

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Věra Steklá**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Věra Steklá**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VLIV PROSTŘEDÍ A KOMUNIKACE NA PACIENTY  
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Vlasta Roubalová

PLZEŇ 2012

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité  
prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 22. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

**Poděkování:**

Děkuji Mgr. Vlastě Roubalové, za odborné vedení práce, poskytování rad, připomínek a materiálních podkladů. Dále děkuji rodinám pacientů zmíněných v této bakalářské práci za poskytnutí cenných informací.

## Obsah:

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
<b>1 CHARAKTERISTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....</b>	<b>14</b>
1.1 Klasifikace nemoci .....	14
1.2 Pojem demence .....	14
1.3 Historie vnímání demence do počátku 20. století.....	14
1.4 Vyznačení a definice Alzheimerovy choroby.....	15
<b>2 ETIOPATOGENZE ALZHEIMEROVY NEMOCI.....</b>	<b>16</b>
<b>3 KLINICKÝ OBRAZ.....</b>	<b>17</b>
<b>4 STÁDIA NEMOCI .....</b>	<b>18</b>
<b>5 DIAGNOSTIKA.....</b>	<b>20</b>
<b>6 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....</b>	<b>21</b>
6.1 Farmakoterapie .....	21
6.1.1 Kognitivní terapie .....	21
6.1.2 Nekognitivní terapie .....	22
6.2 Nebiologické přístupy.....	22
6.2.1 Programované aktivity.....	22
6.2.2 Reflektivní podpora .....	23
6.2.3 Orientace realitou.....	23
6.2.4 Validace .....	24
6.2.5 Reminiscence .....	24
6.2.6 Naučený postup.....	24
<b>7 PREVENCE ALZHEIMEROVY CHOROBY .....</b>	<b>25</b>
7.1 Rizikové faktory .....	25
7.2 Prevence.....	25
<b>8 OŠETŘOVÁNÍ PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBU.....</b>	<b>26</b>
8.1 Problémy pacientů s Alzheimerovou chorobou.....	26
8.2 Přístupy pomáhající eliminovat problémy pacientů .....	30
8.2.1 Empatie .....	30
8.2.2 Pochopení problému .....	30
8.2.3 Správná komunikace.....	31
8.2.4 Fyzický kontakt.....	31
8.2.5 Vhodné prostředí.....	32
8.2.6 Komunikace s rodinnými pečujícími .....	32
8.2.7 Specifické přístupy a služby v terminálním stadiu demence.....	32
<b>9 ZÁSADY KOMUNIKACE S PACIENTEM S DEMENCÍ.....</b>	<b>33</b>
<b>10 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST (ČALS) .....</b>	<b>35</b>
10.1 Cíl společnosti.....	35
10.2 Služby .....	35

<b>11 MOŽNOSTI PÉČE O PACIENTY S ACH V ČR.....</b>	<b>36</b>
11.1 Domácí péče .....	36
11.2 Denní a týdenní stacionáře.....	36
11.3 Ústavní péče.....	37
11.4 Domovy se zvláštním režimem.....	37
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
Formulace problému .....	38
Cíl a úkol práce .....	38
Vzorek.....	39
Ošetrovatelský model použitý v kazuistikách .....	39
Kazuistiky .....	40
Kazuistika č. 1 .....	40
Kazuistika č. 2 .....	45
Kazuistika č. 3 .....	53
<b>12 DISKUZE .....</b>	<b>59</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>62</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA .....</b>	<b>63</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>	<b>66</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>67</b>

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Steklá Věra

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv prostředí a komunikace na pacienty s Alzheimerovou chorobou.

Vedoucí práce: Mgr. Vlasta Roubalová

Počet stran: číslované: 51, nečíslované: 26

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: Alzheimerova choroba – demence – komunikace – prostředí – ošetrovatelská péče

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá vlivem prostředí a komunikace na pacienty s Alzheimerovou chorobou. V teoretické části je popisována Alzheimerova choroba, její klinický obraz, diagnostika, léčba a ošetrovatelské přístupy. V praktické části je použit kvalitativní výzkum formou kazuistiky.

## **Annotation**

Surname and name: Steklá Věra

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Effect of environment and communication on patients with Alzheimer's disease

Consultant: Mgr. Vlasta Roubalová

Number of pages: numbered 51, unnumbered 26

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 22

Key words: Alzheimer's disease – dementia – communication – environment – Nursing Care

### **Summary:**

This bachelor's thesis examines the influence of ambient and communication on patients with Alzheimer's disease. The theoretical part describes Alzheimer's disease, its clinical presentation, diagnosis, treatment and nursing approaches. In the practical part is used qualitative research through case studies.



## ÚVOD

Moje bakalářská práce se zabývá důležitostí správné komunikace s pacienty s Alzheimerovou chorobou a jejich rodinnými příslušníky.

Člověk je bytost, které je dána schopnost dorozumívat se. Správné komunikaci se však postupně během života učí. Způsoby dorozumívání jsou různé a kvalitu komunikace ovlivňuje mnoho faktorů, jako například prostředí, věk, psychická i fyzická pohoda, mentální a inteligenční předpoklady a podobně.

V běžném životě je často obtížné vyjádřit naše vnitřní pocity, správně a srozumitelně formulovat stav, v němž se nacházíme nebo naopak pochopit nezkresleně situaci druhých, domluvit se, najít společnou řeč.

Daleko složitější pak je komunikace s lidmi, kteří jsou vystaveni psychické i fyzické zátěži, zejména v důsledku nemoci. Tito lidé se často nacházejí v situacích, které jsou pro ně neznámé, a které také rozdílně snášejí. Aktuální stav, ve kterém se nacházejí, přímo ovlivňuje jejich reakce i způsob komunikace.

Pochopení stavu, ve kterém se nemocný či jeho blízcí nacházejí a správná komunikace ze strany ošetřujícího personálu, může významně přispět k aktivní spolupráci pacienta i jeho blízkých, a tím ke zkvalitnění celého ošetrovatelského procesu. To klade nemalé nároky na ošetřující personál, který by měl být připraven rozeznat způsob, jak správně a citlivě reagovat na chování pacienta, v jeho nelehké životní situaci. Měl by znát specifika přístupů k nemocným s různými problémy. Být empatický a vstřícný nejen k pacientům, ale také k jejich příbuzným.

Z osobní zkušenosti i z mé dosavadní praxe jsem mohla poznat, že se tomuto tématu v našem zdravotnictví stále nevěnuje dostatečná pozornost. Osobně se mě jako zdravotní sestry dotýká, když se setkávám s necitlivým a někdy i netaktním chováním zdravotníků vůči pacientům či jejich blízkým.

Z tohoto důvodu jsem téma mojí bakalářské práce zaměřila na komunikaci s pacienty, u nichž je pochopení jejich stavu a správná komunikace, hlavním prostředkem k dosažení uspokojení jejich potřeb.

V teoretické části mé práce se zabývám charakteristikou onemocnění, diagnostikou, léčebnými postupy, prevencí, způsoby ošetrovatelské péče a komunikace s pacienty. Samostatnou kapitolu věnuji i práci České alzheimerovské společnosti.

V praktické části zpracovávám formou kazuistiky konkrétní případy tří pacientek s Alzheimerovou chorobou, kterým byla poskytována ošetrovatelská péče v různých prostředích. V závěrečné diskusi tyto způsoby ošetrovatelské péče porovnávám.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CHARAKTERISTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY

### 1.1 Klasifikace nemoci

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku nervových buněk a v důsledku toho k mozkové atrofii, úbytku tkáně. To má za následek rozvoj demence. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize z roku 1992 – se tedy Alzheimerova choroba řadí mezi demence.

### 1.2 Pojem demence

Pojem „demence“ pochází z latinského slova „mens“, což znamená „mysl“, a předpony „de“, která značí „od“. Slovo „demens“ tedy znamená odchylku od rozumového jednání, něco, co pozbylo mysl. (Kučerová, 2006.)

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zní definice demence takto: „Demence (F 00 – F 003) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk, úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“. (Koukolík, 2004, str. 19)

### 1.3 Historie vnímání demence do počátku 20. století

Problémem demence se zabývali již antičtí lékaři, kteří popisovali úpadek duševních funkcí někdy doprovázející stáří. Ještě v průběhu 19. století však bylo rozlišování syndromu demence od jiných poruch často mlhavé. Za přelom v dějinách pojmu senilní demence se považuje rok 1906, v němž německý lékař Alois Alzheimer (1864 -1915)

popsal případ jedenapadesátileté Auguste D. Tento případ byl popisován jako atypický případ běžné senilní demence, charakterizovaný časným začátkem a typickým klinickým průběhem. Během 20. století docházelo k rozlišování Alzheimerovy nemoci od jiných podob demence.

Výzkum v oblasti Alzheimerovy choroby trvá do současnosti, neboť ještě stále nejsou známy příčiny vzniku onemocnění. Předmětem výzkumu jsou genetické faktory, dědičnost i různé genetické abnormality bez dědičného základu. Zkoumají se také metabolické, infekční, toxické a autoimunitní mechanismy vzniku nemoci. Předpokládá se, že na propuknutí onemocnění má vliv více faktorů. (Jirák, Koukolík, 2004)

#### **1.4 Vyznačení a definice Alzheimerovy choroby**

Při Alzheimerově chorobě dochází v oblasti mozkové kůry a subkortikálních oblastí k úbytku neuronů i jejich synaptických spojení. Choroba se rozvíjí pozvolna, pomalu a plíživě, psychické funkce jsou postiženy rovnoměrně, a jejich úpadek je komplexní. Onemocnění trvá průměrně 5- 8 let a končí smrtí. (Juklová, Skorunková 2007)

Alzheimerova choroba je velmi častá forma demence, tvoří dvě třetiny všech demencí a její prevalence roste s věkem. Je zařazena do skupiny demencí atroficko-degenerativních. Postihuje až 10% populace nad 65 let věku. Onemocnění se dělí na tzv. formu s časným začátkem – presenilní formu, kdy se příznaky objevují do 65 let a formu s pozdním začátkem – senilní formu, začínající v 65 letech života a výše. Druhá forma je častější. (Jirák, Koukolík, 2004)

## 2 ETIOPATOGENZE ALZHEIMEROVY NEMOCI

ČALS charakterizuje tuto chorobu jako onemocnění, při kterém dochází k úbytku počtu nervových buněk. V mozku postižených vznikají škodlivé bílkoviny. Ty se ukládají uvnitř buněk v podobě vláken nebo v okolí nervových buněk jako tzv. amyloidové plaky. Dochází k poškození a zániku nervových buněk a jejich spojů, současně v mozkové tkáni ubývá acetylcholin. Tuto látku potřebuje mozek k přenosu nervových vzruchů. Při jeho nedostatku ztrácí buňky schopnost vzájemně si vyměňovat informace. Právě to se projeví postupným zhoršováním paměťových i rozumových schopností a rozvíjí se demence. Mozková oblast je funkčně postižena tím více, čím je mozkové kůře dané oblasti více plaků.

Přímo v neuronech dochází k degeneraci bílkoviny, vzniká tau – protein. Vytváří se útvary, kterým se říká neurofibrilární klubka. Neurony obsahující neurofibrilární klubka neplní svou funkci a postupně zanikají.

Kromě vzniku patogenních bílkovin, dochází ke změnám funkcí přenašečů vzruchů mezi jednotlivými nervovými buňkami – neurotransmiterů. Nejdříve je postižen systém acetylcholinergní. Acetylcholin přenáší vzruch na další nervová vlákna v mozku, která jsou významná pro paměť a další poznávací funkce. Porucha acetylcholinových drah může vést až k rozpadu osobnosti.

V dalších stádiích Alzheimerovy choroby dochází k poruše ostatních systémů neurotransmiterů, jejichž důsledkem je narušena schopnost učení se nového. Dále je výrazně zvýšena tvorba a sníženo odbourávání volných kyslíkových radikálů, vzniká tak porucha látkové přeměny v nervových buňkách a dochází v čtenější míře k apoptóze – programované buněčné smrti.

Je porušena funkce nervových růstových faktorů, tudíž je narušena schopnost tvorby nových nervových spojů a schopnost obnovy nervové tkáně.

### 3 KLINICKÝ OBRAZ

Nemoc nastupuje velmi pomalu, plíživě a nenápadně. Tím se odlišuje od vaskulárně podmíněných demencí, kde se choroba rozvíjí zpravidla rychle. Příznaky se zvolna zhoršují, a proto bývá těžké určit jejich začátek. Alzheimerova choroba je z tohoto důvodu v počátcích diagnostikována jako mírná porucha kognitivních funkcí. První příznaky lze zaměnit s roztržitostí, zpočátku pacienti zapomínají, kam odložili různé předměty, ztrácejí věci, jsou nepozorní. Plíživě dochází k progresi. Poměrně časně se začíná rozvíjet porucha soudnosti a logického uvažování. Dalším příznakem je porucha orientace v prostoru, projevující se blouděním nejprve v méně známých, později i ve známých místech. Bývá také postižena schopnost orientovat se v čase. Pacient neodhadne správně, kolik je přibližně hodin.

V pokročilejších stádiích se přidávají další poruchy paměti, dochází k snížení rozumových schopností, což se projevuje problémy při vykonávání běžných aktivit denního života. Stále více se snižuje i motivace k činnostem. V pokročilejším stádiu choroby přestávají pacienti rozeznávat jednotlivé osoby, později nerozeznávají tváře ani svých nejbližších příbuzných. Bývají úplně dezorientovaní místem, časem, osobou. V terminálním stádiu nemoci nejsou pacienti schopni samostatného života, jsou zcela odkázáni na pomoc rodiny nebo instituce.

Kromě kognitivních funkcí bývá u pacientů s Alzheimerovou chorobou narušena také emotivita, chování a spánek. Poruchy emotivity bývají zastoupeny v různé míře. Někdy se vyskytuje přechodně deprese, někdy jsou pacienti úzkostní. Může docházet k afektům. Pacienti bývají neklidní – agitovaní.

Poruchy spánku se mohou projevit jako nespavost nebo hypersomnie. Nemocní mohou mít posunutý cyklus spánku a bdění až plnou inverzi spánku. (Jiráček, 2004)

Existují shodné rysy a projevy Alzheimerovy nemoci, ale každý jedinec je může pociťovat zcela individuálně. Vývoj nemoci může trvat několik let v závislosti na podmínkách a zdravotním stavu člověka.

Někteří autoři odborné literatury uvádějí délku trvání onemocnění 8 – 20 let (Callone, Kudlacek, 2008), jiní uvádějí 5 – 8 let. (Juklová, Skorunková, 2007)

## **4 STÁDIA NEMOCI**

Podle Juklové a Skorunkové, lze průběh Alzheimerovy choroby rozdělit do čtyř stádií.

### **4.1 Lehká demence**

Stadium lehké demence se vyznačuje především poruchami paměti, zejména krátkodobé a střednědobé. Je postižena schopnost učení se novým věcem a vyjadřování.

Objevují se poruchy složitějších aktivit denního života, nemocní mohou mít problém při ovládání přístrojů, řízení auta apod. Mohou se přidat poruchy orientace, především v méně známých místech. Nemocní se obtížně rozhodují, jsou bezradní. Pacienti v tomto stádiu si své potíže uvědomují, často problémy popírají, ale současně ztrácejí iniciativu, motivaci a zájem o koníčky. Objevují se poruchy nálady, hlavně deprese, které v tomto stádiu nemoci souvisí s uvědoměním si vznikajících potíží.

### **4.2 Střední demence**

Ve stádiu střední demence se výrazně zhoršuje paměť. Dostávají se poruchy orientace, a to jak v čase, tak v prostoru. Pacient ztrácí schopnost vykonávat běžné denní aktivity, jako je nakupování, vaření, uklízení. Zhoršuje se jeho soběstačnost v oblasti hygieny a oblékání. Klesá schopnost komunikace, nemocný se obtížně vyjadřuje, klesá schopnost rozumět řeči. Přidávají se poruchy chování, halucinace a stavy zmatenosti. V tomto stádiu demence často nemocní bloudí, přestávají se orientovat i ve známém prostředí. Nemocný potřebuje dohled a trvalou pomoc.

### **4.3 Těžká demence**

Ve stádiu těžké demence je silně zhoršená paměť ve více složkách. Nemocný si není schopen zapamatovat nové informace, bývá dezorientovaný místem i časem. Nepamatuje si např. kde má svou postel nebo kde se nachází toaleta. Pacient nechápe

smysl okolního dění, není schopen souvislé řeči, často přestává poznávat osoby, a to i své blízké. V tomto stádiu nemoci postižený plně ztrácí soběstačnost, dostavují se poruchy příjmu potravy, tělesné i duševní chátrání. Nemocný je plně odkázán na pomoc druhých.

#### **4.4 Terminální demence**

V terminálním stádiu je nemocný upoután na lůžko, nekomunikuje, ztrácí schopnost jakékoli aktivity a je plně závislý na ošetrovatelské péči.



## 5 DIAGNOSTIKA

U Alzheimerovy choroby je diagnóza jistá až po patologicko – anatomické verifikaci. Z tohoto důvodu je možné diagnózu stanovit podle osobní a rodinné anamnézy a klinického obrazu. Anamnézu je třeba potvrdit blízkým příbuzným.

Pro zjištění klinického obrazu, stupně a průběhu demence se používají následující škálovací metody a testy.

**MMSE** (*Mini – Mental State Examination*) – Jednoduchý test kognitivních funkcí k zhodnocení paměti a orientačních schopností.

**ADL** (*Activities of Daily Living*) – dle Barthela. Test zkoumá schopnost vykonávání denních aktivit

**IADL** (*Instrumental Activities of Daily Living*) – test pro identifikaci instrumentálních (denních, všedních, běžných) činností týkajících se sebeobsluhy a soběstačnosti

**Hachinskyho ischemický skor** (*HACH*) – tento test slouží k odlišení primárně degenerativních demencí (Alzheimerovy choroby) od demencí vaskulárních.

**Reisbergova škála GDS** (*Global Deterioration Scale*) – jedná se o test, který umožňuje posoudit, zda a do jaké míry je pacient postižen kognitivní poruchou.

**Test kresby hodin CDT** (*Clock Drawing Test*) – kreslení hodin se používá jako screeningová metoda zjišťování nastupující demence.

## **6 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY**

Alzheimerova choroba je onemocnění, které v současné době není reverzibilní, což znamená vyléčené bez následků. Vhodnou léčbou je však možné zpomalit progresi onemocnění, případně oddálit těžká stádia demence.

Z biologických léčebných postupů se využívá farmakoterapie. Tu lze rozdělit na kognitivní terapii, která ovlivňuje porušené poznávací funkce, a na nekognitivní, která ovlivňuje přidružené poruchy nálad, afektů, chování a spánku. (Holmerová, 2003)

### **6.1 Farmakoterapie**

#### **6.1.1 Kognitivní terapie**

Jak uvádí Jirák a Koukolík, u lehkých a středních forem Alzheimerovy choroby jsou v současnosti základními léčivy inhibitory acetylcholinesteráz. Cholinesterázy jsou enzymy, které odbourávají acetylcholin. Tato látka má stěžejní význam pro paměť. Pokud se v mozku enzymy cholinesteráz zablokují, dosáhne se zvýšení mozkového acetylcholinu a tím i zlepšení paměťových funkcí.

V České republice jsou používány 3 inhibitory mozkových cholinesteráz – donepezil, rivastigmin a galantamin.

U těžkých stádií nemoci se používá memantin. Tato látka chrání nervovou buňku před nadměrným množstvím kalcia a zlepšuje schopnost zapamatování si.

Dalším typem léčiv, používaných u pacientů s Alzheimerovou chorobou jsou látky likvidující volné kyslíkové radikály, které vznikají při látkové přeměně a mají krátké trvání. Za normálních podmínek je jejich vznik a zánik vyvážen. U Alzheimerovy choroby organismus kyslíkové radikály nestačí odbourávat a ty se tak vážou na stěny nervových buněk. Mezi látky, které kyslíkové radikály vychytávají a likvidují, patří: E vitamín, betakaroten, retinol, C vitamín a selen. Tato farmaka se používají jako doplňková.

Nootropní farmaka a příbuzné látky jsou léčiva, která zlepšují mozkovou látkovou přeměnu, využitelnost glukózy a dalších živin, které působí proti nedostatku kyslíku. Jsou to například piracetam nebo piritinol.

Nicergolin, vinpocetin nebo naftidrofuryl ovlivňují i mozkové cévy a krevní průtok. Širší působení má také extrakt z listů jinanu dvojlaločného – ginko biloba. Nootropní farmaka jsou u Alzheimerovy choroby používána v kombinaci s jinými látkami. (Jirák, Koukolík, 2004)

### **6.1.2 Nekognitivní terapie**

Nekognitivní farmakoterapie se snaží ovlivňovat poruchy chování, spánku a změny nálad. K tišení neklidu se používají antipsychotika 2. generace (risperidon, quetiapin), moderní antidepresiva (citalopram, tiaprid, mirtazapin) a anxiolytika, které působí proti depresi a úzkosti (oxazepam). (Jirák, Holmerová, Borzová, kolektiv 2009)

## **6.2 Nebiologické přístupy**

Nebiologické přístupy v terapii Alzheimerovy choroby mají stejný význam jako přístupy biologické. Je nutné, aby byly vzájemně propojené a vhodně kombinované. Patří sem různé typy psychoterapie, nácvik a trénink běžných dovedností, rehabilitace, procvičování kognitivních funkcí.

Kognitivní trénink se využívá u lidí s lehkou, či středně těžkou formou demence. Náročnost cvičení je nutné přizpůsobit individuálně. Je třeba volit vhodné úkoly a dbát na to, aby trénink byl pro pacienty zábavou v dobré atmosféře, nikoliv stresujícím zážitkem.

V rozvinuté fázi demence je vhodné procvičovat dlouhodobou paměť. Cvičení kognitivních funkcí nevede k jejich zlepšení, protože Alzheimerova choroba je onemocněním, které postupně progreduje, ale úspěšně se využívá jako forma aktivace a zábavy (křížovky, kvízy, hry).

### **6.2.1 Programované aktivity**

Používají se v rozvinuté fázi demence pro pacienty, kteří mají zachovanou slušnou úroveň komunikace a jsou schopni některých úkonů při sebeobsluze. Tyto pacienty je vhodné pravidelně zapojovat do různých aktivit podle schopností a zájmů. Je třeba je šetrně a systematicky vést k tomu, aby zachovávali pravidelný denní rytmus. Mohou

se podílet na přípravě jídel, prostírání stolu. Pokud se nechtějí podílet aktivně, nenutíme je, ale je dobré, když setrvávají ve společném prostoru a aktivity sledují, neizolují se.

U pacientů s progredujícím onemocněním, kdy jejich zhoršující se stav jim nedovoluje účastnit se společných aktivit, se individuálně zaměřujeme zejména na činnosti, které vedou k udržení sebeobsluhy. (Hátlová, Suchá, 2005)

### **6.2.2 Reflektivní podpora**

Je metoda, která vznikla ze zkušeností v týmech Geriatrického centra a České Alzheimerovské společnosti. Jedná se o vytvoření zásad péče o pacienty s demencí. Jde o celostní multidisciplinární přístup, který vychází z poznatků moderní vědy a je založen na těchto principech:

a) člověka postiženého demencí přijímáme jako důstojnou a jedinečnou lidskou bytost a tak se k němu chováme i v situaci, kdy není schopen poskytnout adekvátní odezvu.

b) soustavně a všemi úkony podporujeme důstojnost a autonomii člověka s demencí.

c) jednáme v souladu s přáním člověka s demencí, které vyjadřuje slovně či svým chováním a pokud možno zohledňujeme přání, která byla předem vyslovena.

d) v léčbě a při péči trvale reflektujeme momentální stav a potřeby pacienta.

e) poskytujeme, nabízíme a zprostředkováváme všechny možné podněty, pokud jsou pro pacienta příznivé anebo jsou mu příjemné, a naopak se snažíme eliminovat šum a nepříznivé vjemy

f) prostřednictvím komunikace přiměřené stavu pacienta, tedy komunikace verbální i nonverbální, poskytujeme podporu, pocit jistoty a bezpečí.

g) všichni ošetřující profesionálové i pečující rodinní příslušníci tvoří spolupracující tým, ve kterém jsou si všichni rovni, i když jsou jejich role rozličné.

(Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv 2009, str. 95)

### **6.2.3 Orientace realitou**

Je jeden z nejstarších přístupů k pacientům s demencí. Vhodné jsou hodiny a kalendář na viditelném místě, nástěnky připomínající roční období, jasné nápisy, barevná označení.

#### **6.2.4 Validace**

Je způsob komunikace s nemocným, kdy s ním pečující hovoří o jeho tématech, čímž dochází ke zklidnění a lepší spolupráci. Pokud jsou témata nemocného mylná, pečující je nevyvrací, zároveň však nepodporuje jejich další rozvíjení nepravdivým směrem.

#### **6.2.5 Reminiscence**

Je způsob komunikační terapie, při níž si pacienti vybavují různě staré události ze svého života. I při rozvinutém syndromu demence bývá relativně dobře zachována dlouhodobá paměť. Pomůckami pro tuto terapii mohou být fotografie, videozáznamy, ale i různé předměty, ke kterým má pacient osobní vztah. Společně s pacientem vzpomínáme na důležité věci v jeho životě. Je vhodná spolupráce s rodinou, lze sestavit životopis, je možné použít album, kde jsou kromě fotografií i další obrázky, vysvědčení, dokumenty, noviny apod. Podobný význam mají i "kouzelné krabice", či kuffíky, ve kterých jsou uloženy drobné předměty připomínající mládí, prožitý život. Může v ní být oblíbená kniha, památník, vyznamenání, oblíbené činnosti.

V některých zařízeních zřizují reminiscenční místnosti, které jsou zařízeny stylem připomínajícím dobu jejich mládí. Zdrojem reminiscence mohou být staré filmy, hudba, tanec. Reminiscence by měla být příjemným zážitkem, podporou důstojnosti a komunikace pacientů s demencí. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

#### **6.2.6 Naučený postup**

Je návod, který popisuje jak je nemocný s demencí zvyklý vykonávat běžné činnosti. Zahrnuje co má a nemá rád, jaký je jeho naučený denní rytmus. Je výhodný zvláště tam, kde se v péči o postiženého s demencí střídá více pečujících. Cílem je získat co nejpodrobnější informace od pacientů samotných a jejich blízkých. Respektování zvyklostí a rituálů může usnadnit pečujícím práci, naopak nerespektováním dochází často k neklidu, agitovanosti, bloudění až agresivitě, což komplikuje péči o nemocné s demencí.

## **7 PREVENCE ALZHEIMEROVY CHOROBY**

### **7.1 Rizikové faktory**

Za rizikové faktory se považuje věk, ženské pohlaví, nízké vzdělání, deprese v anamnéze, výskyt Downova syndromu v rodině, nadměrné užívání alkoholu.

V současné době jsou zkoumány zvláště genetické faktory. Riziko onemocnění u lidí, jejichž přímý příbuzný prvního stupně měl potvrzenou Alzheimerovu chorobu, se udává přibližně na 2,6 krát vyšší, než u běžné populace. U výskytu onemocnění u dvou a více členů rodiny riziko stoupá 7,5 krát. Takto udávané riziko klesá s rostoucím věkem postižených příbuzných v době nástupu nemoci. (Hátlová, Suchá, 2005)

### **7.2 Prevence**

Alzheimerova choroba je zatím nevyléčitelná. Její průběh však lze ovlivnit způsobem života již před vypuknutím onemocnění. U lidí s aktivním životním stylem, bohatým duševním životem a trénovaným intelektem je průběh onemocnění pomalejší.

Jako prevence je tedy prospěšné učení se novým věcem, četba, fyzická aktivita, hraní her náročných na pozornost a mnohé další činnosti. (Holmerová, 2003)

## **8 OŠETŘOVÁNÍ PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

### **8.1 Problémy pacientů s Alzheimerovou chorobou**

Pacienty s Alzheimerovou chorobou spolu s poruchami kognitivních funkcí a snížením intelektu často provázejí poruchy emotivity a chování. Neobvyklé chování často bývá prvním příznakem, který příbuzné upozorní na možnost začínající demence. Poruchy chování mají různý charakter a nemusí se u všech nemocných objevit stejné. Mohou se vyskytovat poruchy nálad, vnímání, myšlení. Nemocní bývají hašteřiví, v různých situacích se chovají nevhodně, shromažďují zbytečné věci, mohou bloudit, být agitováni, agresivní.

I když jsou tyto jevy typické pro demence, nevypovídají přesně o stádiu demence, ani o její závažnosti. Poruchy chování jsou důležitým faktorem, který zcela mění sociální postavení nemocného v rodině a společnosti. Tyto projevy jsou velmi stresující pro příbuzné a pečující. (Rektorová, 2007)

#### **8.1.1 Bránění se péči**

Vlivem postupující demence dochází k celkovému narušení mozkových funkcí. Zůstává však zachováno uvědomění si sama sebe, svých zvyklostí a hodnot. S věkem také klesá schopnost přizpůsobit se. Nemocný často nechápe, proč by se měl podrobovat zvýšené péči. Může odmítat pomoc, neuvědomuje si změnu ve svých schopnostech. Nemocní se brání péči, oblékání, mytí, odmítají chodit ven nebo přijímat jídlo.

Pro pečující je třeba volit vhodné chování, empaticky zjistit co a proč nemocnému vadí a vhodně přizpůsobit prostředí, své jednání a způsob komunikace s cílem, aby nemocný byl co nejdéle soběstačný. (Jiráček, Holmerová, 2009)

### 8.1.2 Agitovanost a agresivita

Je projevem zhoršených kognitivních funkcí. Ovlivněna může být prostředím či medikací. Riziko zvyšuje také špatný tělesný stav nebo chronická bolest.

Nejčastějšími projevy agitovanosti jsou podezřívavé sledování okolí, bezcílné a noční chození, toulání.

Podle Pidrmana lze agresivní chování rozdělit na:

Fyzicky neagresivní chování – celkový neklid, opakované uchopování, chození, snaha dostat se na jiné místo, používání věcí nevhodně, opakování vět, nevhodné oblékání, nebo se vůbec neobléká.

Fyzicky agresivní chování – údery, tlačení, škrábání, neúčelné držení věcí a lidí, kopání a kousání.

Verbálně neagresivní chování – negativismus, neustálá rozmrzelost, neustálé vyžadování pozornosti, verbální poroučení, stěžování si, vzlykání.

Verbálně agresivní chování – křičení, proklínání, vznětlivost, vydávání podivných zvuků, vyhrožování.

Častěji se objevuje slovní agresivita, která bývá zaměřená na nejbližší příbuzné a pečovatele. Může být projevem úzkosti nebo protestu, či snahy dosáhnout nesplněný cíl. Rovněž může jít o reakci na zvýšenou kontrolu okolí. Verbální agresivita převládá u žen. Fyzická agresivita převládá u mužů a je typická u pacientů s výrazným kognitivním zhoršením.

Dojde-li k agresivnímu chování, je třeba reagovat klidně, nenechat se vyprovokovat. Vyhnout se vizuálnímu kontaktu, neodporovat, neslibovat, co nemůžeme splnit. Nekritizovat a v žádném případě se nesmát pacientovým chybám, nedostatkům. Je správné vyhnout se stresujícím situacím, dodržovat přiměřený stereotyp v činnostech.

Dojde-li k rozvoji agresivního jednání, často je nutná psychofarmakoterapie. (Pidrman, 2005)



### 8.1.3 Bloudění a toulání se

Bloudění je jeden z příznaků, který velmi stresuje rodinu a pečující. Zahrnuje bezcílné aktivity, stereotypní jednání, hledání, či přerovnávaní věcí. Příčinou může být dezorientace, zvláště v neznámém prostředí. Rizikem je proto jakákoliv změna v běžném stereotypu, nejčastěji pak přemístění nemocného.

Pro bloudění je typické (Pidrman, 2005):

- nemocný není schopný si zapamatovat, kde se nachází a proč.
- separační úzkost, která vede k hledání pomoci, či hledání vhodnějšího místa.
- nemocný hledá někoho, či něco. Přání může být reálné i iracionální.
- může souviset se spánkovou inverzí, zvláště bloudí-li v noci. Může být důsledkem toho, že je nemocný přes den málo zaměstnán, stimulován. Proto se nedostaví fyzická únava.
- pocit osamocení, separace.

### 8.1.4 Poruchy spánku

Je běžné, že ve stáří lidé hůře usínají, jejich spánek je přerušovaný a časně ráno se budí. U dementních pacientů jsou tyto změny ještě výraznější. Může dojít až k spánkové inverzi, kdy nemocný ve dne pospává a v noci bdí. Poruchy spánku mohou být na začátku demence provázeny úzkostí a depresí. Mohou se objevit i noční stavy zmatenosti – derilia, kdy nemocný vstává, bloudí po bytě a křičí.

Vždy je nutné zjistit příčinu takového chování. Pacient může prožívat bolest, úzkost, vnímat nepohodlí. Na vině může být i nevhodná medikace.

Pro zlepšení těchto stavů je potřebné dodržovat základní pravidla spánkové hygieny. Vynechat kávu, čaj a stimulační léky v odpoledních a večerních hodinách, zajistit vhodné prostředí a teplotu v ložnici, volbou vhodných aktivit zabránit pospávání přes den, před spaním zařadit mírnou fyzickou aktivitu. Vhodná je například procházka.

Pro zachování správného rytmu spánek – bdění je rovněž velmi důležité zajistit dostatečné osvětlení. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

### **8.1.5 Psychotické příznaky**

Psychotické příznaky se vyskytují nejčastěji ve středně těžkém stádiu demence. Jde o bludy, iluze a halucinace.

Bludy jsou myšlenky, které vznikají na chorobném základě a jsou nevyvratitelné. U nemocných s Alzheimerovou chorobou jsou časté. Bývají často paranoidní, zaměřené na konkrétní osoby. Nemocný může mít bludné přesvědčení, že je okrádán, dům nebo místo, kde se nachází, není jeho místem, cítí se být ohrožován okolím. Tvrdí, že je opuštěný, příbuzní o něj nemají zájem. Podezírá partnera z nevěry.

Iluze se projevují zkreslením vnímání reality. Věci, které existují, považuje nemocný za něco jiného.

Halucinace je porucha vnímání. U Alzheimerovy choroby se vyskytují nejčastěji halucinace zrakové. Nemocný vidí lidi, zvířata a předměty, které neexistují, jsou nereálné. Je vhodné projevit účast a odvést pozornost jinam. Není vhodné halucinace vyvracet nebo je podporovat. (Pidrman, 2005)

### **8.1.6 Misidentifikace**

Nemocný nepoznává osoby, zaměňuje své blízké za někoho cizího nebo naopak. Také může nepoznávat sám sebe. Mylně interpretuje informace z médií a vztahuje je na sebe.

### **8.1.7 Poruchy nálad**

Jak uvádí Pidrman, u nemocných s demencí se mohou ve všech stádiích demence vyskytovat poruchy nálad, které zahrnují nejčastěji deprese, úzkosti a fobie.

U nemocných se může objevovat smutek, který nelze odvrátit, ztráta zájmů, sebelítost, únava, bolesti hlavy. Nemocný mívá pocity beznaděje, bezmoci, obviňuje se. Často trpí nespavostí, či ztrácí zájem o jídlo a v důsledku toho hubne.

Pacient bývá nenápadný, apatický, působí unaveně, ale spontánně si na nic nestěžuje. Někdy může být deprese navenek vyjádřena podrážděností, či afektivním chováním. Může to však být také reakce na neschopnost nemocného splnit naše požadavky.

## **8.2 Přístupy pomáhající eliminovat problémy pacientů**

K pacientům trpícím demencí je nutné přistupovat s trpělivostí, dlouhodobě reflektovat jejich stav, zjišťovat co potřebují, co si přejí, být empatičtí, komunikovat i neverbálně, taktilně, pokud je to příjemné, nespěchat, respektovat jedinečnou lidskou bytost, zachovávat její důstojnost. Je třeba individuální přístup, protože demence každého nemocného ovlivňuje jinak. Pečující by měl být stále v kontaktu s nemocným, povzbuzovat a podporovat jej, zmírňovat zmatek a nedorozumění. Nemocný by měl mít pocit soběstačnosti. (Hátlová, Suchá, 2005)

Podle Frankové je třeba při vzniku problémového chování objektivně zhodnotit situaci, ujasnit si vzniklou poruchu chování a získat všechny možné informace o příčině vzniku. Snažíme se být klidní a ujasnit si vlastní pocity na chování. Musíme počítat s tím, že pacient není schopen nám podat informace o tom, co mu vadí. Nemocní trpící demencí často "zrcadlí" chování pečujících.

Klidný, trpělivý a vlídný přístup k nemocnému je první krok, který musíme udělat, aby se podařilo poruchy chování minimalizovat. Je důležité člověku trpícímu demencí vytvořit příjemné, vstřícné prostředí, kde nebude mít pocit viny a strach ze selhání, zesměšnění. Je nutný trpělivý přístup a nepřeceňování schopností nemocného. Úkoly je dobré dělit na menší části, kterým bude dobře rozumět.

### **8.2.1 Empatie**

Empatie je základním předpokladem pro správný způsob komunikace s pacientem postiženým Alzheimerovou demencí. Pokud pečující správně porozumí tomu, co pacient prožívá a cítí, vžije se do jeho situace a pocitů, lépe pochopí jeho chování. (Venglářová, Mahrová, 2006)

### **8.2.2 Pochopení problému**

K pochopení problému je nutné zjistit co nejvíce informací o průběhu nemoci, prožívání a problémech pacienta. Pokud problém pochopíme, snáze budeme pacienta

provázet životem, přijímat, povzbuzovat a podporovat. Zároveň je třeba vytvořit určitá pravidla, rituály, které budou pokud možno zachovávány.

### **8.2.3 Správná komunikace**

Správná komunikace je důležitá pro začlenění člověka do svého sociálního prostředí, k budování a udržování vztahů. Při komunikaci přijímáme a předáváme důležité informace a udržujeme tím kontakt s okolím.

Schopnost komunikace však podle Holmerové a Jarolímové je u pacientů postižených demencí částečně zachována i v pokročilých stádiích onemocnění. Pro pečující je proto nezbytné věnovat pozornost nemocnému a naučit se rozpoznávat a rozumět způsobům pacientovy komunikace a používat je.

V počátečním stádiu Alzheimerovy choroby ztrácí pacient náhled, ale komunikace je zachována. V důsledku demence je schopnost komunikace postupně narušena. Jako první je postižena verbální složka. Je důležité vyloučit poruchou zraku a sluchu. Nemocný se, v důsledku neschopnosti, vyhýbá komunikaci, a tak se může cítit osamocen a izolován.

Při zhoršené verbální komunikaci je potřebné začít užívat prostředků neverbální komunikace – mimiky, gest, hlazení, dotyků a objetí. Pacienti s demencí jsou extrémně citliví a vnímaví na neverbální signály. Mají tendence zrcadlit afektivní tendence jiných osob. Je důležité si uvědomit, že nemocný je člověk, který stále cítí a vnímá, jak k němu přistupujeme. Při nevhodném chování a jednání v něm můžeme vyvolat neklid, agresi. (Holmerová, Jarolímová, 2009)

### **8.2.4 Fyzický kontakt**

Potřeba fyzického kontaktu je individuální. Jestliže je dotek pacientovi příjemný a uklidňuje ho, je dobré mu dotyk dopřát. Někteří naopak fyzický kontakt odmítají. Pro pečující je důležité rozpoznat vhodnost fyzického kontaktu. Prvním kontaktem může být například delší podržení nebo pohlazení ruky. (Zacharias, 2000)

### **8.2.5 Vhodné prostředí**

Klidné prostředí pomáhá pacientovi v orientaci a dává pocit bezpečí. Proto by prostředí, kde se pacient s Alzheimerovou chorobou nachází, mělo působit domácí atmosférou, být vkusně zařízené, s možností vystavení svých věcí, obrázků, fotografií, srozumitelně označené.

Zároveň by však mělo být pro nemocného bezpečné, mělo mít co nejméně bariér, aby nedocházelo k úrazům. (Babiaková, Marková, Venglářová, 2006)

### **8.2.6 Komunikace s rodinnými pečujícími**

Pro profesionální pečující je velmi důležitá kvalitní komunikace s rodinnými příslušníky. Získají tak cenné informace o pacientovi, jeho sociálním zázemí, jeho životě, zdravotním stavu. Informace, postřehy a postupy je třeba sdílet oboustranně. (Janáčková, Weiss, 2008)

### **8.2.7 Specifické přístupy a služby v terminálním stadiu demence**

Alzheimerova choroba je chronické progresivní onemocnění, které končí stádiem terminálním. Terminální fáze trvá několik týdnů až měsíců. Pohyblivost nemocného je již velmi zhoršena, takže se stává zcela nesoběstačným a je trvale upoután na lůžko. Pacienti v terminálním stádiu Alzheimerovy nemoci potřebují paliativní péči, která je založena na přístupu celého týmu a citlivě odpovídá na potřeby pacientů a jejich rodin.

Je to péče úlevná a podpůrná, která klade důraz na mírnění příznaků nemoci a utrpení, které nemoc způsobuje. Doprovází a nahrazuje léčebnou péči. Zaměřuje se na zmírnění bolesti a uspokojování tělesných a psychosociálních potřeb.

Paliativní péče u pacientů v terminálním stádiu pomáhá zajistit přiměřenou kvalitu a komfort pacienta. Jak uvádí Holmerová, lidé i v terminálních stádiích mají své prožitky, pouze je svému okolí nedokáží sdělit.

## 9 ZÁSADY KOMUNIKACE S PACIENTEM S DEMENCÍ

Péče o pacienty s demencí klade velké nároky na komunikační dovednosti pečujících. Správná komunikace pomáhá eliminovat problémy vnímání a chování nemocných s Alzheimerovou chorobou. Zároveň může sloužit jako vzor pro rodinné pečující. Janáčková a Weiss sestavili zásady komunikace s pacienty se syndromem demence.

- Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí. Ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastavené kompenzační pomůcky, a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
- Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz. Omezujeme prudké pohyby a přecházení. Zůstáváme v zorném poli pacienta.
- Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
- V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, frázím, a také ironickým protimluvům.
- Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
- Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o kterých hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme jinou formulaci, volíme jiná slova.
- Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl. Důležité údaje píšeme na papír. Pro získání pozornosti, případně zklidnění, lze použít dotek.
- Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek. Tyto projevy sledujeme a umožňujeme v přijatelné formě i u pacienta. Jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese a bolesti.
- Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila.
- Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření, či léčebného výkonu. Během vyšetření s nimi komunikujeme,
- Uklidňujeme je a postup komentujeme.
- Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

Předpokládáme-li, že pacienti s Alzheimerovou demencí jsou ve větší míře senioři, je samozřejmostí, že v komunikaci s nimi budou platit pravidla, která využíváme všeobecně v komunikaci se seniory.

- respektujeme identitu pacienta, oslovujeme jménem. Nepoužíváme ponižující familiární oslovení "babi", "dědo".
- S pacientem nemluvíme jako s dítětem - ani formou, ani obsahem.
- Počítáme se zpomaleným psychomotorickým tempem a se zhoršenou pohyblivostí.
- Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a udržení soběstačnosti pacienta, nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci. (Pokorná, 2010)

## **10 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST (ČALS)**

Česká alzheimerská společnost vznikala v průběhu roku 1996 a zaregistrována byla jako občanské sdružení v únoru 1997. Vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších), kteří se zabývali problematikou občanů postižených demencí. Postupně se členy ČALS stávali ti, jichž se problematika demencí týká nejvíce – rodinní příslušníci a pečovatelé. V současné době je Česká alzheimerská společnost již respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International .

### **10.1 Cíl společnosti**

Cílem ČALS je pomoc a podpora lidem postižených demencí, mezi které řadíme jak samotné nemocné, tak jejich rodinné příslušníky, protože demence postihuje stejně těžce obě skupiny.

### **10.2 Služby**

Česká alzheimerská společnost poskytuje dvě registrované sociální služby. Jsou jimi konzultace (poradenství) určené lidem, kteří trpí demencí a jejich rodinným příslušníkům či přátelům a respitní péče (odlehčovací služba) v domácnosti.

Dále je ČALS také akreditovaným vzdělávacím zařízením MPSV ČR, které pořádá různé akreditované vzdělávací programy.

Aktuální nabídky vzdělávacích programů, pomocné materiály a další informace týkající se Alzheimerovy choroby a práce ČALS lze najít na Internetu na stránkách ČALS – <http://www.alzheimer.cz>



## **11 MOŽNOSTI PÉČE O PACIENTY S ACH V ČR**

V různých stádiích choroby se nemocní projevují odlišně, proto je v péči o ně nezbytné volit správný přístup a vhodné prostředí.

Velmi důležité je včasné stanovení diagnózy. Podle České alzheimerovské společnosti je o Alzheimerově chorobě naše společnost stále ještě málo informovaná, nemocní často počáteční potíže ukazující na demenci popírají, a tak od prvních příznaků do stanovení diagnózy uplyne často mnoho měsíců i let.

### **11.1 Domácí péče**

V začátku onemocnění by měl pacient srozumitelnou formou získat podrobné informace. Kromě samotné diagnózy by měl být seznámen s pravděpodobným průběhem onemocnění. Je velmi důležité zajistit nemocnému podporu a zapojit do problému rodinu a přátele. Má-li nemocný dobré rodinné zázemí, je vhodné, aby zůstal v počátečním stádiu nemoci v domácím, známém prostředí, obklopen svými lidmi. Je dobré domluvit se na vhodných opatřeních, usnadňujících orientaci. Pomáhá pravidelnost, označení, kalendáře. Pokud je to nutné, lze zajistit péči - pečovatelskou službou v domácím prostředí.

### **11.2 Denní a týdenní stacionáře**

Ve středním stádiu nemoci je třeba nemocnému zajistit nepřetržitý dohled, péči a pomoc. Vhodnou formou jsou denní a týdenní stacionáře, kde nemocní mohou během dne být pod dohledem a účastnit se vhodného aktivního programu, který pomáhá déle zachovat soběstačnost a sociální dovednosti.

Stacionáře jsou velkou pomocí rodinným pečujícím. Pro nemocné s Alzheimerovou chorobou jsou velmi vhodným zařízením. Je v nich malý počet uživatelů, domácí prostředí s vhodným programem pro cílovou skupinu a je v nich zachován kontakt s rodinou. Některé stacionáře umožňují respitní péči rodinám, které pečují o nemocné s demencí. Tato služba oddaluje umístění nemocného v ústavu a pomáhá ulevit rodinným pečujícím. (Malíková, 2011)

### **11.3 Ústavní péče**

V těžkém a terminálním stadiu nemoci je převážně nutné zajistit pro pacienta ústavní péči. Podle České Alzheimerovské společnosti, v současné době neexistují dostatečné legislativní podmínky pro tyto nemocné.

Ve zdravotnických zařízeních je jejich pobyt časově limitován. Pacienti bývají umisťováni do léčeben dlouhodobě nemocných, psychiatrických léčeben, oddělení tzv. následné péče a podobných zařízení, v kterých je těžké přizpůsobit režim specifickým potřebám nemocných s Alzheimerovou chorobou.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška 505/2006, přinesly definování standardů kvality sociálních služeb a zavedly pravidla pro jejich kontrolu. Ty zdůrazňují respektování práv uživatelů.

Například odstraňování omezení pohybu může být pro mnohé seniory přínosem, ale u nemocných s Alzheimerovou chorobou, zvláště v rozvinutých stádiích nemoci, bývá omezení zárukou bezpečnosti. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

### **11.4 Domovy se zvláštním režimem.**

Pro nemocné s Alzheimerovou chorobou je třeba vytvářet pobytová zařízení, která by byla vhodná pro jejich specifické potřeby. Taková zařízení postupně v České republice vznikají, ale v současnosti je jich stále nedostatek. (Malíková, 2011)

V Plzeňském kraji je to například Domov sv. Aloise. Jedná se o týdenní stacionář a dům se zvláštním režimem. Zařízení je určeno výlučně nemocným s Alzheimerovou chorobou. Má 36 lůžek a v provozu je od ledna 2011. Zřizovatelem je Městská charita Plzeň.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## Formulace problému

Problematicke komunikace a vhodného prostředí při péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou není ze strany ošetrovatelského personálu stále věnována dostatečná pozornost. Nemocní ACH mají své specifické problémy, které ale, v důsledku nemoci - demence, mají problém sdělit. Proto péče o tyto pacienty klade velké nároky na pečující personál. Ten musí umět pochopit situaci, ve které se pacient nachází a volbou vhodného přístupu, verbální i neverbální komunikace, problémy pacienta eliminovat. S ohledem na stupeň demence, hraje důležitou roli i vhodné prostředí.

Ve své práci se budu zabývat porovnáním vhodnosti různých typů prostředí a péče u tří žen postižených Alzheimerovou chorobou, s kterými jsem se ve své praxi setkala. V rámci vytvořených tří kazuistik budu sledovat vliv prostředí a způsobu komunikace na tyto pacienty a jejich rodinné příslušníky.

## Cíl a úkol práce

Cílem bude formulovat způsoby vhodné komunikace a úpravy prostředí, které pomohou při řešení konkrétních poruch chování pacienta s ACH, se zaměřením na pochopení, identifikaci a odstranění příčiny tohoto chování. K získání informací, pokud je to možné, použiji i informace poskytnuté rodinnými příslušníky.

Ze získaných poznatků bude vypracován ošetrovatelský plán se stanovením aktuálních ošetrovatelských diagnóz, které pomohou zkvalitnit péči a tak naplnit potřeby pacienta. Zároveň sestavím edukační plán pro ošetroující personál, který se často neseťkává s nemocnými postiženými ACH a který může pomoci pochopení důležitosti vhodné komunikace.

## **Vzorek**

V kazuistikách jsem se zaměřila na tři ženy ve věku od 77 do 85 let s Alzheimerovou chorobou, jimž byla ošetrovatelská péče poskytována v různých prostředích. V první kazuistice popisuji nemocnou, která je ošetřována rodinou v domácím prostředí. V druhé kazuistice se věnuji ženě, která v průběhu nemoci využívala domácí péči spolu s týdenním stacionářem a v terminálním stádiu hospic. Ve třetí kazuistice jsem popsala pacientku umístěnou v Psychiatrické léčebně Dobřany.

## **Ošetrovatelský model použitý v kazuistikách**

K vypracování plánu ošetrovatelské péče v kazuistikách jsem použila „Model fungujícího zdraví“ Majory Gordonové.

Tento model vychází z holistického pojetí člověka. Vnímá jej jako bio-psycho-sociální bytost. Pokud jsou nenaplněny potřeby v některé složce jedince, projeví se tento nedostatek i v ostatních oblastech. Tento model se uplatňuje jak při výuce kvalifikovaných sester na univerzitách, tak i při poskytování ošetrovatelské péče v praxi. Podle tohoto modelu může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka. Při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, pak stanoví aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy a může pak efektivně naplánovat i realizovat svoji péči. Základní strukturou tohoto modelu tvoří 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu. (Trachtová, 2008)

## Kazuistiky

### Kazuistika č. 1

#### Anamnéza

Žena A. K., narozena 1930. Alzheimerova choroba u ní byla diagnostikována před třemi lety. Informace o zdravotním stavu jsem získala od vnučky, která mi také umožnila pozorování během několika návštěv.

Žena žije od července 2011 samostatně v přístavbě rodinného domu u vnučky. Potřebnou péči jí společně zajišťují syn, snacha a vnučka, kteří bydlí v bezprostřední blízkosti.

*Základní diagnóza:* Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem.

*Další diagnózy:* Diabetes mellitus od roku 1997, 7 let je na inzulinu.

*Užívané léky:* Sinvakard, Agen, Prestarium, Godasal. Od roku 2005 inzulin s.c.

V roce 2002 prodělala operaci šedého zákalu.

Paní je čtyři roky vdova. S manželem žili v rodinném domku na venkově. Paní pracovala v zemědělství. Po odchodu do starobního důchodu se věnovala chovu drobných zvířat a práci na zahrádce. Starala se o domácnost a pečovala o manžela, který byl ve vztahu dominantní. Po jeho smrti paní přestávala být aktivní, pravidelné denní činnosti pro ni ztratily smysl, postupně přestávala pečovat i o sebe. Tehdy si rodina začala všimnout, že s maminkou není vše v pořádku. Starost o ni převzal její starší syn, který jí obstarával nákupy dvakrát do měsíce. Po nějaké době bylo zřejmé, že taková péče nestačí. Rodina při návštěvách zjišťovala, že maminka přestává být soběstačná. Byla neupravená, zapomínala dodržovat hygienu a užívat léky. Nebyla schopná si uvařit a správně se stravovat. Postupně se zapomínala najíst nebo snědla hodně jídla najednou a pak měla hlad. Nerozeznala hodnotu peněz. Návštěvám rozdávala nepřiměřené sumy za malé služby a pak jí peníze chyběly.

V této době převzal péči o paní mladší syn. Snacha s vnučkou začaly paní pravidelně navštěvovat, pomáhaly s úklidem a hygienou. Dojížděly za ní do sousední vesnice. Nabízenou možnost přestěhovat se k vnučce paní odmítala. Potíže se stupňovaly, opakovaly se pády v důsledku hypoglykémie.

Na jaře 2011 byla nemocná hospitalizována měsíc na interním oddělení, kde jí byly upraveny dávky inzulínu. Rodině bylo oznámeno, že není možné vzhledem k stavu demence o paní pečovat doma. Bylo jim doporučeno umístit ji do léčebny dlouhodobě nemocných v Plané u Mariánských Lázní. Tam paní pobývala šest týdnů. Rodina však byla s péčí a chováním ošetřujícího personálu velice nespokojena. Těžce nesli, že z maminky, která byla mobilní a pod dohledem schopná dodržovat osobní hygienu se velmi rychle stala paní upoutaná na lůžko, měla zavedenou permanentní cévku a musela používat inkontinentní pomůcky.

Rodina se dohodla, že se pokusí o maminku a babičku postarat doma, navzdory nedoporučení ze strany zdravotnického personálu. Od července 2011 paní bydlí v přístavbě rodinného domu u vnučky, která je zdravotní sestra na rodičovské dovolené. Syn se snachou bydlí v sousedním domě a pravidelně se v péči o paní střídají. Zajišťují jí pravidelnou stravu, podávají inzulín a ostatní léky, pečují o hygienu, obstarávají úklid a v domě topí. Paní se pohybuje za pomoci chodítka po bytě, s doprovodem zvládne i procházky po zahradě.

Vnučka popisované ženy je moje kamarádka a umožnila mi několik návštěv.

Abych příliš nezasahovala do zaběhnutých rituálů rodiny, paní jsem přímo neošetřovala, jen jsem byla přítomna jako pozorovatel a můj kontakt s paní byl na úrovni komunikace. Návštěvy probíhaly za přítomnosti vnučky.

### **Fyzikální vyšetření**

Fyzikální vyšetření: afebrilní, TK – 130/80 mmHg, P – 68

Kompenzační pomůcky: chodítko, brýle na čtení

Léze: nemá

Barthelův test: 90 bodů – lehká závislost

IADL: 0 bodů – plná nesoběstačnost

Hodnocení rizika pádu: skóre 5 – pacient je ohrožen rizikem pádu

## **Posouzení – dle M. Gordonové**

### *Vnímání zdraví*

Paní se cítila dobře. Po operaci šedého zákalu i lépe vidí, může číst knížky. Podle informace od vnučky, po poslední úpravě dávek inzulínu se upravila glykémie a paní se viditelně cítí lépe.

### *Výživa*

Paní se stravuje 5x denně. Protože není v oblasti přípravy jídla soběstačná, stravu jí připravují a podávají snacha a vnučka. Dodržují pravidelný harmonogram, střídají se. Snaží se, aby strava byla pestrá a obsahovala vhodné potraviny. Paní je schopná připravené jídlo sama sníst. Při svačině si samostatně okrájela jablko.

### *Vylučování*

Paní neudává žádné problémy s vyprazdňováním. Samostatně používá toaletu. Vnučka kladně hodnotila, že babička nemusí používat žádné inkontinenční pomůcky, obsluhu toalety zvládá.

### *Aktivita a cvičení*

Paní ráda tráví čas v zahradním altánu. V doprovodu pečujících se prochází po zahradě. Podle informací od vnučky, je paní schopná dojít do zahrady s chodítkem sama. Rehabilitační pracovnice do rodiny nedochází. Při mých návštěvách se paní pohybovala s chodítkem, chůze byla i v nerovném terénu poměrně jistá. Na stole měla rozečtené časopisy, prý ráda čte a dívá se na televizi.

### *Spánek a odpočinek*

Se spánkem prý problém nemá, usíná kolem dvacáté první hodiny, vstává kolem šesté. Během dne si někdy odpočine, hlavně přes zimu, když nemůže do zahrady. Usíná dobře, ráno se někdy vzbudí dříve. Snacha s vnučkou používají k monitoringu dění v babiččině bytě tzv. dětskou chůvičku.

### *Vnímání*

Paní dobře slyší, na čtení používá brýle. Ví, kde se nachází, zná jména pečujících. Vnučka udává, že se babička někdy dobře orientuje. Jsou však dny, kdy i u svých nejbližších zaměňuje jména nebo je nepoznává. Působí rozpačitě, mluví nejistě.

### *Sebepojetí*

Myslí si, že je spíš klidná, je ráda sama, může dělat jen to, co chce. Vnučka udává, že byla vždy uzavřenější a nedůvěřivá.

### *Mezilidské vztahy*

Po smrti manžela kontakty s lidmi nevyhledávala. Navštěvovala ji jen jedna sousedka. Má pocit, že se rodina o ni stará dobře. Vnučka uvádí, že babička je někdy milá, jindy bývá podezíravá a podrážděná. Těžce nese, že jejich péči babička neocení a někdy je kritizuje. Když však v zahradě zahlédne svého staršího syna, který ji nyní už ani nenavštěvuje, rozjasní se, mává a mluví o něm v superlativech. Přesto nelitují, že o babičku pečují doma. Vnučka udává, že péči babičce splácí to, jak o ni v dětství pečovala ona.

### *Stres*

Paní působila plaše a nejistě. Na vnučku reagovala podrážděně, když se jí něco nelíbilo. Paní má chvíle, kdy se zcela orientuje a dokáže samostatně vykonat nějaký úkon. Jindy toho samého není schopna. Rodina proto mívá dojem, že je babička pohodlná a zneužívá jejich pomoc, což přináší napětí. Tato nervozita se pak přenáší do intonace při hovoru a zpětně vyvolává podráždění u nemocné.

### *Sexualita*

Od roku 2008 je vdova. Vzhledem k věku a zdravotnímu stavu klientky jsem podrobnější informace v této oblasti nezjišťovala.

### *Životní hodnoty, víra*

Paní udává, že má ráda rodinu, hlavně jí dělají radost pravnoučata. Do kostela nikdy nechodila.



## **Plán ošetrovatelské péče**

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 1**

**Neznalost pojmu v oblasti komunikace s dementním rodinným příslušníkem, projevující se:**

*Subjektivně:* Pečující vyjadřuje myšlenky, ze kterých je patrné mylné chápání problému.

*Objektivně:* Vzrušenými projevy při komunikaci s dementním příbuzným.

**Cíl:** Pečující porozumí problematice v oblasti komunikace s dementním příbuzným.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- Zjistěte všeobecnou úroveň znalostí pečujícího ve vztahu k problematice demence
- Poskytněte pečujícímu informace správné komunikaci s dementním
- Pečujícího povzbuzujte, ve správném jednání ho utvrzujte
- Pečujícího nekritizujte, zvolte empatický přístup

#### **Hodnocení:**

Vnučce jsem objasnila problematiku chování dementního člověka. Poskytla jsem jí informace o zásadách komunikace s dementními, doporučila jí internetové stránky ČALS, kde lze získat další informace. Při další návštěvě jsem si všimla, že se vnučka snažila vyhnout se některým chybám v komunikaci. Nepoužívala již otázky s výčitkou jako " Proč to, babi, děláš?" " Kolikrát ti to mám říkat?" Vnučka popsala, že pro ni materiály a rady byly přínosem, byla povzbuzena a vyvarování se chyb v komunikaci, přineslo větší pokoj do vztahu s babičkou.

## Kazuistika č. 2

### Anamnéza

Klientka Z. P. narozena 1923, zemřela 2010. Žena byla do týdenního stacionáře přijata v říjnu 2008.

*Základní diagnóza:* Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem.

*Další diagnózy:* fibrosarkom v oblasti pravé kyčle, hypofunkce štítné žlázy, hypertenze.

*Užívané léky:* Thyrozol 5mg, Yasnal 5mg, Prestarium, na noc Buronil. Tiapridal při neklidu.

V roce 1955 prodělala operaci ledvin. V roce 2008 podstoupila chirurgický zákrok v oblasti pravé kyčle. Histologie z vyjmutého útvaru prokázala fibrosarkom. Operační jizva byla při přijetí zhojená. Vzhledem k věku a zdravotnímu stavu nemocné, rodina rozhodla, že paní nebude postupovat žádnou léčbu.

Klientka před odchodem do starobního důchodu pracovala jako prodavačka. Byla komunikativní, v neustálém kontaktu s lidmi. V roce 1994 ovdověla. Žila v Praze ve svém bytě sama, vedla aktivní život. Se svou přítelkyní ráda a hodně chodila na výlety po pražských památkách i do přírody, účastnila se různých kulturních akcí, měla kladný vztah k hudbě. Velmi o sebe dbala, byla vždy upravená.

Rodina vzpomíná, že se první známky demence začaly objevovat krátce po smrti její kamarádky. Maminka neměla s kým chodit na výlety, trávila více času doma sama. Synové, kteří ji často navštěvovali, si začali všimnout, že maminka o sebe přestává dbát. Zapomínala se najíst, brát léky, chodila neupravená a nedbala o hygienu.

Synové se snažili za ní během dne několikrát docházet, dohlíželi na ni, kontrolovali ji. Obědy pro ni zajišťovala pečovatelská služba. Při jedné návštěvě však jeden ze synů zjistil, že si maminka ohřívala oběd v plastovém jídlonosiči na plynovém hořáku. Rodina pochopila, že maminka již nemůže dále zůstat ve svém bytě sama. Začali si ji brát střídavě do svých domácností. Každá rodina měla u sebe maminku jeden měsíc, pravidelně se střídali. Po roce již nebylo možné o ni takto pečovat, a proto se rozhodli hledat jiné řešení. Jeden ze synů bydlí blízko Stříbra, kde se nachází Týdenní stacionář pro seniory. Rodina do něj maminku umístila v říjnu 2008.

Syn tento typ zařízení hodnotí jako velmi vhodný jak pro jejich maminku, tak pro ně. Zvláště ocenil, že měla celý den zajištěnou péči a mohli ji často navštěvovat. Protože stacionář neměl nepřetržitý provoz, rodina se nadále na péči podílela. Synové se stále střídali a brali si ji na některé víkendy a na svátky do svých domácností.

Zdravotní stav jejich maminky se však stále zhoršoval. Útvar na pravé kyčli se zvětšoval a došlo k ruptuře kůže v oblasti jizvy. Paní podstoupila další chirurgický zákrok. Po návratu z nemocnice do stacionáře byla slabá, neměla chuť k jídlu. Po stacionáři se již nemohla pohybovat jen s hůlkou, začala používat chodítko. Protože měla nutkavou potřebu chodit, pohybovala se stále po zařízení a to i v noci. Tím, že byla velmi slabá, hrozilo riziko pádu. Pobyt ve stacionáři se tak stal pro nemocnou nevyhovující.

Paní se podařilo umístit do Hospice sv. Lazara v Plzni, kde pobývala ještě 8 měsíců, než zemřela. Rodina velmi kladně hodnotí přístup personálu v tomto zařízení. Měli zajištěné soukromí, mohli kdykoli svou maminku navštívit, trávit s ní čas, mohli zůstat i přes noc. Snacha vzpomíná, že tam několikrát maminku stříhala, barvila jí vlasy, tak, jak byli doposud zvyklí. Na vozíčku ji mohli brát na krátké vyjížďky do města, trávili čas na terase. Rodiny synů se stále střídaly tak, aby maminku navštívili několikrát během týdne. Postupně však přestávala poznávat členy rodiny, museli se připomínat. Potěšena však byla každou jejich návštěvou.

Ačkoliv pobyt v tomto zařízení museli plně hradit, synové nelitují, že kromě matčiných peněz museli ještě nějakou částku doplácet. Mají dobrý pocit, že mamince poskytli tu nejlepší péči.

### **Fyzikální vyšetření:**

Fyzikální vyšetření: TT – 36,6°C, TK – 140/85 mmHg, P – 72

Kompenzační pomůcky: hůlka, chodítko, brýle, inkontinenční vložky

Léze: zhojená jizva v oblasti pravé kyčle

Barthelův test základních všedních činností:

Při přijetí: 75 bodů – lehká závislost

Na konci pobytu: 40 bodů – vysoká závislost

Hodnocení rizika pádu:

Při přijetí: skóre 5 – pacient je ohrožen rizikem pádu

Na konci pobytu: skóre 7 – pacient je ohrožen rizikem pádu

## **Posouzení – dle M. Gordonové**

### *Vnímání zdraví*

Klientka žila od roku 1955 jen s jednou ledvinou. Udávala, že neměla žádné problémy. V roce 2008 podstoupila operaci v oblasti pravé kyčle. Během pobytu si stěžovala, že na pravém boku nevydrží dlouho ležet. Útvar v podkoží se postupně zvětšoval, až došlo k ruptuře jizvy a krvácení. Klientka musela podstoupit další chirurgický zákrok. Po něm se její zdravotní stav výrazně zhoršil. Byla slabá, stěžovala si na nedostatek sil, litovala, že už nevydrží dlouho chodit. Při chůzi musela používat chodítko, později při pohybu po stacionáři upřednostňovala vozík.

### *Výživa*

Klientce se dařilo zajistit pravidelný přísun jídla a tekutin. Stravovala se 5x denně společně s ostatními klienty ve společenské místnosti. Vzhledem k tomu, že jedla menší porce, měla na pokoji v dohledu ovoce a tekutiny, které mohla jíst dle chuti během dne. Stravu chtěla nakrájet, jedla jí lžící.

Ke konci pobytu měla stále menší chuť k jídlu, rodina zajistila výživové nápoje (Nutridrinky)

### *Vylučování*

Při přijetí do stacionáře klientka neměla problémy s vylučováním. Zapamatovala si, kde se nachází toaleta, používala ji samostatně. Klientka upozorňovala na obavy, že neudrží moč a znečistí lůžko nebo nestihne dojít na WC.

Z tohoto důvodu shromažďovala v osobním prádle a lůžkovinách velké množství toaletního papíru a ubrousků. Zajistili jsme inkontinenční vložky a přesvědčili jsme klientu, aby je používala. Byla spokojenější a udávala, že se cítí lépe.

Během pobytu se u klientky postupně snižovala soběstačnost v oblasti vyprazdňování i hygieny. Obtížně nalézala toaletu, zapomínala na jednotlivé hygienické úkony, nevěděla, co má dělat. Péči se nebránila, vítala pomoc.

### *Aktivita a cvičení*

Klientka vzpomínala, že ráda chodila na výlety, ale dnes už to nejde. Po celou dobu pobytu měla pocit, že někam musí jít. Stále se ptala: „Kde to jsem? Kam mám jít?“ Pohybovala se po stacionáři samostatně, nejprve s holí, později za pomoci chodítka.

Za pěkného počasí ráda pobývala v zahradním altánu, kam ji doprovázel personál nebo rodina. Klientka se účastnila každodenní lehkého aktivního cvičení. Jedenkrát týdně ochotně cvičila s rehabilitační pracovníci. Ke konci pobytu ve stacionáři již klientka nebyla schopná tyto činnosti vykonávat. Při pohybu potřebovala větší pomoc, v nerovném terénu bylo nutné používat vozík.

#### *Spánek a odpočinek.*

Klientka během pobytu ve stacionáři spala většinou klidně, dokázala zhodnotit, jak se vyspala. Usínala kolem 21 hodiny a vstávala kolem 7 hodiny. Někdy ji budila potřeba jít na toaletu. Během dne odpočívala po obědě, poslouchala rozhlas, většinou nespala. Ke konci pobytu se klientka začala v noci budit, často vstávala, přes den se cítila unavená a pospávala. Praktická lékařka jí předepsala Buronil, spánkový rytmus se opět upravil a klientka se cítila lépe.

#### *Vnímání*

Klientka neměla potíže se sluchem, na luštění oblíbených křížovek používala brýle. Později přestala mít o samostatné činnosti zájem. Při společných aktivitách se sociální pracovníci byla však stále aktivní a vynikala vědomostmi. Přestože její orientace byla narušená, působila mírně a společensky.

#### *Sebepojetí*

Klientka hodnotila sebe jako člověka společenského, který nemá rád konflikty. Neměla problémy se přizpůsobit ostatním, když jí byly objasněny příčiny či důvody.

#### *Mezilidské vztahy*

Klientka užívala pokoj ještě se dvěma spolubydlíci, které byly seznámeny s příčinami jejího chování. Vzhledem k podobným zájmům spolu vycházely dobře, rozuměly si a navzájem se motivovaly k aktivitě. Ke konci pobytu se u spolubydlících objevila nervozita, vyplývající z narušeného spánku a z obav, že klientka při častém nočním vstávání upadne.

Synové matku pravidelně navštěvovali a často si ji brali k sobě domů. Při návštěvách bylo vidět, že mezi sebou mají velmi blízký vztah. Klientka byla uvolněná a veselá. Nechápala, proč musí zůstat ve stacionáři, ale důvěřovala argumentům svých synů.

### *Stres*

Klientka prožívala úzkost z prostředí, ve kterém se obtížně orientovala. Stále potřebovala ujištění. Při trpělivém odpovídání na časté a stále stejné otázky bylo patrné zklidnění. Klientka vítala fyzický kontakt, ráda se dotýkala rukou. Oceňovala vlídné jednání, děkovala, že jsme na ni hodné.

### *Sexualita*

Klientka byla od roku 1994 vdova. Vzhledem k věku a zdravotnímu stavu klientky jsem podrobnější informace v této oblasti nezjišťovala.

### *Životní hodnoty, víra.*

Nejvíce pro ni znamenala rodina, nevzpomínala si, že by chodila do kostela.

## **Plán ošetrovatelské péče**

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 1**

#### **Úzkost související se změnou prostředí, projevující se:**

*Subjektivně:* klientka verbalizuje, že neví kde je a kam má jít.

*Objektivně:* je roztěkaná, ptá se opakovaně, má úzkostný výraz v obličeji, vyhledává fyzický kontakt.

**Cíl:** klientka bude schopná vyjádřit příčiny své úzkosti, bude patrné zklidnění.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- Zjistěte možné příčiny úzkosti od klientky i rodinných příslušníků.
- Mluvte s klientkou klidně, nespěchejte.
- Používejte krátké věty, naslouchejte jí se zájmem, úctou a respektem.
- Povzbuzujte klientku k vyjádření pocitů
- Vytvořte příjemné prostředí, klientku povzbuzujte a ujist'ujte ji ve správném jednání.
- Zapojte klientku do různých aktivit, které ji mohou rozptýlit, (hry, pracovní terapie, tělesná aktivita) podle jejích schopností.

## **Ošetrovatelská diagnóza č. 2**

**Deficit sepeče v oblasti příjmu potravy, související kognitivní poruchou, projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka verbalizuje neschopnost se najíst.

*Objektivně:* Pacientka není schopná si nakrájet sousta, nedojídá porce.

Je bezradná při manipulaci s příborem.

**Cíl:** Pacientka bude při příjmu potravy co nejvíc soběstačná.

### **Ošetrovatelské intervence:**

- Zjistěte míru schopností při nesoběstačnosti v příjmu potravy.
- Respektujte osobní přání pacientky při výběru jídla s ohledem na předepsanou dietu.
- Zajistěte vhodnou formu jídla.
- Nabídněte vhodné pomůcky a nástroje, které usnadní příjem potravy.
- Pacientku povzbuzujte, zajistěte klidné prostředí, nespěchejte.

### **Hodnocení:**

Po domluvě s klientkou jsme jí začali podávat stravu v hlubokém talíři. Stravu jsme krájeli na sousta, klientka používala lžici místo příboru. Na svém stolku měla umístěnou misku s oblíbeným ovocem, které mohla jíst podle chuti. Tak se nám podařilo zajistit větší soběstačnost v příjmu potravy.



### **Ošetrovatelská diagnóza č. 3**

#### **Riziko pádu související s kognitivní poruchou**

##### **Ošetrovatelské intervence:**

- Upravujte prostředí – odstraňte překážky, o které se může zakopnout.
- Zajistěte vhodné noční světlo.
- Zajistěte opěrné pomůcky – vhodné chodítko.
- Viditelně a srozumitelně označte lůžko, pokoj, jídelnu a WC.
- Nabízejte pomoc a doprovod.
- Zajistěte vhodnou obuv.
- Umístěte noční stolek tak, aby byl vždy v dosahu.

##### **Hodnocení:**

Během pobytu v našem zařízení u nemocné nedošlo k pádu. Bylo zajištěno vhodné chodítko, odstraňovány překážky. V nočních hodinách byl vždy zajištěn doprovod na toaletu.

## Kazuistika č. 3

### Anamnéza

Žena M. H., 77 let, která byla do Psychiatrické léčebny v Dobřanech, na oddělení Geriatrie, přijata v březnu 2006 pro opakované útoky z domova důchodců, kde se nebyla schopna zaklimatizovat po přemístění z domova. Pacientka je zcela dezorientována, zbavena způsobilosti k právním úkonům. Opatrovníkem je syn, který matku navštěvuje 1x za měsíc. Pacientka je kachektická, trvale upoutaná na lůžko. Je vysoce závislá na komplexní ošetrovatelské péči. Je plně inkontinentní, není schopna udržovat osobní hygienu.

*Základní diagnóza:* Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem.

*Další diagnózy:* Diabetes mellitus II. typu kompenzovaný dietou, hypertenze, polyartroza, hypercholesterolémie

*Užívané léky:* Helicid 20, Egilog 50, Tiapridal při neklidu.

V době kdy jsem byla v PL Dobřany na odborné praxi, byla pacientka zcela mimo realitu, očima sledovala okolí lůžka. Nebyla však schopna přijmout poskytované informace a ani na ně adekvátně reagovat. Verbální kontakt byl neadekvátní, pacientka produkovala slovní salát (slabiky a slova beze smyslu). Na příjemný neverbální kontakt reagovala úsměvem. Pacientka působila po celý čas, kdy jsem ji měla v péči spokojeně a klidně. Spala dobře, pouze jednou v noci byly zaznamenány sluchové halucinace.

### Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření: TT – 36,8°C, TK – 135/85 mmHg, P – 68, D – 18/min

Kompenzační pomůcky: inkontinenční pomůcky, antidekubitní matrace, postranice

Léze: nemá

Dieta: Diabetická mletá s přídavkem bílkovin

Barthelův test: 5bodů – vysoce závislá

Hodnocení rizika pádu: 17bodů – vysoké riziko

Riziko vzniku dekubitů podle Nortonové – 13 bodů – velmi vysoké riziko

Základní nutriční screening: bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba.

## **Posouzení – dle M. Gordonové (hodnoceno objektivně):**

### *Výživa*

Pacientka velmi dobře přijímala mletou stravu a tekutiny, byla krmena.

### *Vylučování*

Pacientka neudržela moč ani stolici, byla kutivá, často manipulovala se stolicí.

### *Spánek*

V noci spala střídavě, občas byl zaznamenán mírný neklid.

### *Aktivita*

Pacientka byla upoutána na lůžko, rehabilitována pasivně, s pomocí, k udržení hybnosti kloubů. Byla pravidelně polohována.

### *Vnímání zdraví*

Pacientka při uspokojení základních potřeb působila klidně a spokojeně.

### *Vnímání, poznání*

Pacientka byla dezorientovaná časem, místem i osobou. Slyšela dobře, produkovala slabiky a slova beze smyslu. Občas měla sluchové halucinace

### *Sebekoncepce, sebeúcta*

Pacientka byla klidná, omezení hybnosti nesla dobře, omezeně vnímala svou osobu.

### *Stres*

Při naplnění potřeb byla pacientka klidná, tvářila se spokojeně, usmívala se. V době přítomnosti sluchových halucinací byl patrný mírný neklid.

### *Mezilidské vztahy*

Syn navštěvoval matku 1x za měsíc. Pacientka ho nepoznávala.

### *Víra, sexualita*

Nehodnoceno

## **Plán ošetrovatelské péče**

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 1**

#### **Zmatenost chronická z důvodu základního onemocnění projevující se:**

*Subjektivně:* pacientka nezhodnotí

*Objektivně:* progresivními kognitivními poruchami

**Cíl:** pacientka má zajištěnou bezpečnost

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- zjistěte rozsah zmatenosti
- zajistěte bezpečnost pacientky a okolí
- zajistěte pacientce potřebný klid s omezením zevních rušivých vlivů
- komunikujte s pacientkou klidně a srozumitelně

#### **Hodnocení:**

Cíl se podařil naplnit. Lůžko bylo opatřeno postranicemi, ošetrující personál zajišťoval příjemné prostředí, pacientka byla klidná.

## **Ošetrovatelská diagnóza č. 2**

### **Verbální komunikace porušená z důvodu základního onemocnění projevující se:**

*Subjektivně:* pacientka nezhodnotí

*Objektivně:* problémy s řečí a používáním slov

**Cíl:** pacientka zlepší verbální i neverbální komunikaci.

### **Ošetrovatelské intervence:**

- zjistěte rozsah poruchy
- mluvejte s pacientkou pomalu a srozumitelně
- používejte jednoduchá slovní spojení
- přesvědčte se, zda vám pacientka rozumí
- podporujte pacientku ve verbální i neverbální komunikaci

### **Hodnocení:**

Cíl se nepodařilo zcela naplnit. Při komunikaci pacientka udržela oční kontakt, usmívala se, ale z reakcí nebylo možné rozpoznat, jestli chápe význam slov. Při řeči používala slabiky a slova, která nedávala smysl. Pacientka se však nebránila péči a působila spokojeně.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 3**

**Imobilizační syndrom, zvýšené riziko z důvodu interního onemocnění projevující se:**

*Subjektivně:* pacientka nezhodnotí

*Objektivně:* svalovou atrofií, omezením pohyblivosti

**Cíl:** Pacient je mobilizován v rámci svých možností.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- zhodnoťte stav pacientky
- snižte riziko vzniku komplikací z dlouhodobého ležení
- pacientku polohujte a posazujte do křesla
- podávejte pacientce dostatek tekutin
- sledujte výdej tekutin a vyprazdňování
- sledujte stav kůže a pečujte o kůži
- zajistěte pacientce vhodnou rehabilitaci
- snažte se komunikovat s pacientkou

#### **Hodnocení:**

Stanovený cíl se podařilo naplnit. Pacientka byla pravidelně polohována, vysazována do křesla umístěného vedle lůžka. K pacientce docházela rehabilitační pracovníce, která s ní prováděla pasivní cvičení. Pacientka byla dobře hydratována, na kůži neměla žádné defekty.

## **Ošetrovatelská diagnóza č. 4**

### **Deficit sepeče v oblasti hygieny z důvodu kognitivní poruchy projevující se:**

*Subjektivně:* pacientka nezhodnotí

*Objektivně:* neschopnost provádět odpovídající hygienické úkony, manipulace se stolicí

**Cíl:** zajištění co nejvyšší úrovně hygieny.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- zjistěte míru schopností pacientky v oblasti hygieny
- poskytněte pacientce pomoc při provádění hygieny
- ošetřujte namáhanou pokožku vhodnými kosmetickými přípravky
- použijte vhodné jednorázové inkontinenční pomůcky
- zamezte pacientce v možnosti manipulovat se stolicí vhodnými prostředky

#### **Hodnocení:**

Cíl byl naplněn, pacientka nebyla schopná sama pečovat o hygienu. Byla jí prováděna celková hygienická péče. Pacientku se dařilo udržet v čistotě.

## 12 DISKUZE

V prvním případě jsem využila možnost nahlédnout do soukromí rodiny pečující o nemocnou s demencí v rodinném prostředí. Paní jsem neošetřovala, setkání probíhala na úrovni sousedských návštěv a povídání. Po dobu kontaktu jsem sledovala prostředí, atmosféru a způsob komunikace pečujících s nemocnou. Pobyt paní v domácnosti jsem vyhodnotila jako vyhovující. Nacházela se v známém prostředí, nemusela ho měnit. V péči o ní se střídaly tři blízké osoby. V jejich jednání byl cítit láskyplný vztah k nemocné a dobrá znalost jejích návyků a zvyklostí. Pečující byli schopni dobře odhadnout její potřeby a porozumět jejím způsobům komunikace. Péče zahrnuje oblast hygieny, stravování a podávání léků v přesném časovém harmonogramu.

Je dobré, že se rodinní příslušníci mohou v péči střídat. Vzhledem k samostatnému bydlení je rovněž zajištěno soukromí rodin.

Jako nevýhodu této péče jsem viděla, že i přes střídání a vzájemné povzbuzování v péči jsou pečující přetížení, protože jsou příliš citově zainteresovaní a dlouhodobě si neodpočinou. Chyběly jim také informace ze strany zdravotníků o pravděpodobném průběhu nemoci, změnách chování a způsobech vhodné komunikace. Paní kromě své rodiny nemá žádné jiné sociální kontakty.

V druhém případě jsem rok ošetřovala paní s diagnózou Alzheimerovy choroby v Týdenním stacionáři pro seniory. Během této doby jsem klientku dobře poznala a podařilo se mi navázat s ní i s její rodinou, která byla do péče aktivně zapojena, přátelský vztah. Po smrti klientky jsem také využila možnosti rozhovoru se synem a snachou, kteří mi ochotně popsali průběh onemocnění jejich maminky před přijetím do stacionáře a po přeložení do jiného zařízení. Ocenila jsem, že mi poskytli komplexní náhled na ošetřování maminky z pohledu pečujících v domácím prostředí i v zařízeních různého typu.

Výhody umístění paní ve stacionáři spatřuji v zajištění celodenní odborné péče. Zde pod odborným dohledem a s ohledem na její zdravotní stav, byla u paní zachována nejvyšší možná soběstačnost. Pobyt v malém zařízení a kontakt s vrstevníky zajišťoval pestřejší sociální vztahy a nabízený program vedl k aktivitě. Zároveň byl velmi dobře zachován kontakt a komunikace s rodinou, která byla zvyklá vztahy udržovat a rozvíjet.



U paní tak byly naplněny nejen fyzické, ale i citové potřeby a proto byla celkově spokojená.

Nevýhodu péče v takovémto zařízení vidím v tom, že si klientka musela zvykat na změny prostředí. V zařízení se střídalo v péči větší množství cizích lidí, kteří měli rozdílné způsoby komunikace a přístupu, což vedlo u paní k větší nejistotě a úzkosti. Také při přesunu do domácností synů a zpět do stacionáře se paní musela přizpůsobovat změnám prostředí.

Ve třetím případě jsem popsala případ ženy, která žila v zařízení s nepřetržitým provozem. Byla ve stavu, kdy byla plně nesoběstačná, nebyla schopna verbální komunikace, byla zcela závislá na kompletní ošetrovatelské péči. Syn se o paní nemohl starat.

Výhody ústavní péče pro nemocnou jsem viděla v zajištění nepřetržité odborné péče v oblasti hygieny, stravy, podávání léků a pravidelném režimu dne. Pečující personál znal problematiku potřeb dementních pacientů, uměl k nim přistupovat. Dostatečné množství personálu umožňovalo zajištění vhodné péče bez rizika přetížení a nadměrné citové zainteresovanosti.

Jako nevýhodu vidím malý kontakt s rodinou. V tomto případě byly návštěvy 1x za měsíc způsobeny jak velkou vzdáleností bydliště syna od zařízení, tak i zhoršením schopnosti komunikace pacientky. V takovýchto případech může dojít k narušení vztahu s nemocným. Příbuzní se mohou domnívat, že pokud pacient s nimi nekomunikuje a nepoznává je, návštěvy nemají smysl. Zároveň rodina také může prožívat pocit viny, vyplývající z toho, že se o svého blízkého nedokáže postarat.

Z diskuse vyplývá, že péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou je různorodá tak, jako je odlišné prožívání, potřeby a zdravotní stav pacientů. Každý pacient potřebuje individuální přístup a odlišný způsob péče. Ne pro každého je vhodné umístění ve zdravotnickém zařízení, stejně jako není pro každého ideálním místem pro poskytování péče rodinné prostředí.

Důležité je vždy správné posouzení stavu pacienta, progresu onemocnění, potřeby odborné péče a dalších specifik, které mají přímý dopad na to, jak nemocný svou nemoc prožívá.

Vzhledem k tomu, že pro nemocné s Alzheimerovou chorobou je důležitý pocit jistoty, lze předpokládat, že nejvhodnějším prostředím bude místo, které důvěrně zná,

kde bude mít kontakt s lidmi, kteří mu jsou blízcí. Tyto předpoklady nejlépe splňuje péče v rodinném prostředí.

Při péči v rodině je však limitujícím faktorem kvalita vztahů, schopnost vyrovnání se s realitou nemoci blízkého příbuzného a množství péče, kterou je rodina schopna poskytnout. Někdy bývá problémem nedostatek informací o průběhu nemoci, způsobech jednání a komunikace s nemocnými a porozumění stavu, ve kterém se nemocný nachází. To může vést k frustraci nebo i odmítnutí péče.

V případě potřeby zvýšené nebo speciální odborné péče je nutné využít služeb různých sociálních a zdravotnických zařízení. Zřejmě nejvhodnějším místem jsou zařízení specializující se na práci s pacienty nemocnými Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi, tak zvané "domovy se zvláštním režimem". Jejich výhodou je dobrá znalost problematiky, vyškolený personál a schopnost poskytnout pacientům specifické podmínky zohledňující jejich zvláštní potřeby. Tato zařízení rovněž poskytují poradenskou službu a úzce spolupracují s rodinami nemocných.

Takto specializovaných zařízení je však v současné době nedostatek. V Plzeňském kraji je to v současnosti jediné zařízení tohoto typu, Domov svatého Aloise v Plzni, s kapacitou 28 lůžek.

Pro nedostatek lůžkové kapacity je nutné pacienty umisťovat také do jiných zařízení, jako jsou stacionáře, domovy důchodců, léčebny dlouhodobě nemocných a psychiatrické léčebny. Ty nemají vždy ideální podmínky pro naplnění potřeb nemocných Alzheimerovou chorobou. Je to velmi často způsobeno širokým záběrem, nedostatkem personálu a nevyhovujícím prostředím. Individuální přístup, který pacienti s Alzheimerovou chorobou potřebují, zde není možný. Navíc personálu většinou chybí i potřebné dovednosti pro jednání s takto nemocnými pacienty.

Přesto tato negativa, mohou tato zařízení sehrát pozitivní roli v péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou, zvláště pokud úzce spolupracují s rodinnými příslušníky. Mohou poskytovat odbornou ošetrovatelskou péči, či fungovat jako poskytovatelé respitní péče, která umožní pečujícím rodinám odlehčení a načerpání nových sil.

Jako velmi důležité vnímám potřebu zvýšené informovanosti o problematice Alzheimerovy choroby a edukace pečujících v oblasti správné komunikace a empatického přístupu tak, aby byla zachována důstojnost pacienta a byly naplněny jeho potřeby.

## ZÁVĚR

Svou bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě hlavní části. V první, teoretické části se snažím shrnout základní informace o Alzheimerově chorobě. Na začátku se zabývám pohledem na ACH jako na neurodegenerativní demenci. V dalších kapitolách popisuji charakter nemoci, její symptomy, změny, ke kterým dochází v mozku postiženého a které se projevují změnami kognitivních funkcí. Následující kapitola se zabývá diagnostikou nemoci a přehledem nejpoužívanějších škálovacích metod a testů.

V samostatné kapitole se zabývám léčbou pacientů s ACH. Léčba musí být komplexní a musí zahrnovat vhodně propojenou léčbu farmakologickou společně s vhodnými nebiologickými přístupy. Ačkoliv v současnosti není ACH vyléčitelná, lze tímto způsobem zmírnit progresi onemocnění, oddálit terminální stádia a tak co nejdéle zachovat kvalitu života nemocných. Krátce se věnuji i prevenci a rizikovým faktorům vzniku nemoci. Téma mé práce přímo souvisí s ošetrovatelskou péčí. Pokud tato péče má být kvalitní, je třeba znát specifické problémy pacientů s ACH, vhodné přístupy k jejich řešení, vytvořit vhodné prostředí a správně komunikovat jak s pacienty, tak s jejich rodinnými příslušníky. Vzhledem k tomu, komunikace s demenčními pacienty bývá problematická a ošetrující personál ji ne vždy ovládá, zvláštní kapitolu jsem věnovala zásadám komunikace s tímto typem pacientů. V závěru teoretické části se zmiňuji o práci ČALS a o možnostech péče o pacienty s ACH v ČR.

Druhá část práce se skládá ze tří kazuistik, popisujících ošetrovatelskou péči v různých prostředích. Podle zjištěných problémů jsem sestavila ošetrovatelské plány, které jsem po jejich aplikaci vyhodnotila. Pro ošetrovatelský personál, který se často neseťká s pacienty postiženými ACH, jsem sestavila edukační plán zaměřený na správnou komunikaci s pacienty s ACH.

V závěrečné diskusi jsem se s ohledem na jednotlivé kazuistiky zamýšlela nad klady a zápory prostředí, v nichž je ošetrovatelská péče poskytována .

Alzheimerova choroba je v současnosti nevyléčitelné onemocnění, které často od základu změní život jak postižených, tak jejich rodinných příslušníků. Citlivým přístupem, správnou komunikací a péčí ve vhodném prostředí můžeme, jako ošetrující personál, zachovat důstojnost nemocných a jejich blízkým pomoci se s touto realitou vyrovnat a překonat obtíže, které tato nemoc s sebou přináší.

## POUŽITÁ LITERATURA

CALLONE, P. R., et al. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vydání, 120 stran. GRADA Publishing, Praha 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

FRANKOVÁ, Vanda. *Paní Anežka má demenci. Příručka pro pečující*. 2. upravené vydání, 54 stran. GALÉN, Praha 2011. ISBN 978-80-7262-633-5.

HÁTLOVÁ, Běla, SUCHÁ, Jitka. *Kinezioterapie demenci. Pohybová cvičení v léčbě demenci*. 1. vydání, 108 stran. TRITON s. r. o., Praha 2005. ISBN 80-7254-564-7.

HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ Jitka a kolektiv. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vydání, 299 stran. EV Public Relations, Praha 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, Iva. *Testovník*. 2. Vydání, 24 stran. Česká alzheimerovská společnost, Praha 2003. ISBN: 80-86541-11-8.

JANÁČKOVÁ, Laura, WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vydání, 136 stran. Portál, Praha 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.

JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Claudia a kolektiv. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. 1. vydání, 176 stran. GRADA Publishing, Praha 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman, KOUKOLÍK, František. *Demence. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vydání, 335 stran. GALÉN, Praha 2004. ISBN 80-7262-268-4.

JUKLOVÁ, Kateřina, SKORUNKOVÁ, Radka. *Základy psychopatologie*. 1. vydání, 115 stran. GAUDEAMUS, Hradec Králové 2007. ISBN 978-80-7041-873-4.

KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. 1. vydání, 112 stran. GRADA Publishing, Praha 2006. ISBN 80-247-1491-4.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání, 327 stran. GRADA Publishing, Praha 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Míra. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání, 352 stran. GRADA Publishing, Praha 2006. ISBN 80-247-1151-6.

PIDRMAN, Vladimír, KOLIBÁŠ, Eduard. *Změny jednání seniorů*. 1. vydání, 189 stran. GALÉN, Praha 2005. ISBN 80-7262-363-X.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vydání, 160 stran. GRADA Publishing, Praha 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

REKTOROVÁ, Irena. *Kognitivní poruchy*. 1. vydání, 190 stran. TRITON, Praha 2007. ISBN 978-80-7387-017-1.

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vydání – dotisk, 185 stran. NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ, Brno 2008. ISBN 80-7013-324-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání, 96 stran. GRADA Publishing, Praha 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání, 144 stran. GRADA Publishing, Praha 2006. ISBN 80-247-1262-8.

ZACHARIAS, Sylvia. *Diagnóza Alzheimer: Helmut Zacharias. Reportáž*. 1. vydání, 85 stran. GALÉN, Praha 2000. ISBN 80-7262-218-8. Překlad z německého originálu REGALOVÁ, Markéta. Společnost Hirlinga e. V., Nümbrecht, SRN. ISBN originálu 35389-00-0.

## Články

HOLMEROVÁ, Iva. *Několik poznámek k péči o pacienty s demencí*. Sestra. 2003, roč. 13, č. 1, strana 26. ISSN 1210-0404.

## Internetové zdroje

www.alzheimer.cz [online]. Praha: VIZUS, © 2012 [cit. 1.1.2012]. Dostupný z WWW: <http://www.alzheimer.cz/>.

HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, NOVÁKOVÁ, Helena. *Alzheimerova choroba v rodině. Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Aktuální vydání 5/2004, 96 stran. PFIZER, Praha 2004. ARI-2004.02.06. Dostupný také z WWW: [http://www.gerontologie.cz/files/alzheimerova\\_nemoc\\_v\\_rodine.pdf](http://www.gerontologie.cz/files/alzheimerova_nemoc_v_rodine.pdf)

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

**ACH** – Alzheimerova choroba

**ADL** – Barthelův test všedních činností

**ČALS** – Česká alzheimerovská společnost

**TK** – tlak krve

**TT** – tělesná teplota

**P** – puls (tepová frekvence)

**D** – dechová frekvence

# **PŘÍLOHY**

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Test kreslení hodin

Příloha 2: Test základních všedních činností ADL dle Barthela

Příloha 3: Test instrumentálních aktivit denního života - IADL

Příloha 4: Reisbergova škála GDS (Global Deterioration Scale)

Příloha 5: Edukační plán

Příloha 6: Práva pacientů trpící Alzheimerovou chorobou nebo jinými demencemi



## Příloha č. 1: Test kreslení hodin

převzato z Testovník – soubor testů pro gerontologii

---

# Test hodin

---

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

---

### TEST HODIN

Je používán jako relativně citlivý test pro Alzheimerovu chorobu a jiné typy demence, které se zejména v počátečních stádiích projevují poruchami prostorového citění

Test je jednoduchý. Požádáte pacienta, aby nakreslil do vyznačeného kruhu ciferník hodin a vyznačil určitou hodinu (například tři čtvrtě na tři).



Bodové hodnocení není vždy nutné, protože normou je správný ciferník a správně vyznačená hodina. Jakékoli odchylky, které nebyly pacientem opraveny je třeba považovat jako minimálně hraniční, ale spíše již patologický nález. Významné je zejména sledování vývoje tohoto testu.

(Shulman, K. I. - Gold, D. P.; 1983)

## Příloha č. 2: Test základních všedních činností ADL dle Barthela

převzato z Komunikace se seniory

### Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk): .....

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	<b>Kontinence moči</b>	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	<b>Kontinence stolice</b>	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>Celkem</b>			

Hodnocení stupně závislosti: \*\*

- ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**  
**ADL 3** 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**  
**ADL 2** 65 – 95 bodů **lehká závislost**  
**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

\* zaškrtněte jednu z možností

\*\* zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

### **Příloha č. 3: Test instrumentálních aktivit denního života - IADL**

převzato z Demence a jiné poruchy paměti

#### **IADL – instrumentální aktivity denního života**

- 1) Schopnost používat telefon
- 2) Schopnost nakupovat
- 3) Schopnost připravit/ uvařit jídlo
- 4) Schopnost vyprat si prádlo.
- 5) Schopnost postarat se o domácnost.(uklidit)
- 6) Schopnost samostatného cestování.
- 7) Schopnost užívat léky podle doporučení lékaře.
- 8) Schopnost obhospodařovat vlastní finance.

Hodnocení testu 8 bodů – plná soběstačnost. Čím menší skóre, tím nižší soběstačnost.

## **Příloha 4: Reisbergova škála GDS (Global Deterioration Scale)**

převzato z Péče o pacienty s kognitivní poruchou

### **Reisbergova škála GDS (Global Deterioration Scale)**

Jedná se o často používanou škálu, která umožňuje posoudit, zda a do jaké míry je pacient postižen kognitivní poruchou. Pro přiřazení k jednotlivému stupni škály je zapotřebí zjistit informace od pacienta i jeho rodinných příslušníků a upřesnit si je dle charakteristiky jednotlivých stupňů škály.

#### **STUPEŇ 1 – bez kognitivního zhoršení**

Pacient je bez subjektivních stížností na úbytek paměti. Žádný úbytek paměti není zřejmý ani při rozhovoru.

#### **STUPEŇ 2 – velmi mírné kognitivní zhoršení**

Pacient si stěžuje na úbytek paměti nejčastěji v těchto oblastech:

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

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

#### **STUPEŇ 3 – mírné kognitivní zhoršení**

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

- pacient se při cestě na neznámé místo mohl ztratit
- spolupracovníci si všimli pacientova zhoršeného výkonu
- blízké osoby si všimly, že pacient zapomíná slova a jména
- pacient něco přečte a poměrně málo si z toho pamatuje

- pacient projevuje sníženou schopnost pamatovat si jména lidí, kterým byl nedávno představen
- pacient ztratil nebo někam založil cenný předmět
- úbytek soustředění je zřejmý také při vyšetření

Objektivní důkaz úbytku paměti se získá jen po podrobném rozhovoru. Je přítomen snížený výkon v náročném zaměstnání a společenských situacích. U pacienta se projevuje popírání problému. Příznaky doprovází mírná až středně silná úzkost.

#### **STUPEŇ 4 – středně silné kognitivní zhoršení**

Úbytek je zřejmý při pečlivém rozhovoru a projevuje se v těchto oblastech:

- snížená znalost současných a nedávných událostí
- může se projevit určitý úbytek paměti i na události z vlastního života
- úbytek soustředění se projeví při postupném odčítání čísl
- je snížená schopnost cestování, vedení financí apod.

Zpravidla se nevyskytují poruchy v následujících oblastech:

- orientace časem a osobou
- rozpoznávání známých osob a tváří
- schopnost cestovat na známá místa

V této fázi není již pacient zpravidla schopen provádět složité úkoly. Dochází k emočnímu oploštění, vyhýbání se řešení náročných situací. Pacient existenci problému s pamětí často popírá.

#### **STUPEŇ 5 – středně těžké kognitivní zhoršení**

Pacient se již neobejde bez určité pomoci. Také během rozhovoru si nevzpomene na důležité aspekty svého současného života (například na adresu či telefonní číslo,

které často používal, na jména blízkých příbuzných, například vnoučat, na název školy, na kterou pacient chodil).

Bývá přítomna částečná dezorientace časem (datum, den v týdnu, roční období a podobně) nebo i místem. Pacient mívá obtíže s odčítáním po 4 od 40 nebo 2 od 20. Pacient v tomto stádiu si pamatuje řadu důležitých skutečností o sobě i druhých, správně si pamatuje své jméno a většinou i jména manželky a dětí. Nepotřebuje pomoc při toaletě a jídle, ale někdy má obtíže s volbou vhodného oděvu.

## **STUPEŇ 6 – těžké kognitivní postižení**

Pacient občas zapomene jméno manželky/manžela, na kterém zcela závisí. Většinou nemá ponětí o nedávných událostech a vlastních zkušenostech. Do určité míry si pamatuje minulé události ze svého života, ale vzpomínky jsou útržkovité. Většinou nevnímá okolí, rok, roční období a podobně. Může mít obtíže při počítání od 10, někdy i do 10. Potřebuje určitou pomoc při sebeobslužných činnostech, může být zhoršená kontinence, potřebuje doprovod při cestách, ale někdy může být schopen najít cestu na známá místa. Denní rytmus je často narušen.

Téměř vždy si pamatuje své jméno. Často je i nadále schopen rozlišit ve svém okolí známé osoby od neznámých. Dochází ke změně osobnosti a emocí, mohou přicházet některé z dalších následujících příznaků:

- bludy a halucinace, například pacient může manželku obvinít, že jej podvádí
- může hovořit s neexistujícími osobami nebo se svým vlastním obrazem v zrcadle
- obsedantní příznaky, například pacient neustále opakuje jednoduché činnosti
- objevují se příznaky úzkosti, neklidu a agresivita
- kognitivní abulie, pacient není schopen podržet myšlenku dostatečně dlouho na to, aby se mohl účelně rozhodnout

## **STUPĚŇ 7 – velmi těžké kognitivní postižení**

Zaniká schopnost verbální komunikace. Pacient přestává mluvit. Inkontinence moči. Pacient potřebuje pomoc při toaletě a jídle. Ztrácí základní psychomotorické schopnosti, včetně schopnosti chodit. V této fázi se zdá, že mozek již není schopen přikázat tělu, co má dělat. Bývá přítomna další neurologická symptomatologie.

## **Příloha č. 5 - vlastní zdroj**

### **Edukační plán na komunikaci s pacientem s Alzheimerovou chorobou.**

**Účel:** Poskytnout ošetřujícímu personálu informace o správné komunikaci s pacientem s Alzheimerovou chorobou.

**Cíl:** Během 60. minut bude ošetřující personál znát způsoby vhodné komunikace s dementním.

#### **Očekávaný výsledek:**

1. Kognitivní: Ošetřující personál zná zvláštnosti komunikace s dementním pacientem.
2. Psychomotorický: Ošetřující personál dokáže vyjmenovat zásady komunikace s dementním pacientem.
3. Psychomotorický: Ošetřující personál bude lépe komunikovat s dementními pacienty.

#### **Hlavní body plánu:**

1. Personál bude seznámen se způsoby komunikace s dementním pacientem.
2. Personálu budou vyjmenovány zásady komunikace s dementním pacientem.
3. Personálu budou předvedeny způsoby špatné a správné komunikace.

#### **Metoda prezentace:**

1. Přednáška
2. Přednáška
3. Přednáška

**Časová dotace:** 1.) 15 minut, 2.) 15 minut, 3.) 30 minut

**Pomůcky:** informační letáky, videozáznam.

#### **Metoda hodnocení:**

1. Personál akceptoval nutnost specifické komunikace s nemocným s demencí.
2. Personál zná způsoby a zásady komunikace s dementním.
3. Personál zlepšil komunikaci s dementními pacienty.



## **Příloha 6: Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými demencemi**

převzato z [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz)

Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

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