

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**EDUKACE PEČUJÍCÍCH OSOB O ALZHEIMEROVĚ
CHOROBĚ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KAMILA NEVRKLOVÁ, Dis.

Praha, 2015

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**EDUKACE PEČUJÍCÍCH OSOB O ALZHEIMEROVĚ
CHOROBĚ**

Bakalářská práce

KAMILA NEVRKLOVÁ, Dis.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PaedDr. Bianka Rolníková, PhD.

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

Nevrklová Kamila
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

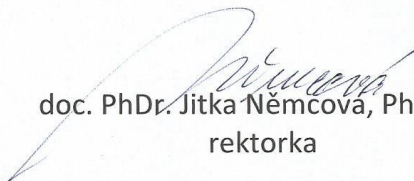
Edukace pečujících osob o Alzheimerově chorobě

The Education of Caring Persons about Alzheimer Disease

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Bianka Rolníková, PhD.

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 5. 2015

podpis

ABSTRAKT

NEVRKLOVÁ, Kamila. *Edukační proces u pečujících osob o Alzheimerově chorobě*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PaedDr. Bianka Rolníková, PhD. Praha 2015. 62 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je edukace pečujících osob o péči v případě Alzheimerovy choroby. Cílem je zpracování edukačních karet, které pomohou usnadnit péči o tyto osoby. Materiál je určen pro pečující osoby, laickou veřejnost a pečovatele ve zdravotnických nebo sociálních službách.

Teoretická část v první kapitole popisuje definici, příznaky, diagnostiku a léčbu Alzheimerovy demence. V další kapitole jsou nastíněny specifika péče, především zvláštnosti projevů demence a jejich řešení.

Praktická část je zaměřena na edukaci dvou osob, které si chtějí brát svou matku na dovolenku ze sociálního zařízení, kde momentálně působí. Cílem edukace je informovat pečující o inkontinenci a aplikaci inkontinenční pomůcky, o bezpečnostních prvcích, problémovém chování jedince a jeho řešení.

Klíčová slova

Edukace. Alzheimerova demence. Pečovatelé.

ABSTRACT

Nevrklová, Kamila. Educational process for caregivers of Alzheimer's disease. College of Nursing, ops, Level Qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: PaedDr. Bianka Rolníková, PhD. Prague 2015. 62 p.

The main theme of this thesis is the education of caregivers about caring for Alzheimer's disease. The goal is processing educational cards to help facilitate their care. The material is intended for caregivers, caregivers and the general public in health or social services.

The theoretical part of the first chapter describes the definition, symptoms, diagnosis and treatment of Alzheimer's dementia. The next chapter outlines the specifics of care, especially peculiarities of dementia symptoms and their solutions.

The practical part is focused on the education of two people who want to take his mother to leave the toilets, where he currently works. The aim of education is to inform caring for incontinence and application of incontinence products, their safety features, problem behavior of individuals and their solutions.

Keywords

Education. Alzheimer's dementia. Carers.

PŘEDMLUVA

Alzheimerova demence, tak zní téma této práce. A důvod výběru? Od dob studií na střední zdravotnické škole moje zájmy více inklinují ke starým nemohoucím pacientům. Raději pracuji s lidmi, kteří mají část svého života už za sebou, něco prožili. Nevím, jaký přesný pohnutek mě vede k tomu, abych působila mezi staršími spoluobčany, ale vidím v mém počínání smysl.

Při dokončování studií na VOŠ jsem zpracovala diplomovou práci na téma Vzdělávací možnosti seniorů. Po obhajobě, kdy mi bylo sděleno, že jsem splnila podmínky pro ukončení studií, mě zaujala otázka vedoucí komise. „*Kde budete pracovat?*“ Jelikož jsem životopisy dosud nerozeslala a nabídky nebyly v dohledu žádné, přesto jsem odpověděla. „*V domově pro seniory nebo v léčebně pro dlouhodobě nemocné.*“ Moje odpověď vyplula na povrch. Ať už to byla část mého podvědomí nebo šestý smysl, řekla jsem pravdu. Do měsíce jsem dostala nabídku na práci v domově pro seniory v Šanově. V malebném prostředí v koutku jižní Moravy stojí tři domovy, kde poskytujeme péči seniorům a osobám trpícím Alzheimerovou demencí.

Je potřeba uvést ještě další důvod? Možná pouze to, že Alzheimerova demence je stále aktuálnější a důvody proč vzniká, nejsou stále jasné. Se zkvalitňováním zdravotních služeb narůstá počet seniorů, kteří se dožívají vyššího věku a tím úměrně stoupá i křivka nemocných s Alzheimerovou demencí. Existuje mnoho nemocí, ale tato je snad nejagresivnější vůči lidským vztahům. Zapomenout na pohlazení od své první lásky. Zapomenout na první krůčky svého dítěte. Zapomenout na slzy štěstí v očích vlastní dcery, když se vdala. To je kruté vůči lidskému srdci. Některé rodiny nechtějí cítit bolest a oprostí se ze začarovaného kruhu tím, že umístí svého rodiče do sociálního zařízení. Pak je úkolem personálu nahradit takovým lidem domov a zajistit, aby emocionálně neprahli. Moje důvody pro zvolené téma tedy nebyly pouze interesantnost tématu, ale i její emocionální zvláštnost a její působení na lidi. Edukací jsem chtěla zmenšit propast, kterou demence v rodině vytvořila.

Edukační proces je ve zdravotnictví dnes rozšířenou záležitostí, která se děje na poli nemocnice i veřejných místech. Klíčovým prvkem každé edukace je prolomit jedinou bariéru. Nevědomost. Pokud edukované osoby nejeví zájem o informace, už jenom prvotní impulz stačí k prolomení. Slyší jméno problematiky, vědí, jak se jmenuje. I taková maličkost mnohdy stačí. Dnešní doba přeje informacím a najít si další

podklady o problematice si jedinec může klidně sám. Důležité je, že dostal první podnět. Proto nelituji, pokud jsem u někoho nebyla úspěšná. Možná pro tohoto člověka ještě nenastal správný čas, aby tyto informace přijal.

Přesto je stále větší podíl těch, které edukace ovlivní a zapůsobí na ně přesně tak, jak jsem si stanovila v cílech. Mohu s potěšením konstatovat, že edukace v této práci je tento případ. Zaměřila jsem se na ošetrovatelské problémy, které vplynuly ze vstupního dotazníku edukovaných osob.

Podklady pro práci jsou čerpané převážně z knižních zdrojů a praxe. Práce se vztahuje na ošetrující personál a pečující rodinné příslušníky. Využití zde mohou najít i diplomované všeobecné sestry.

OBSAH

ÚVOD	13
1 ALZHEIMEROVA CHOROBA	15
1.1 Patofyziologie a rozdělení demencí	15
1.2 Stupně Alzheimerovy demence.....	16
1.3 Symptomatologie	16
1.3.1 Kognitivní oblast.....	17
1.3.2 Psychologická oblast.....	17
1.3.3 Oblast soběstačnosti	18
1.4 Etiologie	18
1.5 Diagnostika	19
1.5.2 Specifická anamnéza	20
1.5.3 Fyzikální vyšetření	21
1.5.4 Laboratorní vyšetření.....	21
1.5.5 Vyšetření kognitivních funkcí	21
1.5.6 Přístrojové vyšetřovací metody	22
1.6 Léčba	22
1.6.1 Inhibitor acetylcholinesterázy	23
1.6.2 Parciální antagonisty NMDA receptorů	23
1.6.3 Podpůrná terapie	23
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	24
2.1 Péče o nemocného v domácím prostředí.....	24
2.1.1 Možnosti finanční podpory.....	24
2.2 Pomocné služby	25
2.3 Domovy pro seniory se zvláštním režimem.....	25
2.4 Zajištění biologických potřeb.....	26
2.5 Zajištění psychických potřeb.....	28
2.6 Zajištění sociálních potřeb	29
3 EDUKACE	31
3.1 Edukační determinanty.....	31
3.2 Rozdělení edukace	31
3.3 Formy a metody edukace	32

3.4	Edukační cíle	33
3.5	Edukační proces	33
4	EDUKAČNÍ PROCES U PEČUJÍCÍCH OSOB O KLIENTKU S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	34
4.1	Posuzování – první fáze	34
4.2	Diagnostika - druhá fáze	42
4.3	Plánování – třetí fáze.....	42
4.4	Realizace - čtvrtá fáze	44
4.5	Vyhodnocení – pátá fáze	56
5	Doporučení pro praxi.....	58
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
	SEZNAM PŘÍLOH.....	I

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anosognozie – nemocný si nepamatuje, že má potíže

Diabetes mellitus – úplavice cukrová, lidově nazývaná cukrovka

Kolonoskopické – vyšetření tlustého střeva sondou

Malnutrice – porucha výživového stavu z nedostatku nebo přebytku živin

Obezita – nadměrný příjem jídla

Premorbidní – stav pacienta před vypuknutím nemoci

Progrese – zhoršení zdravotního stavu

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AD – Alzheimerova demence

CT – počítačová tomografie

EEG – elektroencefalograf

EKG – elektrokardiograf

Et al. – et alii neboli latinské označení, pro kolektiv autorů

MMSE – Mini Mental Test Examination

MR – magnetická rezonance

Např. - například

PET – pozitronová emisní tomografie

RTG – rentgenové vyšetření

SPECT – pozitronová emisní tomografie

ÚVOD

Třetí tisíciletí se vyznačuje populační explozí seniorů. Vizí nového věku je zkvalitňování života a prodloužení aktivních let. V poslední době se snaží senioři svůj život obohatit o nové věci a zážitky. Někomu se však tyto možnosti pomaličku uzavírají a svá splněná nesplněná přání se ztrácí v temnu zapomnění. Přichází potichu Alzheimerova demence. Tichý zloděj, který bere vše. Vzpomínky, radosti, zklamání, zážitky, ukazuje klamné pocity a hlavně krade lidské vazby. Ničí pouta mezi lidmi, kteří s tímto člověkem žili celý život, a zasazuje bolestné rány do srdcí blízkých.

Paměť a učení jsou nejstarší funkce jako lidstvo samo a přirozeností člověka je tyto funkce využívat. S demencí však jedinec ve „zlatém“ věku nemůže svůj vlastní blahodárny potenciál nijak rozvíjet pouze udržovat. Senioři jsou skupinou, u které dochází k postupné degeneraci po všech bio-psycho-sociálních stránkách, patří to totiž k přirozenému procesu stárnutí. S „tichým zlodějem“ přichází tyto procesy mnohem dříve.

Bakalářská práce je zaměřena na edukaci pečujících osob o Alzheimerově chorobě. Edukace jako taková nabyla významu důležitosti v posledních letech. Informace, které předáváme našim pacientům a laické veřejnosti musí být ucelené, vyhraněné a jasné bez odborných termínů. Edukace znamená lepší budoucnost. Jak jinak vylepšit vyhlídky do budoucna? Prevencí. Prevencí, kterou poskytneme informacemi. Byť se to zdá neuvěřitelné v životě existují dva důležité artikly. Informace a čas. Pro obojí, lidstvo vyvedlo už mnoho psích kusů. Informace přetvářejí lidskou osobnost. Proto je úkolem člověka informace přijmout, vytřídit a ponechat si v paměti pouze ty, které mu budou užitečné a využít ve správný čas. Nyní žijeme v době expanze informací. Denně se na nás valí hromada dat, která už nestíháme pojmout. Bereme si ty, které nám přijdou užitečné.

Šance na působení veřejnosti a našich pacientů navyšujeme edukací a rozšiřováním edukačních materiálů. Navyšováním počtu edukovaných, zvyšujeme šance na realizaci preventivních programů a zdravější populace.

Jednoznačně je problematika Alzheimerovy demence současný problém a záleží pouze na společnosti a na nás samotných, jak se ke stárnutí a její kvalitě postavíme my sami.

Klasik praví „*Stárnout, to je kumšt*“. Umět zestárnout, se musí umět. Nikdo z nás by se neměl stavět zády ke stárnoucí populaci. Jsou součástí naší společnosti, ale i nás samotných. Stáří je zrcadlo naší budoucnosti, tak je smutné, když si někdo myslí, že stáří není součástí jeho života. Mladí je prchavé a krása pomíjivá, jediné co zůstává, je naše vnitřní podstata, to co doopravdy jsme. Přicházíme na tuto skutečnost, až když přijde a je tady. Udržet si vědomí vlastního já, je nejlepší investicí jakou může každý z nás udělat. Proto by se každý měl chovat tak, jak by chtěl, aby se k němu chovali ostatní, když bude trpět Alzheimerovou demencí – tichým zlodějem.

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerovu nemoc objevil německý lékař Alois Alzheimer. Patří do skupiny demencí a v České republice v současné době postihuje zhruba 143 tisíc jedinců (TRACHTOVÁ, 2014).

Jedná se o atroficko-degenerativní chorobu mozku, která zhoršuje značnou část kognitivních funkcí (RYSKA, BOTÍKOVÁ, 2011). Nastupuje nenápadně a nejčastěji postihuje kategorii seniorů. Nárůst této choroby se progresivně zhoršuje a postihuje i mnohem mladší ročníky než jsou senioři. Zpočátku se hovoří o kognitivní poruše, kdy jsou narušeny sektory - vnímání, pozornosti, paměti, myšlení a intelektu.

1.1 Patofyziologie a rozdělení demencí

Alzheimerova demence se vyznačuje především plíživým nástupem a podchytit počáteční projevy je takřka nemožné, protože se jedná o symptomy, které se projevují ve standardních mezích. Na mozku dochází k tvorbě plaků z beta-amyloidu a tau-proteinu. Beta-amyloid v podstatě obaluje dendrity a způsobuje špatné vyhodnocování vjemů, případně neuskuteční přenos vjemu vůbec. Tato patologická bílkovina se ukládá a zároveň ničí jiné bílkoviny. Demence probíhá jako atroficko-degenerativní proces. S postupem nemoci jsou atrofie znatelnější na snímcích magnetické rezonance. Atrofie postihuje především oblast frontotemporální (JIRÁK, HOLMEROVÁ, et al. 2009).

Vaskulární demence vzniká jako důsledek onemocnění oběhového systému. Jedná se především o mnohočetné nebo masivní mozkové infarkty. V důsledku nedostatečného zásobení krve kyslíkem je postižená oblast nefunkční nebo s omezenou funkcí.

Demence Lewyho tělísky se vyznačuje halucinacemi a poruchou pozornosti. Velmi často tato demence koreluje s Parkinsonovou chorobou, dochází často ke kombinaci více demencí a označují se jako smíšené.

Demence Pickovy choroby má zhruba 3% výskyt a projevuje se změnou osobnosti, poruchami řeči a nálad. Není však přesně jasné, proč vznikají.

Další patofyziologie u zbývajících demencí jsou různorodé. Existují alkoholového typu nebo infekčního. Všechny demence však mají společného jmenovatele – postupnou degeneraci nervových buněk (STOLZE, 2014).

1.2 Stupně Alzheimerovy demence

- I. Počáteční stupeň se vyznačuje zhoršenou vštípivostí, uchováním a vybavením informací. Pro začátek se porucha projeví pouze v kognitivní oblasti. Jedinec má zachovanou soběstačnost a při diagnostice nemusí být na snímcích z magnetické rezonance ještě rozpoznatelná mozková atrofie. Ve výsledku MMSE¹ testu jedince dosahuje bodového rozmezí 24-18 bodů.
- II. Středně pokročilý stupeň je charakteristický vybavením si vzpomínek z dávné minulosti, objevuje se dezorientace místem a časem. Začínají se projevovat deficity v soběstačnosti a jedinec potřebuje dohled a dopomoc v činnostech, které nezvládá. V testu MMSE se bodové hodnocení projevuje mezi 7-6 body.
- III. Těžký stupeň se projevuje ztrátou paměti, na snímcích magnetické rezonance jsou viditelné markantní mozkové atrofie. Pacient není schopen si zapamatovat ani se učit nové informace. Potřebuje zpravidla komplexní ošetrovatelskou péči v oblasti soběstačnosti. Výsledek MMSE testu je 0-5 bodů (NIKOLAI, VYHNÁLEK et al., 2013).

1.3 Symptomatologie

Příznaky u Alzheimerovy demence, jak je uvedeno výše, mají plíživý a nenápadný nástup. První úder zasadí psychické stránce a v konečné fázi ochromí i fyzickou část.

¹ Mini Mental State Examination, viz příloha A

1.3.1 Kognitivní oblast

Prvním varovným symptomem je porucha paměti. Zpočátku se projevuje nenápadně, ztracené klíče, zapomenutá schůzka a později pacient nepoznává známé lidi a předměty. Zapomíná některé úseky svého života nebo, kde bydlí (GENOVÁ, 2009).

S tím souvisí porucha orientace. Problémy s orientací v čase. V pokročilých fázích pacient není schopen správně určit datum, rok nebo roční období. Mnohočetná bývá noční dezorientace, ve dvě hodiny ráno si jedinec myslí, že musí jít do práce nebo že se v době oběda bude podávat večeře. Ztráta orientace v prostoru bývá nebezpečná, pacient se vydá na procházku v místě svého bydliště a zapomene, kudy vede cesta domů. Zabloudit je obzvlášť rizikové v zimních měsících, kdy je senior ohrožen podchlazením. Dementní pacient se nedokáže zorientovat ani ve svém domácím prostředí, při hledání nádobí ve vlastní kuchyni hledá v jiných skříňkách a myslí si, že někdo všechno přestěhoval.

Dále se mění chápavost, myšlení a úsudek. Jedinec nedokáže správně zhodnotit situaci a přijmout vjemy okolí. Například zubní kartáček se snaží použít na odemykání dveří. Existuje, zde také velké riziko sebepoškození, například v podobě zapnutého plynu na vařiči v kuchyni.

Porucha exekutivních funkcí souvisí s organizováním a řešením problémů. Tyto funkce jsou velmi ovlivňovány předchozími zkušenostmi s řešením problémům, které jsou bohužel u dementního pacienta zapomenuty. Ztěžují vyhodnocení vzniklé situace.

Demence narušuje i oblast řeči. Porucha řeči je zpočátku postižena zhoršenou výbavností slov. Později se komunikace stává problematičtější, pacient mluví nesouvisle, neodpovídá přiléhavě, opakuje neustále dokola tutéž větu nebo nekomunikuje vůbec. Z hlediska zdravotních potíží se od pacienta těžko zjišťuje, co ho přesně trápí.

Apraxie neboli porucha zručnosti se projevuje v pokročilých stupních demence. Pacient neví, jak má zacházet s předměty, které běžně užíval. Například žena, která pracovala celý život jako kuchařka, neví, jak zapnout troubu nebo k čemu se používá vařečka.

1.3.2 Psychologická oblast

Při demenci dochází ke změně osobnosti a mění se povahový profil jedince. Projevuje se změnou nebo útlumem zájmů, osobních preferencí dále emoční labilitou -

agresivitou, plačtivostí nebo apatií. Může nastat změna i v sexuální stránce, obnažování na veřejnosti nebo obtěžování, což může být později vyhodnoceno, jako trestná činnost. Mění se osobnost pacienta může přinést změnu hygienických návyků nebo jiných společenských rituálů, na něž jsme byli u pacienta dříve zvyklí /GENOVÁ, 2009).

Poruchy chování jsou v tomto případě velmi rozmanité. Zahrnují hyperaktivitu, apatii, bloudění, řečové stereotypy, ale hlavně problematickou agresivitu. Agresivita verbální případně fyzická může být vyvolána špatnou interpretací vjemů, které jsou přenášeny do mozku nebo špatnou vzpomínkou na osobu nebo předmět, jež pacient vidí.

Bludy a halucinace se vyskytují nejčastěji u demencí Lewyho tělísky. Projevy zahrnují slyšení zvuků, vidění předmětů, mrtvých nebo imaginárních osob. Nejrozšířenější jsou vizuální halucinace a často podložené negativními nebo traumatickými zážitky. Například pacient, který jako dítě utíkal za války před nacisty, nechtěl opustit pokoj, protože viděl gestapo na chodbách, pod stoly i venku za oknem. Často považoval i personál za nacisty.

Poruchy spánku a změny ve spánkovém rytmu. Noční bloudění po domě a hledání ztracených věcí jsou součástí problémů demence vůbec. V noci je situace pro pacienta obtížná kvůli tmě a zhoršené orientaci v prostředí, budí své blízké a nemůže usnout. Důležité je zvolit vhodnou farmakologickou léčbu a nastavit pevný režim.

1.3.3 Oblast soběstačnosti

Poruchy oblastí soběstačnosti jsou závislé na pokročilosti demence. Z důvodu apraxie potřebuje pacient dopomoc při některých činnostech. Rozhodně není vhodné, aby nadále pacient obsluhoval dopravní prostředky. Je vhodné kontrolovat manipulaci s financemi, může totiž dojít k nechtěným finančním transakcím.

Dle stupně pokročilosti demence se bude postupně zhoršovat soběstačnost v oblasti hygieny, vyprazdňování, stravování, pohyblivosti, péče o svůj zevnějšek a oblékání (PIDRMAN, KOLIBÁŠ, 2005). Tento stav bude nadále vyžadovat 24 hodinovou péči a finanční zastřešení, které pokryje náklady spojené s péčí.

1.4 Etiologie

Příčina nemoci není zatím jasná. Vědci se snaží dopátrat, jaký je hlavní důvod, proč demence vzniká. Zatím se v rámci dohadů mluví o rizikových faktorech. Prvním je

stáří. Demence se objevuje především u jedinců v seniorském věku, ale existují výjimky, kdy se demence vyskytla u pacientů v 50. letech života. U Alzheimerovy demence se hovoří především o genetické zátěži. Konkrétně o Apolipoproteinu E4, jedná se o gen, který pokud zdědíme po rodičích, zvyšuje riziko pravděpodobného onemocnění Alzheimerovou chorobou. Dá se zjistit z krevních odběrů, zda je daný jedinec pozitivní. Pravděpodobnost nemoci v rodině zvyšuje riziko výskytu u potomků dalších generací (CARPER, 2011).

Dalšími rizikovými faktory jsou pozitivní diagnózy oběhového systému. Infarkt myokardu nebo cévní mozková příhoda se objevují u pacientů s diagnózou vaskulární demence. Z obliga nejsou ani infekční onemocnění jako jsou encefalitidy. Dále intoxikační vlivy jako například kouření, alkohol, chemikálie a v neposlední řadě traumata hlavy a deprese. Ještě existují nepříliš průkazné domněnky o intoxikaci hliníkem, které ovšem dosud nepodlehly žádné studii (PRÁVO, 2014).

1.5 Diagnostika

Diagnostikovat Alzheimerovu demenci můžeme, pokud navštívíme ordinaci praktického, psychiatrického nebo neurologického lékaře. První, kdo však počátky choroby zaznamená je praktický ošetřující lékař, který přichází s nemocným do styku několik let a dokáže povšimnout změn, které u něj nastaly.

1.5.1 Anamnéza

V rámci objektivitu sběru dat je dobré přivést rodinného příslušníka nebo blízkou osobu. Informace, které podá nemocný, nemusí být vzhledem k podezření na diagnózu spolehlivé, protože trpí anosognozií.

V první řadě se lékař zajímá o rodinný profil. Nemoci v rodině, genetickou zátěž a příčiny úmrtí rodinných příslušníků. Genetická zátěž bývá častá v případě positivity Alzheimerovy demence.

Osobní anamnéza zahrnuje nemoci prodělané v dětství, traumata, onemocnění, kterými trpí v současné době nebo trpěl a která mohou mít vliv na celkovou diagnostiku. S tímto je spojena i současná farmakologická terapie, kterou jedinec užívá. Zjišťuje se také pozitivita abúzu návykových látek, alkoholu a farmak.

Lékaře zajímá pracovní prostředí a druh vykonávané činnosti v zaměstnání. Při podezření na demenci může lékař zařadit otázky o dosaženém vzdělání a volnočasových zájmech.

Sociální prostředí pacienta může být rovněž klíčové pro diagnostiku. Podmínky pro bydlení a fakt, zda jedinec bydlí sám nebo s dalšími osobami vypoví i o situaci v rodině a jeho společenském statusu (FRANKOVÁ, HORT, 2011).

Psychologická anamnéza se nejlépe zjišťuje od blízkých osob nemocného. Lékaře zajímá povahový rys pacienta. Jeho zvyklosti, typické rysy, povaha, preference a zájmy jsou klíčové pro diagnostiku pacientovy premorbidní osobnosti. Právě změny v této oblasti vedou blízké osoby k podezření ke změně zdravotní situace.

Předpokladem úspěšného sběru dat je pokládat otázky nemocnému. Při nedostatečných nebo absenčních odpovědích se poté dotaz pokládá doprovodu. Při sběru anamnestických dat se může také provést dvojí sběr informací. Nejprve s pacientem a poté s doprovodem, vše záleží na přístupu lékaře a domluvě s pacientem. Vše umocňují především předchozí zkušenosti a důvěra mezi lékařem a pacientem.

1.5.2 Specifická anamnéza

Využívá si hlubším podezření na Alzheimerovu chorobu. Pro diagnostiku se využívá americký model ABC.

A – Aktivity denního života – zhodnocují míru soběstačnosti pacienta. Zahrnuje oblasti stravování, pohyblivosti, vylučování, oblékání, hygienická péče, péče o domácnost nebo zacházení s předměty denní potřeby. Vyhodnocení je směrodatné pro diagnostiku, ale i pro sociální šetření při požadování o vyšší sociálního příspěvku.

B – Behaviour – chování - primárně se lékař zajímá o osobnost pacienta. Zde velmi pomáhá doprovod, který může sdělit odchylky oproti dřívějšímu normálnímu chování pacienta.

C – Cognition – kognitivní funkce – tato oblast testuje schopnost učení, paměti, prostorového myšlení, řeči a abstraktní myšlení (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010).

1.5.3 Fyzikální vyšetření

Zahrnuje vyšetření fyziologických funkcí – pulz, krevní tlak, tělesnou teplotu, dech. Pohled na celkový stav pacienta může odhalit viditelné deformity, imobilitu případně abnormální pohyby. Součástí je neurologické vyšetření, které na počátku Alzheimerovy demence bývá v pořádku. Později jsou neurologické výsledky pozitivní na zhoršené motorické reakce a zhoršené přijmutí vjemu.

1.5.4 Laboratorní vyšetření

Důležité jsou odběry biologického materiálu. Krevní vzorek se testuje především na hladinu minerálů, jaterní enzymy, ureu, kreatinin, vitamin B12, hormony štítné žlázy, glykemii a základní krevní obraz. Odebírá se ještě moč na vyšetření moči a sedimentu pro vyloučení ostatních patologií (JIRÁK, HOLMEROVÁ, 2009).

1.5.5 Vyšetření kognitivních funkcí

Provádí se testování pomocí MMSE testu². Zahrnuje vyzkoušení orientace, paměti, pozornosti, výbavnosti, pojmenování, opakování, pochopení příkazu, čtení a splnění příkazu, psaní a obkreslení obrazce. Pokus chceme zjistit, nakolik postoupila progresse nemoci, opakujeme testy po 3 měsících.

Mezi další se řadí jednoduchý test hodin. Pacient dostane za úkol nakreslit časový údaj do ciferníku hodin. Hodnotí se, zda je správně vyznačený čas, zda jsou správně umístěné číslice celková souměrnost ciferníku, správné pořadí čísel a délka rafiček (FRANKOVÁ, HORT, 2011).

Test paměti. Jedinec dostane za úkol si zapamatovat údaje. Po několika minutách, kdy se stočí hovor na jiné téma, se lékař pacienta zeptá na údaje, které si měl zapamatovat. Jedná se například o adresu, několik slov nebo obrázky, které jsou pacientovi předloženy na kartičkách.

Vyšetření orientace v prostředí zhodnotí krátký rozhovor. Lékař se zeptá na datum, místo, kde se v tuto chvíli nachází s pacientem, na roční období, jméno nemocnice, patro, město nebo jméno prezidenta. Podle odpovědi se dá zjistit orientace člověka v prostředí.

² Viz. Příloha A

Schopnost správného počítání odhaluje neoficiálně nazvaný sedmičkový test. Pacient odčítá číslo sedm od stovky, dokud lékař neřekne dost. Jako jiná alternativa se dá použít jmenování měsíců v roce pozpátku nebo vyhláskování slova pozpátku pokud pacient neumí počítat (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010).

1.5.6 Přístrojové vyšetřovací metody

Než se zahájí samotné diagnostikování demence, provádí se standardní vyšetřování. Proveďte se EKG a RTG plic, které slouží k vyloučení jiných patologií v těle.

CT neboli počítačová tomografie představuje prvopočáteční volbu pro zobrazení patologických změn na mozku. Zobrazí jednotlivé průřezy mozku, především jeho strukturu. V první řadě jde o vyloučení tumorů a jiných patologií nikoli pro jednoznačnou diagnostiku Alzheimerovy demence.

Nukleární magnetická rezonance je vyšetřovací metoda, která ukáže míru postižené atrofické tkáně na mozku. Lékař může dát přednost magnetické rezonanci před CT, ale je hůře dostupná pro pacienty a finančně nákladnější pro pojišťovnu. Délka samotného vyšetření trvá sice mnohem déle než samotné CT, ale výsledky jsou mnohem kvalitnější díky této přístrojové technice. Zobrazí míru stíženou atrofickou tkáně. Kontraindikací NMR je nepřítomnost kovových implantátů, což je v tomto případě negativem. U seniorů se mohou vyskytovat kloubní implantáty nebo jiné voperované částice.

Mezi další patří pozitronová emisní tomografie nebo-li PET. Jeho specifikem je využití radionuklidů, které přístroj vychytává a umožňuje zobrazení struktur mozku.

Jednofotonová emisní výpočetní tomografie neboli SPECT zobrazuje průtok krve cévami. U Alzheimerovy demence je v oblasti výskytu atrofie nižší průtok krve.

Dalším přínosem při diagnostice se stává elektroencefalograf (EEG). Stanovuje elektronové potenciály mozku a jejich aktivitu (JIRÁK, 2011).

1.6 Léčba

Alzheimerova demence je nemoc, na kterou se dosud nenašel lék. Jediné, co se dosud daří je zmírňovat a zpomalovat její příznak a jedinci tak poskytnout plnohodnotný život. Hlavní pilíř, kromě farmak, tvoří především kvalitní ošetrovatelská péče, jejíž kvalita rozhoduje o délce života dementního pacienta.

1.6.1 Inhibitor acetylcholinesterázy

Hlavním úkol tohoto léčiva spočívá ve zvyšování obsahu acetylcholinu do synaptických spojení, kterého je nedostatek pro přenos vzruchu. Důležité je nastavení správného dávkování. Lékař nejprve nasadí terapeutickou dávku, kterou postupně zvyšuje a poté ponechá dávkování dle terapeutického účinku. Do zástupců se řadí Alzil, Aricept, Donepezil, Fysostigmin, Galantamin, Reminyl a Rivastigmin.

1.6.2 Parciální antagonisty NMDA receptorů

Tato léčiva zachovávají kognitivní funkce. Míra postižení kognitivních funkcí se stanovuje na podkladě výsledků z testů MMSE. Hlavním úkolem těchto léčiv je blokáda inhibitoru, který způsobuje nadměrné vylučování glutamátové kyseliny. Nejužívanější zástupci jsou Nemdatine, Memantin a Ebixa.

1.6.3 Podpůrná terapie

Kromě psychofarmak zaměřených na zachování kognitivních funkcí se využívá i podpůrná terapie. Z přípravků pro zlepšení mozkové činnosti se aplikují extrakty z gingo biloby v kombinaci s preparáty s obsahem Lecitinu, vitamin E, dále B12 (kyselina listová), směsi rybího oleje v kapslích a u žen se využívá estrogenová terapie. Vynikající kombinací výše uvedených látek je Acutil. Mezi další skupinu léčiv, která zlepšují mozkovou činnost, jsou nootropika (Geratam).

Kromě doplňkových látek, které může pacient užívat navíc, se musí řešit jeho nemoc pomocí psychofarmak. Hojně se využívají antidepresiva (Zoloft, Citalec) a antipsychotika (Buronil). Ordinují se například pro uklidnění na noc, protože pacient bloudí. S tím souvisí nespavost, na kterou se podává Hypnogen ze skupiny hypnotik (JIRÁK, 2013).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Jelikož Alzheimerovu demenci není možné vyléčit, pouze zmírnit její projevy, je hlavním klíčem ošetřovatelská péče, která je náročná nejenom na fyzickou, ale hlavně psychickou stránku pečujícího. Pokud onemocní Alzheimerovou demencí náš příbuzný, je těžké se smířit s tím, že zapomene být sám sebou a změní se celá jeho osobnost. Přesto se musí daná situace řešit.

2.1 Péče o nemocného v domácím prostředí

Volba domácí péče je prvotní, především z důvodů emocionálních. Blízcí mají odhodlání s nemocí bojovat a zvládnout ji společně s nemocným a být mu oporou. Celkově je volba domácí péče nejlepší variantou především pro pacienta, který bude ve svém přirozeném prostředí.

Dobře nastavený režim dokáže v jisté míře usměrnit projevy demence u nemocného. Zachování časového harmonogramu, na který si nemocný zvykne, dostatek aktivity během dne jako prevence nespavosti, zajištění bezpečného prostředí a dodržování užívání medikamentů dle ordinace lékaře. Všechny tyto aspekty výrazně ovlivňují následující průběh nemoci.

2.1.1. Možnosti finanční podpory

Pro zvládnutí situace musí fungovat kontakt s ošetřujícím lékařem a odborem sociálního zabezpečení. Ošetřující lékař může napsat poukazy na kompenzační, případně inkontinenční pomůcky. Vše záleží na zdravotním stavu nemocného.

Pokud se rozhodne člen rodiny věnovat plně péči o nemocného, podá žádost o příspěvek na péči na odbor sociálního zabezpečení. Výše samotného příspěvku se odvíjí od míry soběstačnosti a schopnosti nemocného, která se provádí na podkladě sociálního šetření sociálních pracovníků, kteří nemocného navštíví. Pečující je v rámci pobírání přiznaného příspěvku, povinen oznámit na příslušný odbor sociální péče veškeré změny zdravotního stavu nemocného včetně pobytu v nemocnici.

Pokud nemocný trpí ještě přidruženým handicapem je možné vyřízení příspěvku na motorové vozidlo, pohonné hmoty, úpravu bytu nebo speciální pomůcky typu polohovací lůžko (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010).

2.2 Pomocné služby

Péče o nemocného vyžaduje mnoho úsilí, a proto existuje mnoho služeb, které jsou pečujícím osobám k dispozici.

Pečovatelské služby – zajišťují pomoc s hygienou, převlékáním, doprovodem k lékaři, nebo zajištěním potravin. Jejich klíčovým prvkem je výpomoc na pár hodin denně.

Služby osobní asistence - zprostředkovávají osoby, většinou z řad dobrovolníků, kteří dělají společnost. Umožňují pečujícímu odlehčit od každodenního stereotypu, vyřízení si osobních záležitostí nebo zajištění dohledu nad nemocným při návštěvě kulturních akcí. Pro nemocného je tato služba také přínosem. Umožňuje mu kontakt s osobou, která dokáže rozptýlit a osvěžit jeho všední dny.

Denní stacionáře – pro nezasvěcené, fungují na bázi mateřské školy. Nemocný je umístěn do stacionáře v pracovní dny a dobu, kdy příbuzní pracují. Jedná se o velmi výhodnou službu. Pečujícím poskytuje pracovní i osobní seberealizaci s finančním zajištěním. Nemocnému přináší příznivé celkově uzpůsobené prostředí i aktivity. Probíhají zde tréninky paměti, ruční práce a mnoho dalších programů.

Odlehčovací služby – vhodné pro ty, kteří chtějí jet na dovolenou, na operaci nebo si jenom odpočinout. Většinou se nemocný umístí na přechodnou dobu do domova pro seniory a poté se vrátí zpět do domácího prostředí.

Veškeré služby jsou finančně odlišné a závislé na ceníku organizace, která ji poskytuje. Většinu z nich si musí klient uhradit sám (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010).

2.3 Domovy pro seniory se zvláštním režimem

Zpravidla se jedná o terminální volbu. Domovy pro seniory se zvláštním režimem jsou sociální zařízení se zdravotnickým dohledem, která poskytují komplexní ošetrovatelskou péči a zajišťují potřeby seniora. Jedná se o logické vyústění v případech, kdy rodina není schopna zajistit péči o svého nemocného člena rodiny nebo není jiná možnost. Dnešní doba přeje zařízením tohoto typu, ale stále jich je nedostatek a čekací lhůty na volné místo trvají dlouhou dobu.

2.4 Zajištění biologických potřeb

Fyzikální potřeby zahrnují spánek, stravování, dýchání, pohyb a další. Vychází se povětšinou z Maslowovy pyramidy potřeb³. Pečující osoba by si měla sestavit harmonogram pro každý den, podle kterého zajistí veškeré potřeby nemocného.

Potřeba spánku – pokud člověk onemocní Alzheimerovou chorobou, může mít narušený spánkový harmonogram. Trápí ho nespavost, přemýšlí nad věcmi, které zapomněl nebo má zmatek v denní a noční době. Dostatečným spánkem se zajistí především buněčná obnova, ale zajistit jeho kvalitu bývá v těchto případech těžké. Ke spánku přispívají i denní aktivity, které nemocného unaví, nesmíme zapomínat na pohyb. Někdy stačí zdánlivé maličkosti. Zajištěním rituálů před spánkem můžeme navodit kvalitní spánek, je důležité zjistit ihned na začátku, jaké rituály nemocný praktikuje. Jedná se někdy o drobnosti - vyvětraná místnost, teplá sklenice mléka před spaním, četba knihy, sledování televize, oblíbené pyžamo. Každopádně když nepostačí zajištění spánkových rituálů a nemocný trpí nespavostí, je nutné řešit situaci farmaky.

Potřeba stravy a tekutin – zdá se to být neuvěřitelné, ale nemocní se zapomínají najíst. Jejich mozek funguje jinak a pocit hladu se odsouvá do pozadí. Mají v plánu si dát oběd a náhle zapomenou, co chtějí a zahájí jinou činnost. Ve finále nastupuje malnutrice nebo naopak obezita. Hlavním problémem je hlavně malnutrice, nedostatek životně důležitých živin pro funkci těla. Pravidelnost stravování společně s pestrým jídelníčkem se stávají důležitým faktorem ovlivňujícím další progresi nemoci. Ideální jsou potraviny s vysokým obsahem omega -3- mastných kyselin. Důležité je především preferovat oblíbená jídla nemocného. I zde se může pečující potýkat s problémy, především s nechutenstvím, odmítáním jídla a jeho pliváním. Navnadit nemocného k příjmu potravy můžeme estetickým prostředím, etikou stolování a upraveným jídlem na talíři. Pokud se nedaří nemocného dostatečně živit, podávají se doplňky stravy, typu Nutridrik obsahující všechny výživné látky, které tělo potřebuje. Může dojít i k opačnému projevu. Nemocný bude nadměrně vyžadovat oblíbená nezdravá jídla nebo bude neustále přijímat potravu, protože zapomene, že před chvílí jedl. V oblasti konzumace jídla nemocný často v důsledku apraxie porušuje etiku stolování. Jí rukou, hltá, namáčí jídlo do pití, nebo špatně používá příbor – například jí vidličkou tekutiny. V každém

³ Viz. Příloha B

případě je nutné se obrnit trpělivostí a neustupovat pokud má nemocný s jídlém problémy.

Velké riziko u všech nemocných představuje dehydratace. Jak je známo, 80% lidského těla tvoří voda. Pravidelný a dostatečný přísun tekutin zabraňuje příchodu mnoha nemocí a problémům s orgánovými soustavami. Priorita tekutin roste v letních měsících, kdy se zvýšené teploty, brzy postarají o dehydrataci těla. Opět platí přednostně podávat oblíbené tekutiny, pokud nejsou ve velkém množství škodlivé pro tělo, například káva a alkohol. Uvádí se, že vypít by se mělo zhruba 2 litry tekutin, ale i zde platí pravidlo zvyku. Nemocný, který byl zvyklý vypít přes den litr tekutin, a z toho se jednalo o 3 kávy, těžko vypije 2 litry čisté vody.

Potřeba vyprazdňování – ledviny fungují jako pračka na prádlo. Veškeré špatné vyloučí z těla ven. Vyprazdňování u seniorů představuje s nastupujícími léty problém. Přichází inkontinence. Primárně s inkontinencí u nemocných přichází nechuť k pití tekutin kvůli strachu z úniku moči. Proto je nutností kontrolovat pitný režim. Péče o inkontinentní představuje finanční nároky na pomůcky a prevence rizik spojené s infekcemi a opruzeninami. U nemocných s Alzheimerovou chorobou se tyto problémy propojují s faktory samotné nemoci. Zpočátku nemusí být inkontinence, ale vykonávání potřeby na jakémkoli místě. Důvody jsou jednoduché – nemocný nemůže najít toaletu nebo má pocit, že se na toaletě nachází. Problém tedy zpočátku tkví v porušování společenských pravidel. Předcházet se dá pravidelnou kontrolou urogenitální oblasti, nabízením toalety a aplikací inkontinentních pomůcek. Pečovat o kůži v urogenitální oblasti správnou hygienou, dostatečným vysušováním a následně ošetřením kůže tělovými mléky nebo krémy. Péče zahrnuje i kontrolu hygienické sebepéče, která se postupně zhoršuje.

Potřeba tepla a pohodlí – termoregulační systém umožňuje se správně zachovat při změnách teplot okolního prostředí. Je-li zima, vyvolá svalový třes, který uvolňuje teplo, je-li teplo, kůže se začne potit a tělo ochlazovat. Vnímání tepla bývá narušeno nejen u nemocných s Alzheimerovou chorobou, ale i u seniorů. Nemocný ve zmatenosti oblékne zimní bundu v letních měsících nebo se oblékne nedostatečně. Nedovedou adekvátně přizpůsobit vrstvení oblečení aktuálním meteorologickým podmínkám. I zde je nutná kontrola při oblékání. Nejde pouze o správně zvolený oděv, ale i jeho pohodlnost. Nemocný je schopen se obléknout do oblečení, které je malé

a neuvědomit si, že ho škrťí. Dále je to oblékání spodního prádla na vrchní oděvy a nevhodně zvolené oblečení pro společenské příležitosti.

Sexuální potřeby - nezáleží v jakém věkovém období se demence objeví. Sexuální potřeby trvají do konce života. Jedinci, jež mají neuspokojené sexuální potřeby, se mohou nevhodně chovat. Masturbací, odhalováním genitálií na veřejnosti, vysvlékáním nebo obtěžováním jiných osob. Tyto projevy z nenaplněné potřeby vedou mnohdy na psychiatrické oddělení.

Potřeba pohybu – pohyb jako nedílná součást našeho života. Při pohybových aktivitách se přihlíží na míru mobility nemocného a jeho zdravotní problémy. Pohyb by se měl zařazovat do každodenního programu jako prevence nemocí, zlepšování flexibility, stability a svalové síly těla. Dostatečný pohyb přispívá i ke kvalitnímu spánku, který je u této kategorie nemocných v ohrožení. Vhodné jsou lehké pohybové aktivity, například turistika (CALLONE, 2008).

2.5 Zajištění psychických potřeb

Paměť - hlavní oblast, která v demenci nefunguje. Užívání paměti a jeho problematika jsou v tomto případě alfa omegou. Hlavní problematika tkví v poruše přenosu informací z krátkodobé paměti do dlouhodobé. Pacient zapomíná jednoduché údaje, které zároveň pomáhají s adaptací na měnící se prostředí. Informace uložené v paměti, pacient zapomíná odzadu, stejně jako když pozpátku listujeme v knize. Nejprve jsou narušeny nejmladší vzpomínky a postupuje se stále hlouběji až do dětství. Normou bývají časové přesmyčky. Pacient je náhle v domnění, že mu je třicet a musí ráno vstávat do práce. Kromě časových propadů vzrůstá potřeba hledání věcí a osob.

Orientace – po postižení paměti následuje orientace. Schopnost se orientovat ve vlastním domově nebo prostředí, kde pacient žije, se narušuje paměťovým deficitem. Míra orientace závisí na množství a opakování orientačních bodů a vytvoření stereotypních programů. Používají se nástěnné kalendáře, označení a popsání dveří. Velmi se osvědčuje značení pomocí barev, pacient si je schopen lépe vybavit některé informace v závislosti na barevném označení.

Pokud nastanou stavy dezorientace, nastupuje umění komunikace. Zvládnout krizi, uklidnit pacienta a s přihlédnutím k jeho emoční stránce, co nejlépe vysvětlit situaci. Stát se průvodcem pro zmateného a být mu oporou.

Vnímání – jeho porucha není pouze závislá na špatné percepci z okolního prostředí. Především se jedná o špatně vyhodnocené informace v mozku v důsledku paměťového deficitu v kombinaci s degenerativními změnami na mozkových buňkách. Nejčastěji se objevují halucinace, bludy a také deliria. Tyto stavy mohou vážně ohrozit samotného pacienta do takové míry, že je nutné vzniklý stav řešit farmakologicky.

Společenské chování – etika společenského chování se proměňuje v závislosti na pokročilosti demence. Zesilují se charakterové rysy nemocného a jeho jednání může být neúměrné oproti dřívějšímu.

Ve valné míře se projevuje agresivita. Souvisí s tím neznalost prostředí nebo neochota pečujícího podat informaci, kterou nemocný neustále dokola vyžaduje. Vyvolávající podnět agresivity může vyprovokovat předmět nebo slova, které se navážou na nepříjemnou vzpomínku. Agresivita se může projevit i u povahově klidných osobností. Demence si ohledy nebere.

2.6 Zajištění sociálních potřeb

Potřeba společenské prestiže – význam této potřeby se projevuje u každého individuálně. Velmi záleží na pracovní pozici a osobních cílech. Každopádně žebříček společenské prestiže díky nemoci prudce klesne. Společenská prestiž je tvořena i zájmy nemocného, není pouze spjata s prací.

Potřeba bezpečí - tato potřeba je velmi často nenaplněná. Nemocný se vzhledem k zapomínání neustále vyskytuje v neznámém prostředí plného, pro něj, cizích lidí. Prioritní je v každém případě nemocného uklidnit a vysvětlit mu stávající okolnosti. Velmi často nemocní hledají blízké osoby nebo předměty. Bohužel jsou situace, kdy není možné vyhovět. Někdy je nutné převést řeč na jiné téma, aby se netrápil určitou starostí. V tomto případě hovoříme o milosrdné lži. Lhát sice není etické, ale mnohdy může pravda způsobit emoční trauma u pacienta, který se se současnou situací těžko vyrovnává a zbytečně se stresuje. Nesmíme zapomenout na nebezpečí v podobě domovních prodejců, kteří využívají seniory pro uzavírání nevýhodných kupních smluv na různé produkty. Stejně jako mnozí podvodníci.

Samotné bezpečí souvisí i s bezpečností. Alzheimerova demence může vyvolat stavy, kdy je nemocný nebezpečný svému okolí i sám sobě. Nemocný nedokáže použít předměty na správné činnosti, a ublíží si. Léky, které považuje za bonbony, spolýká.

Špatné zacházení s elektrickými spotřebiči, může způsobit poranění elektrickým proudem. Kvůli dezorientaci opustí svůj domov a toulá se venku v nedostatečně teplém oblečení. Množství situací, které mohou nastat, je nespočetně. Nevýhodou je specifická demence. Na každém nemocném se projeví jinak nebo se projeví postupně. Proto by připravenost pečujícího měla být 24 hodinová. I z tohoto důvodu je péče vyčerpávající.

Mnozí nemocní užívají při pohybu kompenzační pomůcky – francouzské hole, chodítka, invalidní vozíky. Jejich funkčnost a garance bezpečnosti jsou prioritní v prevenci pádů. Stejně jako bezpečné prostředí, ve kterém se pohybují. Ať se poukazuje na stabilní podlahovou krytinu, opěrky, vyznačené bariérové body – schody nebo prahy u dveří. Prostředí musí nemocnému vyhovovat i po bezpečnostní stránce (KLEVETOVÁ, 2008).

Vztahy – nejvíce zasažená oblast. Pěstovat nové vztahy je vzhledem k problémům s pamětí téměř nemožné. Co dostává trhliny, jsou vztahy z období před onemocněním. Náladovost nemocného, nové projevy nemoci a neefektivní komunikace ze strany nemocného bourají důvěru a samotná pouta, které se několik let vytvářely. Pro rodinné příslušníky a blízké okolí se stává zdravotnický personál prostředníkem v rámci záchrany. Pokud jsou ochotni pracovat, pomoci nemocnému a nechat se edukovat v nových oblastech, nemusí nutně dojít ke krizím.

Komunikace – jakkoli je narušená, vždy se dá s ní pracovat. Rozhodně není na místě se na nemocného zlobit, pokud bude po několikáté vyžadovat stejnou informaci. Pro něj je stále neznámá a prahne po ní. Komunikační dovednosti závisí individuálně na každém z nás. Vzácnost umění komunikovat se zúročuje především u dementních pacientů. Samotná verbalizace a neverbalizace není nic, pokud člověk nedokáže naslouchat (RYSKA, BOTÍKOVÁ et. al, 2011).

3 EDUKACE

Edukace souvisí se vzděláváním a výchovou osob. Vychází z latinského slova *educio*, které v překladu znamená vychovávat. Jedná se o „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“ (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9).

Edukace má za úkol podporovat zdraví a předcházet onemocnění. Správnou a účinnou edukací se dosahuje pozitivních výsledků nejenom v oblasti zdraví, ale i ekonomiky. Neexistuje levnější léčba než prevence.

3.1 Edukační determinanty

V edukaci při samotném procesu rozlišujeme ještě několik dalších položek.

Edukanta, tedy osobu, která je příjemcem edukace. Edukant není vždy stejný. Při vypracovávání přípravy na edukaci je nutno zohlednit jeho věk, rasu, pohlaví a informace, jeho motivaci, postoj k edukaci a intelektovou úroveň. Právě díky odlišným vlastnostem každého jedince je edukace specifická.

Edukátor produkuje a řídí edukaci. On sám aplikuje proces na edukantovi a přizpůsobuje ho jeho potřebám a požadavkům.

Edukační prostředí, v němž probíhá edukace. Požadavky jsou specifické dle druhu edukace a specifčnosti edukovaného. Nicméně by mělo být dodrženo několika parametrů. Klid, dostatek času, tepla, světla a soukromí.

Edukační konstrukt znamená směrnici, plán nebo pomůcky, které pomáhají edukátorovi při edukaci. Edukaci názorně zpřesňují a činí ji zajímavější (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.2 Rozdělení edukace

Základní edukace – seznamuje pacienta s novými pojmy. Informační oblast, se kterou se edukant seznamuje, je pro něj zcela nová. Pokud pacientovi lékaři diagnostikují diabetes mellitus, potřebuje informace o tomto onemocnění, pro něj dosud neznámém.

Reedukace – staví na poznacích z předchozí edukace. V této edukaci se především upevňují staré vědomosti, případně dojde k rozšíření vědomostí o novinky z edukované oblasti.

Komplexní edukace – zahrnuje předání informací v několika ucelených fázích. Tato edukace se většinou neděje na poli nemocnice, ale probíhá formou kurzů (KUBEROVÁ, 2010)

3.3 Formy a metody edukace

Formy edukace se rozlišují do tří skupin.

- Individuální – nejrozšířenější forma a také nejúčinnější. Edukátor má volné pole působnosti na potřeby edukanta. Pro edukanta je výhodou nejenom individuální působení, ale i možnost vyjádření svých otázek.
- Skupinová – počet účastníků je od dvou a výše. Skupinová edukace sice nenabízí možnost individuálně věnovat čas každému edukantovi, ale umožňuje informovat o problematice větší skupinku lidí. Nejčastěji se pro skupinové edukace volí přednáška nebo beseda.
- E-learning – výuka přes počítač. Nejedná se o ideální formu kvůli autenticitě edukovaného a nemožnosti osobního kontaktu (KUBEROVÁ, 2010).

Metody edukace

- Verbální metoda – pro přizpůsobení se edukantovým potřebám je nejvhodnější formou. Používá se rozhovor, přednáška, beseda, diskuze nebo kurzy.
- Tištěná metoda – se všestranně využívá v čekárnách u lékařů. Pacienti velmi často vyplňují čekací dobu před návštěvou lékaře studováním materiálů, které čekárna nabízí. Proto by se nemělo prostředí čekárny podceňovat. Tištěná metoda zahrnuje letáčky, brožurky, plakáty a pro děti to jsou například odměňovací obrázky s edukační tematikou. Do tištěné metody můžeme zahrnout i tiskoviny.
- Audiovizuální pomůcky – VHS se v dnešní době už natolik nepoužívá, co je stále v kurzu, jsou datové nosiče DVD.
- Masmédia – působí na společnost denně a jeho význam pro zdravotnictví tedy vzrostl. V posledních letech je velkým informačním koncernem internet, a po něm hned následuje televize. Masmédia však nejsou spolehlivou metodou.

Ne vždy cílí na konkrétní problematiku nemocného a často si člověk mylně myslí, že daný materiál je vhodný pro jeho potřebám (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

- Metoda hry – hojně využívaná v mateřských školách.

3.4 Edukační cíle

Edukační cíle jsou očekávanými výsledky celého procesu edukace. Samotný výsledek celé edukace se nesmí příliš vzdálit stanovenému cíli. Samotné cíle se musí definovat jednoznačně, aby se mohl co nejpřesněji sestavit plán. Cíle vycházejí z informačních potřeb, které stanovujeme na míru samotnému edukantovi nebo skupině edukantů.

Klasifikace edukačních cílů

- Kognitivní cíl se týká myšlenkové úrovně. Vše co souvisí s intelektem, myšlením a vzděláváním patří do tohoto cíle.
- Afektivní cíl představuje hodnotový systém, postoje a vlastní přesvědčení.
- Psychomotorické cíle zahrnují oblast praktického učení. Zvládání praktických činností a získávání zručnosti při jejich výkonu (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ, et.al.).

3.5 Edukační proces

Edukační proces probíhá celkem v pěti fázích, které jsou plánované a řízené. Jeho průběh ovlivňují především jeho hlavní aktéři, tedy edukátor a edukant/i.

- I. Posuzování – sběr dat
- II. Diagnostika – stanovení ošetřovatelských diagnóz
- III. Plánování – vytvoření edukačního plánu na podkladě edukačních cílů
- IV. Realizace – edukování pacienta/ů
- V. Vyhodnocení – hodnocení zpětné vazby a naplnění cílů (KUBEROVÁ, 2010).

4 EDUKAČNÍ PROCES U PEČUJÍCÍCH OSOB O KLIENTKU S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Pro edukaci byla zvolena 72-letou klientku ze sociálního zařízení, zaměřeného na Alzheimerovu demenci. Edukace je konkrétně zaměřena na její potomky, dceru a syna. O klientku se v době nemoci před umístěním do našeho zařízení starala její mladší sestra, která je již po smrti. Jelikož se nemohly děti klientky o svou matku postarat v domácím prostředí z pracovních důvodů, umístili klientku do našeho sociálního zařízení.

Rádi by si začali brát svou matku na delší čas na dovolenku, aby s ní mohli společně trávit čas.

Klientka má diagnostikovanou Alzheimerovu demenci. Nemá stravovací omezení. Klientka nosí inkontinenční natahovací kalhotky přes den a na noc plenkové kalhotky. Její pohyblivost je omezená kvůli počáteční artróze kolen, tudíž se pohybuje v chodítku.

4.1 Posuzování – první fáze

Dcera klientky – paní A.M.

Jméno: A. M.

Pohlaví: žena

Věk: 54 let

Bydliště: Mikulov

Rasa: europoidní

Etnikum: české

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: bankovní úřednice

Anamnéza:

Nynější onemocnění: V současné době se neléčí s žádnou chorobou

Osobní anamnéza: prodělala běžná dětská onemocnění, aborty – 0, gravidity – 3, porody – 3, v roce 2000 pád z kola – pouze zhmožděná žebra, v roce 2008 prodělala operaci meziobratlové ploténky

Alergická anamnéza: neguje

Abúzy: nekuřačka, drogy neguje, alkohol příležitostně, káva 1 x denně

Farmakologická anamnéza: dle potřeby léky na bolest, vitamíny

Základní údaje o paní A.M.

Tělesný stav	Dobry, občas bolesti zad
Mentální úroveň	Orientovaná místem, časem i osobou
Komunikace	Velmi komunikativní
Zrak, sluch	Krátkozrakost – řešeno dioptrickými brýlemi, slyší dobře
Řečový projev	Srozumitelný
Paměť	Není narušena
Motivace	Přijímá ráda nové informace
Pozornost	Bez patologií
Typové vlastnosti	Sangvinik
Vnímavost	Bez patologií
Pohotovost	Bez patologií
Nálada	Optimistická
Sebevědomí	V normě
Charakter	Milá, společenská, trpělivá
Poruchy myšlení	Bez patologií
Chování	Společenské
Učení	Typ – emocionální Styl – vizuální, systematické Postoj – přijímá a zajímá se o informace Bariéry – žádné

Syn klientky – pan P.F.

Jméno: P. F.

Věk: 49 let

Rasa: europoidní

Vzdělání: vysokoškolské

Pohlaví: muž

Bydliště: Břeclav

Etnikum: české

Zaměstnání: architekt

Anamnéza:

Nynější onemocnění: Diabetes mellitus II. typu

Osobní anamnéza: prodělal běžné dětské nemoci, v roce 1995 otevřená zlomenina fibuly při lyžování, od roku 2013 se léčí s diabetem mellitem II. typu

Alergická anamnéza: Penicilin

Abúzy: kuřák, drogy neguje, alkohol příležitostně, káva 4x denně

Farmakologická anamnéza: Warfarin 3 mg 1-0-0, Siofor 500mg 1-0-1

Základní údaje o panu P.F.

Tělesný stav	Obezita
Mentální úroveň	Orientace místem, časem i osobou
Komunikace	Příliš se neprojevuje
Zrak, sluch	Krátkozrakost - řešeno kontaktními čočkami, slyší dobře
Řečový projev	Srozumitelný, plynulý
Paměť	Bez patologií
Motivace	Trávit s matkou více času mimo zařízení
Pozornost	Bez patologií
Typové vlastnosti	Flegmatik
Vnímavost	Bez patologií
Pohotovost	Bez patologií
Nálada	Přiměřená
Sebevědomí	V normě
Charakter	Společenský, málo komunikativní
Poruchy myšlení	Bez patologií
Chování	Rezervované
Učení	Typ – emocionální Styl – vizuální, systematické Postoj – přijímá informace Bariéry – introverze, strach z nezvládnutí péče

Posouzení dle Marjory Gordonové

- Vnímání zdraví

Dcera – zdraví bere jako důležitou hodnotu. Mnohem větší sebekpěči začala praktikovat po diagnostice diabetes mellitus u jejího mladšího bratra.

Snaží se o sebe starat a dbá na pravidelné lékařské prohlídky. Svě zdraví se snaží podporovat vitamíny, které užívá na doporučení svého gynekologa kvůli menopauze. 1x ročně jede s manželem do lázní, kde si na vlastní náklady užívá léčebné procedury. Jezdí pravidelně od operace meziobratlové ploténky v roce 2008.

Syn – zdraví začal brát vážně po diagnostice diabetes mellitus, snaží se dodržovat lékařská doporučení. V posledním roce se mu podařilo zhubnout 8 kilogramů, a ještě by si přál omezit kouření, což se mu bohužel dosud nedaří. Chodí pravidelně do diabetologické poradny a jednou za dva měsíce navštěvuje pedikúru.

- Výživa a metabolismus

Dcera – stravuje se dle svého mínění zdravě, pravidelně vaří pro sebe i rodinu. Preferuje převážně bílé maso, těstoviny a zeleninu. Stravuje se 5x denně, do práce si nosí vlastně uvařené obědy. Denně si dopřeje jednu kávu, alkohol pije pouze při společenských příležitostech. Z tekutin převažují minerální vody a čaj, množství tekutin za den se pohybuje v rozmezí 1,5 až 2 litrů. V poslední době se bojí konzumovat větší množství tekutin kvůli stresové inkontinenci. Váhové výkyvy udává převážně v období těhotenství. Váhové přírůstky se pohybovaly okolo 12 kilogramů. Nyní je BMI 28, při váze 73 kg a výšce 161cm.

Chrup je pravidelně ošetřován u zubního lékaře. Kožní turgor v pořádku, kůže bez jizev kromě oblasti podbřišku, kde má A.M. strie po graviditách.

Syn – stravuje se doma, pokud je to možné, kde mu vaří manželka. Přes pracovní týden si ohřívá jídlo uvařené z domu. Preferuje především masité pokrmy, ale v posledním roce se snaží zpestřit jídelníček o další potraviny, aby si udržel váhový index. Z tekutin převažuje káva a minerální voda. Přes den vypije zhruba 1,5 litru tekutin. Alkohol konzumuje pouze příležitostně a většinou se jedná o pivo. V posledním roce zhubnul 8 kilogramů a rád by si váhu udržel. Index BMI je 34, při váze 95,5 kg a výšce 165 cm.

Chrup pravidelně ošetřován u zubního lékaře. Kožní turgor v pořádku. Jizva na pravé fibule po operaci otevřené fraktury fibuly.

- **Vylučování**

Dcera – onemocnění vylučovacích cest neudává. Stolice bývá pravidelná, problémy se stolicí nemá. Přes pracovní týden chodí spát ve 22.30. O víkendu chodí spát později a ráda si přispí. Snaží se dodržovat 7 hodinový spánkový režim. Před spaním ráda čte knihy.

Syn – onemocnění vylučovacích cest neudává. Vyprazdňuje se ob den, často trpí na zácpy, které řešil někdy projímadly. Před dvěma lety podstoupil kolonoskopické vyšetření pro podezření na hemoroidy.

Spánkový režim nemá pravidelný kvůli práci, často je nucen pracovat do půlnoci v pracovně. Nikdy však neužívá pro lepší spánek hypnotika nebo jiné prostředky. Spánkové návyky žádné nemá.

- **Aktivita a cvičení**

Dcera – nejraději s manželem chodí na turistické túry, při hezkém počasí jezdí na kole, v zimě chodí bruslit. Dále pečuje o zahradu kolem domu, což je pro ni ideální relaxace.

Syn – 2x týdně hraje tenis, občas pěstuje cyklistiku. V zimních měsících jezdí s rodinou lyžovat na hory. Nejraději relaxuje na procházkách se psem a občas s přáteli na posezení pod pergolou.

- **Poznávání a vnímání**

Dcera – je při vědomí orientován místem, časem i osobou. Trpí krátkozrakostí, která je řešena dioptrickými brýlemi. Slyší dobře. Do budoucna si přeje udržet v dobrém zdravotním stavu a pevně doufá, že nemoc její matky nebude na ni mít příliš velký dopad.

Syn – orientován místem, časem i osobou. Zrakové problémy jsou korelovány kontaktními čočkami. Slyší dobře. Jeho přáním je udržení si stabilního zdravotního stavu i navzdory diabetes mellitus a vyhnout se komplikujícím faktorům.

- **Sebepojetí**

Dcera – se cítí být optimistkou a dává tento povahový rys i najevo. Svého života si nesmírně váží, a proto se o sebe svoji rodinu snaží, co nejlépe starat.

Syn - neví, jak by se přesně definoval. Z povahové stránky vychází na flegmatika. O vlastní zdraví se začal starat teprve nedávno a doufá, že bude ve svém počínání úspěšný a obstojí v léčebném režimu.

- Mezilidské vztahy

Dcera – rodinné vztahy jsou, dle jejích slov, harmonické s dětmi si rozumí a nemusela dosud s nimi řešit žádné vážnější problémy. Vztah se svou matkou má i přes nemoc stále hezký a rozumí si. Dobré vztahy udává i mezi kolegy v práci a úzkém kruhu přátel a blízkých.

Syn – v rodině nejsou žádné problémy a s dětmi také ne. Ke své matce má také velmi blízko a chtěl by mít ještě blíže i přes nemoc, která ji postihla.

- Reprodukce a sexualita

Dcera – Pravidelná menstruace od 14 let. V letech 1985 až 1989 následovaly tři gravidity a 3 porody. V posledním půlroce sleduje změny v menstruačním cyklu.

Syn - odmítá sdělit informace.

- Zvládání zátěže a stresu

Dcera – při těžkých životních situacích jí podporuje rodina. Všechna důležitá životní rozhodnutí řeší s manželem nebo bratrem. Myslí si, že se stresem dokáže dobře poprat.

Syn – zátěžové situace zvládá pomocí vlastní vůle a rodiny. Pokud přijde stresové období, dokáže ho vyburcovat adrenalin k vyšším výkonům. Myslí si, že zátěžové situace zvládá dobře hlavně díky své práci.

- Víra a hodnoty

Oba dotazovaní uvedli, že byli vychovávaní jako katolíci, přijali křest i svaté přijímání, ale víru v současné době již nevyznávají ani ji nepředávají svým dětem.

Profil rodiny

Klientka pochází ze Šumavy, kde žila do svých 19-ti let. Vyučila se kuchařkou a poté se přestěhovala s manželem do Mikulova a pracovala jako kuchařka v nedaleké

základní škole. Klientka byla do smrti manžela v roce 2009, který zemřel na srdeční selhání, soběstačná. Postupně se začal její zdravotní stav zhoršovat, rozhodla se dcera se synem po důkladném zvážení přestěhovat matku k její mladší sestře, která náhle zemřela v září 2014 na infarkt myokardu v 66 letech.

Dcera A.M. žije v rodinném domku na periferii města se zahradou. Manžel, který pracuje jako dělník na stavbě, vychází se svou tchýní dobře. Ve společné domácnosti žije už pouze nejmladší 18-letá dcera, starší dvě děti žijí samostatně. Potomci nemají žádné závažné zdravotní problémy. Rodinné vztahy jsou dobré.

Syn P.F. žije v Břeclavi v rodinném domě. Má tři děti, z nichž ve společné domácnosti žijí pouze dvě nejmladší. S manželkou, učitelkou na víceletém gymnáziu, chovají na zahradě dva psy. Rodinné vztahy jsou soudržné a bezkonfliktní.

Zdroje pomoci a podpory rodiny sociálně-ekonomický stav

Dcera se synem jezdí 1x za 14 dní klientku navštívit do sociálního zařízení, kde nyní přebývá. Občas na návštěvu chodí také vnoučata klientky. Rodinné kontakty jsou tedy udržované. Sociální zázemí je přiměřené. Finanční situace rodiny je stabilní, o financování pobytu v sociálním zařízení se dělí dcera se synem rovným dílem.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Dcera A.M se snaží udržovat v kondici a stravovat se dle zásad zdravé výživy. Ke zdravému chování vede i celou rodinu. Přes pracovní týden chodí spát ve 22.30. Mimo práci pěstuje turistiku, pečuje o zahradu nebo navštěvuje s přáteli kulturní akce.

Kultura – knihy, koncerty

Náboženství – byla vychovávána jako katolička, ale víru v dnešní době už nevyznává

Hodnota – prioritou je pro ni zdraví

Postoj k nemoci – snaží se svým preventivním jednáním do budoucna zabránit vzniku jakékoli nemoci, nemoc své matky nesla těžce, ale už s jejím zdravotním stavem smířila

Syn P. F. se stará o své zdraví teprve od doby, kdy mu bylo diagnostikováno diabetes mellitus. Snaží se udržet ve stabilizovaném zdravotním stavu, a do budoucna by rád ještě zhubnul několik kilogramů.

Kultura – společenské akce s přáteli

Náboženství – byl vychováván jako katolík, ale víru nevyznává

Hodnota – Zdraví a práci staví na stejné místo

Postoj k nemoci – se svou nemocí se vyrovnal. Nemoc své matky vzal na vědomí, ale stále doufá ve zlepšení.

Vstupní test paní A.M

Otázky	Ano/Ne
Víte, co je to Alzheimerova demence?	Ano
Víte, jaké jsou projevy AD?	Ano
Víte, jak se léčí AD?	Ano
Víte, jak zajistit bezpečnost nemocného s AD?	Ano
Víte, jak postupovat pokud se u nemocné projeví problémové chování?	Ne
Víte, jak se postarat o dostatečnou výživu nemocného?	Ano
Víte, jak pečovat o nemocného s inkontinencí?	Ne
Víte, jak správně podávat nemocnému léky?	Ano

Vstupní test pana P.F.

Otázky	Ano/Ne
Víte, co je to Alzheimerova demence?	Ano
Víte, jaké jsou projevy AD?	Ano
Víte, jak se léčí AD?	Ano
Víte, jak zajistit bezpečnost nemocného s AD?	Ne
Víte, jak postupovat pokud se u nemocné projeví problémové chování?	Ne
Víte, jak se postarat o dostatečnou výživu nemocného?	Ano
Víte, jak pečovat o nemocného s inkontinencí?	Ne
Víte, jak správně podávat nemocnému léky?	Ano

Vstupní testy obou dotazovaných dosáhly podobných výsledků. Tato výslednost není náhodná. Při informování o nemoci jejich matky byli oba přítomni v ordinaci lékaře a vzájemně spolupracovali při vyhledávání a předávání informací o nemoci. Deficit informací převládá v ošetrovatelské stránce.

Motivace edukantů – má vysokou aspiraci. Hlavní motivací u obou edukantů je touha trávit více času s vlastní matkou. Chtějí se postarat o její potřeby, které vyžaduje její zdravotní stav. Hlavně nechtějí, aby přišla o kontakt se svými vnoučaty a aby si mohla ještě užívat prostředí jejich domovů.

4.2 Diagnostika - druhá fáze

Deficit vědomostí o:

- zajištění bezpečnosti nemocného
- zvládání problémového chování
- péči o inkontinentního jedince

Deficit zručnosti:

- v péči o inkontinentního jedince

4.3 Plánování – třetí fáze

Podle priorit: na podkladě vstupního testu, který byl podán rodině klientky, jsme vyhodnotili priority edukačního procesu

- péče o inkontinentní ženu
- bezpečnost nemocné
- zvládání a prevence problémového chování

Podle struktury: 3 edukační jednotky

Záměr edukace:

- naučit pečovat o inkontinentní seniorku
- seznámit s prvky bezpečnosti
- řešení problémových

Podle cílů:

- Kognitivní – skupina dokáže definovat ochranné prvky zajišťující bezpečnost nemocné, vyjmenovat zásady pro řešení agresivních stavů u nemocné a dokáže vyjmenovat postup při péči o inkontinentní ženu
- Afektivní – skupina má zájem přijímat informace, dovedou si domluvit společně edukační konzultace a spolupracovat s edukátorkou při edukačním procesu
- Behaviorální – skupina ukáže správnou aplikaci inkontinenční pomůcky a zvládnou ošetřit urogenitální oblast

Podle místa realizace: na pokoji klientky v pobytovém sociálním zařízení, v soukromí, v čistotě, teple a klidu

Podle času: Edukace je rozdělena do dvou dnů v době návštěvy rodiny. První dvě edukační jednotky se realizovaly 4. 4. 2015 a obsahovaly péči o inkontinentního a bezpečnostní prvky. Další edukace proběhla během další návštěvy 18. 4. 2015 a zahrnovala edukaci o řešení stavů agrese.

Podle výběru: výklad, vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka, praktický nácvik, diskuze, vstupní a výstupní test, písemné pomůcky

Edukační pomůcky: inkontinenční plenky, pěna k ošetření kůže, tělové mléko, zinková mast, lavor s vodou, ručník, houbička, papír tužka, edukační karty

Podle formy: individuální

Typ edukace: prohlubující

Struktura edukace

1. Edukační jednotka: Péče o seniorku s inkontinencí moči i stolice
2. Edukační jednotka: Bezpečnost u nemocné s Alzheimerovou demencí
3. Edukační jednotka: Zvládání a prevence problémového chování

Časový harmonogram edukace

1. Edukační jednotka: 4. 4. 2015 13.00 do 14.05 (65 minut)
2. Edukační jednotka: 18. 4. 2015 od 13.30 do 14.10 (40 minut)
3. Edukační jednotka: 18. 4. 2015 od 14.15 do 14.50 (35 minut)

4.4 Realizace - čtvrtá fáze

1. Edukační jednotka

Téma edukace: Péče o seniorku s inkontinencí moči i stolice

Místo edukace: Pokoj klientky v pobytovém sociálním zařízení

Časový harmonogram: 4.4.2015 od 13.00 – 14.05 (celkem 65 minut)

Cíl:

- Kognitivní – skupina přijme informace o inkontinenci a dokáže vyjmenovat postup při péči o inkontinentní ženu
- Afektivní – skupina má zájem přijímat nové informace
- Behaviorální – skupina zvládne aplikovat inkontinenční pomůcku a ošetřit urogenitální oblast

Forma: individuální

Prostředí: v pobytovém sociálním zařízení

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka, praktický nácvik, diskuze

Edukační pomůcky: inkontinenční plenky, pěna k ošetření kůže, tělové mléko, zinková mast, lavor s vodou, ručník, houbička, edukační karty

Realizace 1. Edukační jednotky:

- **Motivační fáze (5 minut)** – pozdravit, představit, nabídnout místo k sezení, nabídnout občerstvení, zajistit edukovaným pohodlí a dostatek prostoru, sdělit prvotní důvody setkání a povzbudit je ke spolupráci, nachystat pomůcky k edukaci
- **Expoziční fáze (40 minut)**

Inkontinence

Představuje ztrátu volní kontroly nad vylučováním moči, stolice nebo kombinaci obojího. Projev inkontinence se vyskytuje častěji u žen a převážně se jedná o inkontinenci moči.

Příčiny inkontinence

- povolené svaly pánevního dna po porodech
- onemocnění urogenitálního traktu v
- operace oblasti urogenitálního systému
- porucha mobility
- somatická onemocnění – roztroušená skleróza, diabetes mellitus
- obezita
- traumata páteře a pánevní oblasti
- farmaka

Typy inkontinence

Stresová inkontinence se vyskytuje nejčastěji. Působení tlaku na močový měchýř dochází k úniku moči. Tento jev je podmíněn tlakem v břišní dutině. Velkou roli hraje obezita, těhotenství, kýčání, smích nebo zátěžová fyzická aktivita. Ve valné míře lze říci, že stresovou inkontinenci lze ovlivnit posílením svalů pánevního dna.

Urgentní inkontinence se vyznačuje náhlou potřebou močit. Jedinec ztratí kontrolu nad svým měchýřem, pod silným vlivem potřeby močení, takže dochází k úniku moči. Tato inkontinence se může objevovat ve spojitosti s dalšími nemocemi, například zánět močového měchýře – cystitida. Urgentní inkontinence se může kombinovat i se stresovou inkontinencí. Zde hovoříme o smíšené inkontinenci (GENARDY, MOSTWIN, 2013).

Rozdělení inkontinence moči

- 1. Stupeň – moč uniká po kapkách například při smíchu, kýchnutí,
- 2. Stupeň – inkontinence se projevuje při pohybových aktivitách
- 3. Stupeň – moč odtéká neustále, při pohybu i v klidu

Konzervativní léčba

Vhodnou formou u obézních pacientů je redukce hmotnosti. V případě, že příčiny jsou gynekologického původu, doporučují se Kegelovy cviky nebo pesary. Především je důležité problém nebagatelizovat a vyhledat pomoc. Ženy se stydí za inkontinenční projevy a stydí se hovořit se svým lékařem o inkontinenci. Změna životního stylu přispívá ke snížení problémů. Zahrnuje regulaci příjmu tekutin. Zpočátku je dobré

sledovat, kolik jedinec vypije tekutin, a poté zhodnotit, zda je vhodné množství příjmu tekutin regulovat. Na místě je i psychoterapie pokud je prokazatelný psychický problém.

Řešení u seniorů spočívá v aplikaci inkontinenčních pomůcek. Existuje dnes na výběr od více firem, které poskytují nabídku nejrůznějších typů a velikostí. Rozdíl se určitě najdou i v ceně. Na začátek je dobré vyzkoušet více druhů, abychom dokázali přizpůsobit vhodnou inkontinenční pomůcku našim potřebám.

1. stupeň inkontinence se řeší absorpčními vložkami. Vložky se stejně jako menstruační vložky liší velikostí a savostí. Pro inkontinenci není vhodné užívat menstruační vložky, protože inkontinenční mají za úkol rovněž pohlcovat zápach. Další předností je jejich proplavitelnost. Pokud lékař napíše poukaz na inkontinenční vložky dostanete úhradu od pojišťovny.

2. stupeň inkontinence mohou ještě zvládnout absorpční vložky, ale zde je problém již v mnohem větším měřítku. K řešení se nabízí vložné pleny do sítovaných kalhotek nebo natahovací kalhotky. Z hlediska pohodlnosti a jistoty jsou lepší natahovací kalhotky, protože oproti vložné pleni, kde hrozí riziko posunutí, pokryjí celou inkriminovanou oblast.

3. stupeň inkontinence se ještě dá řešit natahovacími kalhotkami, ale někdy už je nutné aplikovat plenkové kalhotky. Plenkové kalhotky mají větší rozměry, tudíž pokryjí celou urogenitální oblast a mají zpravidla vyšší savost. Plenkové kalhotky se volí především i kvůli úniku stolice, která je pro seniory typická.

Problémy s inkontinenčními pomůckami

Nevhodně zvolená inkontinenční pomůcka – pokud inkontinenční pomůcka prosakuje, velmi brzy přestane plnit svoji funkci, škrťí nebo nepřiléhá k tělu, nejedná se o vhodně zvolený inkontinenční prostředek. Pomůcku vybíráme dle intenzity inkontinence a tomu přizpůsobuje její velikost a savost.

Opruzeniny – při inkontinenci vzniká v prostředí inkontinenční pomůcky zvýšená vlhkost. Opruzeniny vznikají při nevhodné výměně inkontinenční pomůcky, v letních měsících, při nevhodném ošetření kůže v urogenitální oblasti.

Opruzeninám lze předcházet, ale při jejich vzniku se volí vhodné vysoušecí krémy. Zinková mast, průšová mast, zásyp a dostatečné vysušování. Na ošetření kůže v urogenitální oblasti se nepoužívají krémy s parfemací, kastrové přípravky, masážní gely nebo prohřívající msti. Kůži dráždí a zhoršují stav opruzenin.

Infekce močových cest – vzniká, pokud se jedinci s inkontinencí, pozdě vyměňuje pomůcka nebo se nevhodně ošetřuje.

Co je potřeba pro výměnu inkontinenční pomůcky?

- Inkontinenční pomůcka
- LAVOR s vodou pokojové teploty
- Houbičku na mytí
- Ručník
- Čistící pěna na kůži
- Ochranný krém

Kdy vyměnit inkontinenční pomůcku?

Výměna je závislá na stupni inkontinence. Pokud je přítomná stolice mění se ihned. Pokud se v pomůcce vyskytuje pouze moč, ponechá se, až dosáhne pomyslné rysky. Každá pomůcka má absorpční jádro, které po svém naplnění přestává nasávat tekutinu. Jednotlivé typy mají odlišné parametry, proto je dobré se informovat přímo u výrobce.

Výměna je nutná, i pokud nedošlo k inkontinenci. Pokud je pomůcka čistá, minimálně po 12-ti hodinách se musí nahradit novou. V prostředí urogenitální oblasti se tvoří a množí bakterie, které mohou způsobit infekce močových cest.

Jak vyměnit inkontinenční pomůcku?

Možnosti pro výměnu jsou dvě. Ve stoje nebo vleže. Ve stoje se dobře vyměňují všechny typy pomůcek, velmi záleží na tom, jak schopný je inkontinentní. Výměna pomůcky vleže je nejčastější volba.

- Umyjeme si ruce a navlékneme ochranné rukavice
- Nachystáme si potřebné pomůcky
- Inkontinentní leží na zádech a odstraníme pásky přidržující plenu
- Odklopí plenu od urogenitální oblasti a do oblasti genitálu aplikuje čistící pěnu

- Pěnu nechá chvíli působit a poté omyjeme houbičkou namočenou v čisté vodě
- K očištění se používají 3 tahy – jeden v levém třísle, druhý v pravém třísle a třetí na ústí močové trubice při rozhrnutí stydkých pysků, očišťujeme od stydké spony ke konečníku
- Omytá místa pečlivým tlapkáním osušíme
- Třísla ošetříme ochranným krémem
- Přetočíme inkontinentního na bok
- Aplikujeme čistící pěnu na oblast konečníku
- V případě stolice necháme pěnu působit déle
- Omyjeme houbičkou namočenou ve vodě, dokud není kůže čistá
- Pečlivě osušíme záhyby kůže
- Ošetříme oblast konečníku krémem
- Odstraníme inkontinenční plenu a uložíme do PVC sáčku
- Přiložíme inkontinenční plenu, pásky zastrčíme pod bok inkontinentní a namátkou přiložíme plenu k sedací oblasti, abychom zjistili, zda pokryje celou oblast a bude symetricky přiložená
- Přetočíme inkontinentní na záda
- Vytáhneme po okrajích lepící pásky, přiložíme plenu zepředu ke genitálu a přilepíme

Pokud inkontinentní má permanentní močový katétr, postupujeme stejným způsobem a oblast katétru důkladně omyjeme od nečistot.

Chyby při výměně inkontinenční pomůcky

- Nepoužití ochranných rukavic
- Nedostatečná ochrana soukromí při odhalování intimních partií
- Nedostatečné omytí oblastí zasažených močí nebo stolicí
- Nedostatečné vysušení všech záhybů kůže
- Odírání kůže a použití násilného tření na kůži v oblasti genitálu
- Přiložená plena není aplikována symetricky a odlepuje se
- Nevhodné ošetření kůže nevhodným přípravkem (KALÁBOVÁ et al., 2013)

Fixační fáze – 15 minut - zopakování informací o inkontinenci, shrnutí základních bodů při výměně inkontinenční pomůcky, frekvence výměny, postup při výměně a chyby při výměně

Hodnotící fáze – 5 minut – zhodnocení edukace při diskuzi, položení kontrolních otázek a vyhodnocení odpovědí

Kontrolní otázky pro edukované

Jak často vyměňovat inkontinenční pomůcku?

Které pomůcky potřebujete pro výměnu?

Jak vyměnit inkontinenční pomůcku?

Jaké jsou nejčastější chyby při výměně inkontinenční pomůcky?

Jaké mohou nastat komplikace u inkontinentního jedince?

Zhodnocení edukační jednotky

Vytyčené cíle jsou splněny. Edukovaní spolupracovali s edukátorkou. Především ocenili názornou ukázkou výměny inkontinenční pomůcky a možnost si vyzkoušet výměnu inkontinenční pomůcky na edukátorce. Při diskuzi oba edukovaní uvedli, že právě tato problematika byla pro ně brzdícím faktorem pro trávení více času s vlastní matkou.

Realizace 2. Edukační jednotky

Téma edukace: Bezpečnost u nemocné s Alzheimerovou demencí

Místo edukace: Pokoj klientky v pobytovém sociálním zařízení

Časový harmonogram: 18.4.2015 od 13.30 do 14.10 (40 minut)

Cíl:

- Kognitivní – skupina zhodnotí rizikové prvky narušující bezpečnost klientky v jejich domovech
- Afektivní – skupina má zájem přijímat nové informace

Forma: individuální

Prostředí: v pobytovém sociálním zařízení

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, diskuze

Edukační pomůcky: edukační karty, papír, psací potřeby

Motivační fáze (5 minut) – pozdravení se, vytvoření pohodlného prostředí, nabídnout místa k sezení, nabídnout občerstvení, poskytnout papír a psací potřeby

Expoziční fáze (20 minut)

Potřeba bezpečí

Pocit bezpečí stojí na druhém žebříčku v Maslowově pyramidě potřeb. Tato potřeba je vlivem ztracení vzpomínek narušena. Pocit bezpečí může být navrácen, pokud se jedinec pohybuje ve známém prostředí. Pro zvýšení aspirace této potřeby je nutné neustále připomínat, kdo je kdo. Riziko představují osoby, které chtějí využít důvěřivosti těchto znevýhodněných lidí a profitují na nich. Mluvíme zde o podvodnících a podomních prodejcích. Musíme dávat opravdu dobrý pozor s kým se nemocný s Alzheimerovou demencí stýká.

Kromě lidí i prostředí poskytuje nástrahy, s nimiž si nemusí senior vědět rady. Pokud je jeho soběstačnost zhoršena a využívá kompenzační pomůcku, představuje pro něj i domácnost překážkovou dráhu.

Riziko pádu

Pád, který se stane, nemusí v každém případě znamenat zdravotní problém, únavu nebo poruchu rovnováhy. Obecně to bývá překážka nebo předmět denní potřeby, který umožní pád.

Rizikové příčiny pádu

- Prahy u dveří
- Uvolněné koberce a běhouny
- Kluzká podlahová krytina
- Hračky, květináče a drobné předměty na zemi
- Kabely a dráty na zemi
- Domácí mazlíčci
- Nevhodná obuv
- Nekompenzované oční problémy
- Schody
- Nevhodné osvětlení
- Vany a sprchy bez stoliček na sezení

- Nízké toalety
- Sedací nábytek v neúčinném stavu
- Chybějící opory a madla
- Nábytek

Jednotlivé překážky lze snadno a levně vyřešit. Některé vyřešit nelze, a pokud ano, jsou nutné stavební úpravy.

- Práh u dveří lze odmontovat a nahradit lištami, které budou plnit obdobnou funkci.
- Uvolněné koberce lze přilepit páskami a běhouny také, ale lepší variantou je odstranění
- Kluzkou podlahovou krytinu buď obložit kobercem pokud je to v obytné části. Podlaha v koupelně se dá vyřešit přílnavými podložkami s přísavkami, které drží i ve vlhku.
- Pokud máte děti, musíte hračky uklízet, aby nebránily v cestě nemocnému.
- Elektrické kabely je možné schovat pod koberce, vést po stěně schovat za nábytek. Nikoli však postavit nábytek na kabel, zde potom hrozí riziko úrazu elektrickým proudem.
- Čtyřnozí domácí mazlíčci se mohou motat pod nohama a to je k zakopnutí jenom krůček. Snažte se své miláčky střežit.
- Vhodná obuv je pro chůzi základ. Sešlapané podrážky, chybějící pevná pata, vysoké podpatky, pantofle to všechno je špatně pokud chcete provozovat bezpečnou a zdravou chůzi.
- Pokud trpí nemocný zrakovými problémy, zaveďte ho na oční vyšetření. Kompenzovat oční vadu je jedna z užitečných prevencí pádu.
- Schody jsou jedním z velkých překážek pro vozíčkáře a nemocné s pohybovým omezením. Možností k řešení se nabízí výtah nebo zvedací plošina. Obojí je bohužel finančně náročné a velmi to zasahuje do celého uspořádání bydlení. Ideální jsou pokoje v přízemí. Pokud se nedá schodům vyhnout, tak lze zamezit přístup nainstalováním ohrádek.
- Dostatečné osvětlení a vhodně umístěné zdroje světla mohou nemocnému usnadnit více věcí než předcházet pádům. Upřednostňujte bílé a žluté světlo nikoli tlumená nebo barevná.

- Hygienická péče v koupelnách, vždy nese riziko uklouznutí i pro zdravé jedince. Kromě protiskluzových podložek se určitě vyplatí investovat do sedátek do vany nebo do sprchy a nainstalovat pomocná madla.
- Nízké toalety se dají kompenzovat nástavci. Pokud je nechcete kupovat, zapůjčují je i specializovaná centra za malé poplatky.
- Sedací nábytek musí být bytelný, bezpečný, dostatečně vysoký kvůli kyčlím, s opěrkami a barevně kontrastující, aby ho nemocný viděl.
- Opony v domácnosti můžeme vyšívat madly, ale ve volném terénu je dobré pro nemocného využít poukázky od ošetřujícího lékaře na kompenzační pomůcky, pokud má pohybový deficit.
- Zavazit loktem nebo se udeřit o ostrý roh. I takové nástrahy může představovat nábytek. Ochranné krytky na rohy zamezí dalším nepříjemnostem.

Mimořádné situace

Pády jsou pouze zlomkem ze situací, které mohou nastat s nemocným trpícím Alzheimerovou demencí.

- Elektrickým zástrčkám pořiďte ochranné kryty kvůli prevenci úrazů elektrickým proudem. Nemocný může do zásuvky strkat různé předměty.
- Otravám předcházejte uchováváním prostředků v originálních obalech. Nejlépe uděláte, když prostředky zamknete do bytelné skříně a uložíte na místo, kam se nemocný nedostane. Zvláštní upozornění platí i pro léky, ať už na předpis nebo volně prodejné.
- Otravy mohou být i jedovatými okrasnými rostlinami. Stejně platí i o neobvyklých domácích mazlíčcích jako jsou tarantule nebo plazi, nemocný může zvíře vypustit. Tuto rizikovou faunu a floru nejlépe nepořizovat vůbec.
- V kuchyni neponechávejte volně ležet ostré nádobí a zamezte, aby nemocná sama zapínala kuchyňské přístroje nebo sporák (GLENNER et al. , 2012)

Fixační fáze – 5 minut - zopakování rizikových a bezpečnostních prvků v domácnosti

Hodnotící fáze – 10 minut – zhodnocení a určení problémových oblastí v domácnosti, které ohrožují nemocnou.

Kontrolní otázky pro edukované

Co všechno zajistit, aby se nemocná mohla volně pohybovat bezpečně v koupelně?

Jak postupovat v případě schodů?

Které rizikové faktory mohou způsobit pád v obývacím pokoji?

Jaká opatření učiníte v případě léků?

Zhodnocení edukační jednotky

Edukovaní ochotně přijali informace, které si zapisovali. Ve fixační fázi interpretovali čerstvě nabyté informace. Při diskuzi uvedli, které oblasti vyžadují úpravu v jejich domovech. Zaměřili se především na domov paní A. M u které bude klienta trávit většinu času. Stanovené cíle se podařilo splnit.

Realizace 3. Edukační jednotky

Téma edukace: Zvládání a prevence problémového chování

Místo edukace: Pokoj klientky v pobytovém sociálním zařízení

Časový harmonogram: 18.4.2015 od 14.15 do 14.50 (celkem 35 minut)

Cíl:

- Kognitivní – skupina dokáže definovat agresivní problémové chování a jeho řešení
- Afektivní – edukovaní uznají, že může tato situace vzhledem k nemoci nastat a že se jedná o projev nemoci, který mění osobnost jejich matky.

Forma: individuální

Prostředí: v pobytovém sociálním zařízení

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, diskuze

Edukační pomůcky: edukační karty, papír, psací potřeby

Realizace 3. Edukační jednotky

Motivační fáze (5 minut) – vytvoření pohodlného edukačního prostředí, poskytnout papír a psací potřeby

Expoziční fáze (15 minut)

Problémové chování

V důsledku problémů s pamětí a změn v mozkové činnosti vznikají situace, které psychicky zatěžují pečující okolí. Pro jejich řešení se volí individuální forma. Pokud problémové situace nastávají frekventovaněji, řeší se situace farmakologicky. Velmi záleží na vymezení problémového chování. Se stanovením hranic nejlépe pomohou rodinné příslušníci. Pokud ovšem hovoříme všeobecně, problémové chování je chování, které se vymyká společenským normám.

Agrese nebo také rozčilování má několik forem. Může být slovní nebo fyzická. Slovní agrese jako jsou nadávky, křik a vulgarismy. A fyzická zahrnující ubližování člověku, násilná manipulace s předměty nebo sebepoškozování. Agresivita může být také emoční odpovědí na podnět, který nemocnému něco připomíná. Pokud byl nemocný, v mládí agresivní může nemoc tento povahový rys také značně zesílit. Některé můžeme uklidnit mírovým jednáním, bohužel mnohem častěji nastupuje farmakologické řešení.

Někdy je předstupněm podezíravost, která následně vyústí v agresi. Podezíravost není na podkladě paměťových ztrát výjimečná. U jedince vznikají stavy, kdy má pocit, že je okrádán. Obviňuje své okolí ze schovávání věcí, ve svých blízkých vidí nepřátele nebo je přesvědčen o partnerově nevěře.

Do této kategorie patří i nevhodné sexuální chování. Obnažování, obtěžování druhého jedince nebo vysvlékání na veřejnosti. Tento jev může vycházet z neuspokojené sexuální potřeby.

Pro většinu osob trpících demencí je význačné noční bloudění a dezorientace. Hledají věci, přerovávají skříně, myslí si, že je den a budí ostatní spoluobyvatele. Zde kromě komunikačních řešení, je nutné prokonzultovat stav s lékařem. Nejsou výjimkou ani činnosti. Jedinec se může pustit do vaření, praní, provozuje činnosti jako za bílého dne nebo se ve dvě ráno vydá do práce.

Další problematika se může stát, pokud jedinec trpí depresí. Nechce vykonávat žádné aktivity, odmítá hygienickou péči nebo chce celý den ležet v posteli. Právě, zde se nejlépe uplatní zkušenosti s nemorbidní osobností, abychom věděli, co na jedince platí. Depresivní stavy jsou součástí Alzheimerovy demence (HAUKE, 2014)

Příčiny problémového chování

- Psychické poruchy
- Špatné přijetí informací a špatná výsledná interpretace kognitivních funkcí
- Neuspokojené potřeby
- Nedostatek podnětů ze zevního prostředí
- Ztráta paměti
- Farmaka

Postup při problémové situaci

- Zachovat klid, obrnit se trpělivostí
- Nezvyšovat hlas, mluvit klidně a srozumitelně
- Mít uvolněný postoj těla
- Používat hlazení nebo naopak se nedotýkat pokud jedinec reaguje agresivně
- Odpovídat na otázky
- Nebagatelizovat tvrzení
- Ověřit si pravdu
- Pokud si jedinec stojí za svým nebo nelze jeho přání uskutečnit v realitu, snažíme se nenápadně téma zamluvit
- Podnítit jedince k jiné aktivitě a nalákat ho na aktivitu

Nevhodné postupy pro řešení problémové situace

- Zvyšování hlasu a křik
- Zamykání jedince v místnosti, hrozí riziko sebepoškození
- Popírání jeho tvrzení
- Fyzické tresty
- Nedostatek trpělivosti

Fixační fáze – 5 minut - upevnění poznatků o problémovém chování

Hodnotící fáze – 10 minut – zhodnocení zpětné vazby kontrolními otázkami

Kontrolní otázky pro edukované

Jaké mohou nastat problémové situace?

Jak budete postupovat v případě agresivity?

Které nevhodné prvky pro problémové situace nepoužívat?

Které situace vyžadují farmakologickou kompenzaci?

Zhodnocení edukační jednotky

Skupina měla o informace zájem. Byly pro ně přínosné a dle jejich slov se mohou do budoucna připravit. Odpovědi na kontrolní otázky byly až na mírné nedostatky uspokojivé. Edukovaní ocenili především informace o řešení vzniklých situací. Stanovené cíle byly splněny.

4.5 Vyhodnocení – pátá fáze

Pro ověření vyplnili edukovaní kontrolní závěrečný test založený na podkladě otázek ze vstupního testu pro ověření informací.

Závěrečný test paní A.M

Otázky	Ano/Ne
Víte, co je to Alzheimerova demence?	Ano
Víte, jaké jsou projevy AD?	Ano
Víte, jak se léčí AD?	Ano
Víte, jak zajistit bezpečnost nemocného s AD?	Ano
Víte, jak postupovat pokud se u nemocné projeví problémové chování?	Ano
Víte, jak se postarat o dostatečnou výživu nemocného?	Ano
Víte, jak pečovat o nemocného s inkontinencí?	Ano
Víte, jak správně podávat nemocnému léky?	Ano

Závěrečný test pana P.F

Otázky	Ano/Ne
Víte, co je to Alzheimerova demence?	Ano
Víte, jaké jsou projevy AD?	Ano
Víte, jak se léčí AD?	Ano
Víte, jak zajistit bezpečnost nemocného s AD?	Ano
Víte, jak postupovat pokud se u nemocné projeví problémové	Ano

chování?	
Víte, jak se postarat o dostatečnou výživu nemocného?	Ano
Víte, jak pečovat o nemocného s inkontinencí?	Ano
Víte, jak správně podávat nemocnému léky?	Ano

Edukace proběhla ve dvou dnech. Dané termíny byly dohodnuty s edukovanými dle jejich potřeb. V prvním dnu se edukovaní dozvěděli o problematice inkontinence a v praktickém nácviku dokázali obstát při výměně inkontinenční pomůcky. V dalším termínu proběhly dvě edukace. První byla o bezpečnostních prvcích a druhá o problematickém chování.

Edukovaní v průběhu všech edukací jevíli o informace zájem. Z pohledu edukátora byl větší zájem ze strany paní A.M. Paní A.M. projevila zájem i o další edukace na jakékoli téma.

Edukačních cíle byly splněny, lze tak usoudit z kontrolních otázek a závěrečného testu. Edukace byla účinná ve prospěch edukovaných, kteří mají větší pocit jistoty. Získali informace, které jim pomohou v péči o matku.

5 Doporučení pro praxi

- Provádět větší informativní osvětu mezi laickou veřejností, zvýšit frekvenci zveřejňování problematiky mezi veřejností.
- Při edukaci věnovat individuálně pozornost dotazům edukovaných.
- Při edukaci zjišťovat, zda mají s problematikou dřívější zkušenosti a jaká řešení zvolili. Na těchto případech z praxe se nejlépe demonstrují chyby.
- Rozšířit edukační materiály pro rodiny a pečující do ordinací praktických lékařů
- Nabízet edukace inkriminovaným skupinám a jednotlivcům
- Provádět prohlubující reedukace a monitorovat problémy, které se vyskytly při základní edukaci
- K reedukacím vyhledávat pečující osoby působící v domácím prostředí, zde mohou vznikat rizikové syndromy vyhoření a týrání seniora.

ZÁVĚR

Tato práce se zabývá edukací o Alzheimerově chorobě. V současné chvíli se stává ze dne na den aktuálnější. Díky kvalitnější péči a životním podmínkám se délka života prodlužuje a s ní narůstá riziko projevů této nemoci. Co začíná být mnohem děsivější, je výskyt případů demence ve stále mladším věku. Bohužel tyto případy nejsou ojedinělé a jejich incidence narůstá.

V těchto chvílích tedy nezbývá nic jiného než o osoby, které tato nemoc postihla, pečovat tím nejlepším způsobem, a vycházet vstříc jejich potřebám. Vytváření podmínek je složité a péče psychicky náročná, přesto se rozšiřují vědomosti o této nemoci a není veřejnosti zcela neznámá.

Pokud je stále něčeho nedostatek, tak se jedná o zařízení specializovaná ryze na specifika Alzheimerovy demence. Valná část osob trpících touto chorobou podléhá domácí péči. Právě kategorie domácích pečovatelských vyžaduje edukaci.

Edukace v tomto případě sehrává důležitou roli. Jelikož se zaměřuje na laiky, ze kterých se postupně stávají pečovatelé. Správně provedený edukační proces může do budoucna zabránit výskytu rizik a případných komplikací spojených s Alzheimerovou chorobou.

Proto by se měl zlepšit screening pečovatelských osob, aby mohla být provedena edukace o problematice.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ACHTOVÁ, Zdeňka. Čechů s demencí strmě přibývá. Náklady na ně ročně vyjdou na 39 miliard. *IDNES.CZ: Zpráva*[online]. 2014 [cit. 2015-1-18]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/demence-v-ceske-republice-0hm-/domaci.aspx?c=A141210_102336_domaci_zt#utm_source=sph.idnes&utm_medium=richtext&utm_content=top6

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha 4: Mladá fronta a.s., 2010. 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.

CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. První. Praha: Grada Publishing, 2008. 118 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

CARPER, Jean. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. První. Praha: Vyšehrad, spol. s.r.o., 2011. 288 s. ISBN 978-80-7429-194-4.

FRANKOVÁ, Vanda, Jakub HORT, Iva HOLMEROVÁ, Roman JIRÁK a Martin VYHNÁLEK. *Alzheimerova demence v praxi: Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha 4: Mladá fronta a.s., 2011. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.

GENADRY, Rene a Jacek MOSTWIN. *Inkontinence moči u ženy*. První. Praha: Portál, s.r.o., 2013. 168 s. ISBN 978-80-262-0480-0.

GENOVÁ, Lisa. *Ještě jsem to já*. Praha 1: Práh, 2009. 243 s. ISBN 978-80-7252-272-9.

GLENNER, Joy A. a et al. *Péče o člověka s demencí: průvodce pro rodinné příslušníky*. První. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

HERMANOVÁ, Marie, Jiří HERMAN, Jiří PROKOP a Hana ROZPRÝMOVÁ. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. První. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 111s. ISBN 978-80-7013-475-7.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ *Demence: a jiné poruchy paměti*. první: Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 9788024724546.

JIRÁK, Roman *Gerontopsychiatrie*. První. Praha: Galén, 2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. První. Praha: Grada Publishing, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALÁBOVÁ, Martina a et al. *Rady ošetrovatelské*. První. Ostrava: Printo spol. s.r.o., 2013. 76 s. ISBN 978-80-904711-4-6.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. První. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 80-247-0548-6.

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. První. Praha: Portál s.r.o., 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

NEMCOVÁ, Jana, Edita HLINKOVÁ a et. al. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

NIKOLAI, Tomáš, Martin VYHNÁLEK, Hana ŠTĚPÁNKOVÁ a Karolína HORÁKOVÁ. *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby*. První. Praha: Psychiatrické centrum, 2013. 64 s. ISBN 978-80-87142-25-7.

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

PRÁVO. *Alzheimer je vlastně otrava hliníkem, který je všude, tvrdí britský expert* [online]. První. 2014 [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/veda-sko1y/350579-alzheimer-je-vlastne-otrava-hlinikem-ktery-je-vsude-tvrdi-britsky-expert.html>

RYSKA, M., A. BOTÍKOVÁ a ET AL. *Ošetrovatel'stvo: učebnica pre obor ošetrovatel'stvo*. první. Praha: Ottova tiskárna s.r.o., 2011. 134 s. ISBN 978-80-260-1322-8.

STOLZE, Cornelia. *Zapomeň na Alzheimerera: Nemoc, která neexistuje*. první. Liberec: Dialog, 2014. 240 s. ISBN 978-80-7424-071-3.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky*. První: Galén, 2012. 61 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Mini Mental Test

Příloha B – Maslowova pyramida potřeb

Příloha C – Protokol ke sběru dat

Příloha D – Rešerše

Příloha E – Výměna inkontinenční pomůcky

Příloha F – Rizikové prvky přispívající k pádům

Příloha G – Řešení problémových situací

Příloha A – Mini Mental Test

Čerpání zdroje : Domov pro seniory Šanov

Mini-Mental State Examination

Jméno: Datum 1. vyšetření: Datum 2. vyšetření: Datum 3. vyšetření:

Za každý správně provedený úkol je posuzovaný hodnocen jedním bodem (=1), za každý špatně provedený úkol nula body (=0).

1. Orientace

Kolikátého je dnes?
Který je den v týdnu?
Který je nyní měsíc?
Který je nyní rok?
Které je roční období?
Jak se jmenuje země, ve které jsme?
Ve kterém jsme okrese?
Ve kterém jsme městě?
Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?
Ve kterém jsme poschodí?

vyšetření		
1.	2.	3.

2. Zapamatování

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte je po mně a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

Lopata
Šátek
Váza

3. Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

93
86
79
72
65

Pokud testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, vyzvěme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM.

M
R
K
O
P

4. Výbavnost

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat.

Lopata
Šátek
Váza

5. Pojmenování

Ukažte náramkové hodinky: Co je to?
Ukažte propisovací tužku: Co je to?

vyšetření		
1.	2.	3.

6. Opakování

Opakujte po mně:
„Žádná kdyby, nebo, ale.“

--	--	--

7. Třístupňový příkaz

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzvěme ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

Uchopení papíru
Přeložení na polovinu
Položení na zem

8. Čtení a splnění příkazu

Testovanou osobu vyzvěme, aby přečetla a provedla úkol napsaný na druhé straně tohoto listu (úkol – „zavřete oči“).

--	--	--

9. Psaní

Vyzvěme testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

--	--	--



10. Obkreslení obrazce

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

--	--	--

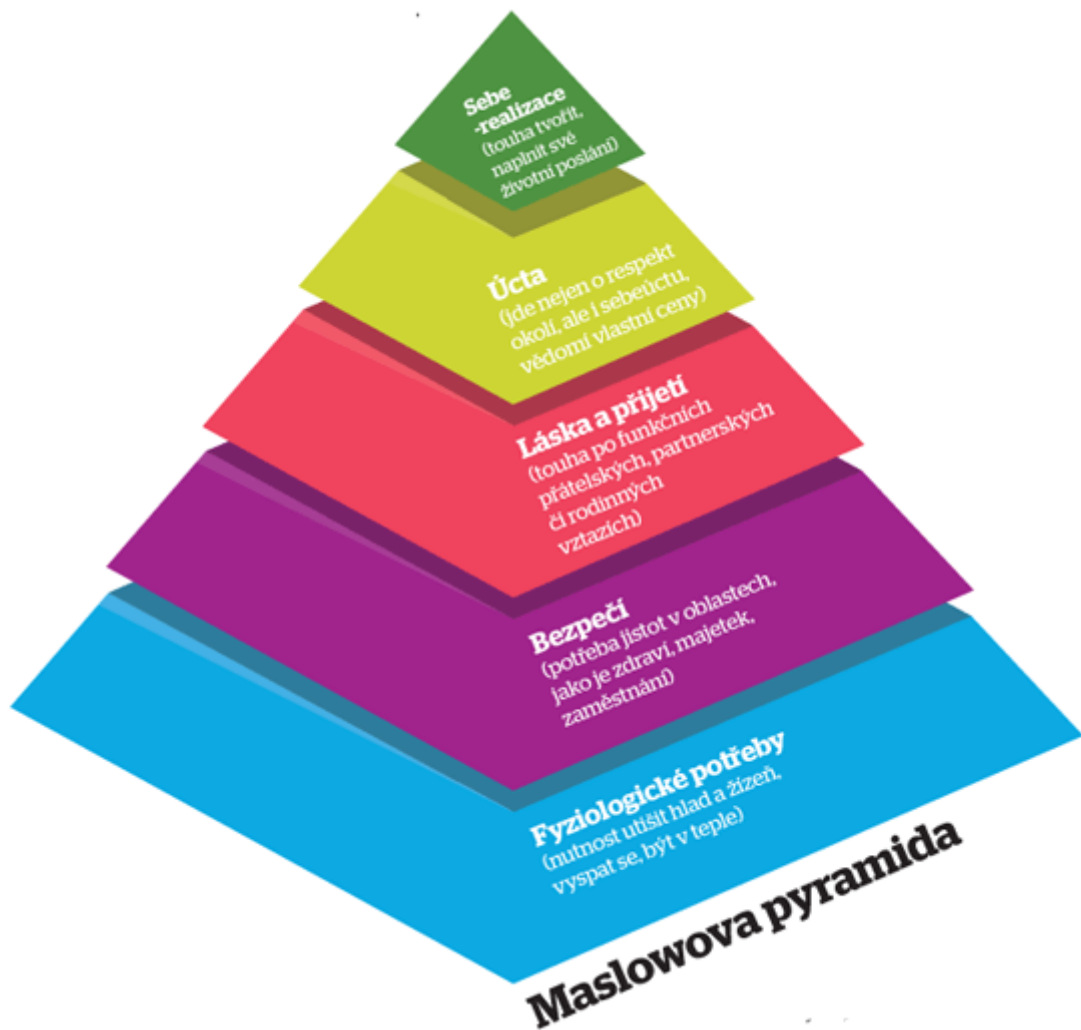
	1. vyšetření	2. vyšetření	3. vyšetření
Celkem bodů	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>

HODNOCENÍ:
 max. počet – 30 bodů
 27 - 30 normální stav
 25 - 26 hraniční nález, možnost demence
 10 - 24 demence mírného až středně těžkého stupně
 6 - 9 demence středně těžkého až těžkého stupně
 6 a méně demence těžkého stupně

Příloha B – Maslowova pyramida potřeb

Zdroj čerpání: <http://probyznysinfo.ihned.cz/c1-59056070-jak-a-kdy-najit-stesti-a-smysl-zivota-nejdrive-je-treba-zaplatit-ucty>




Příloha C – Protokol ke sběru dat



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Nevrklová Kamila	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSV
Téma práce	Edukace pečujících osob o Alzheimerově chorobě	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Domov pro seniory Šanov	
Jméno vedoucího práce	PaedDr. Bianka Rolníková, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetřovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis 
DS MORAVA, s.r.o.
 Na Pánev 1867/25
 110 00 Praha 1 - Nové Město
 IČ: 28235045, DIČ: CZ28235045

V... LNOSHE dne 8.4.2015

Nevrklová Kamila

 podpis studenta

Příloha D – rešerše



Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Vinařská 6, PSČ 603 00 Brno

IČ: 00023850, DIČ: CZ00023850

www.nconzo.cz



Držitel certifikace ISO 9001: 2008

Rešerše

Edukace pečujících osob o Alzheimerově chorobě

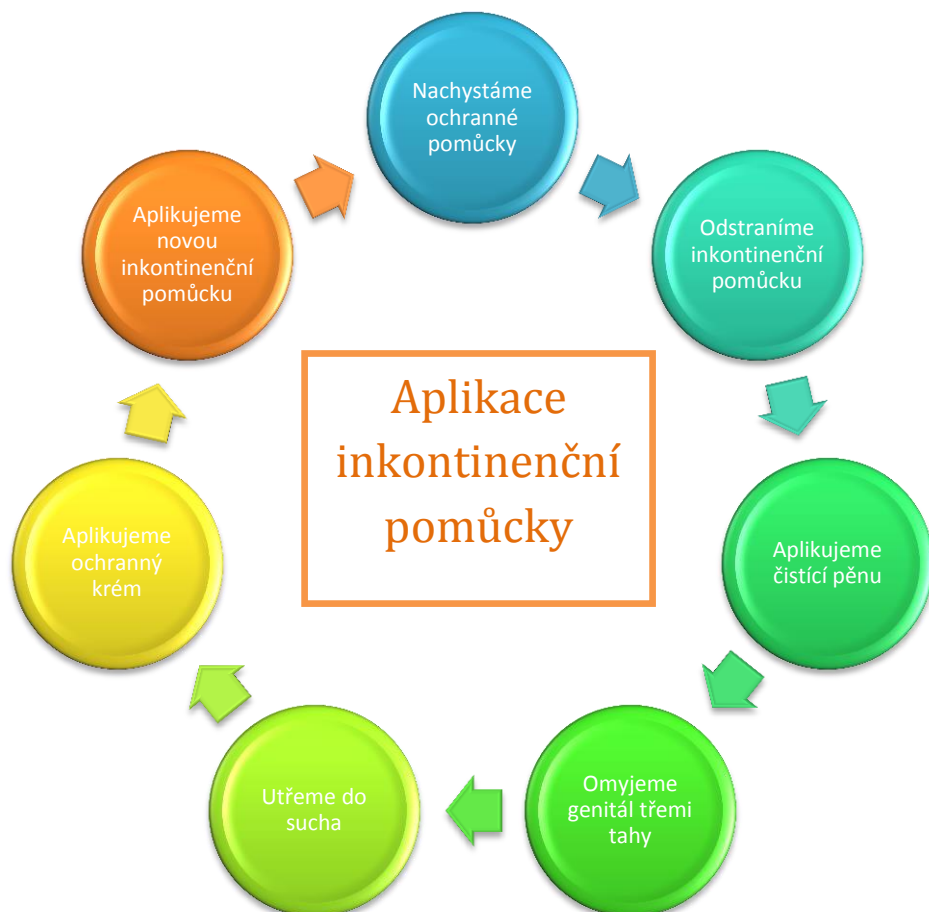
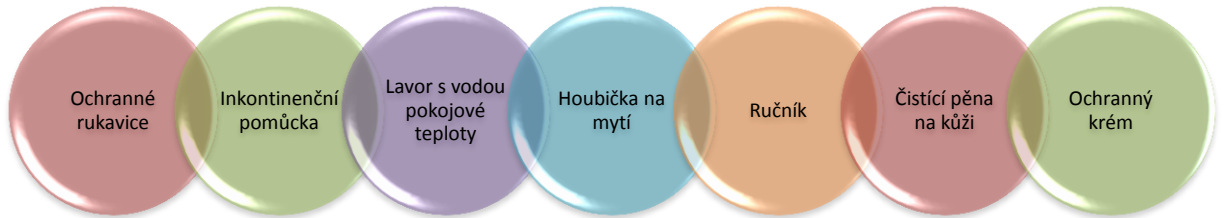
Z databází: katalog knihovny NCO NZO Brno
Bibliographia medica Českoslovaca

Casový rozsah: 2005 - 2014

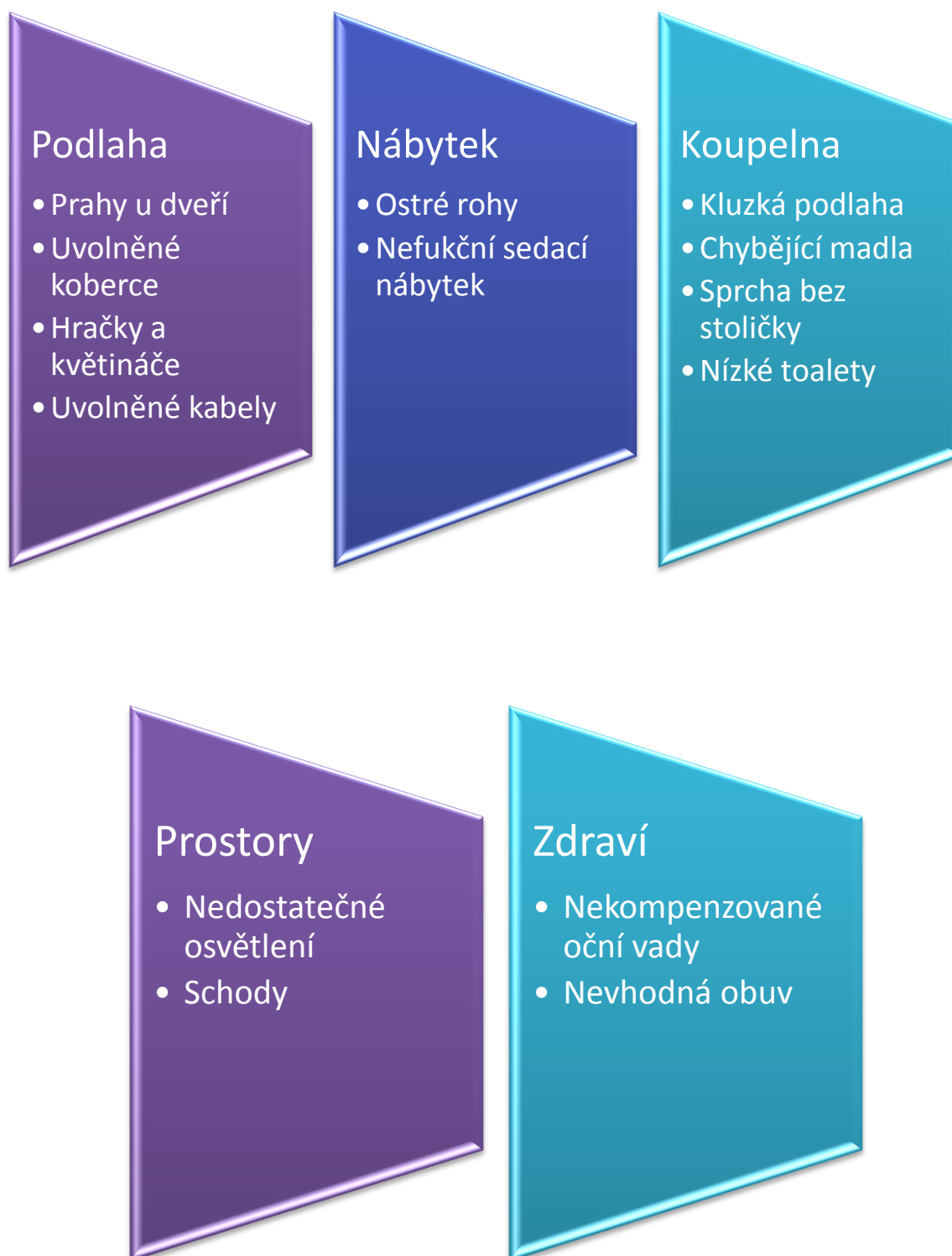
Celkový počet záznamů: 67

Příloha E – Edukační karta o výměně inkontinenční pomůcky

Pomůcky pro výměnu



Příloha F – Rizikové prvky přispívající pádům



Příloha G – Řešení problémových situací

Postup při řešení problémové situace



Chyby při řešení problémového jednání

