

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

**Výživa a způsob podávání stravy klientům s Alzheimerovou demencí
pohledem pracovníků přímé péče**

Andrea Fabiánová

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea Fabiánová**
Osobní číslo: **Z12331**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Výživa a způsob podávání stravy u seniorů s Alzheimerovou demencí pohledem pracovníků přímé péče**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování:

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

- 1.FRANKOVÁ, Vanda. Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický.1.vyd. Praha: Mladá fronta 2010,ISBN 978-802-0424-235.
- 2.FRANKOVÁ, Vanda. Paní Anežka má demenci: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou. 2., upr.vyd. Praha: Galén,2011, ISBN 978-80-7262-760-8.
- 3.HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007, ISBN 978-80-254-0177-4.
- 4.JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: 2009,ISBN 978-802-4724-546.
- 5.PIDRMAN, Vladimír. Demence. 1. Vyd. Praha : 2007,ISBN 978-802-4714-905.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martina Kuckir
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 24. června 2015
Termín odevzdání bakalářské práce: 21. srpna 2015


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 24. června 2015

Prohlášení:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 3.8.2015

Andrea Fabiánová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Martině Kuckir za konzultace, ochotu, vstřícnost, cenné připomínky a rady při zpracování této bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na provedeném výzkumu, za jejich ochotu, čímž mi umožnili realizovat tuto práci.

ANOTACE

Bakalářská práce pojednává o možnostech podávání stravy seniorům s Alzheimerovou demencí postiženým poruchami výživy. Jejím cílem bylo zjistit, jak pracovníci v přímé péči posuzují způsob podávání stravy klientům s tímto deficitem. Teoretická část se v úvodu zabývala charakteristikou onemocnění, jednotlivými fázemi Alzheimerovy demence a poruchami výživy v popsáných stádiích, následně je zaměřena na specifika připravované a podávané stravy u těchto seniorů, na kulturu stolování a možnosti využití doplňkové stravy. Praktická část byla založena na kvantitativním výzkumu, který probíhal u pracovníků v sociálních službách v zařízení se zvláštním režimem, které pečuje výhradně o klienty s Alzheimerovou demencí. Ve výzkumu bylo použito dotazníkové šetření, jejíž výsledky jsou interpretovány.

KLÍČOVÁ SLOVA

Alzheimerova demence, výživa, malnutrice, domov se zvláštním režimem, pracovník v sociálních službách

TITLE

Nutrition and service of food for retirees with Alzheimer illness with the view of direct care staff

ANNOTATION

The thesis deals with the possibility of feeding seniors diagnosed with Alzheimer's disease and with eating disorders. The main goal was to find out how social care workers assess the way meals are served to clients with these disorders. The theoretical part introduces the disease itself; the very next concern was of individual stages of Alzheimer's disease and nutrition disorders in these stages. Then it focuses on the specifics of meal-preparation, feeding seniors, the dining habits and the options of supplementary nutrition usage. The practical part is based on the quantitative research. There was used a survey and the results were interpreted. In this survey took part the social carers from the extraordinary-regime facility, which takes care exclusively of people diagnosed with Alzheimer's disease.

KEYWORDS

Alzheimer's disease, nutrition, malnutrition, the extraordinary-regime facility, social carer

Obsah

OBSAH	7
SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK	9
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK	10
ÚVOD	11
CÍLE	12
1 DEMENCE	13
1.1 ROZDĚLENÍ DEMENCÍ	13
1.2 ALZHEIMEROVA DEMENCE	15
1.3 ROZDĚLENÍ ALZHEIMEROVY DEMENCE PODLE STADIÍ	16
2 KOMPLIKACE S VÝŽIVOU U KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ ...19	
2.1 MALNUTRICE U SENIORŮ S DEMENCÍ.....	19
2.2 DEHYDRATACE.....	21
2.3 OBSTIPACE (ZÁCPA)	22
2.4 STAV DUTINY ÚSTNÍ A CHRUPU	22
3 VÝŽIVA SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ	22
3.1 VÝZNAM DOPLŇKOVÉ STRAVY U SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ	22
3.2 PŘÍJEM TEKUTIN A VÝZNAM JEJICH SLEDOVÁNÍ.....	23
3.3 VYHODNOCOVÁNÍ INFORMACÍ PŘI SLEDOVÁNÍ NUTRIČNÍHO SCREENINGU.....	23
4 SPECIFIKA V PŘÍSTUPU KE KLIENTOVI S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ 24	
4.1 TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE.....	25
4.2 SPECIFIKA PŘI PODÁVÁNÍ STRAVY SENIORŮM S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ.....	26
4.3 PŘÍPRAVA STRAVY A KULTURA STOLOVÁNÍ KLIENTŮM S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ	27
4.4 ROLE PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ PŘI PŘÍPRAVĚ A PODÁVÁNÍ STRAVY KLIENTŮM	28
5 METODIKA PRÁCE	30
VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
METODOLOGIE	30
CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	31
6 ANALÝZA DAT	32
DISKUZE.....	57

7	ZÁVĚR	61
8	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
9	PŘÍLOHY	67

Seznam ilustrací a tabulek

OBRÁZEK 1 GRAF POHLAVÍ RESPONDENTŮ	32
OBRÁZEK 2 GRAF VĚKU RESPONDENTŮ	33
OBRÁZEK 3 GRAF VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ	33
OBRÁZEK 4 GRAF DÉLKY PRAXE.....	34
OBRÁZEK 5 GRAF VLIVU AD NA PŘÍJEM POTRAVY	35
OBRÁZEK 6 GRAF VÝZNAMU SLEDOVÁNÍ VÝŽIVY	36
OBRÁZEK 7 GRAF VNÍMÁNÍ PODÁVÁNÍ STRAVY.....	37
OBRÁZEK 8 GRAF ZNALOSTÍ SPRÁVNÉHO PODÁVÁNÍ STRAVY	38
OBRÁZEK 9 GRAF ÚČINKŮ DOPLŇKOVÉ STRAVY.....	38
OBRÁZEK 10 GRAF PORUCH POLYKÁNÍ.....	39
OBRÁZEK 11 GRAF ZNALOSTÍ SPRÁVNÉHO PODÁVÁNÍ STRAVY	39
OBRÁZEK 12 GRAF SEBEVZDĚLÁVÁNÍ V OBLASTI VÝŽIVY	40
OBRÁZEK 13 GRAF STAVŮ, KTERÉ MOHOU BÝT ZPŮSOBENY DEHYDRATACÍ	41
OBRÁZEK 14 GRAF IDEÁLNÍCH KROKŮ PŘI HROZÍCÍ MALNUTRICI	42
OBRÁZEK 15 POLOHA KLIENTA	43
OBRÁZEK 16 GRAF ČASOVÉHO HARMONOGRAMU PODÁVÁNÍ STRAVY	44
OBRÁZEK 17 GRAF MÍSTA PODÁVÁNÍ STRAVY	45
OBRÁZEK 18 GRAF PROSTŘEDÍ PODÁVÁNÍ STRAVY	46
OBRÁZEK 19 GRAF ZPŮSOBU PODÁVÁNÍ STRAVY	47
OBRÁZEK 20 GRAF ČASU VĚNOVANÉMU KLIENTŮM PŘI PODÁVÁNÍ STRAVY	48
OBRÁZEK 21 GRAF PRAVIDELNÉHO VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	49
OBRÁZEK 22 GRAF PRAVIDELNÉHO VÁŽENÍ KLIENTŮ	50
OBRÁZEK 23 GRAF BAZÁLNÍ STIMULACE.....	51
OBRÁZEK 24 GRAF HODNOCENÍ PORUCH POLYKÁNÍ	52
OBRÁZEK 25 GRAF VYUŽITÍ NUTILISU.....	53
OBRÁZEK 26 GRAF POUŽÍVÁNÍ DOPLŇKOVÉ STRAVY.....	54
OBRÁZEK 27 GRAF SLEDOVÁNÍ PITNÉHO REŽIMU	55
OBRÁZEK 28 GRAF VYUŽITÍ POMŮCEK	56

Seznam zkratk a značek

AD – Alzheimerova demence

CNS – Centrální nervová soustava

PSS – Pracovník v sociálních službách

DZR – Domov se zvláštním režimem

BS – Bazální stimulace

Úvod

Péče o lidi s demencí a jejich potřeby se stávají stále významnější prioritou v mnoha ekonomických sektorech, vědních oborech i geografických oblastech. Podle dostupných údajů žije v České republice 143 tisíc osob trpících Alzheimerovou demencí. Riziko vzniku demence narůstá s věkem a častěji postihuje ženy. Zatímco do 65 let věku trpí demencí každý 866., nad 65 let je to každý 13. V případě nejvyšších věkových kategorií nad 80 let věku pak každý pátý, nad 90 let pak dokonce téměř každý druhý. Lidí s demencí s ohledem na stárnutí populace neustále přibývá. Podle projekcí bude koncem letošního roku v ČR žít 154 tisíc lidí trpících demencí. Hranici 200 tisíc lidí s tímto onemocněním dosáhneme pravděpodobně v roce 2023 a 300 tisíc v roce 2036. I přesto, že je velmi obtížné sehnat data o rozložení jednotlivých druhů péče, předpokládá se, že přibližně čtvrtina osob trpících demencí (26 %) využívá ambulantní zdravotní péči, necelých 6 % zdravotní péči lůžkovou, pětina (19 %) osob trpících demencí bydlí v domovech pro seniory a více než 6 % pak v domovech se zvláštním režimem (DZR) (Mátl a kol., 2014, str. 17).

A právě v průběhu posledních let, vlivem aktuálnosti problematiky péče o pacienty s AD, lze v oblasti DZR sledovat nárůst pečovatelských kapacit. Je patrný vzestup tohoto onemocnění a společnost si uvědomuje nutnost nárůstu specializovaných zařízení se zvláštním režimem. Zatímco v roce 2009 byl počet domovů se zvláštním režimem 199, v současnosti jejich 268. V roce 2010 byla evidována v těchto zařízeních celková kapacita nepatrně vyšší než 10 tisíc lůžek. Kvalita těchto zařízení a jimi poskytovaných služeb přitom podle expertů za zbytkem vyspělé Evropy stále výrazně zaostává. Důvodem může být to, že se tato zařízení potýkají s různými problémy. Příkladem mohou být problémy personální, finanční, či problémy s komunikací s odbornou veřejností. Jednou z klíčových, a zároveň problematických oblastí péče, je i otázka výživy klientů s AD v těchto zařízeních. Jedná se totiž o velmi důležitou oblast zasahující jak do terapie, tak do kvality života těchto klientů. V prostředí českých DZR se jako takto problematická otázka jeví podávání stravy a sledování stavu výživy u klientů s AD pracovníky v sociálních službách, kteří jsou s klienty s AD nejčastěji v kontaktu, ale ve většině případů neprocházejí školeními o této problematice. Může se tak stát, že výživu seniorů s AD v DZR může ovlivňovat i pohled PSS na oblast výživy. Proto se jako velmi vhodné jeví zaměřit se na tuto problematiku i v ošetřovatelském výzkumu (Mátl a kol., 2014, str. 19).

Cíle

1. Zjistit, jak PSS vnímají vliv Alzheimerovy demence na výživu.
2. Zjistit, jakým způsobem vnímají PSS podávání stravy.
3. Zmapovat jakou důležitost dávají PSS vybraným okolnostem při podávání stravy klientům s Alzheimerovou demencí.

1 Demence

Slovo demence má původ v latinském slově „demens“, které je složeno ze dvou částí „de“ a „mens“. „De“ lze vyložit jako mimo a „mens“ jako duch. Demence v doslovném překladu tedy znamená „ten, kdo ztratil ducha“ (Pichaud, Thareauová, 1998, str. 92).

Demence se většinou automaticky spojuje s vyšším věkem a často se mluví o tom, že v tomto věku je již běžným onemocněním. Není tomu tak, demence není normální součástí stárnutí, je vždy důsledkem chorobného procesu. Jedná se o duševní poruchu, při které je postižený omezován v běžných denních činnostech a v posledních stádiích onemocnění není již vůbec schopen samostatného života. V průběhu onemocnění dochází k úbytku tzv. kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, což je způsobeno úbytkem nervových buněk. Dochází k ukládání patologických proteinů, které se ukládají jako vlákna nebo v okolí nervových buněk jako beta amyloidové plaky. Ty způsobují poškození a zánik nervových buněk a jejich spojů, nastává úbytek acetylcholinu, díky němuž dochází k nervovým vzruchům. Diagnóza demence není jednoduchá a často dochází ke stanovení diagnózy až v pokročilejších stádiích. Důvodem opožděné diagnózy může být to, že pacient ani rodina neupozorní včas na poruchy kognitivních funkcí, ale může být také způsobena špatnou informovaností a nedostatečnými znalostmi zdravotnického personálu (Masařová, 2006, str. 4).

1.1 Rozdělení demencí

Demence můžeme podle příčiny dělit do dvou základních skupin, na demence, které mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku, a na demence symptomatické (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Symptomatické demence lze ještě dělit do dvou podskupin na demence vaskulární (na podkladě poruch mozkových cév, mozkového krevního zásobení) a ostatní symptomatické demence.

Atroficko-degenerativní procesy jsou takové, u kterých dochází ke snížení počtu nervových buněk, snížení počtu spojů (synapsí) nervových buněk, k poruše funkce nervových buněk (neuronů) i pomocných buněk (neuroglií), k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u nichž probíhá řada dalších degenerativních dějů (Jiráček a kol., 2009, s. 19).

Vaskulární demence vznikají jako následek poškození mozkové tkáně cévními poruchami. Jsou to především mozkové infarkty, při kterých odumře určitý okrsek mozkové tkáně z důvodu neprokrvení v důsledku uzávěru vyživující tepny. Demence vznikají častěji na podkladě mnohočetných drobných mozkových infarktů (někdy jen mikroinfarktů), ale je také možný vznik na podkladě pouze jednoho rozsáhlejšího mozkového infarktu v oblastech důležitých pro paměť (Jirák a kol., 2009, s. 19).

Dle jiného dělení dle místa postižení lze demence rozdělit na kortikální demence a subkortikální demence. U kortikálních demencí, jak vyplývá z názvu, jsou převážně postiženy korové funkce. To se projevuje korovými příznaky, jako je porucha paměti (vštípení), afázie, apraxie, agnozie, prostorová dezorientace a podobně. Hybné poruchy bývají vzácné a objevují se až v pozdních stádiích. Hlavním zástupcem kortikální demence je především Alzheimerova nemoc a různé varianty frontotemporální lobární degenerace. U subkortikální demence jsou postiženy podkorové struktury (především bazální ganglia, thalamus a bílá hmota hemisfér, zejména capsula interna). Dochází k narušení motorických a asociačních drah. Proto hlavním příznakem je zpomalení psychického a pohybového tempa. Časté jsou perseverace (opakovaná stereotypní činnost nebo jednání, zaujatost jedním tématem). V popředí jsou hybné poruchy. Naopak korové příznaky jsou nenápadné, a i když se může vyskytovat zapomnětlivost, porucha paměti není výrazná. Vážně především vybavování informací. Mezi typické zástupce řadíme tyto jednotky: vaskulární demence, demence při Parkinsonově nemoci, normotenzní hydrocefalus, Wilsonova nemoc a vzácné neurodegenerativní demence (progresivní supranukleární obrna, multisystémová atrofie, Huntingtonova chorea). Časté jsou také smíšené varianty těchto dvou typů demencí. Příkladem kortiko-subkortikální demence může být vaskulární demence, Creutzfeldtova-Jakobova nemoc nebo nemoc s Lewyho tělísky.

Některé demence mohou provázet lokalizované neurologické příznaky, jako je hemiparéza a afázie (vaskulární demence, subdurální hematom, hydrocefalus) nebo mozečkový syndrom a ataxie (CJN, multisystémová atrofie, paraneoplastická encefalopatie, mozečkový nádor, Whippleova choroba, Wernickeův-Korsakoffůvsyndrom) (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 24 - 26).

1.2 Alzheimerova demence

Alois Alzheimer (1906) byl německý psychiatr a neuropatolog, spolupracovník Emila Kraepelina, který jako první (r. 1907) popsal symptomy onemocnění známého jako Alzheimerova choroba. Alois Alzheimer byl pracovník renomované mnichovské kliniky, v jejímž čele byl slavný psychiatr Emil Kraepelin, který také tuto chorobu pojmenoval. Ovšem nutno zmínit Oskara Fischera, který se narodil v roce 1876 ve Slaném. Absolvoval německou lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze a univerzitu ve Štrasburku. Pracoval pak na německé lékařské fakultě UK v Praze, nejdříve dva roky na patologii a pak na psychiatrické klinice. Oskar Fischer, pražský žid německé národnosti, publikoval v roce 1907, tedy v téže roce jako Alzheimer, klinicko-patologickou studii, kde post mortem vyšetřil mozky šestnácti osob diagnostikovaných jako „senilní demence“. Proč se tedy jmenuje Alzheimerova choroba právě Alzheimerova a nikoli Alzheimer-Fischerova nebo Fischerova choroba (Alzheimer nadační fond, 2014)? Alzheimerova nemoc tvoří v čisté formě přibližně 50% všech demencí. Dále se vyskytuje ve smíšené formě s vaskulární demencí. Alzheimerova demence je neurodegenerativní onemocnění vedoucí k úbytku nervových buněk a tím k mozkové atrofii. Dochází k tvorbě a ukládání bílkoviny beta-amyloidu, která vytváří plaky. Dále dochází k degeneraci bílkoviny tau-proteinu v neuronech, které pak neplní svoji funkci a zanikají (Jirák a kol., 2009, s. 29).

Alzheimerova nemoc má pozvolný a nenápadný začátek, postupně progreduje. Změny jsou počátku nenápadné. Prvními diskrétními příznaky bývají drobné změny osobnosti, chování, návyků a zvyků. Nemocný přestává být aktivní, začíná se spíše izolovat. Ztrácí pružnost v myšlení, objevuje se pozvolná degradace v oblasti etické a estetické.

Poruchy kognitivních funkcí mohou být zřejmé již od samého začátku, nemocný je může do jisté míry po nějaký čas maskovat. Mohou se projevit poruchy orientace v prostoru, poruchy úsudku, bývají narušeny logické kroky (Piderman, 2007, s. 37).

Myšlení nemocného se stává chudým, snižuje se slovní zásoba, objevují se poruchy typu afázie, agnózie, apraxie. Objevují se známky deprese, mohou se objevit i afekty vzteku. Osobnost nemocného se velmi brzy mění, což je typické pro Alzheimerovu demenci. Nemocný je podezřívavý, sobecký, přestává o sebe pečovat, jsou narušeny etické a estetické hodnoty (Piderman, 2007, s. 37).

1.3 Rozdělení Alzheimerovy demence podle stadií

Alzheimerova choroba se rozvíjí pomalu a z počátku velmi nenápadně. Na svém začátku se objeví zapomnětlivost, brzy k ní přistupují poruchy prostorové orientace, spojené s dezorientací místem a blouděním, poruchy logického uvažování, poruchy exekutivních funkcí. Dochází k degradaci osobnosti, postižení ztrácejí náhled choroby. Objevují se poruchy chování jako je agresivita, deprese, inverze spánku, psychotické příznaky. Dostí často se objevují afázie, agnózie a apraxie. Intelektové schopnosti výrazně deteriorují. Pokud jde o konkrétní příznaky demence, mohou se vyskytovat poruchy velmi různé. Nejde jen o výčet těchto poruch, ale důležitá je i jejich vzájemná propojenost, kontext a vývoj v čase (Kučerová, 2006, str. 17-21). Dochází k narušení jednotlivých funkcí, například úbytek kognitivních funkcí je generalizovaný a probíhá bez výkyvů. Významná je progredující porucha paměti, která se na počátku projevuje jen nápadnou zapomnětlivostí. Komplexní porucha paměti (a dalších poznávacích procesů) vede ke ztrátě orientace v čase i prostoru. Nemocný není schopen na tyto problémy adekvátně reagovat, protože postupně ztrácí schopnost logicky uvažovat. Stále hůře chápe, co která situace znamená a co by měl za daných okolností dělat. Upadá schopnost porozumět verbálnímu sdělení, zhoršuje se rovněž schopnost přiměřeného slovního vyjádření, redukuje se slovní zásoba (fatické poruchy). To se projevuje obtížnostmi v komunikaci. Emotivní reakce bývají rovněž méně adekvátní situaci, nemocný ztrácí schopnost své emoce kontrolovat. Může se měnit i celkové ladění: častá je tupá euforie, ale může převažovat i úzkostná či depresivní nálada. Dochází ke změnám osobnosti a nápadnosti v chování. Nemocní postupně přestávají dodržovat společenská pravidla a ohledy. Vzhledem k tomu, že nemají vhléd do situace, neuvědomují si nevhodnost svého chování (Kučerová, 2006, str. 17-21).

Běžně se rozlišují tři stadia vývoje onemocnění, mírná forma, středně těžká a těžká. V prvním stádiu období trvá 2-4 roky. Počáteční stadium nemoci si můžeme splést s přirozeným stárnutím. Nejdříve dochází k poruchám paměti. Lidé je často považují za běžný projev stárnutí - „Babička už je stará, tak zapomíná, to je normální.“ Člověk zapomíná, není si schopen zapamatovat nové věci. Naopak si někdy dobře vybavuje vzpomínky z mládí, rád o nich opakovaně do omrzení mluví. Zhoršuje se jeho obrazová představivost a logické uvažování, schopnost úsudku a počítání. Objevují se poruchy prostorové orientace. Nemocný bloudí na méně známých místech. Trpí také přechodnou časovou dezorientací. Není schopen vybavit si, jaký je den, měsíc nebo rok. Má sníženou schopnost plynulého vyjadřování a mohou se vyskytnout i první psychologické příznaky a poruchy chování - deprese, poruchy

vnímání, ojediněle i bludy. Když je přiveden k lékaři a dostává otázky, otáčí se bezradně na doprovázejícího. To se nazývá příznak otáčení hlavy. Pacient je však schopen základní péče o sebe sama, což znamená, že ještě může zůstat doma. Často založí někde peníze, dokumenty, klíče a není schopen je najít. Poruch paměti si nemocní nebývají vědomi, cítí se často zdraví. Podezírají někdy blízké, že jim věci schovávají. Popírají své problémy, odmítají možnost, že by se jim zhoršovala paměť. Zůstává jim schopnost povrchně diskutovat a společensky povídat. Někdy kontrastuje s podezíráním blízkých naivní důvěra, se kterou se svěřují cizím lidem. Mění se osobnost a povaha nemocných, jsou sebestřední. Nemocní mají lehké problémy s koordinací, např. při zacházení s nožem a vidličkou, již zde může být prvopočátek poruch výživy, anebo při chůzi do schodů. Tyto problémy postupně vzrůstají a vedou pak také k potížím s chůzí nebo se schopností udržet delší dobu vzpřímený postoj (Šebková, 2007).

Středně těžká forma může trvat 2-10 let. M. Vágnerová (2004, s. 285) uvádí výskyt již závažnějších poruch paměti, projevuje se rovněž v oblasti dlouhodobé paměti. Nemocný je dezorientován časem i místem. S postupem času můžeme u postiženého sledovat problémy s řešením i zcela obvyklých problémů, nechápe ani běžné vztahy a souvislosti, nerozumí běžným požadavkům a sdělením. Zhoršuje se a ztrácí se schopnost počítat, číst a psát. Zůstávají zachovány útržky vzpomínek na události z mládí. Objevují se výraznější poruchy chování, halucinace a bludy. Postižený si myslí, že mu někdo chodí po bytě, podezírá a obviňuje blízké, sousedy nebo zcela cizí osoby z krádeží. Má potíže s dodržováním hygieny, nedovede se přiměřeně obléci, udržovat si své věci v pořádku. Mohou se již objevovat i přechodné odpolední a noční stavy zmatenosti - jedná se o poruchy vědomí, odborně nazývané deliria. Častější je také bloudění, ztrácení se. Přesto zůstává zachovaná schopnost vést povrchní společenskou konverzaci. Na první dojem mohou být nenápadní, postižení paměti není při krátkém kontaktu patrné. Prohlubuje se změna osobnosti, egocentričnost, sobeckost. Přesto povětšinou zůstávají ještě doma za využití služeb sociální a zdravotní péče. Kdy nemoc vstoupila do posledního stádia a jak dlouho bude tato obtížná část trvat, je velmi těžké rozpoznat.

Konečné stádium může trvat několik týdnů, ale i let. V těžkém stádiu nemoci postižení ztrácejí schopnost pečovat o sebe sama, stávají se plně odkázanými na péči druhých. Bývají inkontinentní, trpí dezorientací. V chování se projevuje úpadek náhledu, naprosté nerespektování sociálních pravidel, negativismus. U pacienta se vyskytují poruchy chůze, pády, neurologické poruchy, poruchy chování - především agresivita, odpolední a noční stavy

zmatenosti. V poslední fázi onemocnění je stále více omezována také schopnost pohybu. Nemocný neudrží moč a stolici. Dále se zhoršuje schopnost řeči. Nemocný opakuje jedno nebo několik slov či větu, někdy přestane mluvit úplně. Nemocný hodně sedí nebo leží v posteli. Kontakt je ještě možný prostřednictvím hlasu, doteků nebo očního kontaktu. I když už nemocný člověk ztratil schopnost vykovávat mnohé činnosti, stále vnímá okolí. Proto bychom se měli zaměřit na to, aby jeho fyzické, psychické i duchovní potřeby byly náležitě rozpoznány posléze uspokojeny.

V posledním stadiu onemocnění Alzheimerovou chorobou se u člověka mohou objevit další souběžné nemoci. Mezi ty hlavní patří zápal plic a proleženiny. Tyto, jinak mnohdy nefatální onemocnění mohou být pro pacienta s Alzheimerovou chorobou rizikové a život ohrožující. Kučerová (2006, s. 9) k tomu dodává: *„Jde o celkové zhoršení duševních schopností s různě vyjádřeným postižením v jednotlivých složkách psychiky a ve svém důsledku zasahující celou osobnost, včetně její tělesné součásti. V těžších stádiích jde tedy o zchátralost nejen paměti, myšlení, emotivity, vůle... ale i o tělesnou slabost, nevykonnost, pomočování, neudržení stolice, zhoršení obrany schopnosti organismu vůči infekcím, o poruchy pohybového aparátu a ostatních systémů.“* Celé tělo slábne a je tak náchylné k infekcím, které pak nakonec mohou vést k fázi umírání. Nemocní někdy ještě dokonce i v této fázi projevují na krátkou dobu ohromující reakce, např. odpovídají vhodně na položenou otázku, jako by ještě na krátký okamžik mohla správně fungovat důležitá spojení v mozku. Stále více příbuzných dochází v této fázi ve shodě s lékařem k rozhodnutí, aby nebyla použita žádná opatření k prodloužení života nemocného, jako je např. umělá výživa. *„Nutriční péče o nemocného s Alzheimerovou demencí patří mezi základní léčebná opatření. Udržení optimálního stavu výživy je podmínkou pro zpomalení invalidizace pacienta a dává podklad k úspěchu specifických léčebných prostředků terapie této závažné choroby“* (Těšínský, 2003, str. 13-16). Ne kvůli tomu, aby se vyhnuli utrpení, nýbrž proto, že věří, že pokud nechají nemoci volný průběh, jednají tak v zájmu nemocného. Vždyť přece vyléčení nebo zlepšení jeho stavu už není možné. Umírání nemocných trpících Alzheimerovou chorobou bývá někdy vnímáno jako pomalý přechod do jiného světa. Podle H. Buijssena (2006, s. 13-14) *„Nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku“*. V konečné fázi nemoci je závislý na druhých ve všech svých potřebách. Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě. Nakonec v důsledku choroby umírá. Bezprostřední příčinou smrti bývají například bronchopneumonie nebo úrazy, k nimž však dochází v důsledku základní Alzheimerovy choroby, a proto je tuto nemoc nutno pokládat na primární příčinu smrti.

Alzheimerova choroba je čtvrtá až pátá nejčastější příčina úmrtí vůbec (Raboch, Zvolský, 2001, str. 174).

2 Komplikace s výživou u klientů s Alzheimerovou demencí

2.1 Malnutrice u seniorů s demencí

Malnutrice je závažnou komplikací, která je průvodním jevem u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Jednou z nich je marasmus, kdy klient přijímá méně energie, než je jeho aktuální potřeba organismu, druhým typem je proteinová malnutrice, kdy dochází k dlouhodobě nedostatečnému přísunu bílkovin ve stravě a deficit je jak ve složce energetické, tak i bílkovinné, nazývané proteino-energetická, která je považována za nejčastější. Malnutrice je jedním z faktorů, které zhoršují průběh onemocnění a zhoršují tak jeho prognózu. Nejčastější je postupná ztráta tělesné hmotnosti vyvolaná nedostatečnou kvantitou přijímané potravy pro neschopnost nemocného připravit si jídlo a zabezpečit jeho požití. Tímto způsobem vzniká marasmus způsobený nedostatečným příjmem energie a bílkovin bez výraznějšího úbytku viscerálního proteinu. U těchto pacientů je při nízké tělesné aktivitě vysoký podíl tělesného tuku a proporcionálně nízký podíl kosterního svalstva. Je nutné myslet na základní opatření, mezi která patří např. včasné rozpoznání snížení zájmu klienta o jídlo, je nutné sledovat u něho tělesnou hmotnost a svalovou sílu, stravu podávat v pravidelných intervalech, snažit se o zachování estetiky a stolování, vnímat chutě klientů, mít přehled o skutečně snědené stravě (Kalvach a kol., 2004, str. 301).

Přestože nutriční péče o nemocného s Alzheimerovou demencí patří mezi základní léčebná opatření, je často opomíjena nebo podceňována. Prostředky základní nutriční podpory jsou přitom jednoduché a dostupné a včasná nutriční intervence představuje významnou prevenci vzniku komplikací souvisejících s malnutricí. Vhodnou nutriční podporou je využití sippingu či modulárních přípravků jako je např. Protifar. Správná výživa dokáže výrazně zlepšit kvalitu života a předejít mnohým komplikacím, které mohou při tomto onemocnění vzniknout (zhoršení hojení ran, vznik dekubitů). Při zjištění problémů s nedostatečnou výživou musí následovat včasná nutriční opatření. Jak je již výše uvedeno, mohou se objevit různé typy malnutrice (Kalvach a kol., 2004, str. 301).

Poruchy polykání jsou u demence časté, přicházejí zejména ve fázi pokročilé demence. Jejich důsledkem je zhoršení nutričního stavu a mohou způsobit komplikace, z nichž nejzávažnější je aspirační pneumonie. Polykání je mechanismem, který posouvá potravu z úst

do jícnu a žaludku. Jakmile se sousto či tekutina dostanou do jícnu, posouvají se již dále do žaludku samovolnými vlnovitými a koordinovanými pohyby (peristaltika), které navazují na pohyby hltanu. Polykací problémy u pacientů s demencí mohou vznikat prakticky v každé z výše popsaných fází, často se kombinují. Při demencích se může zpomalit a zhoršit koordinace činnosti svalů potřebných pro polykání, ale i pro zpracování stravy. Polykací reflex může být zpožděný nebo nekompletní, může nastat také špatná následnost jednotlivých fází polykání (Holmerová a kol., 2007, str., 115).

K jedné z největších komplikací dochází v první fázi výše popsaného mechanismu. Klient kvůli své diagnóze mnohdy nechápe, co s potravou v ústech dělat, nerozkouše ji, má narušený polykací reflex. V důsledku toho potravu vypouští z úst, strava ho dráždí ke kašli či může dojít k aspiraci. Kašel je přirozeným obranným mechanismem, který je odpovědí na vstup cizího tělesa či tekutiny do dýchacích cest. Jedná se vlastně o za sebou jdoucí prudké výdechy, které ve většině případů vynesou z dýchacích cest to, co tam nepatří. Mechanismus kašle je také složitý a stejně jako polykání potřebuje nervovou kontrolu. Ta bývá často u pacientů s demencí poškozena (Holmerová a kol., 2007, str., 114).

Aspirace – jedná se o situaci, kdy část potravy, slin či tekutin z nějakého důvodu dostane do dýchacích cest, odkud ji již není zpravidla možné kašlem zcela odstranit (Holmerová a kol., 2007, str. 114). To přímo ohrožuje život. Náhlá smrt při jídle je ve značném počtu případů způsobena právě aspirací, menší aspirace, zejména opakované, vedou k plicním zánětům. Při těžkých polykacích poruchách je indikována enterální výživa. Může být podávána perorálně či sondově. Nejjednodušší a nejfyziologičtější cestou podávání enterální výživy je podávání per os, neboli sipping (např. preparáty Nutridrink, Resource, Fresubin Drink). Dalším vhodným přípravkem při této poruše je Nutilis. Jedná se o instantní zahušťovadlo, které napomáhá vytvořit z tekutiny takovou konzistenci, která je pro klienta nejvhodnější pro spolknutí. Neovlivňuje však množství podané tekutiny pro zápis do sledování příjmu tekutin. Pokud pacient není schopen požit celou dávku enterální výživy per os, je zaváděna sonda do žaludku (nazogastrická) nebo do první kličky jejunu (nazojejunální). Pokud je nutné podávat enterální výživu sondou po delší časový úsek (nad 6-8 týdnů), je indikováno zavedení sondy cestou punkční perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) (Křemen a kol., 2009, str. 46). Těšínský (2003, str. 16) ve svém článku uvádí, že u klientů s těžkou malnutricí lze zavést PEG, zároveň ale uvádí i možná rizika, spojená s tímto zákrokem, jako je např. riziko aspirace, infekce se zdrojem v aplikačním systému a riziko průjmu. Těšínský však nepopisuje rizika a další komplikace spojené se zavedením PEGu

spojená s psychickým neklidem klienta, který má např. tendenci k odstranění něčeho, co není jeho součástí a nelze mu ani vysvětlit, že je to nutnost k jeho přežití. Další z možných komplikací při péči v pobytovém zařízení s klienty s demencí může být neopatrný zásah spolubydličího, který také nechápe danou situaci a může ublížit např. imobilnímu klientovi neopatrnou manipulací a PEG vytrhnout.

Lidé mají právo na důstojné dožití. Lidem postiženým Alzheimerovou demencí se díky nepřírozenému zásahu do jeho těla na nějaký čas prodlouží současný, ne příliš dobrý zdravotní stav. Je však dobré mít na paměti důstojnost na jeho sklonku života a dopřát mu poslední chvíle co nejpřírozenější. Má člověk přijít zavedením perkutánní endoskopické gastrostomie de facto o jediný požitek, který ještě má v posledních fázích života – o požitek z chuti - či se máme pokusit vhodnou úpravou stravy, jeho stolovacích návyků a individuálním přístupem zachovat téměř poslední z jeho smyslů a vyjádřit mu tímto způsobem respekt a zachovat jeho lidskost a úctu?

2.2 Dehydratace

Pitný režim je nutné dodržovat během celého dne, zvláště u starších lidí, kteří jsou rizikovou skupinou pro rozvoj dehydratace, protože u nich klesá pocit žízně. Dehydratace, která může vzniknout při nedostatečném příjmu tekutin, bývá spojena s bolestmi hlavy, s únavou, poruchou fyzických a psychických funkcí, zácpou a při větším rozvoji dehydratace dochází ke zmatenosti, dezorientaci a sklonu k pádům. Příjem tekutin, který se doporučuje, je 30 ml na 1 kilogram tělesné hmotnosti, což jsou přibližně 2-3 litry za den. Mezi vhodné tekutiny jsou řazeny stolní a minerální vody, ovocné a bylinné čaje, čistá voda, kávovinové nápoje (např. Caro, Melta), ředěné džusy a ovocné šťávy (Grofová, 2011, s. 26). Pro upřesnění nevhodných tekutin, které nezapočítáváme do bilance tekutin, patří bílá káva, černá káva, silný černý čaj, doplňková strava a zahuštěné polévky.

Je velmi důležité dbát na pitný režim, a to během celého dne, nejen při podávání hlavních jídel. Správná hydratace může zabránit hospitalizaci, a to u klientů ve všech stádiích demence. Pokud si nejsme jisti množstvím vypitých tekutin, je důležité zaznamenávat bilanci tekutin. Při nedostatečném množství požitých tekutin není vhodné u klientů s Alzheimerovou demencí zavádět periferní žilní vstup, a to z důvodu jejich neklidu, strachu a možnosti nepochopení situace, co je s nimi prováděno. Je tu ale jiná vhodnější forma - aplikace infuzního roztoku subkutánním podáním. Volí se místa, která klienta nenutí k jakékoliv manipulaci a žádným způsobem ho neomezují v denních činnostech a aktivitách. Do podkoží se zavádí tzv. motýlek

pod úhlem 45stupňů. Aplikaci můžeme provést na břicho v okolí pupku, na zevní straně stehna nebo na vnější straně paže. Infuzní roztok necháváme kapat velmi pomalu, až několik hodin (6-8hod.). Tekutina se v podkoží vstřebává. Díky tomuto způsobu může zůstat klient v prostředí, které zná a nemusí být hospitalizován ve zdravotnickém zařízení.

2.3 Obstipace

Další komplikací, která může nastat, je obstipace, mimo jiné i z důvodu malnutrice a dehydratace. Zácpa může vznikat v závislosti na změně stravovacích zvyklostí, nedostatkem pohybu, nedostatečným příjmem tekutin, ale i s orgánovými změnami. Tento stav můžeme ovlivnit například správnými stravovacími návyky, dostatečným podáváním tekutin, zařazením luštěnin do jídelníčku, výběrem tmavého chleba před bílým pečivem. Proto je pro pečující vhodným ukazatelem sledování odchodu stolice (Richards, Edwards, 2004, str. 204).

2.4 Stav dutiny ústní a chrupu

Jednou z rozhodujících veličin, které ovlivňují stav výživy klientů, je stav dutiny ústní a samotný chrup. Mnohdy se zapomíná na zdánlivě banální komplikace, které mohou narušit příjem potravy, nechuť k jídlu a vést až k následné malnutrici. K faktorům, které mohou způsobit tyto komplikace, patří nevhodnost zubní protézy, která může způsobit otlaky, slizniční léze či drobná poranění. Proto je důležité, aby personál dohlížel, mnohdy i prováděl, důkladnou toaletu dutiny ústní klientů a dbal na čistotu zubní protézy, a aby byl chrup klienta pravidelně kontrolován stomatologem (Pidrman, 2007, str. 158).

3 Výživa seniorů s Alzheimerovou demencí

3.1 Význam doplňkové stravy u seniorů s Alzheimerovou demencí

„Demence je vysoce energeticky náročná choroba. I při zvýšeném příjmu potravin nemocní při rozvinuté nemoci hubnou až kachektizují. Je třeba zvýšit počet jídel. Nemocní snědí i velké porce, někdy až neuvěřitelné množství jídla. Mnozí mají velkou chuť na sladkosti“ (Holmerová a kol., 2007, str. 113).

Jak je výše uvedeno, zvláštní formou výživy je takzvaný sipping. Jde o speciální nutriční přípravek, který představuje vyváženou tekutou stravu s přesně určeným složením živin (energetických substrátů, bílkovin, minerálů a vitamínů). Tato výživa může být podle potřeby obohacena o vlákninu a je zpravidla podávána v široké škále příchutí, což umožňuje její dlouhodobé používání a doplňování energetického příjmu. Pro pestrobarevnost chutí se

využívají přípravky různých firem a kombinací nejen mléčných, ale i džusových variací, v nabídce jsou přípravky typu pudinku či ovocného pyré. Z neochuceného mléčného sippingu lze i vařit běžná jídla. Sipping je většinou podáván jako doplňková výživa k běžné dietě.

3.2 Příjem tekutin a význam jejich sledování

Jak bylo popsáno v kapitole 2.3 o dehydrataci, je nutné dbát na pitný režim. Nemocní nemají pocit žízně, tekutiny se musí stále nabízet. Sami se nenapijí, ani když mají hrneček na stole. Klienti s Alzheimerovou demencí mají narušenou dráhu ruka-dutina ústní, úchop hrnečku a vložení do úst. Pro upamatování si této dráhy je vhodný koncept bazální stimulace (Friedlová, 2007, str. 118). Správný režim přijímání stravy, krmení pacienta, podávání tekutin, vedení k základním návykům a stereotypům, by nemělo být na okraji zájmu. Je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost této činnosti a aktivně do ní klienta zapojovat. Při podezření na nedostatečný příjem tekutin je vhodné zavést sledování příjmu tekutin za určitý čas. V zařízeních se zvláštním režimem, zaměřeným na klienty s Alzheimerovou demencí, je možno sledovat příjem tekutin za 24 hodin. Nejedná se o zdravotnické zařízení, kde je hodinová bilance tekutin přísným kritériem, ale je vhodným ukazatelem a důležitým aspektem ošetrovatelské péče (Kalvach a kol., 2004, str. 326).

3.3 Vyhodnocování informací při sledování nutričního screeningu

Jak bylo popsáno v kapitole 2.1, je malnutrice komplexní problém. Postihuje více orgánů či orgánových systémů. Proto je nutné ji diagnostikovat pomocí kombinace různých metod. To znamená s použitím anamnézy, fyzikálního vyšetření klinického stavu pacienta, laboratorních vyšetření (mezi ně patří hematologické, biochemické i imunologické vyšetření). Malnutrice bývá velmi často přehlédnuta, a to nejen v domácím prostředí, ale i v pobytových zařízeních, protože s klienty přichází do kontaktu nejčastěji nezdravotníci, kteří neumí a hlavně nejsou oprávněni screeningová vyšetření provádět. Proto je nesmírně důležitá spolupráce a souhra celého týmu (sociálního i zdravotního úseku). Zdravotní personál musí umět vhodně diagnostikovat pomocí screeningových metod a vytipovat klienty, kteří mohou být ohroženi poruchami výživy, musí vhodným způsobem informovat nezdravotníky o výsledcích a správně s nimi v péči o ně nakládat. Nejdůležitějším anamnestickým údajem pro zdravotnický personál je nechtěný úbytek hmotnosti za určitý časový úsek. Při fyzikálním vyšetření je nutné vyšetřit hmotnost a výšku pacienta, orientační stav výživy, stavbu těla – množství svalstva a všimnout si varovných příznaků malnutrice, například otoků dolních končetin, vypadávání vlasů, suché kůže, vzniků hematomů.

Z laboratorních vyšetření je možné hodnotit absolutní počet lymfocytů (z diferenciálního rozpočtu leukocytů v krevním obraze). Na malnutrici může upozornit i anemie. Při biochemickém vyšetření hodnotíme hladinu plasmatických proteinů – celková bílkovina, albumin, prealbumin, transferin, cholinesteráza, RBP – rtinolbinding protein. Pro malnutrici svědčí též nízká hodnota celkového cholesterolu, nižší hladiny hormonů štítné žlázy (T3 i T4), nižší hladina kreatininu. Všechny tyto laboratorní ukazatele je však vždy nutné hodnotit ve vztahu k základní chorobě (Kohout, Kotrlíková, 2014, str. 16).

U každého přijímaného klienta by měl být sepsán nutriční screening, který hodnotí nutriční stav pacienta. Screening by měl být rychlý, jednoduchý a efektivní, aby dokázal odhalit klienta v nutričním riziku. Provádění screeningu je v kompetenci zdravotních sester a zdravotnického personálu (Sobotka a kol., 2004, s. 11). Příkladem takového screeningu je Mini Nutritional Assessment (MNA). Tento test je vhodný k použití pro ambulantní screening rizika malnutrice. MNA Rubenstein (Harker, et al., 1997, str. 101-125) je dotazník, který obsahuje čtyři hlavní části: antropometrické měření – skládá se ze čtyř otázek, které se týkají výšky, váhy, obvodu paže a lýtka; stravovací návyky – zahrnuje celkem šest otázek týkajících se druhu jídla, počtu jídel za den, množství tekutin a rozsahu pomoci při stravování; globální posouzení – má šest otázek zaměřujících se na pacientovu soběstačnost, mobilitu, množství pravidelně užívaných léků, psychický stav pacienta, kožní změny a přítomnost závažného onemocnění v posledních třech měsících; subjektivní posouzení – otázky vztahující se k vnímání vlastního zdraví a výživy. Každá otázka je vyhodnocena určitým počtem bodů. V závěru sečteme celkový počet bodů, které pacient získal, a vyhodnotíme. Maximální počet bodů je 30, rozmezí 24-30 bodů je stav normální výživy, 17 – 23,5 bodů je riziko podvýživy a méně než 17 bodů je podvýživa (Pokorná, 2013, s. 57, 159).

4 Specifika v přístupu ke klientovi s Alzheimerovou demencí

K pacientům s demencí je třeba přistupovat trpělivě, trvale reflektovat jejich stav, snažit se pátrat po tom, co potřebují a co si přejí, být pozorný, trpělivý, empatický, komunikovat nonverbálně, taktlně, pokud je to pacientovi příjemné, nespěchat, respektovat jedinečnou a důstojnou lidskou bytost, nebát se ale zasmát s pacientem. Měli bychom usilovat o to, aby pacient s demencí byl co nejméně konfrontován se svou nesoběstačností a nedostatečností. Proto je důležité, aby pečující byl stále v kontaktu s pacientem, snažil se jej vést a podporovat, aby eliminoval zmatek a případná nedorozumění. V rámci uspokojování základních potřeb člověka s demencí vystupují do popředí potřeby uznání, bezpečí, jistoty,

lásky, sounáležitosti a seberealizace. Osoba s demencí by neměla být předmětem naší péče pouze profesionálně, ale měla by být brána jako osobnost, jako individualita, jako bližní, jako partner, jako člověk (Holmerová a kol., 2007, str., 60).

K člověku s demencí je třeba přistupovat vždy s respektem. Jestliže dobře porozumíme, čím člověk s demencí prochází, a známe dobře projevy této nemoci, snáze pochopíme, proč se nemocný v daných situacích chová určitým způsobem. Je důležité mít na paměti, že osoba s demencí navzdory nemoci je stále jedinečná a cenná lidská bytost. Pokles na úrovni kognitivních funkcí u takto nemocných osob má za následek zvýšenou zranitelnost a potřebu podpory. Každá osoba s demencí je jedinečný jednatel s vlastními velmi odlišnými zážitky ze života, se zálibami, koníčky i tím, co rádi nemají. I když jsou symptomy u osob s demencí nějak známy a popsány, demence každého jednotlivce ovlivňuje různým způsobem. Navíc – každý člověk z okolí nemocného, ať již jednotliví členové rodiny, přátelé, nebo pečující, reagují na jeho problémy často různým způsobem, protože jim různě rozumí. Proto je potřeba informací a jednotného přístupu v péči o člověka s demencí nezbytná a relevantní (Holmerová a kol., 2007, str. 61).

4.1 Týmová spolupráce

Jakákoli koncepce péče musí mít ve svém středu „člověka“ a jeho skutečné potřeby. Pro podporu zachovaných schopností a dovedností je nutné vnímat seniora jako osobnost, která je ojedinelou individuální bytostí s jedinečnou osobní historií. Je potřeba znát jeho významné události, životní zkušenosti, zvyky, zájmy, úspěchy i neúspěchy, uznávané hodnoty, naděje, obavy, role, které zastával, silné stránky a slabosti a nejmilejší vzpomínky. Pro seniora s kognitivní poruchou je významnou potřebou bezpečí a to nejen fyzické, ale obzvláště pocit jistoty, který je chápán jako pocit ochrany a zároveň příležitost „vyjádřit se ke způsobu, jakým je nakládáno s jeho osobou, věcmi, časem a prostorem“ (Janečková, Vacková, 2010, str. 103-110).

Proto je třeba poskytovat seniorovi příležitost aktivně se zapojit do činností každodenní péče, může se jednat například o žádost o podání sklenice, o posunutí se apod. Prosba a poděkování umožňuje klientovi podílet se na dění a umožňuje mu získat pocit užitečnosti a jistého vlivu a kontroly nad situací. Naplňování potřeb seniora je klíčem k vytváření a udržení vztahu s ním. Uspokojování potřeb je zároveň prevencí problematického chování a projevů, které se mohou objevit právě absencí saturace potřeb. Poté je možné nastavit průběh poskytované služby odpovídající jeho potřebám. Péče poskytovaná v atmosféře

pochopení, respektu a náklonnosti je prostředkem pro vytváření podmínek důstojného dožití klienta.

Týmová práce, příklad popsán u diagnostiky malnutrice, klade důraz na individuální, citlivý a podpůrný přístup, který zohledňuje specifické potřeby seniora, komunikační obtíže a různá omezení soběstačnosti. Pro týmovou spolupráci je dobré správné předávání získaných informací ať od rodinných příslušníků nebo od pečujících. Zrovna tak dobře fungují schůzky pečujícího týmu a řeší se tak možné problémy či situace, které by mohly jako problémové vzniknout. V pečujícím týmu jsou pracovníci přímé péče – pečovatelky, instruktorky, zdravotní sestry, lékař, vedení zařízení a v neposlední řadě samotné rodiny klientů. Díky každodenním informativním schůzkám celého týmu se předávají informace a nápady, jak danou situaci vyřešit, co by bylo pro klienta nejschůdnější, jak mu co v nejdelším čase zachovat samostatnost, třeba jen s dopomocí. Je důležité běžné věci provádět s ním, ne pro něho (Zgola, 2013, str. 134).

4.2 Specifika při podávání stravy seniorům s Alzheimerovou demencí

Proto i příprava a podávání stravy je vázáno výše uvedenými pravidly a zároveň plní různé funkce. Nejedná se jenom o sytící funkci, o příjem živin důležitých pro biologické přežití, ale plní současně i funkci společenskou a estetickou. K jídlu se váže nejen příprava, ale i různé příležitosti. Ať to byl běžný oběd, nebo večeře s rodinou nebo slavnostní posezení s někým výjimečným. Vždy to byl slavnostní akt, do kterého bylo vloženo vaše srdce. Prožívali jste vzácný okamžik. Zrovna tak klienti připravovali s láskou jídlo pro někoho, koho měli rádi anebo i pro sebe. Je důležité zachovat kouzlo stolování a sociální aspekty stolování, vnímat možnost stolování jako nejúčinnější aktivitu, jakou můžeme klientovi nabídnout. Jídlo zůstává jedním z posledních prožitků, ale zároveň i životní nezbytností. Proto je důležité zapojit nejen pečující, ale i rodinu a dostatečně se tomuto tématu věnovat (Zgola, 2013, str. 21).

Lidé postižení Alzheimerovou demencí vyžadují velmi individuální přístup k výživě a i samotnému stravování. Mezi hlavní projevy onemocnění AD patří těžká porucha myšlení a chápání okolního světa, která má na svědomí omezenou až znemožněnou samoobslužnou (Pidrman, 2007, str. 35). Využití možností pozorování a prožívání situací s klientem nám umožňuje znát jeho potřeby, chutě, to, v jaké formě je nejlépe stravu i tekutiny podat a přitom zachovat důstojnost vůči jeho osobě. Každé stádium nemoci představuje jak pro klienta, tak i pro pečujícího, výzvu, jak vytvořit z podávaného jídla co nejlepší zážitek a

zároveň činnost s ním spojenou. Podávaná strava by měla splňovat jistá kritéria. Je tím myšlena nejen přitažlivost pokrmu, ale i vzhled podávaného jídla, dále chuť stravy, barva, vůně, konzistence a v neposlední řadě teplota pokrmu (Grofová, 2007, str. 51).

4.3 Příprava stravy a kultura stolování klientům s Alzheimerovou demencí

Vykonáváme-li za někoho základní životní úkony, bereme na sebe v určité oblasti odpovědnost za kvalitu jeho života. Jídlo je soukromou záležitostí a sebemenší zásah do prožitku stolování musí odrážet potřeby člověka, do jehož života vstupujeme. Naším cílem přitom není jen udržet člověka naživu, ale především postarat se o zpříjemnění jeho života. (Zgola, 2013, str. 76)

Jedním z nejhroších důsledků poruchy koordinace pohybů je ztráta schopnosti správně a účinně používat příbor. Většina klientů trpících motorickými obtížemi začíná po určité době jíst rukama, aby se vyvarovala stresujících zážitků. Odmítavý postoj okolí vede k izolaci a ztrátě sebedůvěry. Nabídneme-li člověku s motorickými problémy chutnou, výživnou a lákavě naservírovanou stravu, která se dá jíst rukama, jistě zvládnou část porce sníst tímto způsobem. (Zgola, 2013, str. 103)

Další důležitou okolností podávání stravy je polohování a prostor, kde je strava podávána. Dobrá a pohodlná poloha je nezbytná pro stravování. Nepohodlná poloha je nejen nepříjemná, ale zároveň může být i nebezpečná, zvyšuje se riziko vdechnutí. Pokud musí být klient v lůžku, musí být napolohován tak, aby byl v co nejvzpřímenější poloze, která by mu umožňovala přirozené polykání. Klienty, kteří se nedokáží udržet v této pozici, musíme vypodložit polohovacími pomůckami, například polštářkem. Pohodlí a soběstačnost při jídle přímo závisí na správné poloze (příloha A). Otevřený prostor velké jídelny může také negativně ovlivnit stravování u některých klientů. Je důležité rozpoznat a zajistit individuální potřeby klientů a to na základě pozorování, rozhovorů s rodinou a vedením individuálních plánů. Je dobré zavést vhodný zasedací pořádek. Při podávání stravy dbát na pohodu, ticho a klid. Rádio a televize nejsou vhodnou kulisou, spíše klienta ruší a vyvolávají zmatenost.

Krmení patří k jedněm z nejméně intimnějších činností, které pracovníci v rámci dlouhodobé péče vykonávají. Je velkým neštěstím, že je často vnímáno pouze jako nutnost pro zajištění energetické dávky a pokrytí fyziologické potřeby. Klienti, kteří jsou odkázáni při krmení na naši pomoc, by se měli na jídlo těšit, mít z něho příjemný zážitek. Klient nesmí při jídle pociťovat nepohodlí. Všichni pracovníci by se měli řídit stejnými pravidly. Jak již bylo

popsáno výše, patří mezi ně správná poloha klienta, je nutné mít všechny pomůcky a potřebné věci připravené a zbytečně od klienta neodcházet, při krmení musí být pracovník ve stejné úrovni klienta, je vhodné používat správnou velikost lžice, seznámit klienta s tím, co bude jíst a jídlo mu ukázat, dát klientovi dostatek času na otevření úst, nikdy mu neotvírat ústa lžicí a vkládat sousto násilím, na další sousto nespěchat, dát klientovi prostor na prozkoumání jednotlivých chutí, umožnit zapít sousta připravenou tekutinou, nikdy neřešit při této aktivitě nic jiného (například rozhovor s jinou kolegyní). Nikdy se nevkládají sousta rychle za sebou a neoškrábávají se zbytky jídla kolem pusy. Není jen důležité popřát klientovi dobré chuti k jídlu, ale i při ukončení jídla se rozloučit vhodným způsobem, například se zeptat, zda mu oběd chutnal. (Zgola, 2013, str. 130)

Klientům, kteří mají problémy se žvýkáním, například z důvodu problémů s chrupem, je třeba podávat jídlo upravené, například nakrájené na malé kousky nebo namleté. Pokud při podávání stravy vzniká riziko vdechnutí nebo zadušení, je třeba zajistit vysoce kvalitní a plnohodnotné jídlo, které se bude skládat ze speciální kašovitě stravy, která bude nejen chutná a lahodit oku, ale zároveň i výživově vyvážená.

Jídlo ve společnosti milého člověka má léčivou moc, je prostředkem vytváření a utužování vztahů. Klienti postižení Alzheimerovou demencí mají právo žít normálním osobním a společenským životem.

4.4 Role pracovníků v sociálních službách v pobytovém zařízení při přípravě a podávání stravy klientům

Klienta v zařízení se zvláštním režimem a jeho způsob přijímání stravy znají nejlépe právě PSS – pracovníci v sociálních službách. Jedná se o pracovníky, kteří dle § 116, odstavec 1 zákona o sociálních službách vykonávají „*přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb*“. (Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění). Tito pracovníci pečují o klienty po celý den, znají jeho aktuální stav a mohou mu celkovou komplexní péči nejen „poskytovat“ dle znění zákona, ale mohou vést péči směrem, který klient potřebuje a tím i ovlivňovat jeho psychický stav. A tak je to právě i v případě úpravy a podávání stravy. Díky týmové spolupráci je možné přistupovat k vhodné úpravě stravy

individuálně a dle aktuálního stavu klienta, dopřát mu požitek z jídla a nespokojit se s „naordinovanou“ mixovanou dietou. Reagovat na aktuální potřeby stran konzistence stravy mohou PSS tým, že využijí běžné kuchyňské pomocníky – mačkače, mixéry, odšťavňovače a podobně.

Právě tyto pracovníci mají největší přehled o potřebách klientů s demencí, předávají si o nich informace na denních poradách a mohou významně ovlivňovat péči. Je evidentní, že tedy zastávají nejvýznamnější roli „informátorů“ o současném stavu klienta. Nejde však jen o tuto jedinou roli, následuje role případného „upravovače stravy“, „sytiče“ a „společníka u stolu“.

5 Metodika práce

Výzkumné otázky

- 1) Jak vnímají PSS vliv Alzheimerovy demence na výživu?
- 2) Jak vnímají PSS podávání stravy klientům s Alzheimerovou demencí?
- 3) Jakou důležitost dávají PSS vybraným okolnostem při podávání stravy klientům s Alzheimerovou demencí?

Metodologie

Výzkum byl prováděn kvantitativní metodou sběru dat pomocí anonymního dotazníku vlastní konstrukce. Dotazníkové šetření je nejrozšířenější výzkumnou metodou, která je jednoduchá, časově nenáročná a lze získat velké množství informací během krátkého času. Výzkumný nástroj (dotazník) byl vytvořen na základě studia literatury a znalosti sledované problematiky v praxi. Vytvořený dotazník vlastní konstrukce byl ověřen v pilotním výzkumu, který probíhal v měsíci září 2014. Pilotáže se účastnilo 10 respondentů. Cílem této pilotáže bylo zjistit, zda jsou veškeré otázky dotazníku dostatečně srozumitelné. Pilotní dotazník vyplňovali respondenti za přítomnosti výzkumníka. Následně bylo v rámci pilotní studie s respondenty ústně konzultováno, jak jednotlivým otázkám rozuměli a zdali bylo porozumění v souladu s cílem výzkumu. Dotazník pro pilotní výzkum obsahoval 10 otázek, jednalo se o otázky uzavřené. Po vyhodnocení pilotního šetření nebylo nutné upravovat znění otázek, a proto byl dotazník pro vlastní výzkum stejný jako dotazník pilotní. Ve vlastním výzkumném nástroji tak bylo z 10 otázek, 7 otázek uzavřených, v jedné otázce byla použita bipolární numerická stupnice s hodnotami 0 – 10, kde 0 značí minimum a 10 maximum a u 2 otázek bylo možné zvolit více odpovědí. Na úvodní straně dotazníku byly otázky týkající se informací o samotném respondentovi a pokyny, jak následující výzkumný dotazník vyplnit.

Sběr dat probíhal v zařízení se zvláštním režimem pro klienty s Alzheimerovou demencí, s kapacitou lůžek 81. Díky souhlasu zařízení, jež je rodinného typu s dobrými vztahy, kde byla prováděna pilotáž a následně i výzkum, se mohlo vyplňování dotazníku uskutečnit v rámci provozní schůzky. Respondenti byli dopředu ústně informováni a seznámeni s postupem, jakým bude probíhat výzkum. Bylo na jejich zvážení, zda chtějí svým vyplněním dotazníku být zařazeni do probíhajícího výzkumu. Všichni respondenti měli stejné podmínky, jak co se týče prostoru, tak času. Toto bylo nezbytné zajistit pro získání správných dat ze znalostních otázek (5, 7). Časový limit byl 30 minut. Poté respondenti vyplněný dotazník vhodili do boxu, což zajistilo následné anonymní zpracování.

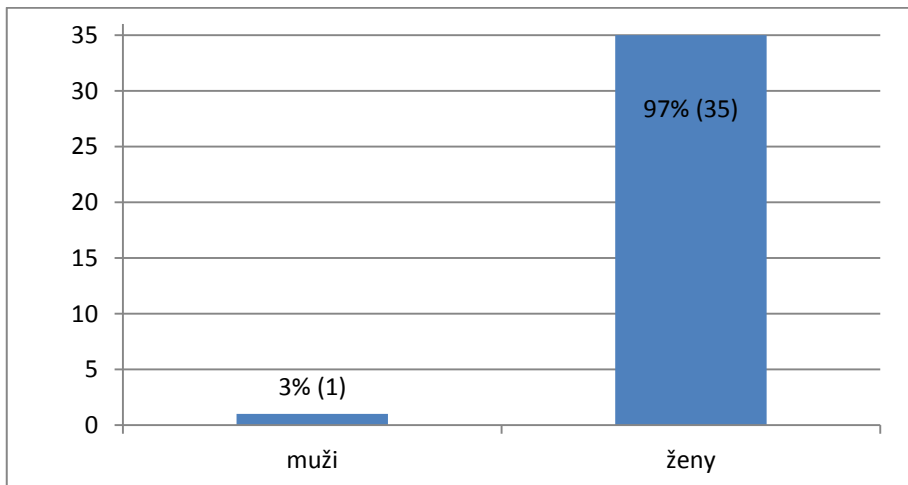
Výsledky výzkumu byly zpracovány v programu Microsoft Excel. Dosažené výsledky z jednotlivých otázek jsou zobrazeny v následujících grafech.

Charakteristika souboru

Výběr respondentů byl záměrný. Osloveno bylo 40 respondentů. Se zařazením do výzkumu souhlasilo 36 respondentů a byli pozváni na provozní schůzku. Všech 36 přijatých dotazníků bylo kompletních. Zařazení respondenti byli pracovníci v sociálních službách, dále jen PSS, bez rozdílu pohlaví, věku a délky praxe, kteří se podílejí na péči o klienty. Na provozní schůzce bylo rozdáno 36 dotazníků. Kritériem pro vyřazení z výzkumu bylo odevzdání nekompletně vyplněného dotazníku. Toto se ani v jednom případě nestalo. Návratnost byla 100% a to z důvodu vyplnění výzkumného dotazníku přímo na místě a jeho vhození do uzavřeného boxu.

6 Analýza dat

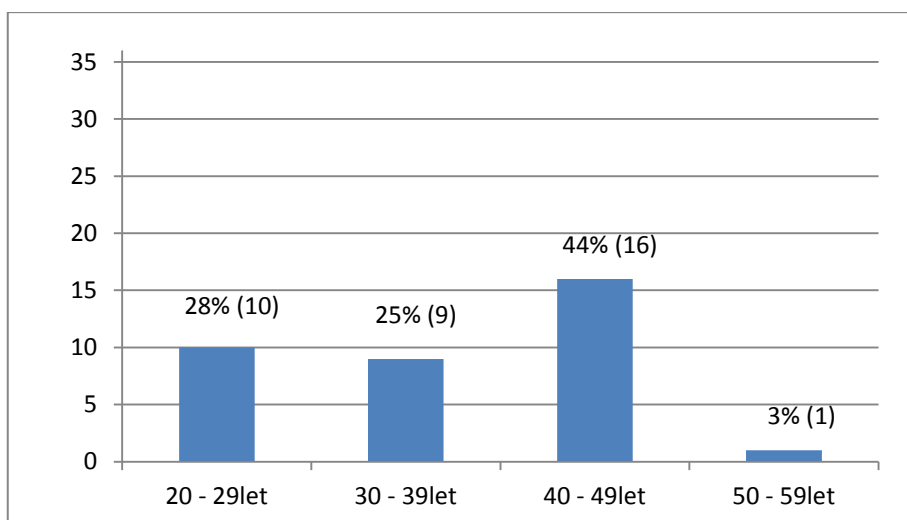
Pohlaví respondentů



Obrázek 1 Graf pohlaví respondentů

Obrázek 1 prezentuje podíl žen a mužů pečujících o klienty s AD v zařízení, v němž byl prováděn výzkum. Z celkového počtu dotazovaných respondentů 36 tvořily ženy 97 % (n = 35). Muži byli zastoupeni pouze v jednom případě (3 %).

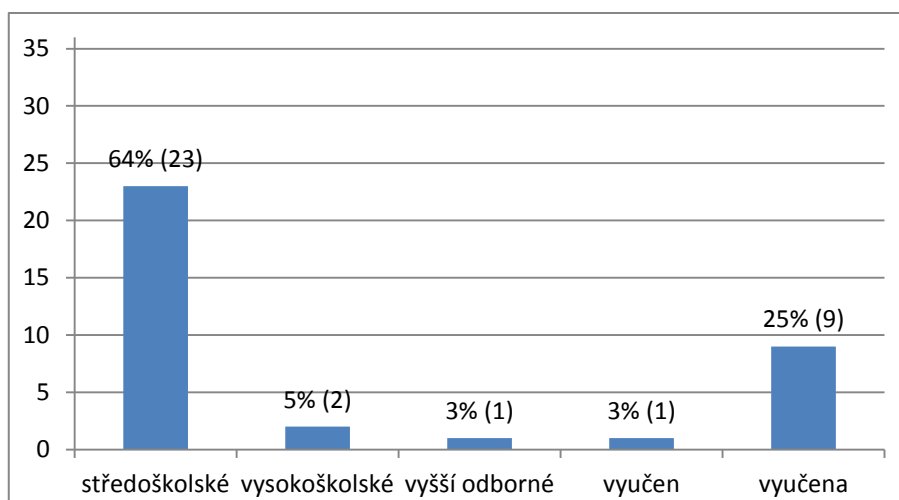
Věk respondentů



Obrázek 2 Graf věku respondentů

Na obrázku 2 je v grafu vyjádřen věk respondentů. Věkové kategorie byly rozděleny do 4 skupin. Minimální věk respondentů byl 20 let a naopak maximální věk byl 59 let. Největší zastoupení měli respondenti ve věkovém rozmezí 40-49 let a to 44% (n = 16) respondentů. Věkový průměr respondentů byl 37,91, modus má hodnotu 26 a medián 38,5.

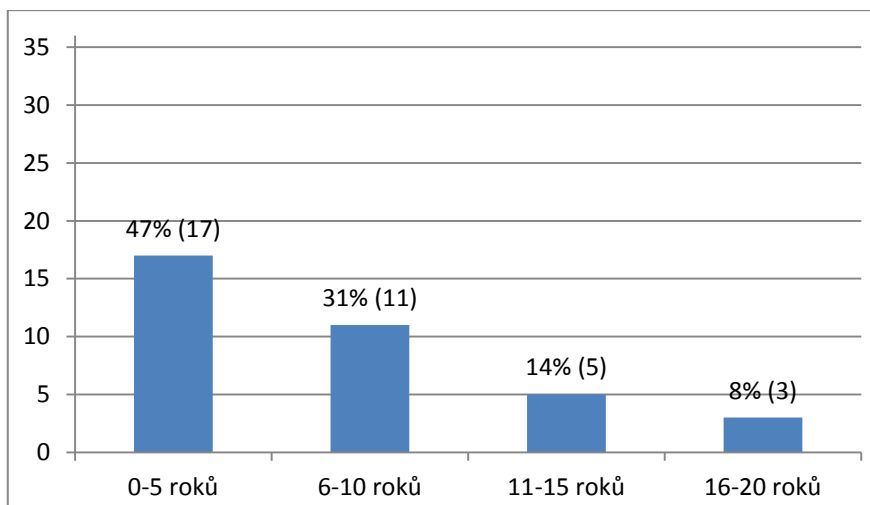
Vzdělání



Obrázek 3 Graf vzdělání respondentů

Rozdělení respondentů podle vzdělání ukazuje obrázek číslo 3. Největší zastoupení má středoškolské vzdělání, které má 64 % dotazovaných (n = 23), 5 % respondentů (n=2) má vysokoškolské vzdělání a 3% respondentů (n = 1) má vyšší odborné vzdělání. Zajímavou skupinou jsou i respondenti s výučním listem, kterých je z celkového souboru 28 % (n = 10), větší část z nich spadá do věkové kategorie 40-49 let (n = 6).

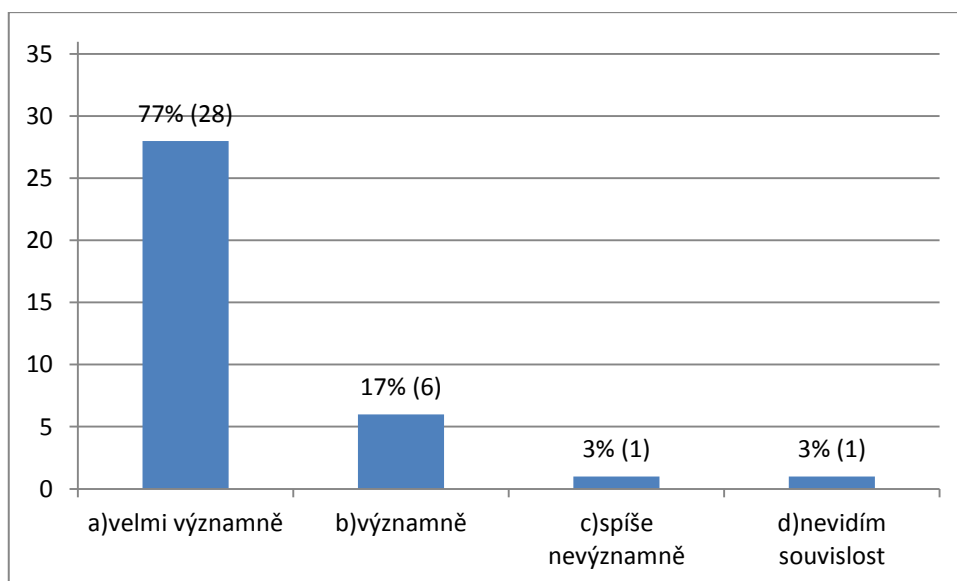
Délka praxe



Obrázek 4 Graf délky praxe

Z obrázku 4 je patrné, že nejvíce dotázaných pracuje na postu PSS 0 - 5 roků a to 47 % (n = 17). Z toho je 11 respondentů se středoškolským vzděláním, naopak nejméně respondentů pracuje na postu PSS 16 - 20 roků, konkrétně se jedná o 8 % respondentů (n = 3), kde 2 respondenti mají středoškolské vzdělání, a jeden z respondentů je vyučen.

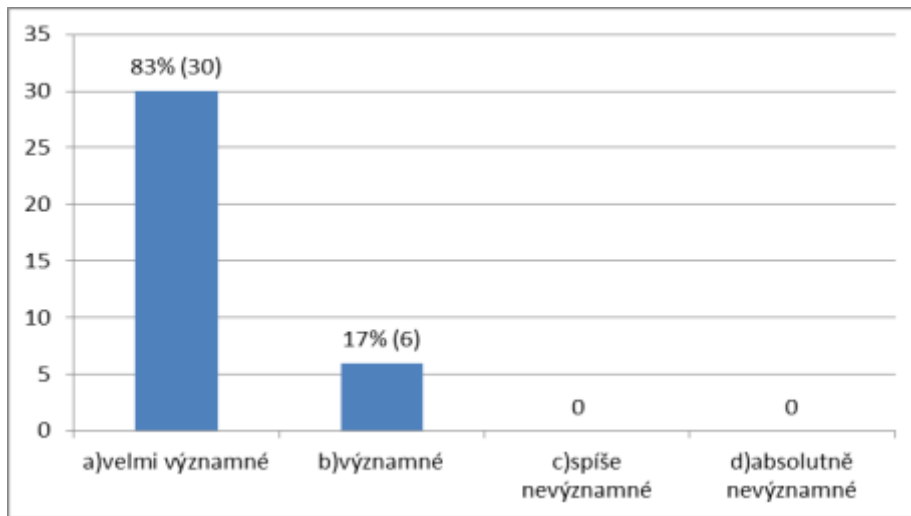
Vliv diagnózy AD na příjem potravy



Obrázek 5 Graf vlivu AD na příjem potravy

Na obrázku 5 je znázorněno, jak vnímají respondenti vliv Alzheimerovy demence na příjem potravy. 77% (n = 28) respondentů vnímá vliv diagnózy AD jako velmi významný, 17% (n = 6) respondentů vnímají vliv významný, 3% (n = 1) dotazovaný vnímá vliv spíše nevýznamný a 3% (n = 1) respondentů nevidí souvislost. Odpověď a) byla vybrána převážně respondenty s vyšším vzděláním. Respondenti, kteří vnímají vliv výživy na AD spíše nevýznamně nebo v tom nevidí souvislosti jsou těmi respondenty, kteří považují výživu u pacientů s AD pouze jako fyziologickou nutnost. (viz obr. Číslo 7)

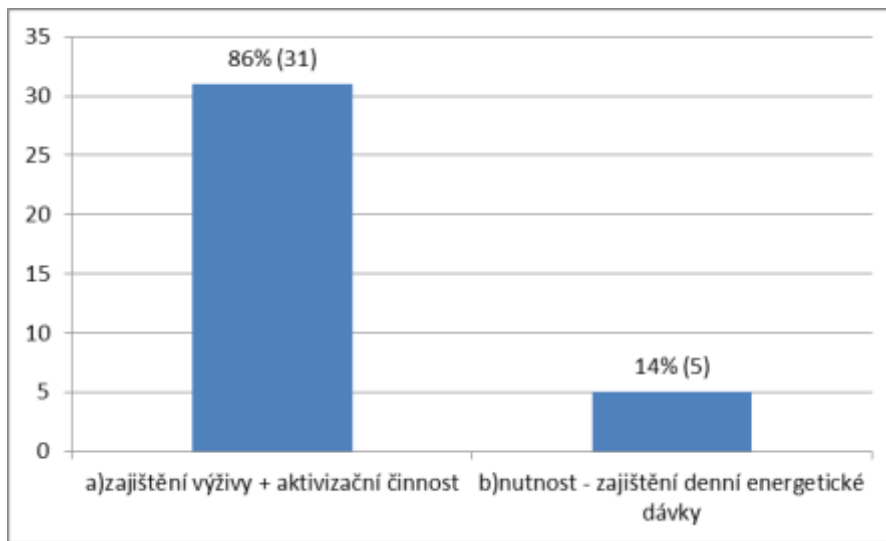
Význam sledování výživy



Obrázek 6 Graf významu sledování výživy

Na obrázku 6 je znázorněno, jak respondenti vnímají sledování výživy u klientů s AD. 83 % (n = 30) respondentů vnímá sledování výživy jako velmi významné a 17 % (n = 6) respondentů sledování výživy vnímá významně. Respondenti tedy hodnotí sledování výživy u pacientů s AD významně, a to bez rozdílu pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání či délky praxe na postu PSS.

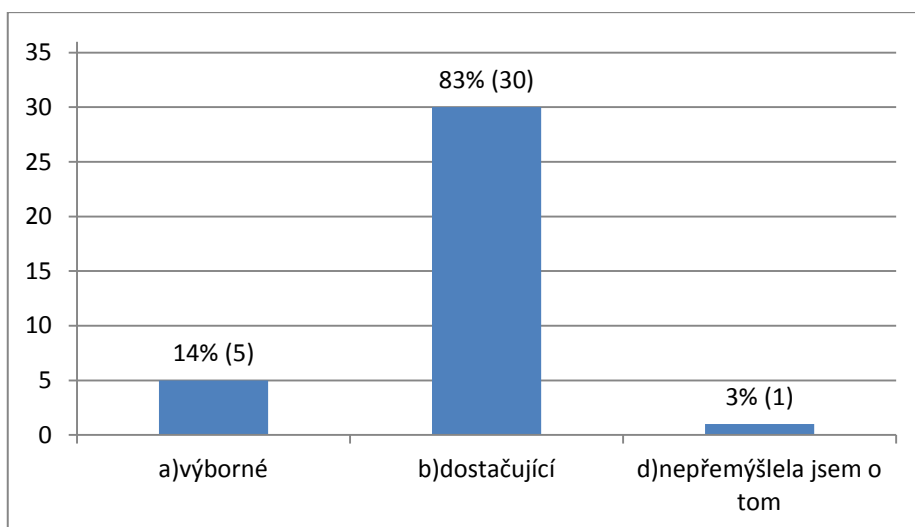
Vnímání podávání stravy



Obrázek 7 Graf vnímání podávání stravy

Obrázek 7 znázorňuje, jak dotazovaní vnímají podávání stravy klientům s AD. 86 % (n = 31) respondentů vnímá podávání stravy kromě fyziologické nutnosti i jako aktivizační činnost, kdežto 14 % (n = 5) respondentů vnímá podávání stravy pouze jako nutnost -zajištění příjmu denní energetické dávky. Respondenti, kteří odpověděli b), měli vzdělání s výučním listem a délka praxe respondentů byla v rozmezí 0 – 5 let.

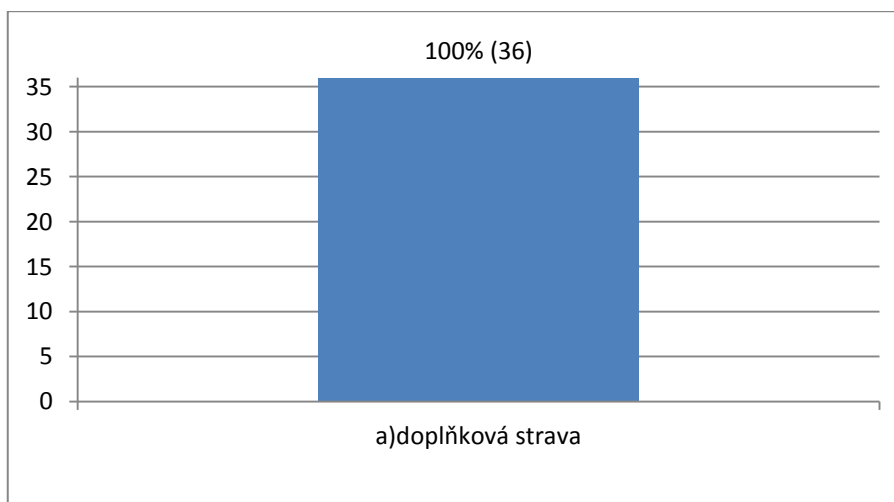
Znalosti správného podávání stravy



Obrázek 8 Graf znalostí správného podávání stravy

Na obrázku 8 graf znázorňuje subjektivně hodnocené znalosti správného podávání stravy klientům s AD. 14 % (n = 5) respondentů považuje své znalosti za výborné a 83 % (n = 30) respondentů hodnotí své znalosti jako dostačující. V této skupině byli respondenti jak s výučním listem, tak středoškolsky vzdělaní, a s délkou praxe 0 – 5 let. Přičemž ve výzkumu nebyly vysledovány žádné jiné souvislosti k jiným vyhodnoceným otázkám.

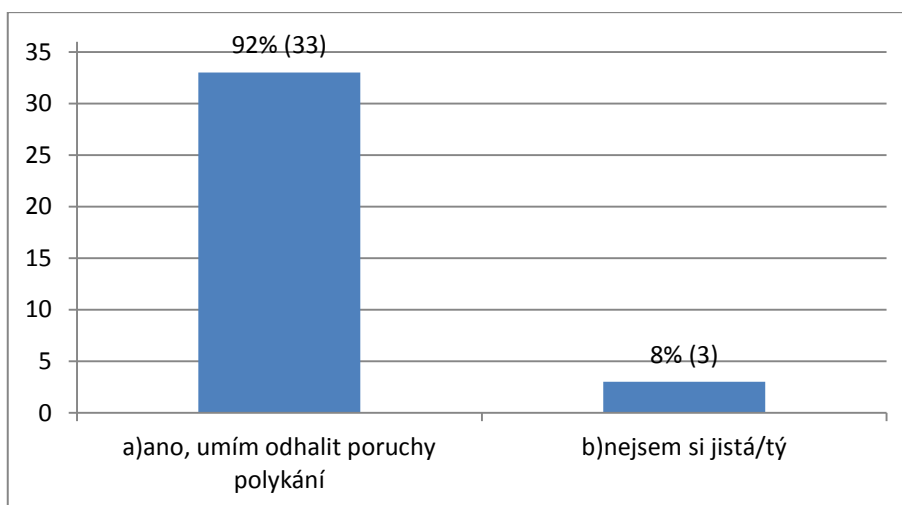
Účinky doplňkové stravy



Obrázek 9 Graf účinků doplňkové stravy

Na obrázku 9 je vidět, že 100 % (n = 36) respondentů se subjektivně domnívají, že znají účinky doplňkové stravy. A to bez rozdílu věku, pohlaví, vzdělání či délky praxe.

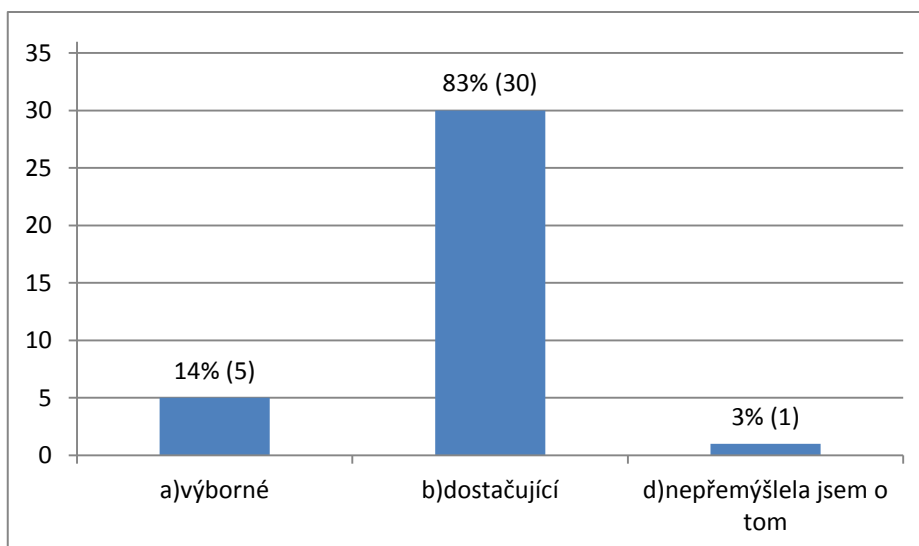
Poruchy polykání



Obrázek 10 Graf poruch polykání

Obrázek 10 znázorňuje subjektivně hodnocenou znalost polykacích poruch, kdy 92 % (n = 33) respondentů se domnívá, že umí odhalit poruchy polykání a v 8 % (n = 3) si nejsou jisti; v případě těchto respondentů je odpověď ovlivněna délkou praxe v zařízení. Tito dotazovaní v oboru pracují krátkou dobu, nejčastěji 0 – 5 let.

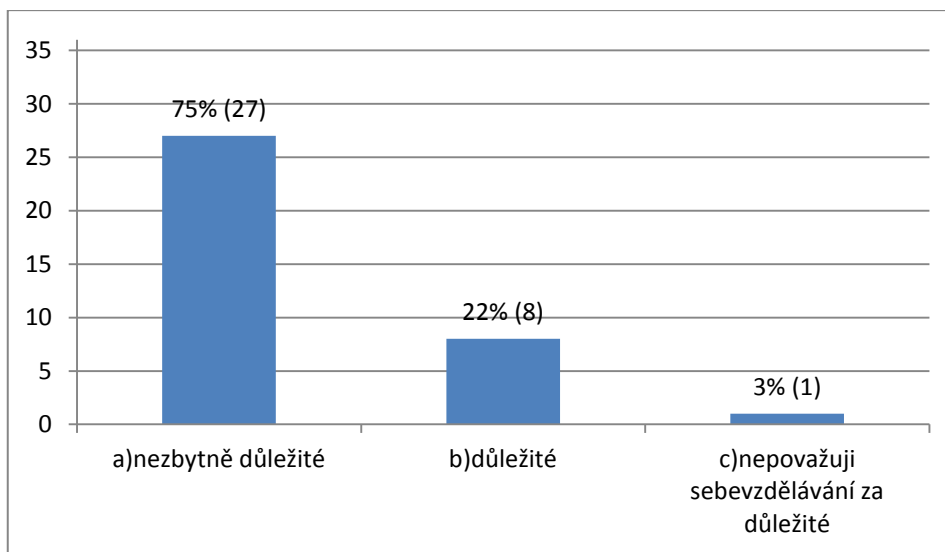
Znalosti správného podávání stravy



Obrázek 11 Graf znalostí správného podávání stravy

Na obrázku 11 graf znázorňuje subjektivně hodnocené znalosti správného podávání stravy klientům s AD. 14 % (n = 5) respondentů považuje své znalosti za výborné a 83 % (n = 30) respondentů hodnotí své znalosti jako dostačující. V této skupině byli respondenti jak s výučním listem, tak středoškolsky vzdělaní, a s délkou praxe 0 – 5 let, přičemž ve výzkumu nebyly vysledovány žádné jiné souvislosti k jiným vyhodnoceným otázkám.

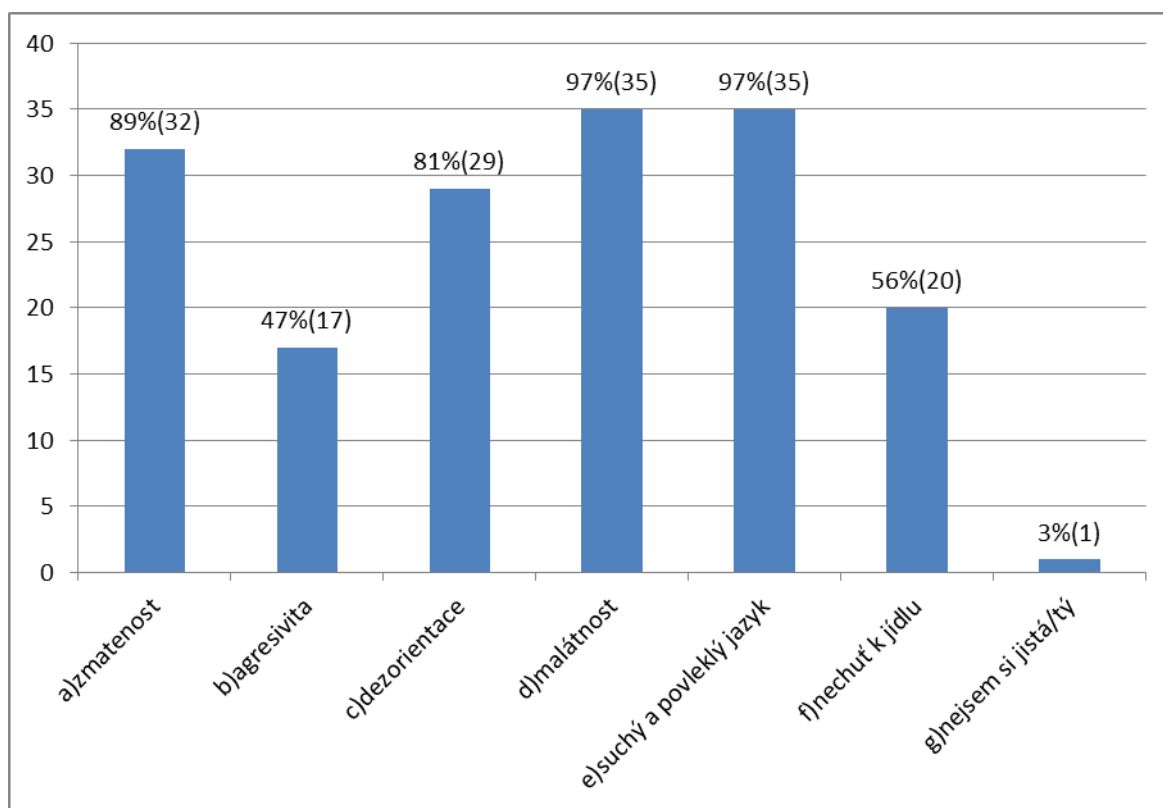
Sebevzdělávání v oblasti výživy



Obrázek 12 Graf sebevzdělávání v oblasti výživy

Obrázek 12 prezentuje, jakým způsobem vnímají respondenti další sebevzdělávání v této oblasti. 75 % (n = 27) respondentů považuje vzdělávání jako nezbytně důležité, 22 % (n = 8) respondentů sebevzdělávání vnímá jako důležité. Nezbytně důležité pro správnou péči o klienty s Alzheimerovou demencí vnímají sebevzdělávání respondenti s vyšším vzděláním.

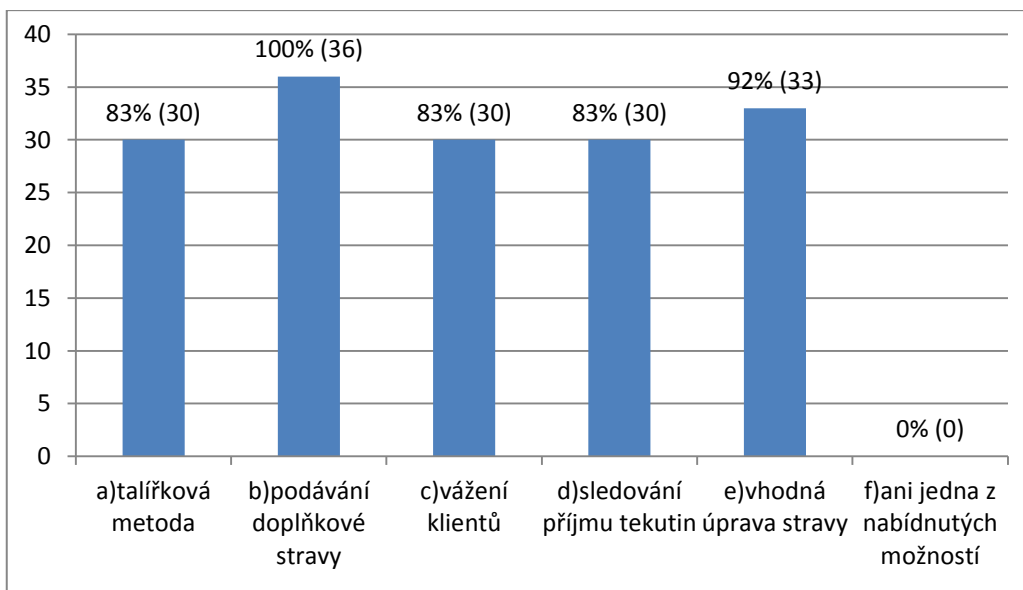
Stavy klientů související s dehydratací



Obrázek 13 Graf stavů, které mohou být způsobeny dehydratací

Obrázek 13 znázorňuje, jaké komplikace se váží na dehydrataci u pacientů s AD a zároveň jaká četnost respondentů ví, že jejich výskyt u pacientů s AD může ukazovat právě na vznik možné dehydratace. Zmatenost vnímá 89 % (n = 32) respondentů jako možný projev dehydratace. Mezi dehydratací a vznikem agresivity vnímá souvislost 47 % (n = 17) dotazovaných. Dezorientace, jako možný následek dehydratace, byla označena 81 % (n = 29) respondentů, malátnost pak označilo 97 % (n = 35) respondentů a zrovna tak vysoce byla ohodnocena komplikace suchého a povleklého jazyka a to 97 % (n = 35) dotazovaných. I nechut' k jídlu dotazovaní vnímají v souvislosti s nedostatečným příjmem tekutin. 3 % (n = 1) respondentů si nebylo jisto, zda tyto stavy mohou mít nějakou souvislost s dehydratací.

Ideální kroky při hrozící malnutrici

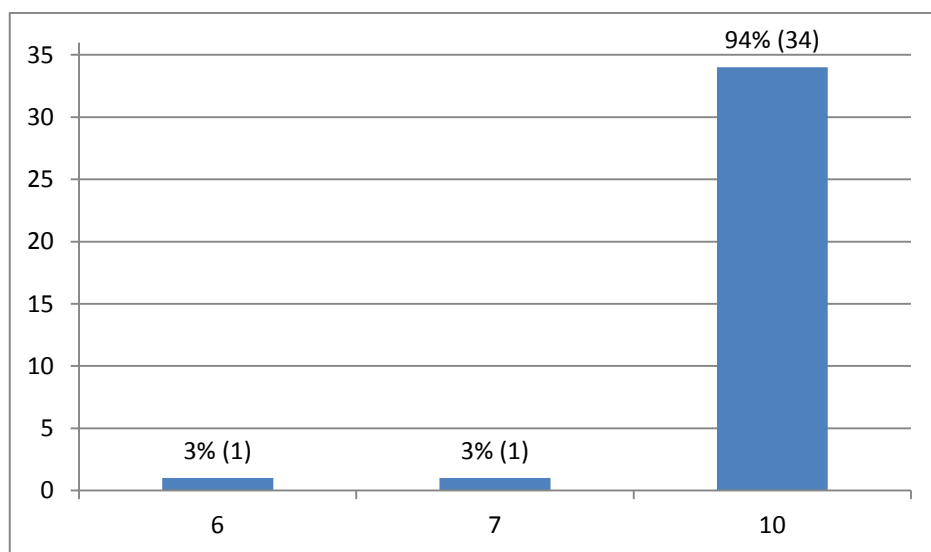


Obrázek 14 Graf ideálních kroků při hrozící malnutrici

Obrázek 14 nám znázorňuje graf možných kroků, které je dle hodnocení respondentů potřeba podniknout při hrozící malnutrici. Nejvíce respondentů by zavedlo podávání doplňkové stravy a vhodnou úpravu stravy. Již méně respondentů by využilo zavedení talířkové metody, zrovna tak vnímají vážení klientů a sledování příjmu tekutin.

Na následujících obrázcích jsou vyobrazeny okolnosti, za jakých je strava klientům s AD podávána, a dále pak, jak dotazovaní respondenti vnímají důležitost jednotlivých okolností. K hodnocení byla použita stupnice 0 – 10, kde 0 značí žádnou důležitost a 10 značí maximální důležitost daných okolností. V následujících grafech jsou znázorněny pouze ty hodnoty, které respondenti zaškrtili.

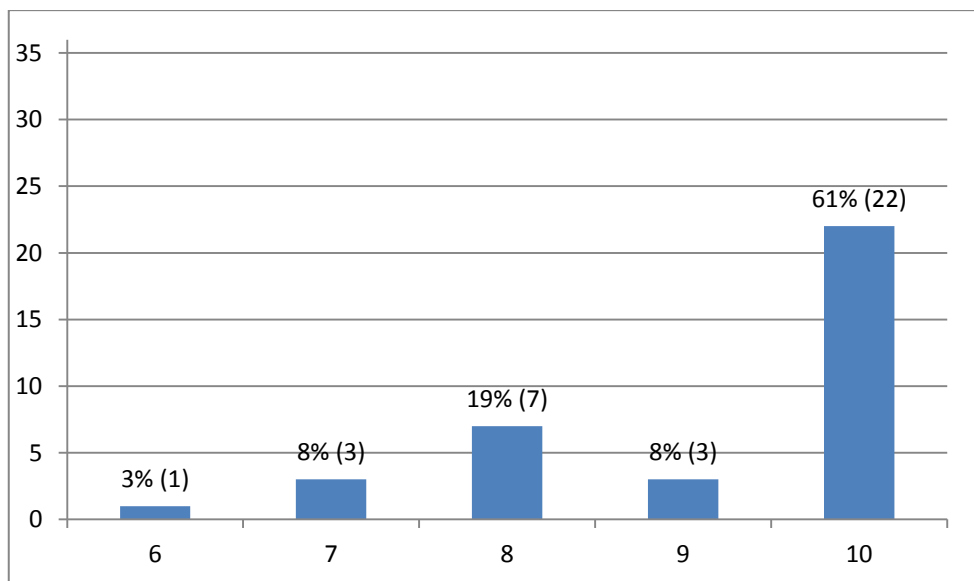
Okolnosti při podávání stravy – poloha klienta



Obrázek 15 Poloha klienta

Na obrázku 15 je grafem znázorněná důležitost vnímání správné polohy klientů s AD během stravování PSS, kdy většina respondentů přisuzuje správné poloze klienta tu největší důležitost.

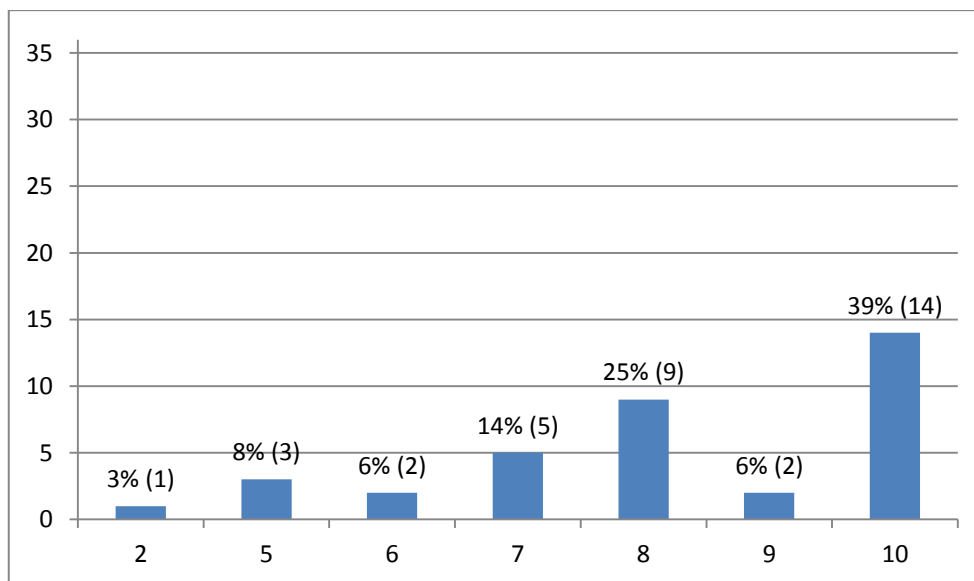
Okolnosti při podávání stravy – časový harmonogram podávání stravy



Obrázek 16 Graf časového harmonogramu podávání stravy

Obrázek 16 znázorňuje vnímání důležitosti dodržení časového harmonogramu při podávání stravy klientům s AD. Většina z nich vnímá časový harmonogram hodnotou 10, ale v souboru se objevili respondenti, kteří tuto okolnost hodnotí 6 a 7, a přestože mají středoškolské vzdělání, vnímají to s tímto bodovým ohodnocením. Průměrná odpověď má hodnotu 9,16 a medián je 10.

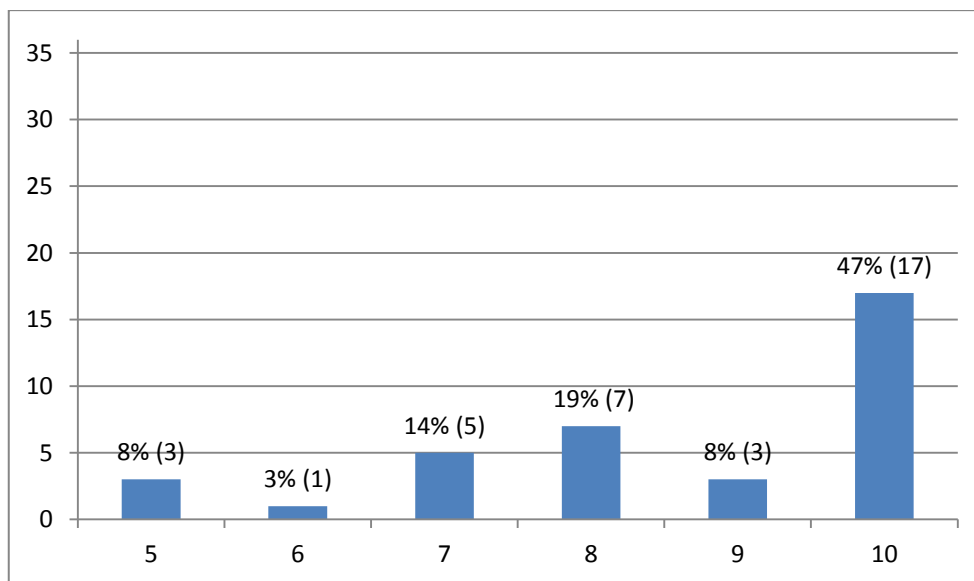
Okolnosti při podávání stravy – místo podávání stravy



Obrázek 17 Graf místa podávání stravy

Na obrázku 17 je znázorněn největší rozptyl uvedených hodnot a respondenty subjektivně vnímaná důležitost místa, kde je strava klientům s AD podávána. 3 % (n = 1) respondentů tuto okolnost nevnímá důležitě, 39 % (n = 14) dotazovaných vnímá tuto okolnost jako maximálně důležitou. Ostatní respondenti označili důležitost místa podávání stravy číslem 5, 6, 7, 8, a 9.

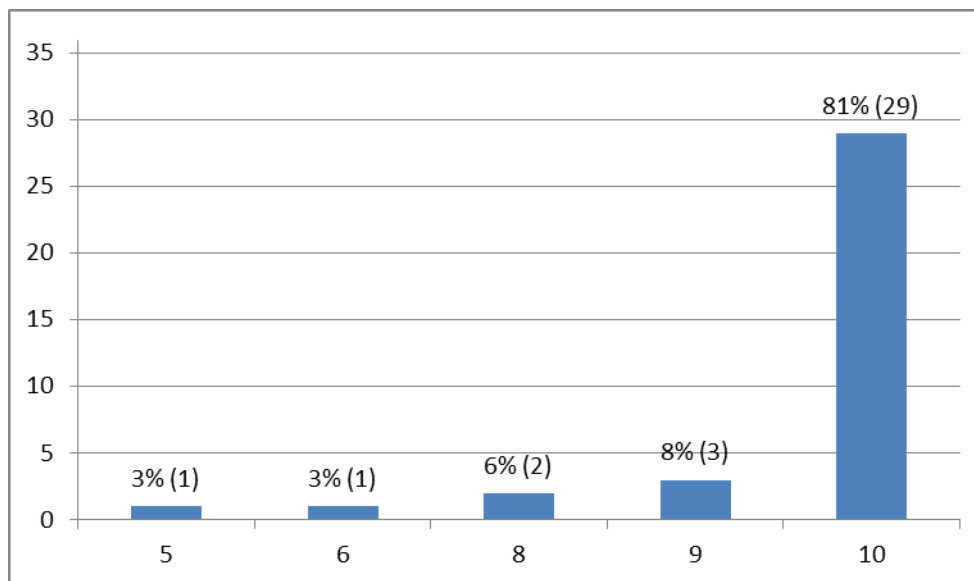
Okolnosti při podávání stravy – prostředí



Obrázek 18 Graf prostředí podávání stravy

Na obrázku 18 je znázorněno, jak je vnímáno prostředí, kde je klientům s AD podávána strava. Přestože téměř celá polovina dotazovaných vnímá tuto okolnost maximálně důležitě, jsou zde respondenti, kteří prostředí vnímají hodnotou 5. Odpovědi těchto respondentů nejsou provázané s jinými otázkami. Výsledek není ovlivněn vzděláním ani délkou praxe.

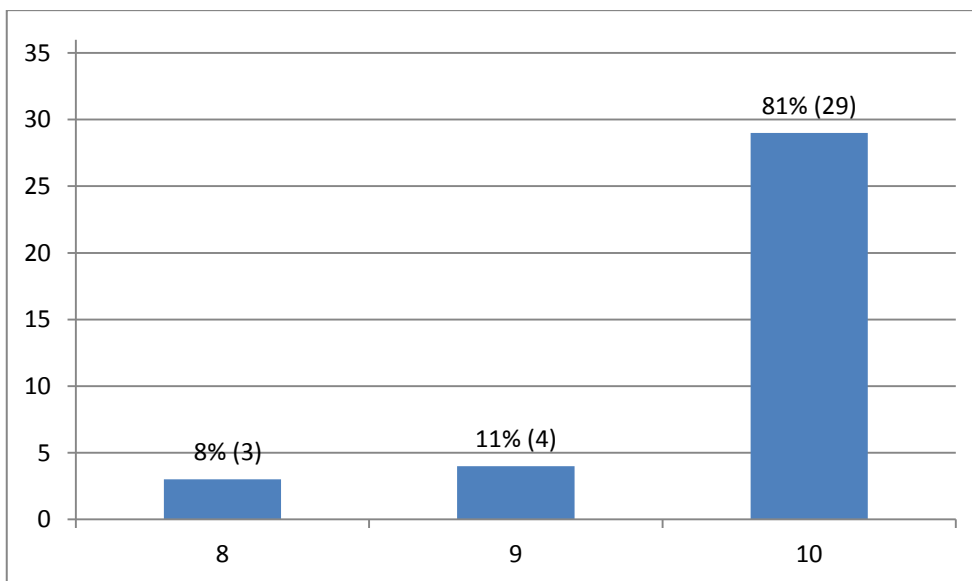
Okolnosti při podávání stravy – způsob podávání stravy



Obrázek 19 Graf způsobu podávání stravy

Důležitost způsobu podávání stravy je vyobrazena grafem na obrázku 19, většina respondentů vnímá způsob podávání stravy s maximální důležitostí, ale v dotazníkové šetření se objevilo i hodnocení číslem 5.

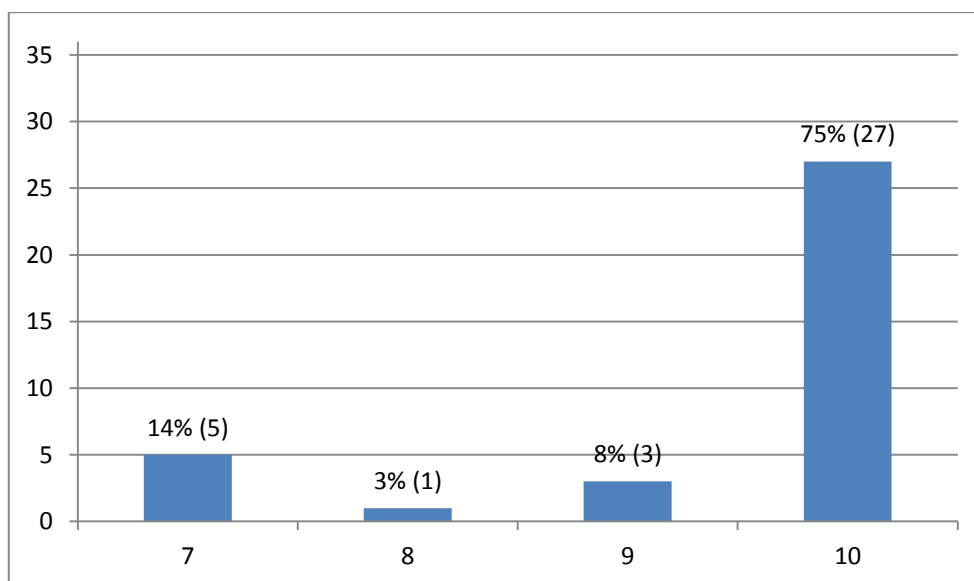
Okolnosti při podávání stravy – čas věnovaný klientům



Obrázek 20 Graf času věnovanému klientům při podávání stravy

Na obrázku 20 je znázorněno, jak dotazovaní vnímají čas věnovaný klientovi s AD při podávání stravy. 8 % (n = 3) respondentů vnímají čas s označením číslem 8, 11 % (n = 4) respondentů označili důležitost číslem 9 a 81 % (n = 29) dotazovaných vnímá čas věnovaný klientům při podávání stravy jako maximálně důležitý.

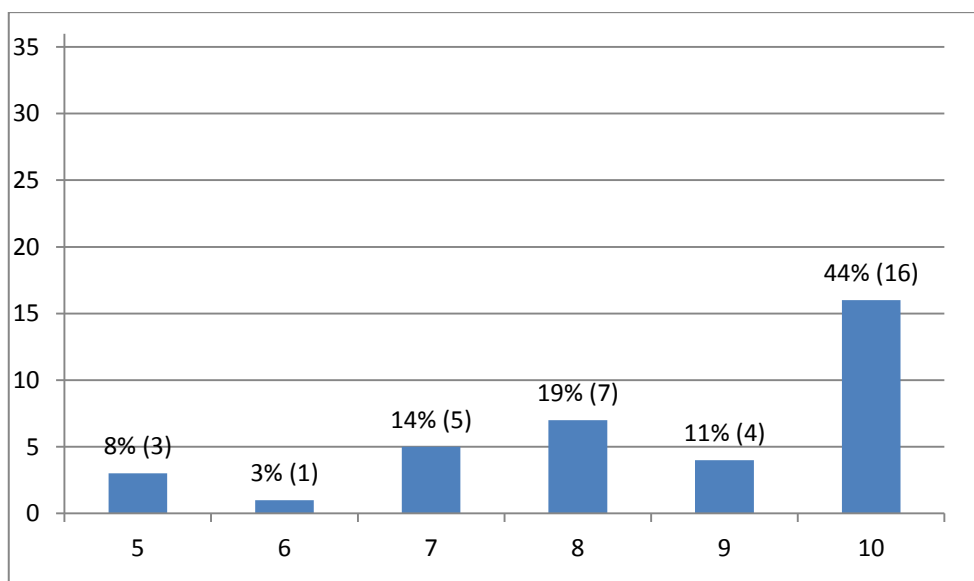
Okolnosti při podávání stravy – pravidelné vyprazdňování



Obrázek 21 Graf pravidelného vyprazdňování

Na obrázku 21 je vidět, jak vnímají respondenti důležitost sledování pravidelného vyprazdňování klientů. I zde je většina odpovědí v horní části možného bodování, 14 % (n = 5) respondentů tuto okolnost vnímají označením čísla 7, 3 % (n = 1) respondentů vnímá pravidelné vyprazdňování s důležitostí 8, 8 % (n = 3) respondentů vnímá tuto okolnost číslem 9 a 75 % (n = 27) vnímá záznam pravidelného vyprazdňování jako maximálně důležitý.

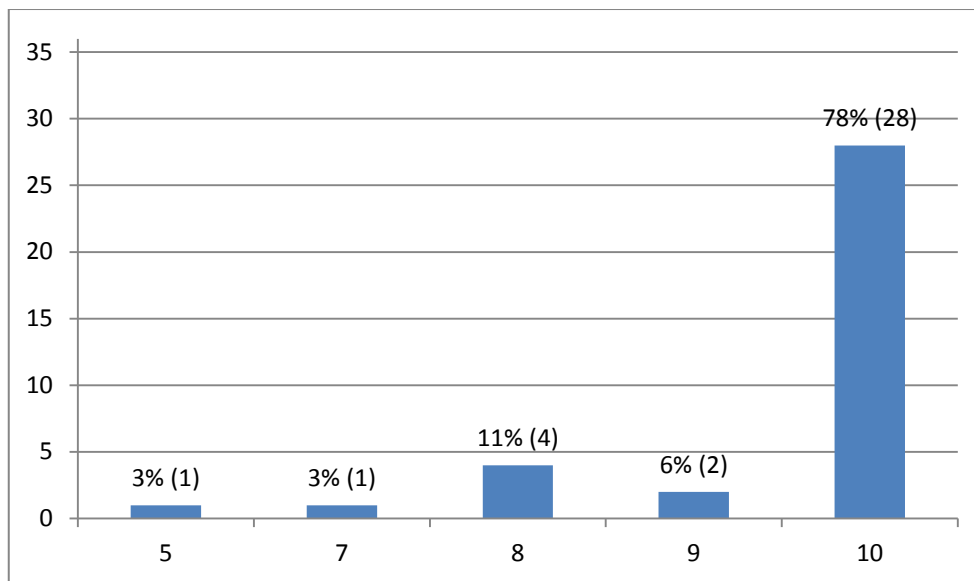
Okolnosti při podávání stravy – pravidelné vážení klientů



Obrázek 22 Graf pravidelného vážení klientů

Obrázek 22 znázorňuje další okolnost při péči o klienty s AD. Vidíme zde, jak respondenti vnímají pravidelné vážení klientů. 8 % (n = 3) respondentů vnímá tuto okolnost důležitostí číslem 5, 3 % (n = 1) respondentů označilo číslo 6, 14 % (n = 5) respondentů označili číslo 7, 19 % (n = 7) respondentů označili číslem 8, 11 % (n = 4) respondentů tuto okolnost vnímá důležitost číslem 9 a 44 % (n = 16) vážení klientů vnímá jako maximálně důležité pro správnou péči u klientů s AD.

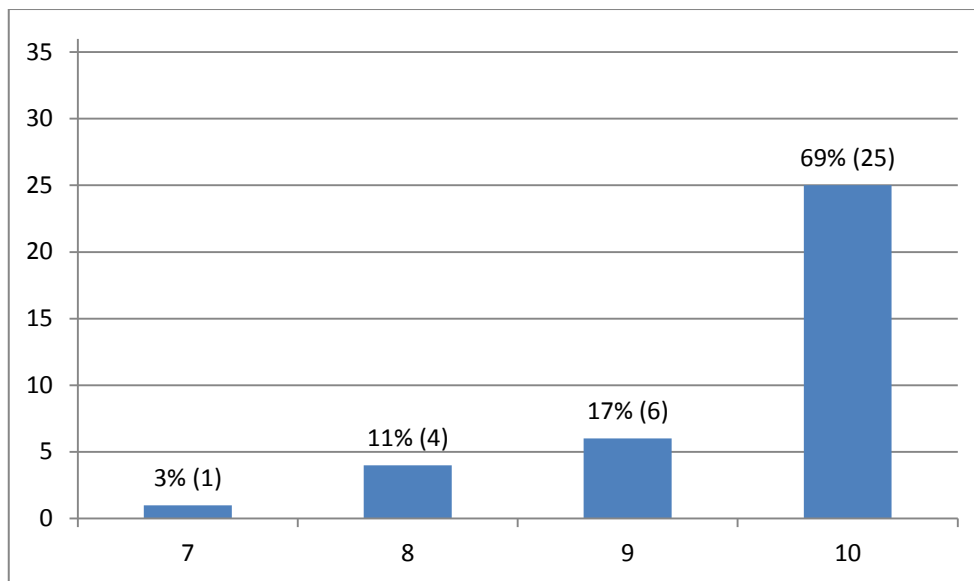
Okolnosti při podávání stravy – bazální stimulace



Obrázek 23 Graf bazální stimulace

Bazální stimulace je velmi důležitou součástí v péči nejen o klienty s Alzheimerovou demencí, má veliké úspěchy ve všech oborech. Obrázek 23 znázorňuje, jak vnímají PSS důležitost bazální stimulace u klientů s AD. 78 % (n = 28) dotazovaných z celkového počtu respondentů shledává bazální stimulaci jako maximálně důležitou pro dobrou péči o klienty s Alzheimerovou demencí.

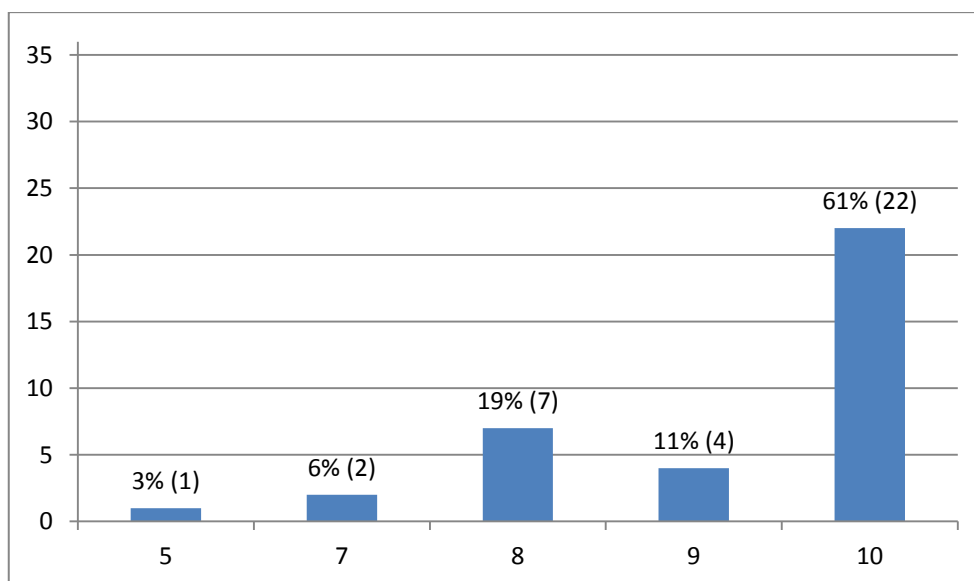
Okolnosti při podávání stravy – hodnocení poruch polykání



Obrázek 24 Graf hodnocení poruch polykání

Na obrázku 24 je znázorněno, jak vnímají PSS hodnocení poruch polykání. 3 % (n = 1) respondentů označilo na stupnici důležitosti číslo 7, 11 % (n = 4) respondentů označilo číslo 8, 17 % (n = 6) respondentů označilo číslo 9 a 69 % (n = 25) respondentů vnímá hodnocení poruch polykání jako maximálně důležité a označili číslo 10.

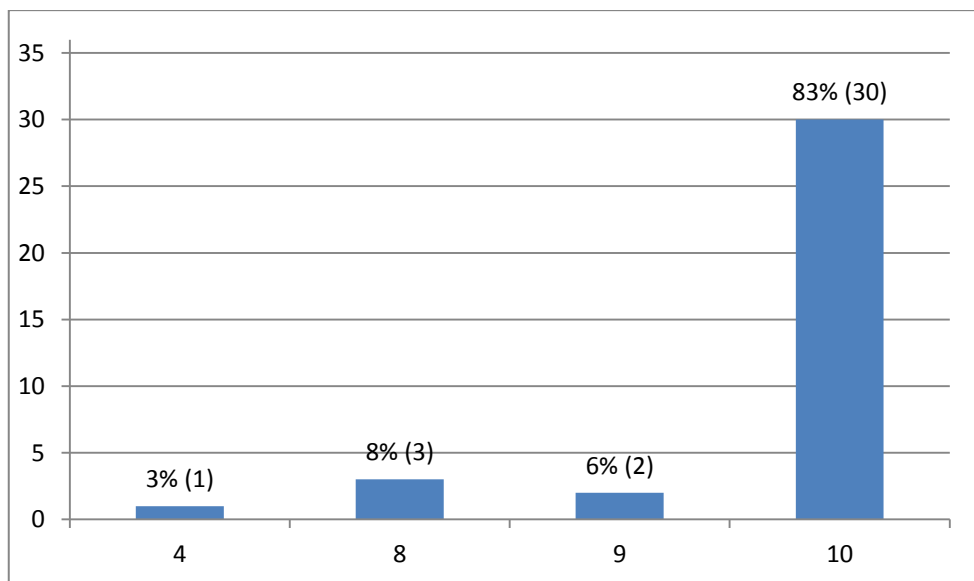
Okolnosti při podávání stravy – Nutilis



Obrázek 25 Graf využití Nutilisu

Na obrázku 25 je znázorněno, jak PSS vnímají používání zahušťovacího prostředku Nutilisu při poruchách polykání. 3 % (n = 1) respondentů označilo důležitost číslem 5, zároveň je to respondent, který umí odhalit poruchy polykání, 6 % (n = 2) respondentů označilo číslem 7, 19 % (n = 7) respondentů vidí využití Nutilisu číslem 8, 11 % (n = 4) respondentů označilo číslem 9 a 61 % (n = 22) respondentů vidí využití tohoto prostředku jako maximálně důležité při poruchách polykání.

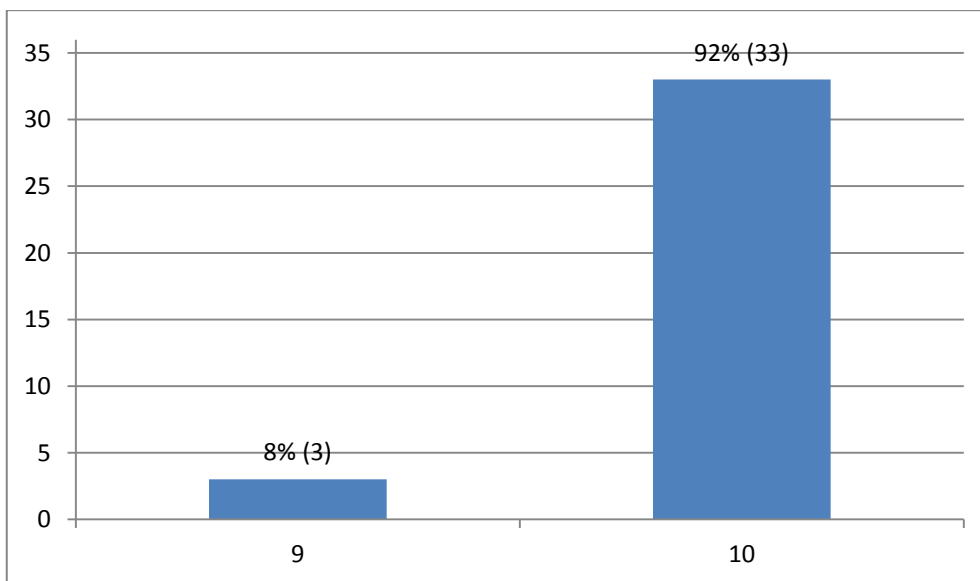
Okolnosti při podávání stravy – používání doplňkové stravy



Obrázek 26 Graf používání doplňkové stravy

Na obrázku 26 je znázorněno, jak PSS vnímají podávání doplňkové stravy. 3 % (n = 1) dotazovaných označilo důležitost této okolnosti číslem 4, ovšem celých 83 % (n = 30) respondentů vnímá podávání doplňkové stravy jako maximálně důležité.

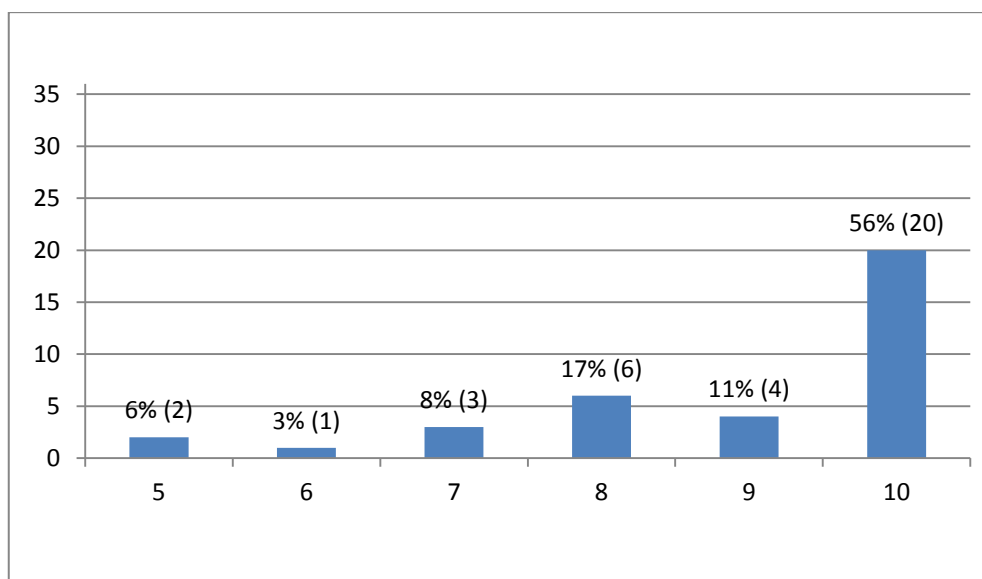
Okolnosti při podávání stravy – pitný režim



Obrázek 27 Graf sledování pitného režimu

Obrázek 27 znázorňuje důležitost dodržování pitného režimu. 8 % (n = 3) respondentů označilo důležitost číslem 9 a celých 92 % (n = 33) respondentů vidí tuto okolnost maximálně důležitou.

Okolnosti při podávání stravy – používání pomůcek



Obrázek 28 Graf využití pomůcek

Na obrázku 28 je znázorněn pohled PSS na využití pomůcek při podávání stravy klientům s AD. 6 % (n = 2) respondentů označilo na číselné ose důležitosti tuto okolnost číslem 5, 3 % (n = 1) respondentů označilo číslem 6, 8 % (n = 3) respondentů označilo důležitost číslem 7, 17 % (n = 6) dotazovaných vidí využití na číselné ose číslem 8, 11 % (n = 4) respondentů označilo číslo 9 a 56 % (n = 20) respondentů využití pomůcek při podávání potravy klientům s AD vnímá jako maximálně důležité.

Diskuze

1) Jak vnímají PSS vliv Alzheimerovy demence na výživu?

Z výzkumu je patrné, že 77 % pracovníků přímé péče vnímá diagnózu Alzheimerovy demence jako velmi významnou při spojitosti s výživou a s podáváním stravy těmto klientům. I přesto, že se ostatní respondenti s tímto názorem úplně neztotožňují, je nutné si uvědomit, že zde pracují i respondenti s nižším vzděláním a může to mít vliv na vybranou odpověď v dotazníkovém šetření. Z výše prezentovaných výsledků je možné tuto domněnku doložit tím, že ve skupině, která nevnímala vliv výživy na AD velmi významně, byli ze 17% respondenti s výučním listem.

2) Jak vnímají PSS podávání stravy klientům s Alzheimerovou demencí?

Výsledky výzkumu poukázaly nejen na to, že respondenti vnímají ve většině případů vliv výživy na AD jako velmi významný, ale zároveň i to, že vlastní podávání stravy považují za velmi komplexní děj, kdy 86% (n = 31) respondentů vnímá podávání stravy kromě fyziologické nutnosti i jako aktivizační činnost. Tento výsledek je velmi potěšující, jelikož míru samostatnosti při podávání stravy u klientů v zařízení se zvláštním režimem je třeba chápat a podporovat jako terapeutickou činnost. Tato myšlenka je více rozebrána Jitkou Zgola v knize *Bon Appetit* s doslovem Dany Hradcové (Zgola, 2013, str. 91-95). Téma podávání stravy a vnímání podávání stravy jako aktivizační činnosti je popsáno také K. Friedlovou v *Konceptu Bazální stimulace* (Friedlová, 2007, str. 120), kde vychází z předpokladu respektu autonomie člověka. Z výzkumu je patrné, že sledování výživy, ale i samotné podávání stravy klientům, je vzájemně propojené a je potřeba klást na toto téma velký důraz a upřednostnit zde důležitost sebevzdělávání v této oblasti. Téma výživa je diskutováno celosvětově a je bráno jako zásadní pro kvalitní péči o klienty s Alzheimerovou demencí. Díky tomuto výzkumu je zřejmé, že sebevzdělávání respondentů je nedílnou součástí pro dobrou péči. Nejen zdravotničtí pracovníci mohou rozvíjet své znalosti, ale i PSS řeší v DZR tyto otázky týkající se problémů výživy pacientů s AD. Dle předkládaného výzkumu PSS vnímají, že ve zmíněných odvětvích mají rezervy a proto se chtějí účastnit různých školení a seminářů, kde své znalosti doplní a v otázkách týkajících se výživy dojde k reflektování aktuálních poznatků na základě evidence base nursing. Školení v těchto oblastech je přitom nutné přizpůsobit jejich vzdělání, kompetencím a ideálně aktuálnímu pracovnímu prostředí, v němž tito pracovníci pracují. Odbornost jednotlivých seminářů musí být PSS srozumitelná, díky tomu si

z něho odnesou co možná nejvíce informací a poznatků, které mohou následně aplikovat v péči o klienty s AD.

3) Jakou důležitost dávají PSS vybraným okolnostem při podávání stravy klientům s Alzheimerovou demencí?

PSS vnímají všechny ve výzkumu sledované okolnosti podávání stravy u pacientů s AD v horních hranicích škály od 0 do 10, kdy 0 znamená minimální důležitost a 10 znamená maximální důležitost. Konkrétní průměrná hodnota ze všech sledovaných okolností totiž byla 9,25, s mediánem 10. Okolnosti, jako je prostředí, poloha, místo a způsob jakým je strava klientům podávána, vnímá jako velmi důležité i Zgola v knize *Bon Appetit* (Zgola, 2013, str. 124). Jak dále uvádí, je důležité vytvářet příznivé okolnosti, které umožní klientovi, aby se při jídle mohl radovat z plného využití svých schopností. Příkladem vytváření těchto vhodných okolností je např. využívání správné polohy klienta, kterou i sami respondenti vnímají na výše popsané škále průměrnou hodnotou 9,80.

Důležitost dodržování časového harmonogramu má oporu nejen v literatuře (Zgola, 2013, str. 58) a ve výsledcích předkládaného výzkumu, ale i v zákoně ČR. Konkrétně v §16. odst. b) citované vyhlášky č. 505/2006 Sb. v platném znění, kde se píše o povinnosti „zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel“ (ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 O sociálních službách. 2006). Klientům je podávána strava čtyřikrát denně, diabetikům šestkrát denně, podle platného dietního systému. Dodržení časového harmonogramu stravy je tak nejen zásadní pro výživu, ale i z hlediska dodržení zákona. Podle individuálních požadavků však může být poskytnutí stravy realizováno odlišně a dohodnutým způsobem. Při podávání stravy musí být respektovány stravovací návyky, s nimiž klient do zařízení přišel, a jsou zohledňovány jeho individuální požadavky.

Opodstatněnost vnímání významnosti - konkrétně 8 bodů - místa a prostředí podávání stravy klientům s AD pracovníky PPS, dokládá i autorka knihy *Bon Appetit*, která popisuje, jak vhodné prostředí pomáhá klientům v orientaci a dodává stolování patřičnou atmosféru. Chuť na jídlo roste v místnosti, která vypadá jako jídelna. Přimět klienty k jídlu je mnohem snazší v pěkné útulné jídelně, než např. v ložnici.

S tím souvisí i způsob jakým je strava klientům podávána a čas věnovaný stravě. Respondenti v předkládaném výzkumu průměrně ohodnotili význam způsobu podávání stravy

i čas věnovaný stravě bodovou hodnotou vyšší než 9,55 s mediánem 10. Tyto výsledky se shodují s rámcem výsledků bakalářské práce Stehnové (2012, str. 54, 55), která zjistila, že i samotní klienti zařízení sociální péče při stravování preferují vhodnou úpravu podávané stravy. Všechna tato tvrzení se zároveň shodují s literaturou, kde např. Kapounová uvádí, že lidé vyššího věku často potřebují asistenci při přípravě stravy. (Kapounová, 2007, str. 57).

Význam sledování pravidelnosti vyprazdňování, který respondenti v předkládaném výzkumu této oblasti přisoudily je shodný s publikovanou teorií. Grofová ve své knize též popisuje důležitost pravidelné stolice v souvislosti s celkovým stavem výživy (Grofová, 2007, str. 131). Ve výzkumu sledování pravidelnosti vyprazdňování respondenti průměrně odpovídali číslem 9,44 a medián je 10.

Z předkládaného výzkumu je zřejmé, že prvky bazální stimulace jsou vnímány téměř maximálně důležitě v péči u těchto klientů. K. Friedlová popisuje ve svém konceptu, že *"Bazální stimulace vychází z toho, že každý člověk s těžkou formou změny vnímání je schopen v úplně každé situaci alespoň něco některými ze svých smyslů vnímat"* (Friedlová, 2009, s. 18). Bazální stimulaci u seniorů dále popisuje ve své bakalářské práci i Eliška Vránová (2014, str. 26) Konkrétně zjišťuje míru znalostí u ošetřujícího personálu, kde na hodnotící škále 1-5 nejvíce dotazovaní své znalosti hodnotili číslem 3 (59 %). Z předkládaného výzkumu je význam aplikace BS poskytovateli péče, konkrétně PSS, hodnocen průměrnou bodovou hodnotou 9,5 s hodnotou mediánu 10. Dá se tak usuzovat, že i přes subjektivně vnímané nedostatky ve vzdělání o BS, si jsou přímí poskytovatelé péče vědomí důležitosti aplikace tohoto konceptu u klientů s AD a to i během stravování.

Nutilis je zahušťovací prostředek využívaný u klientů s poruchou polykání. Jeho účinnost a vhodnost využití u této komplikace vnímají respondenti opět jako velmi významný a na hodnotící škále byl ohodnocen průměrně číslem 9,19. Zároveň je potěšující, že respondenti dle subjektivního hodnocení vědí, ve kterých případech a proč je nutné tento přípravek používat. Poruchy polykání popisuje Bc. Jana Fialová (2013, str. 20). V její diplomové práci byla prezentována problematika subjektivně vnímaných potíží při polykání, přičemž jedním z jejích výsledků bylo, že u 26 % respondentů dostávalo v nemocničním zařízení stravu kašovitě a mleté konzistence právě z důvodu zhoršeného polykání. Poruchy polykání jsou řešeny i v diplomové práci Bc. Heleny Trundové (2014, str. 24), kde se snaží zmapovat náročnost screeningového vyšetření polykání. Její výsledky naznačují, že se nejedná o časově náročné vyšetření, což je jistý klad tohoto screeningového nástroje. S

ohledem na důležitost vyšetření poruchy polykání a časové nenáročnosti screeningového nástroje jde o nespornou výhodu při vyšetřování pacientů. Příkladem takové škály je např. screeningový test FEES. Využívá se pro zjištění poruchy polykání u pacientů s neurologickým onemocněním. Dá se tak předpokládat, že by tento nástroj bylo možné užít i u klientů s AD. Tento nástroj by tak mohl pomoci PSS ve spolupráci se zdravotníky v identifikaci rizikových pacientů a mohl by jim pomoci určit, u kterých pacientů je nutné používat Nutilis. V souvislosti s vědomím vlivu výživy na AD si jsou respondenti zároveň vědomi významu doplňkové stravy. Ta je i v bakalářské práci Petry Kaštylové (2011, str. 19) vnímána velmi pozitivně a popisuje, že chybějící porce při nechutenství a úbytku na váze můžeme pacientovi dodat pomocí modulových dietetik nebo popíjením perorálních nutričních doplňků.

Dále i vnímání důležitosti sledování pitného režimu se shoduje s jinými výzkumy prováděnými na populaci seniorů, příkladem je výzkum bakalářky Radky Hvězdové (2013, str. 59), která zjistila, že při dodržování pitného režimu u seniorů ve více jak polovině případů jsou tekutiny nabízené nejčastěji zdravotní sestrou, tedy přímo pečující osobou, proto se zdá zásadní, když si respondenti uvědomují důležitost pitného režimu. Význam této oblasti příkládá i kniha *Bon Appetit*, kde se uvádí, že je nezbytné pravidelně sledovat a vyhodnocovat přítomnost rizikových faktorů dehydratace. Jejich včasné zjištění a řešení minimalizuje rozvoj možných následků a to nejen na zdravotní stav, ale i na soběstačnost klienta s AD. Popisy těchto situací potvrzují vysokou náročnost při poskytování péče a tedy i vysokou ošetrovatelskou zátěž. Zajištěním stravy je naplněn cíl základní lidské potřeby, současně však musí být strava podávána v potřebné úpravě a s potřebným rozsahem dopomoci. Pracovník v přímé péči je velmi důležitým pracovníkem v zařízení tohoto typu, a činnosti, které provádí, se prolínají všemi etapami práce s klientem.

7 Závěr

Z literatury vyplývá, že povolání pracovníka v sociálních službách je velmi náročné a klade na jednotlivce značné nároky. Náročnost zvládnutí péče o klienty s AD popisuje ve své práci Kateřina Bretová (2014, str. 25-26), která uvádí, jak je péče emočně, tělesně a časově velmi zatěžující. Pracovníci pečují o klienty s AD po celý den a znají tak jejich aktuální stav, mají největší přehled o potřebách klientů, a proto zastávají jednu z nejvýznamnějších rolí v péči o ně. V současnosti je výživa nedílnou součástí péče a zároveň aktuální otázkou napříč všemi obory. Problematika výživy u klientů v zařízeních se zvláštním režimem je proto závažným a diskutovaným tématem. I z toho důvodu byla výživa u pacientů s AD vzata do cílů předkládaného výzkumu. Cíle předkládané práce byly splněny. Je z nich patrné, že respondenti vnímají význam a důležitost výživy klientů s AD se všemi okolnostmi, které se k tomu vztahují, a možná že právě proto by se rádi v této oblasti dále vzdělávali. V současné době je v nabídce vzdělávacích akcí několik možností, které tito pracovníci mohou využít. Bohužel je ale jen velmi těžké získat informaci, jaký vliv má toto vzdělání na kvalitu přímé péče o klienty s AD v zařízeních DZR. Proto by bylo dobré zavést systematické vzdělávání přímo v samotných zařízeních, kde by si tuto zpětnou vazbu mohla zařízení udělat sama. Ráda bych výhledově doporučila do vzdělávacího plánu organizace účast PSS na kurzech a školeních zaměřených na výživu a individuální přístup při podávání stravy klientům s Alzheimerovou demencí. Tento kurz by mohl být organizovaný během několika sezení a po proběhlém školení by byl následně zopakován výzkum. Dalším možným krokem by bylo komplexnější propracování systému interního zaškolení nově nastupujících PSS, jehož cílem by bylo poukázat mimo jiné i na důležitost všech výše zmiňovaných aspektů výživy a vést tuto oblast správným směrem.

Jak je patrné z celé této práce, ale i z citovaných výzkumů, vliv výživy na celkový stav klientů s AD je zásadní. Proto je velice významné, aby kterýkoli pečující o nemocného s AD byl přesvědčený o důležitosti všech uváděných hledisek týkajících se stravy či stolování a aby si uvědomoval, že je to často jeden z posledních požitků člověka.

8 Seznam použité literatury

Tištěné zdroje:

BARTOŠ, A., M. HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010, 181 s. ISBN 978-802-0422-828.

BUIJSSEN, H. *Demence průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1.vyd.Praha:Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.

FRANKOVÁ, V. *Paní Anežka má demenci: Příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. 2.vyd. Praha: Galén, 2011. 54 s. ISBN 978-80-7262-760-8.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 3. vyd. Frýdek-Místek: 2009. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-802-4713-144.

GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. ISBN 987-80-247-1868-2.

GROFOVÁ, Z. *Dieta pro vyšší věk*. 1. vydání. Praha: Forsapi, 2011. ISBN 978-80-87250-11-2.

HARKER., LZ., JO, SALVA, Y GUIGOZ, VELLAS B. Screeningforundernutrition in geriatricpractice: developingshort— form mini—nutritionalassessmentRush D: Nutritionscreening in oldpeople: itsplace in a coherentpracticeofpreventivehealth care. *Ann RevNutr.* 1997; 17: 101—125

HARTL, P., H. HARTLOVÁ, *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMOVÁ a J. SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, I., R. JIRÁK a C. BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: GradaPublishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

JIRÁK, R. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishink a.s., 2007. ISBN 978- 80-247-1830-9.

KOHOUT, P. a E. KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. 1. vydání. Praha: Forsapi, 2014. ISBN 978-80-87250-05-1.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-429-X.

KOUKOLÍK, F. a R. JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: GradaPublishing, spol. s r.o., 1998. ISBN 80-7169-615-3.

KŘEMEN, J., E. KOTRLÍKOVÁ a Š. SVAČINA. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá fronta a.s., 2009. ISBN 978-80-204-2070-1.

KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. Praha: GradaPublishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1491-4.

MÁTL, O., I. HOLMEROVÁ a M. MÁTLOVÁ. *Zpráva o stavu demence 2014*. Praha 8: Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., 2014. ISBN 978-80-86541-34-1.

MIKULÁŠEK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: GradaPublishing a.s., 2003. ISBN 80-247-0650-4.

MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství 1.díl*. Praha: GradaPublishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.

MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství* 2.díl. Praha: GradaPublishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

PICHAUD, C., a I. THAREAUOVÁ, *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

POKORNÁ, A. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 193 s., ii s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

RABOCH, J. a P. ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. 1.vydání. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha 7: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0932-5.

SCHULER, M. a P. OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.

SOBOTKA, L. a kol. *Basic in Clinical Nutritio: Third Edition*. 3. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-292-7.

TĚŠÍNSKÝ, P. Výživa v AD. *Interní medicína-meziborové přehledy*. 2003, 5 (8), 13-18. ISSN 1212-7299.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. ISBN 80-86429-36-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-678-0.

Všeobecná encyklopedie Diderot v osmi svazcích. Praha: Diderot, 2002. ISBN 80-86613-08-9.

ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: GradaPublishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0183-9.

ZGOLA, J. *Bon Appetit: Radost z jídla v dlouhodobé péči*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2013. ISBN 978-80-86541-32-7.

Závěrečné VŠ práce:

BRETOVÁ, K. *Péče o klienty s demencí z pohledu pečujících osob*. 2014. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce PhDr. Magda Taliánová.

BROMOVÁ, L. *Sledování nutričního stavu u pacientů na interním oddělení*. 2012. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Martina Jedlinská.

FIALOVOVÁ, J. *Posouzení polykací funkce v neurologické praxi*. Pardubice, 2013. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Petra Mandysová, MSN.

HVĚZDOVÁ, R. *Otázka dodržování pitného režimu u seniorů*. Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Hana Ochtinská.

KAŠTYLOVÁ, P. *Úloha sestry v péči o hydrataci a výživu u imobilních pacientů*. Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Renata Ptáčková.

MASAŘOVÁ, Z. *Alzheimerova choroba v rodině*. Brno, 2006. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Ema Štěpařová.

SMOLÍKOVÁ, L. *Porovnání škál hodnotících kognitivních funkcí u seniorů*. Pardubice, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Martina Jedlinská.

STEHNOVÁ, M. *Problematika stravování pacientů/klientů ve vybraném zařízení pro seniory*. Pardubice, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Lucie Mlatečková.

TRUNDOVÁ, H. *Posouzení polykací funkce u pacientů s neurologickým onemocněním*. Pardubice, 2014. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Petra Mandysová, MSN.

VRÁNOVÁ, E. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči o seniory*. Pardubice, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Alena Dvořáčková.

VTÍPILOVÁ, K. *Malnutrice u hospitalizovaných seniorů*. Pardubice, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Jana Kučerová.

Internetové zdroje:

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Co je demence: Alzheimerova nemoc a jiné příčiny demence*. [online]. © 2014 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. ČALS. [online]. ©2014 [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>

Výživa u Alzheimerovy demence. [online].© 2003[cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2003/08/14.pdf>

ŠEBKOVÁ, S. Alzheimerova choroba: Jak se jmenuje ten Němec, co mi schovává věci? *Ordinace.cz* [online]. 2007 [cit.2015-07-16]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/alzheimerova-choroba/>

ALZHEIMER NADAČNÍ FOND. *Oskar Fischer a Alzheimerova choroba* [online].

©2014 Dostupné z:

<http://alzheimernf.cz/pro-pecujici-a-pacienty/oskar-fischer-a-alzheimerova-choroba/>

Zákony:

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 O sociálních službách. 2006. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

9 Přílohy

Příloha A *Vhodná poloha klienta při podávání stravy*

Příloha B *Dotazník*

Příloha A *Vhodná poloha klienta při podávání stravy*



Obrázek 29 Vhodné zapolohování klienta do křesla k podávání stravy – zdroj vlastní



Obrázek 30 Vhodné zapolohování klienta do lůžka k podávání stravy – zdroj vlastní

1. Jak byste ohodnotili význam sledování výživy v péči o klienty s Alzheimerovou demencí?

- a) sledování výživy u klientů s Alzheimerovou demencí je velmi významné
- b) sledování výživy u klientů s Alzheimerovou demencí je významné
- c) sledování výživy u klientů s Alzheimerovou demencí je spíše nevýznamné
- d) sledování výživy u klientů s Alzheimerovou demencí je absolutně nevýznamné

2. V níže uvedené tabulce označte kroužkem číselnou hodnotu od 0 do 10, kdy 0 znamená úplnou nevýznamnost položky a 10 maximální významnost dané položky ve vztahu k péči o klienty s Alzheimerovou demencí.

Poloha klienta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Časový harmonogram podávání stravy (denní pokrytí)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Místo, kde je strava podávána	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prostředí při podávání stravy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Způsob, jakým je strava podávána	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Čas věnovaný klientům při podávání stravy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sledování pravidelnosti vyprazdňování stolice	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pravidelné vážení klientů	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Používání prvků bazální stimulace	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hodnocení poruch polykání	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Používání zahušťovacího prostředku (Nutilis) v případě poruch polykání	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Používání doplňkové stravy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sledování pitného režimu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Používání různých pomůcek-např. hrníček s pítkem,...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Jak vnímáte podávání stravy klientům s Alzheimerovou demencí?
- a) zajištění výživových hodnot a zároveň jako aktivizační činnost
 - b) jako nutnost – zajištění příjmu denní energetické dávky
 - c) nevím
4. Znáte účinky doplňkové stravy na organismus klientů s Alzheimerovou demencí?
- a) ano
 - b) nejsem si jistá/tý
 - c) ne
5. Jaké stavy klientů s Alzheimerovou demencí mohou souviset s dehydratací (nedostatek tekutin v těle)?
- a) zmatenost
 - b) agresivita
 - c) celková dezorientace
 - d) malátnost
 - e) suchý a povleklý jazyk
 - f) nechut' k jídlu
 - g) nejsem si jistá/tý
6. Umíte odhalit u klienta s Alzheimerovou demencí poruchu polykání?
- a) ano
 - b) nejsem si jistá/tý
 - c) ne, neumím
7. Pokud dochází u daného klienta ke snížení potravy a hrozí riziko, nebo již došlo k malnutrici (nedostatečná výživa), co by podle Vás mělo ideálně následovat?
- a) sledování příjmu potravy formou „talířkové metody“
 - b) podávání doplňkové stravy
 - c) vážení klienta a 1 týden
 - d) zapisování a sledování příjmu tekutin
 - e) úpravu stravy na vhodnější pro daný stav klienta (mletá strava, mixovaná strava,...)
 - f) ani jedna z nabídnutých možností

8. Jak hodnotíte své znalosti o zásadách správného podávání stravy u klientů s Alzheimerovou demencí?
- a) mé znalosti považuji za výborné
 - b) mé znalosti považuji za dostačující
 - c) mé znalosti jsou nedostačující
 - d) nepřemýšlela jsem o tom
9. Klienti s Alzheimerovou demencí a výživa - vnímáte sebevzdělávání v této oblasti za...
- a) nezbytně důležité pro správnou péči o klienty s Alzheimerovou demencí
 - b) důležité pro správnou péči o klienty s Alzheimerovou demencí
 - c) nepovažuji sebevzdělávání důležité pro správnou péči o klienty s Alzheimerovou demencí
10. Jak podle Vás ovlivňuje Alzheimerova demence příjem potravy u klientů trpících touto chorobou?
- a) velmi významně
 - b) významně
 - c) spíše nevýznamně
 - d) nevidím souvislost mezi Alzheimerovou demencí a příjmem potravy u těchto klientů