sestry na Burešově poznají kvalitně odvedenou péči podle spokojenosti klientů. Také si ale myslí, že přibylo papírové práce a na klienty zde nemají až tolik času. Sestry na Senioru C se shodují, že je zde péče kvalitní, protože jejich klienti se dožívají vysokého věku.

Pokud jde o negativní faktory v péči o klienty s demencí, tak odpovědi byly poměrně rozmanité. To, co se opakovalo, jak v Alzheimercentru, tak na Burešově i na Senioru C, byly faktory jako změna prostředí (zhoršený stav klientů po návratu z nemocnice), nezáměr rodiny o klienta a nadměrná administrativa. V Alzheimercentru sestry negativně vnímají stres, dodržování harmonogramů, přílišný zájem rodiny, nepřítomnost rehabilitační sestry na pracovišti, nebo zaměstnance, kteří nemají vztah k lidem. Na Burešově, jak už bylo zmíněno výše, mají problém s nedostatkem zaměstnanců. To se odrazilo i v odpovědích, protože podle sester negativně péči ovlivňuje to, že pečovatelky vůbec nestíhají svou práci, dále je zde negativem střídání personálu a stres.

Poslední otázka se vztahovala k tomu, co by sestry samy navrhovaly pro zlepšení péče o klienty. Odpovědi byly velmi různorodé, protože každá sestra považuje za důležité něco jiného. V Alzheimercentru se sestry shodly na tom, že by potřebovaly pořídit více pomůcek pro práci s klienty, např. zvedák, vozíky, polohovací pomůcky. Dále uvedly změnu koupelny, vybudování zahrady nebo vytvoření dalších společných místností pro možnost klientů být v menších kolektivech. Na Burešově se všechny sestry shodly na tom, že by ke zlepšení péče o klienty potřebovaly více personálu. Jejich další odpovědi se také týkaly zaměstnanců, konkrétně by zde sestry uvítaly další instruktorky a rehabilitační sestru. Na Senioru C se sestry neshodly ani na jednom návrhu na zlepšení péče, protože každá měla zcela jiné představy. Jedna sestra by chtěla omezit administrativu, aby bylo na klienty více času, druhá by uvítala přijetí rehabilitační sestry, kterou zde momentálně nemají.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Šetření ukázalo, že ve všech třech zařízeních poskytují kvalitní péči. V odpovědích sester nebyly shledány vážnější nedostatky v péči o klienty. Na všech pracovištích se snaží, aby péče byla na co nejvyšší úrovni. Je potěšující, že sestry mají obvykle velmi dobré znalosti o specifikách v péči o klienty s demencí. Dále jsou shrnuty nedostatky, které vyplynuly z průzkumu, a navrženo jejich možné řešení.

Výživa klientů

➤ *Doporučení pro: Alzheimercentrum Zlín*

Vedení záznamů o jídle a pití u každého klienta. Je otázkou, zda je opravdu nutné i u schopných a samostatných klientů vést tyto záznamy a jestli by toto zaznamenávání nemělo být omezeno pouze na klienty, kteří mají zhoršený zdravotní stav, výrazný úbytek na váze nebo jsou v zařízení noví. Došlo by tak alespoň částečně k omezení administrativy a personál by se mohl více věnovat klientům.

➤ *Doporučení pro: Domov pro seniory Burešov, Zlín – Domov se zvláštním režimem*

V jídelně stolují pouze klienti, kteří jsou schopni do jídelny sami dojít. Ti, kteří již sami nechodí, musí jíst na pokoji. Vhodné by bylo zeptat se i nechodících klientů, jestli nemají zájem jíst v jídelně. Stolování klientů v jídelnách je velmi prospěšné, protože zde mohou být s ostatními uživateli, mohou si s nimi popovídat a navazovat sociální vztahy. Pokud je problémem nedostatečná kapacita jídelny, řešením by bylo vytvořit menší jídelny přímo na daném patře např. z nevyužitých pokojů.

➤ *Doporučení pro: SENIOR C Otrokovice – Domov se zvláštním režimem*

Při porušeném polykání mají klienti stravu mixovanou, kdy je vše smíchané dohromady. Vhodnější by byla úprava mleté stravy na talíři, kdy zvlášť je maso a zvlášť příloha, což působí vizuálně dobře a klienti tuto, i když mletou stravu, lépe přijímají. Toto řešení by mohlo být jednoduše realizováno, stačila by slovní domluva s kuchařem nebo jiným personálem, který má na starost vydávání obědů v zařízení, aby dbali na takovouto vhodnější úpravu jídla.

Bezpečnost klientů

- **Doporučení pro: Alzheimercentrum Zlín; Domov pro seniory Burešov, Zlín – Domov se zvláštním režimem; SENIOR C Otrokovice – Domov se zvláštním režimem**

Nedostatečný počet zaměstnanců na počet klientů v zařízeních. Aby byla zajištěna bezpečnost klientů, bylo by vhodné, aby byl na počet klientů dostatečný počet personálu. Zde je řešení v rukou vedoucích pracovníků jednotlivých zařízení, aby si sami prosadili zvýšení počtu osob na pracovišti a tím i zkvalitnili péči o klienty. Pokud je problém najít vhodné zaměstnance, je možné spolupracovat s Úřadem práce nebo vyvěsit inzeráty na k tomu určených internetových serverech. Dále je možné realizovat např. program pro absolventy středních nebo vysokých škol, kteří by měli určité výhody při nástupu do zařízení po absolvování školy. Mezi výhody by se dala zahrnout dotovaná doprava, zajištění levného ubytování nebo náborový příspěvek.

Hodnocení péče sestrami

- **Doporučení pro: Alzheimercentrum Zlín**

Sestry pro zlepšení péče sestry samy navrhnou pořízení více pomůcek pro práci s klienty jako např. zvedák, vozíky nebo polohovací pomůcky. Také by zde uvítaly přítomnost rehabilitační sestry.

- **Doporučení pro: Domov pro seniory Burešov, Zlín – Domov se zvláštním režimem**

Sestry pro zlepšení péče samy navrhnou přijetí více zaměstnanců, hlavně na pozici instruktovek a dále by zde přivítaly další rehabilitační sestru.

- **Doporučení pro: SENIOR C Otrokovice – Domov se zvláštním režimem**

Sestry samy navrhnou, aby byla omezena administrativní práce a mohly by více času trávit s klienty. Také by zde uvítaly rehabilitační sestru.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala specifiky v péči o klienty s demencí ve specializovaných zařízeních.

V teoretické části bakalářské práce je provedena literární rešerše dané problematiky, která je zpracována z dostupných zdrojů. Cílem této části bylo seznámení s problematikou demencí. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola obsahuje informace o demenci obecně, o jejím výskytu, příčinách, příznacích, stádiích, diagnostice a léčbě. Druhá kapitola pojednává o rozdělení demencí na jednotlivé typy. Třetí kapitola se zabývá specifiky v péči o klienty s demencí ve stanovených oblastech, kterými jsou vedení klientů k soběstačnosti, komunikace, bezpečnost, používání omezovacích prostředků, význam nutriční, rozpoznání bolesti a problémové chování a jeho řešení.

Praktická část měla za úkol srovnat tři specializovaná zařízení ve stanovených oblastech. Pro průzkumné šetření a vyhodnocení cílů bakalářské práce byla zvolena kvalitativní metoda průzkumu, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Soubor respondentů tvořilo devět registrovaných všeobecných sester, které pracují na daných pracovištích alespoň šest měsíců. V praktické části bylo vytvořeno šest cílů, které se vztahovaly ke zkoumaným oblastem. Těmito oblastmi byly aktivizační činnosti, výživa klientů, bezpečnost klientů, řešení situací, osobní komfort klientů a hodnocení péče sestrami.

Z výsledků šetření lze usoudit, že péče ve všech třech zařízeních je velmi kvalitní. Sestry mají výborné znalosti o specifikách v péči o klienty s demencí a snaží se na svých pracovištích poskytovat klientům co nejlepší péči.

Podrobnější vyhodnocení průzkumu je uvedeno v diskuzi práce.

V kapitole 7 Doporučení pro praxi byly odhaleny některé nedostatky, které byly při průzkumu identifikovány a se kterými se zařízení potýkají. U každého problému je nastíněno jeho možné řešení. Tato kapitola obsahuje i souhrn návrhů, které při rozhovorech zmínily samy sestry.

Práce na téma demence pro mě byla velkým přínosem. I když jsem už dříve měla určité znalosti o demenci, při psaní práce se vědění ještě více prohloubilo. Jsem také ráda, že se podařilo realizovat určité srovnání třech podobných pracovišť, protože práci na podobné téma jsem nikde nenašla. Doufám, že práce bude přínosná i pro daná zařízení, kde byl průzkum prováděn a ocení pohled na ně samotné „z druhé strany“.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace:

BARKER, Sue a Michele BOARD, 2012. *Dementia care in nursing*. 1st ed. London: Sage/Learning Matters. ISBN 978-0-85725-801-4.

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ, 2010. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2282-8.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-467-2.

BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X.

CALLONE, Patricia R, 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. české vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2320-4.

CARPEROVÁ, Jean, 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. 1. vydání. V Praze: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-194-4.

FRANKOVÁ, Vanda, 2009. *Paní Anežka má demenci: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-633-5.

GLENNER, Joy A, 2012. *Péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-86541-28-0.

JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK, 2004. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-268-4.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2608-3.

KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kazuistikách*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1491-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.

ONDRIÁŠOVÁ, Mária, 2011. *Kognitívne poruchy vo vyššom veku*. 1. vydání. Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89171-81-1.

ONDRIÁŠOVÁ, Mária, 2015. *Nekognitívna symptomatika pri demenciách vo vyššom veku*. 1. vydání. Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89631-36-0.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.

PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ, 2005. *Změny jednání seniorů*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-363-x.

PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

REGNAULT, Mathilde, 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.

VÁLKOVÁ, Lenka, 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5571-7.

VAVRUŠOVÁ, Livia, 2012. *Demencia*. 1. vydání. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0633-820.

Elektronické publikace a zdroje:

Domov se zvláštním režimem, © 2009. *SENIOR Otrokovice* [online]. Otrokovice [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://www.senior-otrokovice.cz/index.php?page=catal&group=30&recid=22&curr=0&lang=CZ>

Fotogalerie, © 2012 – 2016. *Domov pro seniory Burešov, p.o.* [online]. Zlín [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.dsburesov.cz/cz/sluzby/domov-se-zvlastnim-rezimem/Fotogalerie>

Fotogalerie Budovy C, © 2009. *SENIOR Otrokovice* [online]. Otrokovice [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://senior-otrokovice.cz/index.php?page=galery&group=52&cmd=3&lang=CZ>

GILLILLAND, Margaret, 2013. Dementia. *Journal of Practical Nursing* [online]. Silver Spring, 2013-02-22, **2010**(1): 9-15 [cit. 2016-01-02]. ISSN 00223867. Dostupné z: <http://search.proquest.com.proxy.k.utb.cz/docview/878223560?accountid=15518>

KROMBHOLZ, Richard, 2011. Nejčastější demence a jejich léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. **12**(3): 196-200 [cit. 2015-12-28]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/neu/2011/03/12.pdf>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, © 2008-2012. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha [cit. 2015-12-28]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Naše zařízení, © 2014. *Alzheimercentrum* [online]. Zlín [cit. 2016-03-13]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/nase-zarizeni/>

O službě, © 2012 – 2016. *Domov pro seniory Burešov, p.o.* [online]. Zlín [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.dsbaresov.cz/cz/sluzby/domov-se-zvlastnim-rezimem/o-sluzbe>

RUSINA, Robert a Radoslav MATĚJ, 2009. Vaskulární demence. *Neurologie pro praxi* [online]. **10**(4): 250-253 [cit. 2015-12-28]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/neu/2009/04/13.pdf>

SHEARDOVÁ, Kateřina, 2011. Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **12**(3): 126-128 [cit. 2016-03-06]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/psy/2011/03/11.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACE	Addenbrooský kognitivní test
ACH	Alzheimerova choroba
aj.	A jiné
a kol.	A kolektiv
apod.	A tak podobně
atd.	A tak dále
cca	Circa (přibližně)
cit.	Citováno
CMP	Cévní mozková příhoda
CRP	C-reaktivní protein
CT	Výpočetní tomografie
DLT	Demence s Lewyho tělísky
FTD	Frontotemporální demence
MID	Multiinfarktová demence
MMSE	Mini-mental State Examination (test pro zhodnocení kognitivních funkcí)
MoCA	Montrealský kognitivní test
MRI	Magnetická rezonance
např.	Například
PET	Pozitronová emisní tomografie
p.o.	Příspěvková organizace
s.	Strana
SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
tzv.	Takzvaný
VD	Vaskulární demence

z.ú. Zapsaný ústav

% Procento

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Budova Alzheimercentra (Naše zařízení, © 2014).....	102
Obr. 2 – Společenská místnost (Naše zařízení, © 2014)	102
Obr. 3 – Budova Burešova (Fotogalerie,	102
Obr. 4 – Jídelna (Fotogalerie, © 2012 – 2016).....	103
Obr. 5 – Budova SENIORu C (Fotogalerie Budovy C, © 2009)	103
Obr. 6 – Pokoj (Fotogalerie Budovy C, © 2009).....	103

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Označení respondentů.....	43
Tabulka 2 – Identifikační údaje	45

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Otázky k rozhovoru
- P II Žádost o umožnění provedení rozhovorů
- P III Testy a škály pro hodnocení kognitivních funkcí a bolesti
- P IV Problémy v oblasti soběstačnosti a jejich řešení
- P V Fotografie jednotlivých zařízení

PŘÍLOHA PI: OTÁZKY K ROZHOVORU

Identifikační údaje

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, jste registrová všeobecná sestra?
2. Kolik je Vám let, jak dlouho zde pracujete a jaká je celková délka Vaší praxe?

Aktivizační činnosti

3. Jaké aktivizační metody používáte na Vašem pracovišti?
4. Jakým způsobem vedete klienty k soběstačnosti v běžných denních činnostech?
5. Jaké akce pro klienty pravidelně pořádáte?

Výživa klientů

6. Stolují Vaši klienti společně v jídelně nebo samostatně v pokojích?
7. Jak upravujete stravu klientům, kteří mají poruchu polykání?
8. Vedete záznamy o příjmu potravy a pití u každého klienta a případně jakým způsobem tyto informace zaznamenáváte?

Bezpečnost klientů

9. Jak je Vaše zařízení zabezpečeno proti odchodu klientů?
10. Myslíte si, že je na počet klientů dostatečný počet personálu?
11. Používáte omezující prostředky, a pokud ano, o jaké se jedná? *Poznámka: Postranice postele nejsou považovány za omezující prostředek.*

Řešení situací

12. Jak řešíte situaci, kdy klient odmítá užít léky?
13. Konzultujete s lékařem/lékařkou změnu medikace, pokud si myslíte, že zvolená léčba není pro klienta vhodná (např. zdá se vám příliš utlumený nebo se u něj střídají různé nálady)?
14. Jak uklidníte agresivního klienta?
15. Jak poznáte na klientovi, že ho něco bolí?

Osobní komfort klientů

16. Jakým způsobem klienty oslovujete?

17. Kolik klientů je na jednom pokoji?

18. Mohou mít klienti na pokoji vlastní nábytek, fotografie nebo jiné předměty?


Hodnocení péče

19. Myslíte si, že poskytujete kvalitní péči, která má kladný vliv na klienty?

20. Co negativně ovlivňuje péči o klienty?


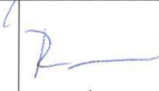
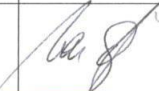
21. Co byste navrhovala pro zlepšení péče o klienty?

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PROVEDENÍ ROZHOVORŮ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PROVEDENÍ ROZHOVORŮ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění provedení rozhovorů na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra, prezenční forma studia.

Jméno a příjmení studenta	Petra Stodůlková		
Téma bakalářské práce	Specifika péče o klienty s demencí ve specializovaných zařízeních		
Vedoucí bakalářské práce	Ing. Helena Nováková podpis		
Skupina respondentů	Všeobecné sestry		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
Alzheimercentrum Zlín, Růmy 1393, Zlín	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Domov pro seniory Burešov, p.o., Burešov 4884, Zlín	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Senior Otrokovice, p.o., K.Čapka 1615, Otrokovice	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10-03-2016

Domov pro seniory Burešov
příspěvková organizace
Burešov 4884, 760 01 Zlín
IČO: 708 510 42
tel. 577 453 853, fax: 577 226 029



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

příspěvková organizace
K. Čapka 1615
765 01 Otrokovice
IČO: 600 444

Alzheimercentrum Zlín z.ú.
Růmy 1393
760 01 Zlín
IČO: 034 61 891

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Porozumění (sdělený třístupňový příkaz):

"Vezměte tento papír do vaší pravé ruky,
přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama
a položte na zem".

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

Porozumění (písemný jednostupňový povel):

ZAVŘETE OČI

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. PSANÍ

Napsání věty

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

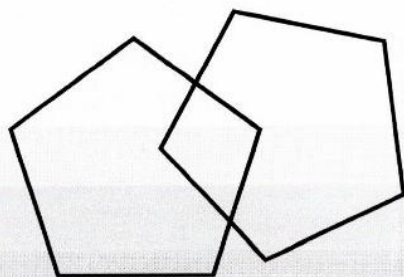
10. OBKRESLOVÁNÍ

Obkreslení předlohy průniku dvou pětiúhelníků

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

CELKOVÉ SKORE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

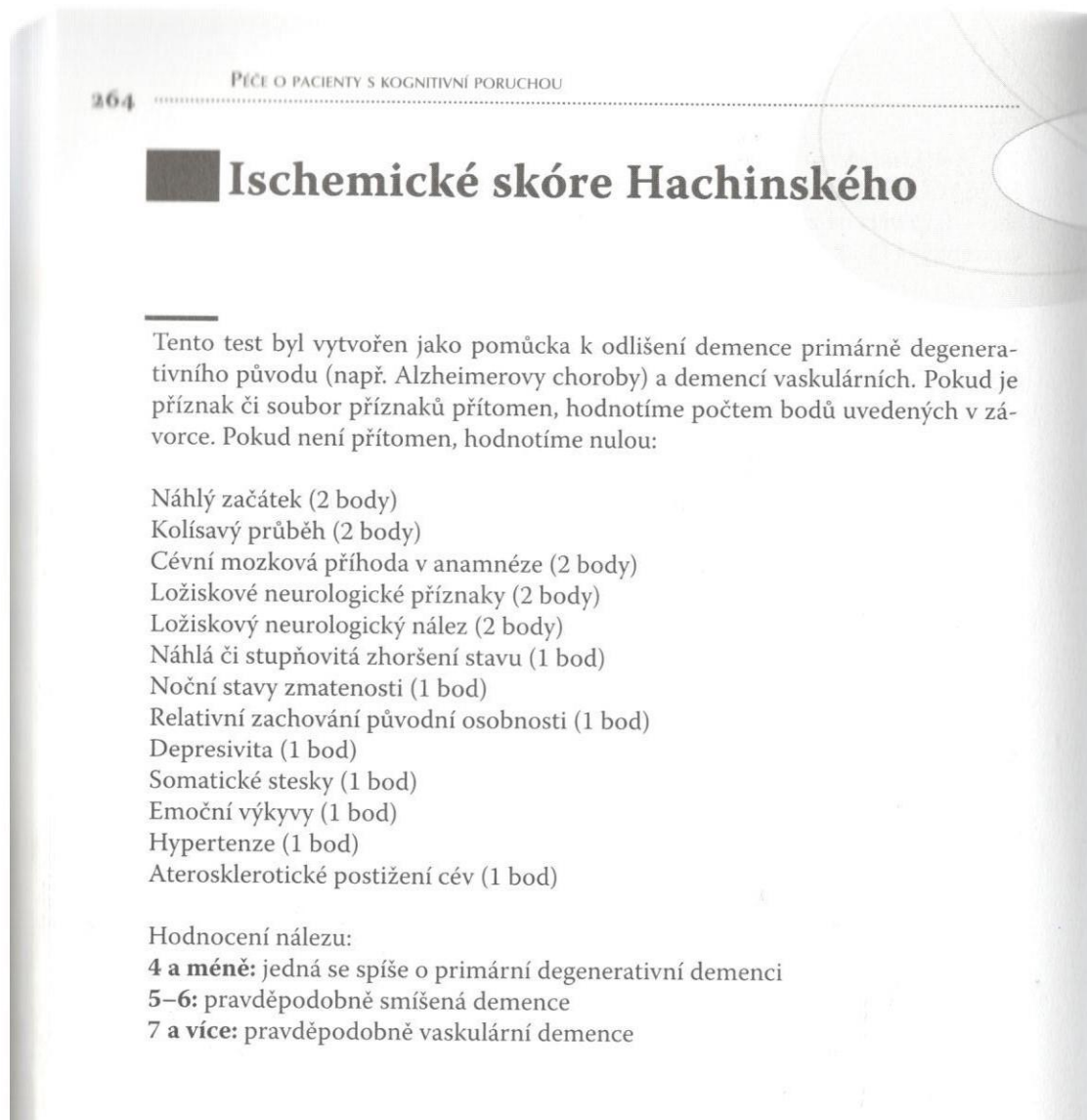


ZAVŘETE OČI

2) Test hodin:

Skóre	Popis	Příklady
1	<p>Bezchybné provedení:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ číslice 1–12 ve správném pořadí i místě ■ dvě ručičky ve správné poloze 	
2	<p>Lehká prostorová chyba ciferníku hodin:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrné ■ číslice mimo kruh ■ otočení papíru s otočením číslic ■ použití pomocných čar pro lepší orientaci 	
3	<p>Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ pouze jedna ručička ■ čas zaznamenán slovně „10 hodin, 10 minut“ ■ čas vůbec nezaznamenán 	
4	<p>Střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenání času není možné:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nepravidelné mezery ■ zapomenutí čísel ■ perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 ■ záměna pravý-levý (čísllice proti směru) ■ dysgrafie – chybějí čitelné číslice 	
5	<p>Těžká prostorová dezorganizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 	
6	<p>Chybí zakreslení hodin (cave: vyloučit depresi/delirium):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ žádný pokus zakreslit hodiny ■ ani vzdálená podobnost s hodinami ■ napsáno slovo nebo jméno 	

3) Hachinského ischemické skóre:



(Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 264)

4) Škála pro hodnocení bolesti u pokročilé demence (PAINAD):

	0	1	2	Počet bodů
Dýchání (nezávislé na vokalizaci)	Normální	Občasné namáhavé dýchání Krátká období hyperventilace	Hlučné ztížené dýchání Dlouhá období hyperventilace Cheyne-Stokes dýchání	
Bolestivá vokalizace	Žádná	Občasný sten nebo zaúpění Normální negativní nebo odmítavá řeč	Opakované utrápené volání Hlasité sténání nebo úpění Pláč	
Výraz obličeje	Úsměv nebo neutrální	Smutný Vyděšený Zamračený	Bolestivé grimasy	
Řeč těla	Relaxovanost	Napjatost Utrápená chůze Neklidnost	Strnulost Sevřené pěsti Kolena přitážená k tělu. Tahání nebo odtlačování Udeření	
Utěšování	Není nutné	Rozptýlený nebo uklidněný hlasem nebo dotekem	Není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
Součet				

PÉČE O PACIENTY S KOGNITIVNÍ PORUCHOU	PÉČE O PACIENTY S KOGNITIVNÍ PORUCHOU
<p>Definice bodů</p> <p>Dýchání</p> <ol style="list-style-type: none"> Normální dýchání je charakterizováno snadným, tichým a rytmickým dýcháním. Občasné namáhavé dýchání je charakterizováno epizodickými intervaly drsného, obtížného nebo vyčerpávajícího dýchání. Krátká období hyperventilace jsou charakterizována intervaly rychlých, hlubokých dechů trvajících krátkou dobu. Hlučné ztížené dýchání je charakterizováno pavyky při dýchání, nádechu nebo výdechu. Pavyky mohou být hlasité, klokotavé, sípavé. Zdájí se být obtížné a únavné. Dlouhá období hyperventilace je charakterizováno přílišnou rychlostí a hloubkou dýchání trvajícím podstatnou dobu. Cheyne-Stokesovo dýchání je charakterizováno rytmickou změnou dýchání od hlubokého do velmi povrchního s obdobími apnoe (zástavy dýchání). <p>Negativní vokalizace</p> <ol style="list-style-type: none"> Žádná je charakterizována řečí nebo vokalizací, která zní neutrálně nebo mile. Občasný sten je charakterizován truchlivými zvuky nebo mumláním, kvílením nebo bédováním. Úpění je charakterizováno bezděčnými neartikulovanými zvuky, které často náhle začnou a přestanou. Normální negativní nebo odmítavá řeč je charakterizována málo hlasitým mručením, mumláním, skučením nebo klením, které zní jako stěžování, je sarkastické nebo jízlivé. Opakované utrápené volání je charakterizováno opakováním frází nebo slov způsobem, který naznačuje úzkost, neklid nebo utrpení. Hlasité sténání je charakterizováno truchlivými nebo mumlavými zvuky, sténáním nebo hořekáním daleko hlasitějším než normální hlas. Hlasité úpění je charakterizováno bezděčnými neartikulovanými zvuky, které často náhle začnou a přestanou a jsou hlasitější než obvykle. Pláč je charakterizován výrazy citů spojenými se slzami. Pláč může být se zlykáním nebo jenom tiché plakání. <p>Výraz obličeje</p> <ol style="list-style-type: none"> Úsměv nebo neutrální. Úsměv je charakterizován zvýšením koutků úst, rozjasněním očí a výrazem požitku nebo spokojenosti. Neutrální výraz odpovídá volnému, relaxovanému nebo bezvýraznému obličeji. Smutný výraz je charakterizován nešťastným, osamělým, truchlivým nebo deprimovaným obličejem. 	<ol style="list-style-type: none"> Vyděšený výraz je charakterizován výrazem strachu, poplachu nebo zvýšené úzkosti. Oči jsou doširoka otevřené. Zamračený výraz je charakterizován snížením koutků úst. Také může být spojený se zvýšenou vráscitostí čela a kolem úst. Bolestivé grimasy jsou charakterizovány deformovaným a sklíčeným výrazem. Celá oblast okolo úst jsou více vráscité. Oči mohou být pevně zavřené. <p>Řeč těla</p> <ol style="list-style-type: none"> Relaxovanost je charakterizována klidným, odpočívajícím, uvolněným vzezřením. Osoba vypadá bezstarostně. Napjatost je charakterizována napjatým, úzkostlivým nebo ustaraným vzezřením. Čelist může být sevřená (nezpůsobená kontrakturou). Utrápená chůze je charakterizována aktivitou, která se zdá nevyrovnaná. Může mít také ustrašené, ustarané nebo rozrušené prvky. Tempo může být pomalé nebo rychlé. Neklidnost je charakterizována neposedným chováním. Může zahrnovat kroucení nebo vrtění na židli. Osoba může posouvat židli přes pokoj. Možno pozorovat opakované dotyky, tahání nebo tření částí těla. Strnulost je charakterizována ztuhnutím těla. Paže nebo nohy jsou tuhé a neohybné. Trup se může zdát přímý a nepohnutelný (nezávisle na kontrakturách). Sevřené pěsti jsou charakterizované pevně sevřenými rukama. Mohou být opakovaně otevřeny a zavřeny nebo jen drženy zavřené. Kolena přitážená k tělu jsou charakterizována ohnutím nohou a přitážením kolen ke hrudníku. Celkově utrápená police (nezávisle na kontrakturách). Tahání nebo odtlačování je charakterizováno bráněním při dotyku nebo provádění péče. Osoba se snaží uniknout vytrhnutím nebo vykroucením nebo odstrkuje pečovatele. Udeření je charakterizováno uhozením, kopnutím, uchopením, kousnutím nebo jinými formami osobního útoku. <p>Utěšování</p> <ol style="list-style-type: none"> Není nutné je charakterizováno pocitem pohody. Osoba vypadá spokojená. Rozptýlený nebo uklidněný hlasem nebo dotekem je charakterizováno změnou chování, když je osoba oslovena nebo se jí někdo dotkne. Chování přestane během interakce a nic neukazuje, že by byla rozrušena. Není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit je charakterizováno neschopností utěšit osobu nebo zastavit její chování slovy nebo skutkem. Žádné množství utěšování, slovního nebo fyzického, neumírní chování.

PŘÍLOHA P IV: PROBLÉMY V OBLASTI SOBĚSTAČNOSTI A JEJICH ŘEŠENÍ

PROBLÉM	MOŽNÉ ŘEŠENÍ
MOBILITA	
Problémy s chůzí, stabilitou	Boty s pevnou patou, použití vhodných pomůcek (lépe čtyřbodových – např. čtyřbodová hůl – kozička, chodítko, popř. vycházková hůl, francouzské berle atd.)
Obtížné vstávání ze židle	Nácvik správného stereotypu – sunout hýždě vpřed až k okraji židle, přenést těžiště těla dopředu a švihem se postavit
Nejistota při sedání na židli	Nácvik správného stereotypu – před posazením si stoupnout až těsně k židli tak, aby se nohy vzadu dotýkaly sedadla
Obtížné vstávání z lůžka	Nácvik správného stereotypu – nejprve se přetočit na bok, pak se pomalu posadit vzepřením se na ruku, dolní končetiny nechat volně viset z lůžka, chvíli posedět (kvůli ortostatické hypotenzi), pak teprve pomalu do stoje
SOBĚSTAČNOST – HYGIENA	
Obavy z koupání, nechuť	Koupele provádět v takové době, kdy je klient zvyklý a kdy je ke koupeli ochoten, připravit všechny věci potřebné ke koupeli předem
Uklouznutí, pády v koupelně	Protiskluzový povrch vany, protiskluzová podložka vedle vany
Obtížné vstávání a přesuny z vany a do vany	Sedačka do vany nebo sklopné prkno, popř. hydraulický zvedák
Inkontinence	Podle stupně pokročilosti inkontinence buď mikční režim (pravidelné vyzývání klienta k použití WC v intervalech cca 1–2 hodiny), nebo mikční režim + použití menších vložných, tzv. jisticích plen, v další fázi použití kalhotek typu „PANTS“, které se navlékají jako běžné kalhotky, takže klient může i sám užívat WC, kdykoli to potřebuje (nevýhoda – v teplých dnech možné zapaření a opruzeniny), v poslední fázi použití běžných plenkových kalhotek
Potíže při výměně pomůcek na inkontinenci u chodících klientů a hygieně po použití WC u nesoběstačných klientů	Využití madel, ke kterým si klient stoupne čelem a přidrží se, personál zatím provede hygienu – využití jednorázových žíněk, čisticích sprejů, aby se při provádění hygieny nezašpinilo i oblečení, je výhodné pro snazší manipulaci např. sukně nebo jiné delší oděvy kolíčkem připevnit k hornímu okraji

Obtížné vstávání z WC	Využití nástavce na WC a madel na přidržování
Dezorientace (klient nemůže najít WC)	Označení WC jasnými barvami, velkými písmeny, popř. obrázkem, umístění WC nedaleko hlavní denní místnosti
Obtížná manipulace s vodovodními kohoutky	Páková baterie nastavená na vlažnou teplotu
SOBĚSTAČNOST – OBLÉKÁNÍ	
Problémy s následností jednotlivých kusů oblečení	Nachystat oblečení v tom pořadí, v jakém si je má klient obléci
Problémy se složitějším zapínáním oděvů	Využít spíše oděvů, které se oblékají přes hlavu, popř. na velké knoflíky, kalhoty raději na gumu, pokud poklopec, tak aby kalhoty byly takové velikosti, aby už nebyl zapotřebí pásek ani kšandy (manipulace s nimi zdržuje při nutkové potřebě klienta použít WC), podprsenku raději na zapínání vpředu, boty na suchý zip, využití dlouhých lžící na boty, v žádném případě na klienta při oblékání nespíchat
SOBĚSTAČNOST – JÍDLO	
Dlouhá doba jídla	Využití mikrovlnné trouby, aby klienti neměli jídlo studené
Klient neudrží hrnek	Využití brčka nebo plastového hrnečku s náústkem
Problémy při použití příboru	Využít přizpůsobených příborů, kde je usnadněn úchop (rukojeti jsou silnější a měkčí, např. z pěnové gumy), lépe jíst ve skupině, kde klient vidí, jak jedí ostatní, pokud příbor již nelze použít, upravit jídlo na malé kousky a nabídnout lžící (popř. upravenou „zahnutou“ lžící, kterou se jídlo lépe dostane do úst – bývají zahnuté různě pro leváky i praváky), nabízet jídlo, které se běžně jí rukama, až teprve v poslední fázi krmení personálem, vždy zachovávat důstojnost starého člověka
Problémy s chrupem	Nabízet mletou a kašovitou stravu

JINÉ	
Užívání léků	Krabičky s oddělenými přihrádkami, kde každá přihrádka jde otevřít samostatně (aby se léky nepomíchaly), dohled a kontrola, drcení léků a podávání na lžičce s nějakou tekutinou, popř. zamíchání rozdrcených léků do malého množství jídla (pokud klient léky zcela rezolutně odmítá)
Telefonování	Tlačítkový telefon s pamětí a výrazně označenou legendou k číslům v paměti
Jednoduché vaření	Vyndat si na kuchyňskou linku všechny potřebné přísady i všechno kuchyňské náčiní potřebné k vaření, aby klient na nic nezapomněl
Plánování činností	Velký a přehledný diář
Obsluha různých přístrojů v domácnosti	Jednoduchý a podrobně popsany „návod“

(Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 145 – 147)

PŘÍLOHA P V: FOTOGRAFIE JEDNOTLIVÝCH ZAŘÍZENÍ

1) Alzheimercentrum Zlín



Obr. 1 – Budova Alzheimercentra (Naše zařízení, © 2014)



Obr. 2 – Společenská místnost (Naše zařízení, © 2014)

2) Domov pro seniory Burešov, Zlín – Domov se zvláštním režimem



Obr. 3 – Budova Burešova (Fotogalerie, © 2012 – 2016)



Obr. 4 – Jídelna (Fotogalerie, © 2012 – 2016)

3) SENIOR C Otrokovice – Domov se zvláštním režimem



Obr. 5 – Budova SENIORu C (Fotogalerie Budovy C, © 2009)



Obr. 6 – Pokoj (Fotogalerie Budovy C, © 2009)