

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

**Bakalářská práce**

***PETRA KRAUSOVÁ***

***VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S V PRAZE***

Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datu odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

**PRAHA 2008**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2008

Petra Krausová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mně poskytli potřebné informace k dané problematice, zvláště pak děkuji svému vedoucímu bakalářské práce Prof. MUDr. Zdeňkovi Seidlovi, CSc. za cenné rady, připomínky a náměty, čímž mně významně pomohl ke zpracování zadaného tématu.

Poděkování patří také vrchní sestře Zuzaně Fišarové z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a Mgr. Andree Pohlové, které po celou dobu se mnou vše konzultovaly a dodávaly mé práci pohled z očí zkušené sestry.

Praha 31. března 2008

Petra Krausová

## **ABSTRAKT**

KRAUSOVÁ, Petra: Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou.

(Bakalářská práce) Petra Krausová - Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze.

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství.

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc..

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha, 2008.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou a respektování jeho přirozených potřeb. Teoretická část práce obsahuje informace o klinické charakteristice onemocnění, pravděpodobné etiologii, morfologických změnách mozku, diagnostice, prognóze, ale také možnostech terapie. Dále uvádím informace o různých druzích sociálních služeb a možnosti využití příspěvku na péči. Nosnou částí práce je péče o pacienta trpícího demencí v prostředí domova. Jsou zde uvedené správné postupy pro ty, kteří o takto nemocné pečují. Součástí praktické části práce je v úvodu nejprve krátký průzkum zaměřený na pacienty trpící tímto onemocněním a dále kazuistika pacientky s Alzheimerovou chorobou. Hlavní cíl uvedené kazuistiky je stanovení ošetrovatelských problémů, sestavení ošetrovatelských diagnóz, vytvoření plánu ošetrovatelské péče a záznam o edukaci pacientky v oblastech ne zcela uspokojených potřeb. Tento plán je sestaven cílevědomě a respektuje individuální potřeby pacientky.

**Klíčová slova:** Alzheimerova choroba, péče, bezpečí, edukace, edukační proces, demence, potřeba, plán péče.

## **ABSTRAKT**

KRAUSOVÁ, Petra: Nursing process by a patient with Alzheimer disease. (Thesis for Bachelor of Science in Nursery) Petra Krausová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze.

Qualification Degree: Bachelor in Nursery

Thesis Supervisor: Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc..

Vysoká škola zdravotnická Praha, o.p.s., 2008.

The main subject of the Thesis is the nursing process applied to a patient with Alzheimer disease such that the process takes into account natural needs of the patient. The theoretical part contains information on clinical characteristics of the disease, probable etiology, morphological changes of the brain, prognosis of the patient, as well as basic facts related to the possible therapy. Further, information on various kinds of social services and possibilities to use the contributions for the care on the patient are mentioned as well. Crucial part of the Thesis is devoted to taking care of the patient suffering from dementia who is in the home environment. We present here the correct treatment procedures for those who care about the patients suffering from dementia. First part of the practical part of the Thesis presents results of a short inquiry targeted to such patients. Then, casuistry of a patient with the Alzheimer disease is explained. The main goal of this casuistry is determination of the problem in nursing, setting up the nursing diagnose, making a plan of nursing and preparation of an entry on patient education in the principal fields of needs which were not satisfied. This plan is set together purposefully while respecting individual needs of the patient at the same time.

**Key words:** Alzheimer disease, treatment, safety, education, education process, dementia, patient needs, plan of nursing.

## **PŘEDMLUVA**

Psychiatrie je lékařský obor, který léčí nemoci mozku, projevující se poruchou v myšlení nebo chování nemocných. Existuje velké množství nových publikací, které se věnují problematice psychiatrických onemocnění jako je Alzheimerova choroba a péči o tyto pacienty.

Téma práce vzniklo ve snaze zaměřit se v dané problematice na charakteristiku Alzheimerovy choroby, její přiblížení těm, kteří o takto nemocné pečují v domácím prostředí a poskytnutí informací ošetřovatelskému personálu, který pečuje o nemocné s duševní poruchou.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mým dlouholetým zájmem o tuto problematiku a absolvováním praxe na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Materiál jsem čerpala z knižních a časopisných publikací, ale také elektronických zdrojů.

Práce je určena studentům ošetřovatelství, příslušníkům rodin ve kterých se vyskytují nemocní s Alzheimerovou chorobou a dostatek informací zde mohou najít i sestry z praxe, které se věnují péči o nemocné trpící demencí.

## Obsah

Úvod .....	8
<b>I Teoretická část .....</b>	<b>10</b>
<b>1 Klinická charakteristika onemocnění .....</b>	<b>11</b>
1.1 Definice, charakteristika .....	11
1.2 Etiologie, etiopatogeneze .....	12
1.3 Neuropatologické změny při Alzheimerově chorobě .....	13
1.4 Klinický obraz .....	16
1.5 Průběh, Formy .....	18
1.6 Diagnostika .....	19
1.6.1 Vyšetření pacienta s Alzheimerovou nemocí s přihlédnutím k mozkové dysfunkci .....	21
1.7 Terapie .....	22
1.8 Omezovací prostředky .....	24
<b>2 Sociální služby a možnost užití příspěvku na péči .....</b>	<b>26</b>
2.1 Příspěvek na péči .....	27
<b>3 Alzheimerova choroba v prostředí domova .....</b>	<b>29</b>
3.1 Jak správně komunikovat s klientem s demencí .....	29
3.1.1 Začátek komunikace .....	30
3.1.2 Obecné a praktické rady ke komunikaci .....	31
3.2 Zajištění bezpečí a úprava prostředí .....	32
3.2.1 Intervence k zajištění bezpečí .....	32
3.2.2 Zajištění orientovanosti klienta, úprava prostředí .....	33
3.3 Kdy už nenechávat nemocného o samotě .....	33
3.4 Problematika osobní hygieny a oblékání .....	34
3.5 Co dělat při poruchách spánku .....	35
3.6 Klinický stav nemocného, kdy je už nezbytná institucionální péče .....	36
<b>II Praktická část .....</b>	<b>37</b>
<b>4 Průzkum u pacientů s diagnózou Alzheimerova choroba .....</b>	<b>37</b>

<b>5</b>	<b>Posouzení stavu pacienta .....</b>	<b>40</b>
5.1	Identifikační údaje .....	40
5.2	Anamnestické údaje .....	41
5.2.1	Lékařská anamnéza .....	41
5.2.2	Vyšetření.....	42
5.2.3	Závěr při příjmu .....	42
5.2.4	Fyzikální vyšetření sestrou .....	43
5.3	Posouzení stavu potřeb klienta dle funkčního modelu zdraví.....	44
5.4	Zhodnocení stavu pacientky v průběhu hospitalizace .....	48
<b>6</b>	<b>Ošetrovatelská péče .....</b>	<b>49</b>
6.1	Seznam ošetrovatelských diagnóz .....	49
6.2	Plán ošetrovatelské péče .....	50
<b>7</b>	<b>Edukace pacienta.....</b>	<b>59</b>
7.1	Edukační list .....	59
7.2	Edukační anamnéza .....	59
7.3	Edukační diagnózy .....	60
7.4	Edukační záznam – realizace .....	62
7.5	Edukační plán .....	62
7.5.1	Cíl edukačního plánu.....	62
7.5.2	Význam .....	63
7.5.3	Technika .....	63
7.5.4	Kontrolní otázky pro sestru .....	64
7.5.5	Postup při zaškolení pacienta.....	64
7.5.6	Kontrolní otázky pro pacienta .....	65
<b>8</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>66</b>
	<b>Seznam použité literatury a zdrojů informací: .....</b>	<b>67</b>
	<b>Seznam příloh: .....</b>	<b>69</b>
	<b>Seznam tabulek: .....</b>	<b>70</b>
	<b>Slovník cizích slov:.....</b>	<b>71</b>





**Motto:** „ Být starý neznamena být nemocný a bezmocný“

## Úvod

Téma bakalářské práce Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou jsem si vybrala na základě svého dlouholetého zájmu o tuto problematiku. Psychiatrie je obor, který se zabývá duševními nemocemi. Sleduje základní okruhy jednotlivých psychických funkcí jako je vnímání člověka, myšlení a řeč, paměť, emoce, inteligence, jednání a osobnost samotnou.

Četnost a závažnost chorob vyššího věku narůstá s prodlužující se délkou života. Mezi nejčastější řadíme především rozvoj demence.

Práce se skládá ze 2 částí. Teoretická část vychází z uvedené literatury a obsahuje informace o klinické charakteristice onemocnění, možných diagnostických metodách a způsobu terapie. Dále se zde věnuji neméně důležitému tématu, a to péči o pacienta trpícího demencí v prostředí domova a možnosti užití sociálních dávek. Uvádím zde velmi potřebné rady pro ty, kteří o takto nemocné pečují a jsou s nimi v neustálém kontaktu.

Není nad to být doma! Domov je náš styl, ale také emoce, jež se k němu váží. Neexistuje lepší místo na světě, které by pro každého z nás znamenalo více. Na domov neexistuje žádný standardní popis. Pro člověka je obvyčejně domov místem, které mu skýtá pocit bezpečí, pocit klidu a usnadňuje využívání všech jeho zachovaných schopností.

Chtěla bych poukázat na to, jak složitá je péče o demenčního pacienta. Rodina s tímto příslušníkem strašně trpí nejen emocionálně, ale jde i o fyzickou zátěž!

Ve druhé části práce přikládám zajímavý průzkum předkládaný u pacientů trpících tímto onemocněním, ve kterém jsem se zaměřila na otázky např. věk, pohlaví, věk objevení prvních příznaků onemocnění, testy MMSE, FAQ, ADL a schopnost spolupráce s rodinou. S těmito pacienty jsem vyplnila dotazníky a potřebné testy a jednotlivé výsledky zaznamenala do tabulky. Cílem dotazníku bylo alespoň částečně si ověřit informace uváděné v literatuře. V další části práce uvádím kazuistiku pacientky trpící Alzheimerovou chorobou. Zaměřila jsem se na získání dostatku informací o

pacientce, sestavení funkčního plánu ošetrovatelské péče a na vytvoření edukačního programu.

Myslím si, že je důležité o tomto onemocnění vědět více, protože se v našem okolí vyskytuje čím dál tím častěji.

Myslím si, že problematika tohoto onemocnění je velmi frekventovaná mezi lékaři, ale nikoliv mezi osobami, které o tyto nemocné pečují, ať už v domácím prostředí nebo jsou pouze součástí jejich rodiny, ale také mezi sestrami pečujícími o tyto pacienty, kterým bych ji ráda přiblížila.

Cílem mé práce je demonstrovat problematiku péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou v prostředí domova. Pomoci přiblížit pojem Alzheimerova choroba, naučit se toto onemocnění zavčas rozpoznat, umět k těmto lidem správně přistupovat a pečovat o ně.

## I Teoretická část

### Životopis Dr. Aloise Alzheimerera

Dne 14. června 1864 časně ráno, se v obci Marktbreit narodil malý Aloysius do rodiny notáře Eduarda Alzheimerera a jeho druhé ženy Theresie. Mezi významné okamžiky jeho života patří úspěšné složení maturity v roce 1883 v Aschaffenburgu. Dále studoval na univerzitách v Berlíně, Tübingenu a Würzburgu, kde v roce 1887 vypracoval svou doktorskou práci *Über die Ohrenschmalzdrüse o mazových žlázách* doprovázenou histologickými obrázky.

V prosinci 1888 zahájil Alois Alzheimer svou lékařskou kariéru jako asistent v Městské nemocnici pro epileptiky a duševně choré ve Frankfurtu nad Mohanem, kde byl později povýšen na pozici druhého lékaře.

V dubnu 1894 uzavřel sňatek s vdovou Nathalií Geisenheimer, rozenou Wallerstein. Za manželství se jim narodily tři děti.

Pojem Alzheimerova choroba má počátky v listopadu 1901, kdy byla do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem přijata se známkami demence 51letá pacientka paní Agusty D.. Alzheimer o ní referoval na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu. Titul jeho přednášky zněl *Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde O svérázném onemocnění mozkové kůry*. Případ byl publikován v roce 1906. Tato publikace je základním kamenem pojmu Alzheimerova choroba.

V roce 1903 A. Alzheimer opouští Frankfurt a usadil se v Minichově, kde pokračoval ve svých vědeckých a lékařských aktivitách na Královské Psychiatrické Klinice.

16. července 1912 se stává ředitelem Kliniky Psychiatrie a neurologie na Slezské Freidrich-Wilhem Univerzitě v Breslau (Wroclav).

Od října 1915 byl Alois Alzheimer stále více upoután na lůžko až nakonec podlehl selhání ledvin 19. prosince 1915 v Breslau. Pochován je společně se svojí manželkou ve Frankfurtu nad Mohanem.

# 1 Klinická charakteristika onemocnění

## 1.1 Definice, charakteristika

Alzheimerova choroba je jednou z nejrozšířenějších forem demence. Patří mezi neurodegenerativní onemocnění mozku, což znamená, že způsobuje poruchu nebo úpadek jeho činnosti. Dochází při ní k zániku některých mozkových buněk a ke změně látkové přeměny v mozku. Speciální bílkovina amyloid ničí neurony a jejich komunikační propojování (vážně pak schopnost propojování a zpracování informací CNS). Projevuje se poruchou tzv. kognitivních funkcí - myšlení, paměti a úsudku. V mozku dochází k postupné difúzní atrofii, která znemožňuje vykonávání běžných denních aktivit.

Nemoc má pozvolný, plíživý a nepozorovatelný nástup. Obvykle se nejprve zhorší krátkodobá paměť (operační, epizodická). Pacient není schopen do paměti uložit to, co říká jiný a smysluplně na to pak reagovat. Na základě selhávání krátkodobé paměti se pacient dostává do bezvýchodných situací při řešení i zcela běžných a banálních činností, např. 5 minut po dvanácté hodině neví, co bylo k obědu.

Častěji toto onemocnění postihuje ženy. Nástup příznaků a dalších obtíží se zejména začíná objevovat okolo šestého decennia věku člověka.

Pokud jeden z členů rodiny trpí Alzheimerovou chorobou, neznamená to ještě, že jím musíte onemocnět i vy nebo že onemocnění zdědí vaše děti. Z dosud provedených studií vyplývá, že o dědičnosti rozhoduje více než jeden genetický faktor.

### **Alzheimerova nemoc se arbitrárně dělí do dvou skupin:**

- Alzheimerova nemoc s časným začátkem (presenilní forma) u pacientů, kde se klinické příznaky dostaví před 65. rokem života.
- Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem, kde se začátek nemoci projeví v 65 a více letech života.

### **Alzheimerova choroba se vyskytuje ve dvou podobách:**

- Familiární (vrozená), je velmi vzácná.
- Sporadická (občasná) forma Alzheimerovy choroby má na svědomí 80% všech případů. Je to typické onemocnění vyššího věku.

## **1.2 Etiologie, etiopatogeneze**

Alzheimerova choroba je onemocnění, při kterém dochází k úbytku nervových buněk. V mozku postižených vznikají škodlivé bílkoviny, které se ukládají uvnitř v podobě vláken nebo v okolí nervových buněk jako tzv. amyloidové plaky. Dochází k poškození a zániku nervových buněk a jejich spojů.

Současně v mozku ubývá acetylcholin. Tuto látku potřebuje mozek k přenosu nervových vzruchů. Při nedostatku ztrácí buňky schopnost vzájemně si vyměňovat informace. To se projeví postupným zhoršováním paměťových a rozumových schopností, rozvíjí se demence.

Přesné příčiny Alzheimerovy choroby zatím neznáme. Existuje ale několik faktorů, které mohou její riziko zvyšovat, jako například:

1. **VĚK** - u lidí před 60. rokem se s nemocí setkáváme jen vzácně.
2. **POHLAVÍ** - Alzheimerova choroba postihuje o něco častěji ženy než muže. Můžou za to pravděpodobně rozdíly v hladinách hormonů.
3. **GENETICKÉ VLOHY** - na riziku vzniku Alzheimerovy choroby se podílí i genetické vybavení, které jsme získali od svých rodičů. Časně i pozdní formy nemoci mohou souviset s různými změnami v naší genetické informaci.
4. **NÍZKÝ STUPEŇ VZDĚLÁNÍ** - zdá se, že mozek "trénovaný" je vůči chorobě odolnější. Chránit Vás proto může trvalá duševní aktivita (čtení, luštění křížovek, zájem o kulturu).
5. **OPAKOVANÉ ÚRAZY HLAVY** - pro chorobu je rizikové i poškození mozku opakovanými pády nebo údery do hlavy.
6. **ALIPOPROTEIN E** - alipoprotein E je látka, kterou potřebujeme k přenosu tuků krví. Jsou to malé kuličky nesoucí ve svém středu cholesterol. Má je každý

z nás. Existuje několik druhů alipoproteinu E. Jeden z nich (ApoEε4) pravděpodobně může zvyšovat riziko Alzheimerovy choroby.

7. **VYSOKÝ KREVŇÍ TLAK, VYSOKÉ HLADINY LIPIDŮ, CUKROVKA** - v posledních letech se zjišťuje, že tyto nemoci, zvláště pokud nejsou řádně léčeny jsou rizikovými faktory pro rozvoj demencí vaskulárního typu a Alzheimerovy choroby.
8. **KOURENÍ A NEZDRAVÍ ŽIVOTNÍ STYL** - chronické kouření tabáku zvyšuje riziko rozvoje Alzheimerovy choroby.

### **1.3 Neuropatologické změny při Alzheimerově chorobě**

Hmotnost i velikost mozku se zmenšují jak v průběhu klinicky normálního stárnutí, tak v průběhu Alzheimerovy choroby. U obou stavů se rozšiřují mozkové komory. Rozdíly mezi stárnutím a Alzheimerovou chorobou, kde bývá postižení větší, jsou nápadnější hlavně u presenilních podob choroby. Doprovází je globální atrofie mozku, zatím co její podobu pozdní doprovází atrofie temporálního laloku. Čím větší je objem mozku premorbidně, tím větší je rezerva pro uchování kognitivních funkcí při postižení Alzheimerovou nemocí. Numerická atrofie neuronů v průběhu Alzheimerovy nemoci převyšuje numerickou atrofii doprovázející stárnutí v mozkové kůře, i v podkorových oblastech. Při Alzheimerově nemoci rovněž numericky atrofují cholinergní neurony bazálního telencefala, čemuž odpovídá pokles množství korové acetylcholinesterázy i cholinacetyltransferázy, aniž by míru poklesu jejich množství vysvětlovala numerická atrofie cholinergních neuronů v plném rozsahu.

Vývoj Alzheimerovy nemoci dále provázejí změny dendritických systémů včetně synapsí - tyto změny odpovídají stupni postižení kognitivních funkcí. Změny dendritických soustav jsou jak regresivní, tak progresivní. Synapse numericky atrofují, ale jejich postižení není v mozkové kůře rovnoměrné. Odlišuje se na vrcholu korových závitů od postižení v rýhách mezi nimi, čelní kůra je postižena více než kůra týlní. Mechanismus zániku neuronů v průběhu Alzheimerovy nemoci je nejasný. Mohou se na něm podílet odchylky činnosti genů skupiny Bcl-2 i jejich bílkovinných produktů spouštějících apoptózu i tvorbu neuronálních klubek i oxidativní stres.

### ***Senilní plaky***

„Senilní plaky jsou v histologických řezech okrouhlé útvary velké asi 10 – 200  $\mu\text{m}$ , které je možné znázornit řadou technik. V současnosti se rozlišuje 8 druhů senilních plak. Neurity, které obsahují, se třídí do dvou hlavních skupin.“ (Koukolník, 1998, str.55)

První typ, dystrofické neurity, se najde v průběhu klinicky normálního stárnutí lidí, ale i u jiných primátů, psů a transgenních myší a rovněž Alzheimerovy nemoci.

Druhý typ neuritů obsahuje párová spirální vlákna. Tato vlákna jsou typická pro Alzheimerovu chorobu, najdou se však i při vzácných neurodegenerativních chorobách.

### ***Amyloidová angiopatie***

„Asi v 90 % případů Alzheimerovy nemoci se prokazuje mozková amyloidová angiopatie. Není pro tuto nemoc specifická, najde se také v průběhu klinicky normálního stárnutí a Downova syndromu.“

„V podsouboru lidí s Alzheimerovou nemocí a těžkou amyloidovou angiopatií se alela ApoE4 vyskytuje přibližně v polovině případů, šestkrát častěji než ve skupině s lehkou angiopatií, bez ohledu na skutečnost, že denzita amyloidových senilních plak byla v obou skupinách stejná. Amyloidová angiopatie lidí s Alzheimerovou nemocí postihuje značně: asi třetina nemocných bývá postižena jednotlivými nebo mnohočetnými mozkovými infarkty, ischemickými změnami v bílé hmotě nebo drobnými ložisky krvácení.“ (Koukolník, 1998, str. 67)

### ***Neuronální klubka***

„Neuronální klubka (tangles) jsou synonymem pojmu Alzheimerovy změny neurofibril. V elektronově mikroskopickém obrazu jde o párová spirální vlákna s charakteristickou periodicitou. Podstatnou součástí klubek je  $\tau$ -protein, jenž je v asociaci s neuronálními mikrotubuly. V klubcích se tento protein objevuje v jednodušší izoformě a má vyšší molekulární hmotnost podmíněnou hyperfosforylací. Kromě ní se na vzniku klubek může podílet i glykozylace a ubikvitinizace.“ (Koukolník, 1998, str. 57)



### ***A-β-protein***

V jádrech senilních plak a ve stěnách tepének se při Alzheimerově nemoci ukládá amyloidový β-protein, který je tvořen 39 až 43 aminokyselinami. Vzniká z prekurzorů, jejichž souhrnný název je amyloidový prekurzorový protein, APP.

### ***Apolipoprotein E***

„Apolipoprotein E (ApoE) je protein tvořený 299 aminokyselinami. Molekulární hmotnost má 33 kDa. Je součástí několika plazmatických lipoproteinů. Gen pro ApoE je polymorfní, vyskytuje se ve třech alelách, které kódují vznik tří rozličných izoforem, ApoE2, ApoE3, ApoE4.“ (Koukolník, 1998, str.62)

### ***Glie, zánětlivé mechanismy a oxidativní stres***

„V senilních plakách se dá prokázat aktivovaná mikroglie, která se tvarově odlišuje od klidové (resting) mikroglie. V mikroglii se při Alzheimerově nemoci rovněž prokazuje vysoký počet receptorů I.třídy MHC (major histocompatibility complex), C3 a C1q složek komplementu, interleukinu-1 a feritinu. Imunitně aktivované mononukleární fagocyty mohou vylučovat potencionálně neurotoxické cytokiny. Z uvedených skutečností se soudí na možnost, že se aktivace mikroglie podílí na tvorbě senilních plak a tím na patogenezi Alzheimerovy nemoci. Kromě toho se v patogenezi Alzheimerovy nemoci může uplatňovat oxidativní stres a volné radikály.“ (Koukolník, 1998, str. 65)

### ***Genetika Alzheimerovy nemoci***

„Alzheimerova nemoc je heterogenní onemocnění. Fenotypicky se rozlišují dvě základní podoby: ranné formy (early-onset AD) a forma pozdní (late-onset AD). Ranné formy Alzheimerovy nemoci jsou podmíněny genovými poruchami na chromozomu 21 (APP, amyloid precursor protein gene), chromozomu 14 (presenilin 1 gene, PS1) a chromozomu 1 (presenilin 2 gene, PS2). Pozdní forma nemoci má souvislost s genem

pro alipoprotein E (APO-E) na 19. chromozomu, zřejmě i s mutacemi mitochondriální DNA.“ (Koukolník, 1998, str.74)

Autozomálně dominantní familiární varianty tvoří 5-15 % případů Alzheimerovy nemoci. Formy s raným začátkem se určují snadněji, protože lidé postižení familiární variantou se začátkem pozdním často umírají dříve z jiných příčin než je Alzheimerova nemoc. Je popsáno pět mutací genu pro APP, které působí Alzheimerovu nemoc, šestá mutace je příčinou jen v části případů. Důsledkem mutací je tvorba zvýšeného množství A- $\beta$ -proteinu s různou délkou řetězce. Pět procentům případů rané familiární podoby Alzheimerovy nemoci odpovídá mutace genu pro APP a 70-80% mutace PS1 a PS2. APP, PS1, PS2, a ApoE, čtyři známé genetické locusy, nevysvětlují celé genetické riziko Alzheimerovy nemoci. Z toho plyne, že musí existovat ještě locusy další.

## **1.4 Klinický obraz**

Ne všechny případy Alzheimerovy choroby mají stejné příznaky. Konkrétní projevy onemocnění jsou totiž ovlivňovány i typem osobnosti, předchozím tělesným a duševním stavem i stylem života. Specializovaní lékaři ovšem dovedou onemocnění velmi přesně diagnostikovat pomocí klinických vyšetření založených na specifických testech. Na počátku bývají nejdříve ne příliš nápadné potíže, kterých si někdy všimne spíše okolí než sám pacient.

### **První příznaky:**

- § Zhoršování paměti projevující se zapomínáním zcela nedávných událostí a jmen.
- § Problémy s vykonáváním běžných domácích úkolů.
- § Poruchy řeči a plynulého vyjadřování (zapomíná názvy některých předmětů, pojmenovává je opisem).
- § Zhoršená orientace v čase a prostoru, neschopnost vybavit si data nebo nalézt známou cestu domů.
- § Stále obtížnější rozhodování.
- § Pokles zájmu o své zaměstnání a koníčky.
- § Změny osobnosti, nálady a chování.

## **Stádia Alzheimerovy choroby:**

### **1. první stádium, mírná forma, lehká demence**

Počáteční stádium nemoci lze snadno zaměnit s procesem přirozeného stárnutí a příznaky jsou často přehlédnuty. Toto období se může vyvíjet pomalu a zcela individuálně, může trvat dva až čtyři roky.

Nemocný zapomíná a není schopen si zapamatovat nové věci. Naopak si někdy dobře vybavuje vzpomínky z mládí a rád o nich opakovaně mluví.

#### Problémy:

- § Poruchy prostorové a časové orientace např. neschopnost vybavit si nějaký den, měsíc, rok apod..
- § Snížená schopnost plynulého vyjadřování, problémy v komunikaci s lidmi.
- § Nastupující sociální izolace díky komunikační bariéře.
- § Obtížné rozhodování, bezradnost.
- § Znamky deprese, úzkosti a agresivity.
- § Ztráta zájmu o koníčky.
- § Ztráta osobnosti, sobeckost a egocentričnost.

### **2. druhé stádium, středně těžká forma demence**

S postupem času můžeme u nemocného sledovat již závažnější příznaky a problémy, které mu znemožňují vykonávat běžné denní činnosti.

Toto období trvá zcela individuálně od 2 - 20ti let. Jsou to hlavně neschopnost se soustředit a výrazné výpadky paměti. Nedovede pojmenovat známé věci, z paměti vypadávají běžná slova. Zhoršuje se schopnost číst, psát, počítat. Dále bývají poruchy soudnosti, výraznější poruchy chování, halucinace a bludy. Nemocný je již z velké části odkázán na péči okolí. Má potíže s dodržováním hygieny, nedovede se přiměřeně obléci a udržovat své věci v pořádku. V tomto období se již mohou objevovat přechodné odpolední a noční stavy zmatenosti.

### Problémy:

- § Výrazné výpadky paměti.
- § Snížená soběstačnost v základních lidských činnostech.
- § Prohlubování změn osobnosti, sobeckost, egocentričnost.
- § Problém vyjadřovacích schopností v komunikaci.
- § Bloudění, zatoulávání se.
- § Halucinace, podezřívavé chování, bludná vztahovačnost, obviňování blízkých.
- § Stav zmatenosti - deliria.

### **3. třetí stádium, těžká forma demence**

Toto období trvá zpravidla 1 - 3 roky. U nemocného se vyskytují poruchy chůze, pády, neurologické poruchy, poruchy chování - především agresivita, odpolední a noční stavy zmatenosti. Nastupují i potíže s přijímáním stravy a ve většině případů se stává inkontinentní. Nemocný je zcela závislý na cizí pomoci. Dochází k naprosté ztrátě soběstačnosti, nemocný je zcela odkázán na pečovatele.

### Problémy:

- § Nepoznání blízkých osob
- § Poruchy příjmu potravy
- § Neschopnost poznat přátelé a své blízké
- § Poruchy hybnosti, objevuje se imobilizace nemocného
- § Stav zmatenosti - deliria
- § Chování neodpovídající situaci, nechápání okolního dění
- § Ztráta soběstačnosti, zcela závisí na pečovateli

## **1.5 Průběh, Formy**

Nástup Alzheimerovy choroby je pozvolný a často nenápadný. Blízcí si u nemocného něčeho všimnou často až ve chvíli, kdy nějakým způsobem selže v běžném životě. Vše závisí i na tom, že rychlost zhoršování příznaků je u každého jiná. Od prvních příznaků do úmrtí uplyne průměrně 10 let, ale jsou zde velké individuální rozdíly.

## 1.6 Diagnostika

Projevy Alzheimerovy choroby jsou velmi podobné stárnutí. V iniciálních stádiích choroby je diagnostika velmi obtížná. Neexistuje ani vyšetření za života pacienta, které by jasně ukázalo, že nemocný skutečně trpí Alzheimerovou chorobou.

Diagnózu demence stanoví lékař (neurolog, psychiatr, geriatr) po pečlivém zvážení údajů o pacientovi a jeho současném stavu. K vyšetření je potřeba nejen vyšetření nemocného, ale i postřehy osob z jeho nejbližšího okolí. Pro diagnózu Alzheimerovy choroby se rozhoduje až po vyloučení jiných příčin demence. K hodnocení mentálního stavu se používá řady speciálních testů.

Pokud se choroba začne léčit včas, může se její průběh zlepšit a postižený tak bude moci prožít ještě spoustu šťastných chvil.

### Nejpoužívanější testy:

#### 1. **MMSE (Mini-Mental State Examination).**

Tento test prověří orientaci, paměť, pozornost, schopnost reagovat a schopnost psát (viz. příloha 1).

#### 2. **Test hodin** (viz. příloha 2)

3. **DAD dotazník** – informuje o průběhu a vývoji choroby. Do připraveného formuláře může pečující osoba zaznamenat činnosti, které je nemocný schopen bez pomoci vykonávat.

4. **HACH (Hachinskiho ischemický skór)** – hrubě orientačně slouží k rozlišení obou typů demence (viz. příloha 5).

5. **Barthelův test základních všedních činností (ADL)** (viz. příloha 3)

6. **FAQ – dotazník pro funkční hodnocení pacienta** (viz. příloha 4)

### Laboratorní vyšetření:

Součástí dalšího vyšetření je odběr krve, moči a jejich laboratorní rozbor. Zajímá nás množství krevních buněk, obsah látek v krvi, výsledky jaterních testů, vyšetření štítné žlázy a funkce ledvin.

### **Zobrazovací metody:**

Zobrazovací vyšetření nedokáže s jistotou potvrdit, že se jedná právě o Alzheimerovu chorobu. Může však v případě pochybností vyvrátit jiné příčiny demence.

#### **Počítačová tomografie (CT)**

CT nám pomocí rentgenových paprsků dokáže zobrazit celý mozek vyšetřované osoby. Na snímcích si pak lékař všímá rozměrů a jednotlivých částí. Při Alzheimerovy chorobě dochází hlavně k úbytku nervových buněk. Mozek nemocného je proto atrofický zvláště v oblasti spánkových laloků.

#### **Magnetická rezonance (MR)**

MR nám podrobněji zobrazuje mozkovou tkáň. Toto vyšetření je třeba s odstupem času opakovat, nejlépe po několika měsících a sledovat případné změny ve velikosti a struktuře mozku. Dále nám přináší informace hlavně s ohledem na vyloučení jiných patologických procesů, zvláště multiinfarktové demence, jejíž iniciální příznaky jsou v počátečních stádiích velmi podobné s Alzheimerovou chorobou.

### **Funkční metody:**

#### **Pozitronová emisní tomografie**

Vyšetření zobrazuje aktuální metabolické funkce různých oddílů mozku. Dokáže například zobrazit, kde se v mozku v dané chvíli spotřebovává nejvíce živin (glukózy). Pro Alzheimerovu chorobu může být charakteristický pokles využívání energie v některých částech mozku.

#### **Jednorázová emisní tomografie (SPECT)**

SPECT si všímá průtoku krve mozem a zásobení jeho jednotlivých oddílů. U Alzheimerovy choroby do postižených oblastí mozku přetéká méně krve a je typický menší průtok v oblasti temenní mozkové kůry.

Všechny zobrazovací metody nám umožní pouze odhalit změny mozku a jeho odchylky od normálního stavu.

Diagnózu Alzheimerovy choroby dokáže s jistotou určit až posmrtné mikroskopické vyšetření mozku nemocného. To sleduje přítomnost typických změn (amyloidových plaků a změn neurofibril) v jeho různých oblastech. Ani to ale není jednoznačné. Stejně změny jsou přítomné v malé míře i u zdravého stárnoucího mozku. Rozhodující proto je množství typických změn ve vztahu k věku.

### 1.6.1 Vyšetření pacienta s Alzheimerovou nemocí s přihlédnutím k mozkové dysfunkci

Slovo anamnéza je z řeckého *anamnesis* - *vzpomínání, rozpomínání*. Starý člověk si často vzpomíná, ale někdy také nevzpomíná a zapomíná.

Změny paměti ve stáří patří k nejaktuálnějším a nejzásadnějším projevům, které mohou značně ovlivnit život člověka v tomto věkovém období. Dochází ke změnám v sensorické paměti, která ovlivňuje pozdější zapamatování a pozdější znovuvybavení. Snižuje se kapacita primární paměti, což znamená, že člověk si obtížněji zapamatovává a musí vynaložit více úsilí na zapamatování. K typickým změnám paměti ve stáří patří změny **epizodické paměti**. To znamená, že si starší člověk hůře pamatuje, kde si co uložil, za co včera zaplatil apod. Naproti tomu se poměrně dobře uchovává kvalita **dlouhodobé i sémantické paměti**. Proto dochází k situacím, že si starý člověk dokáže do poměrně velkých podrobností vybavit dávno prožité situace, ale nepamatuje si, co se stalo včera. Paměť a kvalita paměti ve stáří má pro člověka velký význam, protože má vliv na celkovou adaptaci na řadu změn v tomto věkovém období a současně je předpokladem pro uchování vlastní integrity.

Anamnéza u pacienta s Alzheimerovou nemocí je proces na pokračování, neustále se musí doplňovat a zdokonalovat. Musí být především systematická, cílená a aktivní. Předpokladem pro úspěšné sbírání dat o klientovi s mozkovou dysfunkcí je trpělivost a spolupráce s rodinou i blízkými. V neposlední řadě musíme zhodnotit validitu získaných informací.

Ošetřovatelské diagnózy stanovujeme dle priorit a aktuálních potřeb klienta, postupně přidáváme další, vyplývající z pozorování a upřesňování anamnestických dat. Důraz klademe na reálnost stanovovaných cílů a do realizace zapojíme všechny členy zdravotnického týmu.

## 1.7 Terapie

Vzhledem k tomu, že dosud stále ještě nejsou přesně známy příčiny Alzheimerovy choroby, neexistuje ani možnost její příčinné léčby a tedy úplného vyléčení. Vhodně zvolenou a včas zahájenou léčbou však umíme velmi významně oddálit propuknutí nemoci v plné síle. Vhodně zvolená léčba zmírňuje nebo odstraňuje její příznaky a zlepšuje kvalitu života postižených. Tato léčba by měla být složena z léčby farmaky, z rehabilitace, terapie všech přidružených tělesných onemocnění, ze socioterapie a psychoterapie, především nácvik kognitivních funkcí a sociálních dovedností (trénování paměti a základních aktivit všedního dne).

### **Farmakoterapie:**

Základem léčby jsou:

- § Léky nové generace - patří sem **inhibitory acetylcholinesterázy**. Tyto léky mají schopnost obnovit v mozku potřebnou rovnováhu koncentrace neurotransmiteru acetylcholinu, která při Alzheimerově chorobě klesá v důsledku úbytku neuronů. Acetylcholin je neurotransmitter (přenašeč nervových signálů), který se podílí na celé řadě nervových procesů a především pak na paměťových schopnostech. Tyto léky se používají při léčbě především lehkých až středně těžkých forem demence. Tato léčba je velmi nákladná a nemocní si za léky hradí vysoké doplatky.

V průběhu Alzheimerovy choroby se mohou objevovat i další příznaky. Jsou to nespavost, deprese, neklid ale i agresivita. Tyto příznaky lze úspěšně zmírnit nebo zcela odstranit pomocí následujících skupin léků:

- § **Neuroleptika** - zmírňují a odstraňují agresivitu, neklid, vzrušenost
- § **Antidepresiva** - potlačují příznaky deprese
- § **Hypnotika** - léčí poruchy spánku
- § **Anxiolitika** - tlumí úzkost



### **Nebiologická forma léčby:**

Představují ji především různé aktivizační (zvyšující činnost), reedukační (napravující porušené funkce) a rehabilitační metody. Důležité je nenechat pacienta v nečinnosti. Mluvte s ním, zpívejte, hrajte společenské hry a nacvičujte základní dovednosti. Především procvičujte to, co je pacient schopen ještě zvládnout sám.

### **Další možnosti aktivizace:**

**"Pet terapie"** - léčba pomocí zvířat. Péče o zvíře má pro pacienty citový přínos a zároveň podporuje i jejich poznávací funkce. Podmínkou ovšem je, že pacient musí být schopen se o zvíře postarat.

**Arteterapie** - léčba pomocí výtvarné tvorby

**Terapie orientovaná na realitu**

**Terapie valorizační** - zaměřená na usnadnění komunikace s vlastním utrpením a lepší pochopení choroby samotné.

Je třeba mít na mysli, že slova nejsou jediným prostředkem komunikace.

Člověk, který o pacienta pečuje, by neměl očekávat zásadní zlepšení stavu. I zachování stávajících dovedností je úspěchem.

**Ergoterapie** - léčba prací, pracovní terapie

**Fyzioterapie** - zdravotnické činnosti zaměřené na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybového aparátu

**Muzikoterapie** - cílené využívání zvuků a hudby k terapeutickým účelům

**Sociální intervence, psycholog, psychoterapie, pohybový režim, dietoterapie**

### **Co mozku prospívá:**

§ Učení se novým věcem. Ideální je učit se pracovat s počítačem. Výhodné je najít nemocnému zajímavé odkazy na galerie a obrazárny, protože těmto pacientům pomáhá dívat se na obrázky,

§ četba,

§ cestování,

§ pěší turistika,

§ křížovky.

### Co mozku neprospívá:

- § Nečinnost,
- § deprese - při trvalém smutku se činnost mozku utlumí,
- § alkohol - způsobuje ve větším množství akutní i chronické poruchy paměti a poruchy dalších funkcí mozku, ničí spojení mezi nervovými buňkami.

**Prognóza choroby** - Alzheimerova choroba je 4. až 5. nejčastější základní příčinou smrti. Její průběh je plynule progredientní, délka trvání od objevení se prvních příznaků až ke smrti je přibližně 3-15 let.

## **1.8 Omezovací prostředky**

Velmi citlivou otázkou je používání omezovacích prostředků, a to jak mechanických, tak farmakologických u nemocných postižených demencí. Tito pacienti nesetrvávají na nemocničním lůžku a potřebují zvláštní režim, který je přizpůsoben jejich potřebám. To je bohužel často nad rámec porozumění, vstřícnosti a nakonec i možností našich běžných nemocničních oddělení. Zatímco skutečnost, že pacient s demencí prochodí a naplní různými vcelku nikoli smysluplnými činnostmi převážnou část dne i noci, považují ti, kteří se o pacienty s demencí běžně starají a mají s ní zkušenosti včetně rodinných příslušníků, za projev normálního průběhu tohoto onemocnění. Nemocniční oddělení jsou touto skutečností vesměs zaskočena a považují ji za cosi nenormálního, za jakousi „komplikaci“ stavu. Normální a správnou reakcí na tento stav je uspořádání pacientova režimu tak, aby se zabýval různými činnostmi během dne, aby v důsledku toho nespál v průběhu dne a pravděpodobně tak bude spíše spát v noci. Teprve tehdy, když nespí ani po dni naplněném činnostmi, je možné uvažovat o určitém farmakologickém řešení, dříve nikoli. Od pacienta s demencí, který prospal celý den či podstatnou část dne na lůžku, nelze racionálně očekávat, že bude spát v noci.

Pacienti s demencí uměle upoutaní na lůžko dostávají na noc haloperidol či jiná klasická neuroleptika a to jen proto, aby nerušili ošetřující personál. Pacienti s demencí, kteří jsou schopni být kontinentními při správném a důsledném mikčném režimu, jsou v důsledku jeho neexistence zacévkováni a tím i připoutáni k lůžku. Pacienti, kteří jsou

schopni přijímat stravu a tekutiny přirozenou cestou, ale v rámci nedostatečné péče tato cesta využita nebyla, jsou v důsledku zejména dehydratace připoutáni na lůžko, aby jim „mohla být aplikována výživa“ (často jen roztoky glukózy a elektrolytů)...

- § veškeré omezovací prostředky, je možné použít až poté, co byla vyčerpána veškerá jiná opatření a nelze se bez nich obejít vzhledem ke zdravotnímu stavu či bezpečnosti pacienta a bezpečnosti jeho okolí
- § musejí být použity jen v nezbytné míře a nezbytnou dobu
- § nesmějí se jimi nahrazovat zejména nedostatky v ošetrovatelské péči, nedostatek personálu nebo neznalost potřeby přirozeného režimu pro tyto pacienty.
- § v žádném případě nesmějí být vyjádřením trestu či převahy ošetřujícího personálu
- § použití omezovacích prostředků musí být předepsáno či schváleno lékařem, musí být řádně zaznamenáno a zdůvodněno.
- § je bezpodmínečně nutné, aby byl nemocný trvale pod dohledem
- § bez předchozího souhlasu lékaře lze omezující prostředky (mechanické, farmakologické) použít pouze v urgentní situaci přímého ohrožení zdraví pacienta či bezpečnosti jeho a jeho okolí.

## 2 Sociální služby a možnost užití příspěvku na péči

Systém sociálních služeb v České Republice je upraven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s Vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Sociální služby nabízejí pomoc a podporu lidem, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci a zaručuje jim zachování lidské důstojnosti, ctí individuální lidské potřeby a posiluje schopnost sociálního začleňování jednotlivce do společnosti v jeho přirozeném sociálním prostředí.

### **Zákon o sociálních službách nám nabízí následující:**

- § Každému člověku garantuje bezplatné poradenství.
- § Nabízí pestrou nabídku sociálních služeb, které si může každý svobodně vybrat, dle svých finančních možností a individuálních preferencí.
- § Lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby, je poskytována sociální dávka - **příspěvek na péči**.
- § Garance toho, že poskytnuté služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené potřebám dané osoby.

### **Členění sociálních služeb**

**Sociální poradenství** - je obvykle specializované pro určitou cílovou skupinu či situaci, přičemž základní poradenství je nedílnou složkou všech sociálních služeb. Na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení má nárok každá osoba.

**Služby sociální péče** - zahrnují služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat lidem základní životní potřeby, které nemohou být zajištěny bez péče a pomoci jiné osoby.

**Služby sociální prevence** - tyto služby slouží zejména k předcházení sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy sociálně negativními vlivy.

### **Dělení sociálních služeb podle místa kde jsou poskytována:**

**Terénní služby**, jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Příkladem může být třeba pečovatelská služba nebo osobní asistence.

Za **ambulantními službami** člověk musí docházet do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny, denní stacionáře nebo kontaktní centra.

Mezi poslední patří **pobytové služby**, které jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života opravdu žije celoročně. Jedná se především o domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením.

Důležitým principem této péče je možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných blízkých osob.

## **2.1 Příspěvek na péči**

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupni závislosti.

Příjemcem příspěvku je oprávněná osoba. Namísto oprávněné osoby je příjemcem příspěvku zákonný zástupce, nebo jiná fyzická osoba, které byla nezletilá oprávněná osoba svěřena do péče na základě rozhodnutí příslušného orgánu.

Řízení o příspěvku na péči je zahájeno dnem podání žádosti na obecním úřadu obce s rozšířenou působností. Následuje proces, kdy dochází k posouzení stupně závislosti:

- § sociální pracovník provede šetření v prostředí, kde žadatel žije
- § dále se žádostí zabývá posudkový lékař Úřadu práce (v místě bydliště)
- § míra závislosti je hodnocena podle 36 kritérií (viz.příloha č. 6 )
- § stupeň závislosti je určován počtem úkonů, které člověk samostatně nezvládne.

Pokud se žadatel odmítne podrobit některé z výše uvedených procedur, ztrácí možnost získat příspěvek.

Konečné rozhodnutí vydá obecní úřad obce s rozšířenou působností. Rozhodnutí je doručeno žadateli a v případě, že je kladné, je žadatel povinen obecnímu úřadu do 15 dnů písemně ohlásit jakým způsobem mu bude péče zajištěna, pokud tak již neučinil při podání žádosti. Tento způsob péče může být různě kombinován.

Poskytuje-li oprávněné osobě pomoc osoba blízká, nebo jiná fyzická osoba, která s oprávněnou osobou žije v domácnosti, obecní úřad s rozšířenou působností vydá těmto osobám na jejich žádost bezplatně písemné potvrzení potvrzující dobu této péče pro účely zdravotního a důchodového pojištění. Nároky pečujících osob vyplývající ze systému důchodového a zdravotního pojištění vznikají pokud budou pečovat o osobu alespoň ve druhém stupni závislosti

Příspěvek je možné příjemci vyplácet poštovní poukázkou nebo bezhotovostní na účet, který určí.

Příspěvek může být přiznán a vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení.

Obecní úřad s rozšířenou působností kontroluje, zda je příspěvek využíván na zajištění pomoci a zda osobě, které byl příspěvek přiznán, je poskytována pomoc odpovídající stanovenému stupni závislosti. Zaměstnanci obce jsou tedy oprávněni vstupovat do obydlí za účelem kontroly využívání příspěvku.

#### **Stupně závislosti a výše příspěvku na péči u osob nad 18 let:**

I. stupeň (lehká závislost)	- 2.000,- Kč
II. stupeň (středně těžká závislost)	- 5.000,- Kč
III. stupeň (těžká závislost)	- 9.000,- Kč
IV. stupeň (úplná závislost)	- 11.000,- Kč

### **3 Alzheimerova choroba v prostředí domova**

Asi každý kdo pečuje o takto nemocné si klade otázku, jak nejlépe mu mohu pomoci, co pro něj mohu udělat. Existuje snadná odpověď. Pomáhejte mu dělat věci, které nedovede dělat sám, ale nikdy je za něj nedělejte úplně. Jen tak se vám povede zachovat určitý stupeň soběstačnosti, který je velmi podstatný pro další spolupráci! Vždy je třeba mít na paměti, že se jedná o dospělého člověka.

Péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí je pro pečující, nejčastěji tedy pro rodinu velmi složitá nejen po stránce fyzické, ale jde také o neustálou psychickou zátěž.

Pacient se v tomto prostředí cítí bezpečně, nedochází u něj k žádným psychickým deprivacím a je neustále v kontaktu s rodinou. Každý, kdo se rozhodne o tyto nemocné pečovat by se měl nejprve s onemocněním seznámit, protože problematika péče je velmi složitá. Mezi pár hlavních bodů, na které by se měla pečující osoba zaměřit bych zařadila - nutnost věnovat se správnému způsobu komunikace, zajištění bezpečí a orientovanosti po bytě, dále také uvědomit si, že ne vždy v pokročilých stádiích onemocnění můžeme nechat milovanou osobu o samotě a také bychom si měli ve správný čas umět přiznat fakt, kdy už péči sami nezvládneme. V takové chvíli je třeba umístit nemocného do institucionální péče.

#### **3.1 Jak správně komunikovat s klientem s demencí**

Jádro každého vztahu, ať už jde o vztah obchodní, rodičovský nebo pečovatelský je založeno na vzájemné komunikaci obou stran.

Alzheimerova choroba nám vážně ovlivňuje komunikaci na všech úrovních, a tím ovlivňuje i vztah mezi postiženou osobou a pečovatelem. Tím, jak se u postižené osoby ztrácí schopnost komunikovat, mají často rodinní příslušníci pocit, že se ztrácí i sám vztah. Dochází vlastně ke ztrátě člověka i přesto, že s nimi nadále žije. Často právě tento komunikační problém tvoří překážku k vytvoření nového fungujících vztahu mezi pečovatelem a jeho svěřencem. Ten se pak může cítit izolovaně a opuštěně. Jednou totiž přijde den, kdy zjistíte, že už se spolu nejste schopni vůbec domluvit a porozumět si.

Vzhledem k tomu, že kvalita života postižené osoby a osoby o ni pečující závisí na jejich vzájemném vztahu, je důležité, aby v průběhu nemoci byla udržována co možná nejlepší komunikace. K tomu, aby jí bylo dosaženo musí pečovatel porozumět povaze komunikační bariéry, kterou může demence vyvolat.

Komunikace není pouze výměna slov, jde hlavně o schopnost naladění se na stejnou vlnu. Cílem celkové komunikace by mělo být udržení kognitivních funkcí a dosažení maximální orientace nemocného a jeho soběstačnosti. Dále vytvořit a udržet partnerství.

### **3.1.1 Začátek komunikace**

Na začátku komunikace je třeba pokusit se posoudit duševní stav a stav paměti pacienta. Sledovat stav jeho vědomí a projevy chápání. Reorientovat nemocného místně, časově i osobnostně.

Osoba, která má špatnou paměť nebo žádnou paměť nemá, která nedokáže komplikované situace analyzovat a pochopit, je závislá na jiných lidech nejen fyzicky, ale i emocionálně.

Jakékoliv sdělení, které osobě skýtá prostředí, bude pravděpodobně chápáno zcela bezprostředně a to pak bude určovat, jak se osoba cítí a co si myslí o sobě i o situaci, ve které se nachází. Jestliže sdělení budí dojem, že je osoba milována, respektována a v bezpečí, bude se tak pravděpodobně i cítit. Pokud je zpráva vnímána jako znepokojivá nebo provokativní, bude se osoba nejspíš cítit nepříjemně nebo bude podrážděná. Pro každou osobu s poruchou paměti je každé setkání novým zážitkem.

Věci budou od samého začátku probíhat snadněji, když bude osoba s kognitivní poruchou vědět, že vy a ona plujete na jedné lodi, že vám může důvěřovat, že si jí vážíte a že jí budete vždy nápomocni. I přesto, že se může zdát nastolit toto spojení téměř nemožné, je to snazší, než byste předpokládali. Přístup „jdeme v tom spolu“ je účinným spojením proti jakékoliv nepřízni osudu. Každou potenciálně nepříznivou situaci lze vyznačit jako trojúhelník se třemi prvky: klient, problém, pečovatel. Jestliže se jeden (ať už klient nebo pečovatel) z nás spojí s problémem proti druhému, bude mít výhodu dva ku jedné. To může ohrozit vztah a vyvolat hádku. Je třeba se postavit k problému společně, aby pro oba byl výhra. To nás spojí, abychom vytvořili tým, který bude čelit problému společně. To nás posílí.



Další důležitý prvek pěstování vztahu spočívá v udržení dialogu mezi osobou a pečovatelem. Vyžaduje to velkou odvahu, hlavně od rodinných příslušníků. V ideálním případě začíná komunikace již při prvním rozpoznání obtíží a pokračuje po celou dobu průběhu nemoci. Obzvláště nesnadné je rozhodování, zda dotyčnému říci či neříci, že má Alzheimerovu nemoc. Při tomto rozhodování by měla rodina vyhledat odbornou poradenskou pomoc.

### **3.1.2 Obecné a praktické rady ke komunikaci**

- Ø Ke klientovi s demencí přistupujte vždy otevřeně, přátelsky a laskavě. A to i v případech, kdy situace je naléhavá nebo jste rozčileni. Pokud pocítujete úzkost nebo určité napětí, přenesete se to i na klienta.
- Ø Kdykoliv budete s postiženým hovořit nebo mu naslouchat, dívejte se mu do očí.
- Ø Na začátku rozhovoru oslovte klienta vždy jménem, čímž se ujistíte, že vám věnuje pozornost.
- Ø Ověřte si, že věnujete probíhajícímu rozhovoru nebo úkolu veškerou pozornost.
- Ø Jestliže vám nemocný nepodá jasný důkaz, že si pamatuje, kdo jste, že vás vnímá ve správných souvislostech, nespolehejte na to, že vás poznává. Nejlepší je pokaždé, když se setkáváte, představit se a naznačit dalšími prostředky, kdo jste. Ke svému jménu můžete navíc připojit i vztah k němu, cíl své návštěvy a jak je to dlouho, co jste se viděli naposledy.
- Ø Mluvte pomalu, ale klienta „neznevažujte“.
- Ø Sledujte, zda se nemocnému nezhoršuje zrak nebo sluch, pokud ano, vyhledejte lékařskou pomoc.
- Ø Hovořte na postiženého dostatečně pomalu a zřetelně vyslovujte. Používejte hojně řeč těla, např. jemný dotyk, držení za ruku, ale ne dříve než se ujistíte, že máte jeho svolení proniknout do jeho osobního prostoru. Někteří lidé si více chrání svou soukromou sféru a cítili by jako urážku, kdybyste do ní náhle vstoupili.
- Ø Pokud se nacházíte v místnosti, kde hraje rádio nebo televizor, raději jej vypněte, aby váš hlas byl dobře slyšet.

- Ø Nešetřete nikdy úsměvem ani přátelskými gesty. Tím pacienta uklidníte a usnadníte mu pro něj tolik obtížnou komunikaci.
- Ø Důležité věci třeba několikrát opakujte a pokuste se podstatu svého sdělení vyjádřit co nejjednodušším způsobem.
- Ø Jestliže nemocný reaguje negativně nebo je nervózní, nezačínejte spor a vyhněte se domluvám. Místo toho se k vyjádřeným citům stavte s účastí a klidně osobu směřujte na pohodlné místo nebo k činnosti, jež ho uklidní. Je důležité aby vás osoba nechápala jako protivníka, ale spíše jako zdroj pohody a bezpečí. Jestliže se váš pokus mívá účinkem, klidně odveďte osobu k někomu, koho bude vnímat jako ochránce. Tento přístup vyžaduje týmovou práci.

### **3.2 Zajištění bezpečí a úprava prostředí**

„Poškozená paměť, chybný úsudek, nekontrolovaná energie, to vše způsobuje, že se pacient s Alzheimerovou chorobou chová tak, že je to někdy nebezpečné.

Prostředí domova, které má podporovat normální život, je plné potenciálních rizik. Elektrické a plynové spotřebiče, nářadí a chemikálie používané v domácnosti mohou spustit známé vzorce chování, které jsou však nebezpečné pro osobu s problémy úsudku týkajícího se bezpečnosti.“ (Zgola, 1999, str. 141-142)

V domácím prostředí je nutno věnovat velkou pozornost tomu, aby si klient nezpůsobil úraz a je tedy třeba nastolit nezbytně nutné změny prostředí. Nemusejí to být změny velké a nemusíme pozamykat všechny věci, které se nám budou zdát nebezpečné. Takové drastické změny by měly opačný vliv a mohli by ho rozrušit a zmást do té míry, že by už své okolí nepoznával a považoval je za cizí. Změny je třeba provádět postupně.

#### **3.2.1 Intervence k zajištění bezpečí**

- Ø Sleduj stavy ospalosti, zmatenosti, obluženosti klienta a zavčas odstraň z dosahu předměty, které mohou být zdrojem poškození.
- Ø Zvyš ochranná opatření (např. zábrany proti pádu. Pády často končí úrazy měkkých tkání a kostí).

- Ø Při úrazu je klient ohrožen hypotermií a dehydratací, v poúrazovém období zejména imobilizačním syndromem a jeho následky.
- Ø Riziková místa v bytě jsou především schodiště, koupelna, WC, lůžko a nevhodné podlahové krytiny.
- Ø Udržuj orientovanost klienta v prostředí, vybavení a stimulaci prostředí ve kterém postižený žije.
- Ø Kontroluj užívání léků dle ordinace lékaře.
- Ø Zabezpečení bytu.

### 3.2.2 Zajištění orientovanosti klienta, úprava prostředí

- Ø nástěnné hodiny v bytě, nástěnné kalendáře, směrovky po bytě, např. kde je WC
- Ø vybavení klienta jmenovkou pro případ odchodu z domova
- Ø upozornění policie a ostatních orgánů- linka bezpečí v místě bydliště
- Ø pozor na možný pád z okna v důsledku nevhodných okenních a dveřních úchytů
- Ø zabezpečení plynu, elektřiny a vody...
- Ø pro bezpečnost je vhodné ponechat svítit i v noci malé tlumené světlo
- Ø včasné umístění klienta dle vývoje stavu do zdravotnického zařízení, stacionáře, léčebny...

(Juřeníková a kol., 2001, str.157)

### 3.3 Kdy už nenechávat nemocného o samotě

V případě, že schopnost pacienta myslet a vykonávat každodenní aktivity pokročí do takového stádia, že je ohrožena jeho soběstačnost, pak je třeba řešit rozhodnutí, zda je na místě nechat pacienta zcela samotného doma.

Pro lepší posouzení stavu pacienta, si lze odpovědět na následující otázky a pakliže alespoň na jednu z nich máte kladnou odpověď, pak je na čase vysvětlit pacientovi, že v jeho vlastním zájmu bude, když nebude žít osaměle. Je schopen sám pravidelně užívat léky? Vychází sám do ulic a vystavuje se tak riziku, že se ztratí nebo ho něco zraní? Zapomíná vypnout plyn nebo nechává jídlo na sporáku?

Pakliže usoudíte, že pacient opravdu není schopný být sám, tak se setkáte pochopitelně s velkým odporem. Nebude chtít opustit svůj domov, sousedy a hlavně své věci!

Rozhodnete-li se přestěhovat si ho do vašeho bytu, může to být nebezpečná volba. Tím že mu vezmete prostředí jemu blízké ho zbavíte záchytných bodů, na kterých leží celý jeho život a vytvoříte mu zmatek a nejistotu. Pokud se vám ale jiná možnost nenabízí, nemusíte se nechat odradit. Paměť člověka s Alzheimerovou chorobou bývá krátká a tudíž, bohužel, nebude velmi brzy poznávat ani svůj nový domov.

Další možností, jak se o svého blízkého postarat je sehnat mu společníka/společnici. Pokud si tuto službu můžete dovolit je to velmi dobré řešení. Společník zajistí péči v době, kdy se vám to nehodí. Mohou se ale vyskytnout také negativní reakce pacienta na cizí osobu a dojít k prohloubení nedůvěřivosti.

Domácí a pečovatelská služba je zajištěna sociální pracovníci, která zajistí pomoc pacientovi při běžných každodenních aktivitách. Hlavní myšlenkou domácí péče je, že pro nemocného ztrácející schopnost postarat se sám o sebe je i v tomto složitém období výhodnější, zůstane li ve svém prostředí. Hlavně se tomu tak uplatňuje v časných fázích onemocnění, kdy je nemocný ještě z části soběstačný a není tedy nutná trvalá přítomnost druhé osoby.

### **3.4 Problematika osobní hygieny a oblékání**

Při péči o hygienu je dobré nastolit ji jako běžnou rutinní záležitost. Pacienta v ní podporovat a v pozdějších stádiích onemocnění, kdy bude mít tendence k zapomínání, odmítání a nebude schopen si vybavit jednotlivou posloupnost kroků je třeba zapojit se do péče a dopomoci.

Pozornost bychom měli věnovat hlavně tomu, aby koupání bylo klidnou, odpočinkovou a příjemnou záležitostí, jak jen to je možné. Pokud je pacient soběstačný, měl by si poradit s hygienou sám.

Postupem času má nemocný větší problémy s vykonáváním každodenních aktivit a přestane být schopen se sám oblékat a svlékat. Přestane si uvědomovat nutnost měnit si prádlo, chodit čistý a upravený. V tomto případě je třeba věnovat pozornost tomu, aby prádlo které nosí, bylo nejen pohodlné, ale aby mělo jednoduché zapínání. Když se

svlékne, připravte mu jednotlivé části oděvu přehledně a v tom pořadí jak si je bude oblékat. Pacienta je třeba motivovat v tom, aby se oblékal sám, tak dlouho jak jen je to možné. Nezapomínejte na boty, které by se měli dát snadno obléci a mít protiskluzovou podrážku.

**Péče o celkový tělesný stav** u nemocných s demencí je zaměřena nejen na hydrataci a výživu, ale i korekci smyslových vad, protože smyslová deprivace zhoršuje celkový stav. Dále je třeba dodržovat přesnou farmakologickou terapii, omezit stres a jíst vyváženou stravu.

### **3.5 Co dělat při poruchách spánku**

U takto nemocných se často objevuje tzv. „reverzní charakter spánku“ což znamená, že je většinu noci vzhůru a pak naopak většinu dne prospí. Dále se také může objevit časté buzení se v noci za účelem jídla.

Potíže se spánkem se vyskytují velmi často a pro pečovatele jsou nesnadné. Večer také nespí a přes den na nich závisí celá péče o pacienta.

Jakmile se objeví tyto potíže, je třeba povzbuzovat pacienta k co největší aktivitě během dne a to bez ohledu na to, o jakou aktivitu se jedná (může to být např. chůze, úklid atd.).

V žádném případě nepodporujte spánek po obědě a pokuste se, aby nemocný chodil spát vždy ve stejnou dobu. Před spaním nedávejte nemocnému pít příliš mnoho tekutin a stravu s vysokým obsahem kalorií, která by nadměrně zvýšila aktivitu a rušila od spánku. Také je možným způsobem řešení požádat lékaře o předepsání vhodných léků.

### **3.6 Klinický stav nemocného, kdy je už nezbytná institucionální péče**

Jednou přijde okamžik, kdy už nebudete schopni se sami o pacienta postarat a zajistit mu kvalitní péči. Budete muset začít uvažovat nad umístěním do domova s ošetrovatelskou péčí nebo do nemocnice. Ten správný okamžik nelze odhadnout a je zcela individuální, kdy tak učiníme. Je to zcela na vás a na vaší schopnosti celou situaci ještě zvládat a udržet pod kontrolou.

Domov je pro pacienta neideálnějším místem, jež mu umožní co nejméně se vzdalovat od reality a udržet svou soběstačnost tak dlouho, jak jen je to možné. Domov je jediné místo, kde se cítí v bezpečí a po boku milovaných osob.

Jestliže ale potřeby nemocného překročí všechny možnosti rodiny a pečujících, bude nejlepší, zvolit dům s pečovatelskou službou nebo jiné podobné zařízení. Domov s pečovatelskou službou je nejlepším řešením pokud se cítíte natolik vyčerpáni, že nezvládnete péči o pacienta zajistit sami. Nemocnici je třeba zvolit v případě závažnějších problémů, které nelze zvládnout doma pod dohledem lékaře. Jedná se hlavně o dlouhodobou duševní zmatenost projevující se halucinacemi, močovou infekci, potřebu umělé výživy, zánět plic apod..

Rozhodování je to těžké. Po všech těch dnech starostlivé a těžké čtyřiašedesátihodinové péče najednou ale zjistíte, že se vám určitým způsobem i ulevilo. Nepřipouštějte si jakýkoliv pocit viny, protože jste věnovali nemocnému obrovské množství času a toto rozhodnutí činíte jak v jeho zájmu, tak i v zájmu celé vaší rodiny

## II Praktická část

### 4 Průzkum u pacientů s diagnózou Alzheimerova choroba

V období od 3. 2. 2007 – 31. 5. 2007 jsem docházela na pravidelné stáže na Psychiatrickou kliniku 1. LF UK a VFN v Praze na gerontopsychiatrické oddělení. Z celkového počtu hospitalizovaných v tomto období trpělo diagnózou Alzheimerova choroba 30% nemocných. Mezi těmito nemocnými jsem si vytvořila malý průzkum, ve kterém jsem se zaměřila na:

1. VĚK
2. POHLAVÍ
3. VĚK OBJEVENÍ PRVNÍCH PŘÍZNAKŮ DLE ANAMNÉZY
4. TESTY - MMSE, FAG, ADL
5. SPOLUPRÁCI S RODINOU – zhodnocení

Zhotovila jsem si velmi stručný a jednoduchý dotazník ( viz. příloha), který jsem postupně s pacienty vyplnila. Získané informace a výsledky jsou pouze orientační, protože počet dotazovaných respondentů je velmi nízký.

Celkový počet dotazovaných nemocných s diagnózou Alzheimerova choroba byl 25, z toho 40 % mužů a 60 % žen.

Průměrný věk dotazovaných oslovených nemocných byl u mužů 76 let a u žen 73 let.

Dle anamnézy průměrný věk, kdy se objevily prvních příznaky byl u mužů 69 let a u žen 67 let.

Po vyplnění testu Mini Mental State Examination (MMSE) jsem došla k přibližnému výsledku, že z celkového počtu dotázaných 25 nemocných trpí 60% postižením středního až mírně těžkého stupně a 40% postižením těžkého stupně.

Dále jsem s dotazovanými vyplnila dotazník pro funkční hodnocení pacienta (FAG) z kterého mi ve velké převaze 88 % vyšlo, že funkční postižení svědčí pro onemocnění demenci.

Při vyhodnocení informací z Barthelova testu základních všedních činností (ADL) jsem došla z závěru, že mezi ženami 76% trpí závislostí středního stupně a 24% závislostí vysokou. U mužů byly výsledky velmi podobné, 84% trpí závislostí středního stupně a z cca 16% jsou vysoce závislími.

Na závěr svého průzkumu jsem se věnovala snaze zhodnotit spolupráci mezi nemocným a rodinou. K získání těchto informací jsem použila zdravotnickou dokumentaci nemocných, denní poznatky ošetrovatelského personálu a informace ze strany lékařů.

Po vyhodnocení mi vyšlo, že 64% nemocných s diagnózou Alzheimerova choroba má pravidelné návštěvy, rodina jeví zájem o zdravotní stav nemocného a zajímají se o jeho následnou péči a mají zájem na tom, aby se pacient vrátil do domácího prostředí. 28% pacientů má občasné návštěvy, rodina sice jeví zájem o pacienta, ale předpokládá se jeho umístění do ústavu k trvalému pobytu. U 8% dotázaných rodina nejeví zájem o nemocného a předpokládá se u něj následné umístění do sanatoria.

Na tomto malém vzorku dotázaných, se mi z literatury potvrdilo, že ženy trpí diagnózou Alzheimerova choroba častěji než muži. Průměrný věk objevení příznaků je u žen 73 let a u mužů 76 let. Tyto poznatky jsme si ověřila i ve většině mnou uvedené literatury.

Je zajímavé, že poměrně vysoké procento lidí ztrácí zájem o své rodinné příslušníky trpící demencí.

**Zdroj informací:** zdravotnická dokumentace, lékař, rodina, personál zdravotnického zařízení, mé osobní poznatky.

Zde jsou přehledně uvedené výsledky dotazníků:

**Tabulka 1 - Věk – průměr po vyhodnocení**

<b>ŽENY</b>	<b>73 let</b>
<b>MUŽI</b>	<b>76 let</b>



**Tabulka 2 - Pohlaví**

<b>ŽENA</b>	<b>15 (60%)</b>
<b>MUŽ</b>	<b>10 (40%)</b>

**Tabulka 3 - Průměrný věk objevení prvních příznaků**

<b>ŽENY</b>	<b>67</b>
<b>MUŽI</b>	<b>69</b>

**Tabulka 4 - Test MMSE**

<b>Střední až mírné postižení</b>	<b>15 (60%)</b>
<b>Těžké postižení</b>	<b>10 (40%)</b>

**Tabulka 5 - FAQ**

<b>Funkční postižení svědčí pro demenci</b>	<b>22 (88%)</b>
<b>Výsledek ještě v normě</b>	<b>3 (12%)</b>

**Tabulka 6 - ADL**

	<b>ŽENY</b>	<b>MUŽI</b>
<b>STŘEDNÍ ZÁVISLOST</b>	<b>19 (76%)</b>	<b>21 (84%)</b>
<b>VYSOKÁ ZÁVISLOST</b>	<b>6 (24%)</b>	<b>4 (16%)</b>

**Tabulka 7 - Spolupráce s rodinou**

<b>Pravidelné návštěvy, rodina jeví zájem, zájem o návrat do domácího prostředí</b>	<b>16(64%)</b>
<b>Občasné návštěvy, rodina jeví zájem, předpokládá se umístění do ústavu</b>	<b>7(28%)</b>
<b>Rodina nejeví zájem o pacienta, předpokládá se umístění do ústavu</b>	<b>2(8%)</b>

## 5 Posouzení stavu pacienta

K sestavení praktické části práce jsem si vybrala pacientku, která byla přijata do psychiatrické léčebny 1. LF UK a VFN v Praze na gerontopsychiatrické oddělení v době mé praxe na tomto oddělení. Zvolila jsem si ji z důvodu již předem ambulantně stanovené diagnózy Alzheimerova choroba.

### 5.1 Identifikační údaje

INICIÁLY - H. B.

POHLAVÍ - žena

NAROZENÁ - 1934      VĚK - 74 let

ZAMĚSTNÁNÍ - dříve pracovala jako úřednice, skladní - administrativní práce, nyní v důchodu

STAV - vdova 22 let

PŘIJAT - 22. 3. 2007

POČET DNŮ HOSPITALIZACE - 55 dnů

VZTAH K ZAŘÍZENÍ - hospitalizace

ODDĚLENÍ - gerontopsychiatrie

NEJBLIŽŠÍ OSOBA - dcera

#### FYZICKÝ STAV PŘI PŘIJETÍ

- BMI - 31,9 (obezita)
- TK - 130/60 torrů
- P - 72 /min (pravidelný)
- TT - 36,6 °C
- D - 18 /min (pravidelný)
- Míra - 165 cm
- Váha - 87 kg

## 5.2 Anamnestické údaje

**Důvod přijetí:** Dne 22. 8. 2007 byla pacientka přijata pro zhoršení chování při Alzheimerově chorobě. Ambulantně užívala Ebixu, ale ta jí byla později vysazena. V současnosti dominují poruchy chování - agitovanost, povídání si s věcmi a podobně. Pacientka se jeví obrazem pokročilé Alzheimerovské demence. Rodina péči o pacientku již sama nezvládá a hledá ústav k trvalému pobytu.

### 5.2.1 Lékařská anamnéza

#### **Anamnéza:**

Anamnestické údaje nelze od pacientky získat, proto byla použita objektivní anamnéza od dcery:

**Rodinná anamnéza (RA):** V pokrevním příbuzenstvu se nevyskytovaly psychické poruchy. Jedna vlastní dcera a adoptivní syn.

**Sociální anamnéza (SA):** Pracovala jako úřednice, skladní - administrativní práce. Má rodinnou školu.

**Osobní anamnéza (OA):** Vdova je 22 let. Je poměrně fyzicky zdravá. Nikdy vážněji nestonala. Nyní pseudocysta pravého laloku štítné žlázy, bez poruchy funkce. Dysartrie - která však není stále.

#### **Nynější onemocnění:**

Referuje dcera: Od r. 2004 progredující poruchy paměti. „Matka tenkrát volala i policii, že má cizí lidi v bytě. Pak začala docházet na psychiatrii.“ Postupně dochází k progresi onemocnění. Nyní 2 roky bydlí s rodinou dcery v rodinném domě. Asi měsíc – měsíc a půl se objevuje negativismus. Brala Ebixu, neplnila žádné úkoly. Objevila se inkontinence moči i stolice - ne zcela pravidelně. Nechce se mýt. Aktivně se brání, stále si povídá něco nesrozumitelného.

Přestala rozeznávat jednotlivé členy rodiny, na dceru křičela, že je pro ní cizí člověk. V noci chodí po bytě. Má tendence utíkat. Nemá tendence k pádům. Jí ráda, k pití se musí pobízet. Začíná se objevovat problém s polykáním léků z důvodu pokročilého stádia demence. Jedenkrát jedla vlastní stolici. Rodina již nezvládá péči o pacientku.

**Objektivní nález:**

Pacientka při přijetí odpovídá na otázky zcela neadekvátně. Řeč je chvílemi drmolivá, dysarthrická, chvílemi normální, ale s nepřiměřeným obsahem. Pacientka je chvílemi negativistická a to i aktivně. Chvílemi si hraje s hračkou - plyšovým zvířátkem, chvílemi dělá neúčelné pohyby, přejíždí rukou po křesle. Exploraci nelze provést. Celkově obraz pokročilé demence.

**Alergická anamnéza (AA):** neudává

**Abusus:** nekuřačka, alkohol pouze příležitostně

**Farmakologická anamnéza (FA):** Ebixa

### 5.2.2 Vyšetření

Pacientce byly změřeny **fyziologické funkce** a provedeno veškeré nutné **laboratorní vyšetření**.

**Moč + sediment:** nález v sedimentu negativní.

**Pasáž jícnem** - Vyšetření obtížné vzhledem ke stavu pacientky, nicméně polykací akt baryové suspenze - je volně výbavný, pasáž hypopharyngem a jícnem do žaludku je volná. Struktury hypopharyngu jsou symetrické, stěny jícnu hladké, jen drobné vyklenutí u aorty, asi je v místě fyziologického zúžení, nemá jasný charakter divertiklu. Lumen bez zúžení. Reliéf je jemný. Závěr: Bez jasných organických změn

### 5.2.3 Závěr při příjmu

**Závěr**

**Hlavní diagnóza:** Alzheimerova choroba s pozdním začátkem, pokročilá – G30.1 (F00.1)

**Ostatní diagnózy:** Dysfonie - v rámci základního onemocnění alzheimerovské demence

St. p. gastritis v roce 1997

#### 5.2.4 Fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled: Pacientka je nadměrné výživy, upraveného vzhledu. Na otázky jí položené odpovídá zcela neadekvátně. Není jí rozumět, řeč je drmolivá, disartrická a chvílemi normální, ale s nepřiměřeným obsahem. Po přijetí na oddělení je v rámci adaptace neklidná. Pacientka působí negativisticky a to i aktivně. Hraje si s plyšovou hračkou, dělá neúčelné pohyby. Působí obrazem pokročilé demence.

Hodnota BMI je 31,9.

- Ø **Hlava** - normocefalická, nebolestivá, držení přirozené, příušní žláza nezvětšená, oční bulby ve středním postavení, zornice okrouhlé. Rty růžové, souměrné, jazyk růžový, vlhký s plazením ve střední čáře. Patrové oblouky růžové, hladké, tonzily fyziologické, dásně růžové.
  
- Ø **Krk** - pulsace karotid symetrická, krční páteř pohyblivá, štítná žláza nehmatná.
  
- Ø **Hrudník** - astenický, prsy symetrické. Poklep plic plný, jasný, dýchání čisté sklípkovité, srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené.
  
- Ø **Srdce** – srdeční krajina bez vyklenutí, ozvy ohraničené.
  
- Ø **Břicho** - souměrné, poklep bubínkový, kůže světlá, pohmat měkký a nebolestivý. Slyšitelné borborytmy, játra nepřesahují pravý oblouk žeberní, ledviny a močový měchýř nebolestivé, scrotum nebolestivé.
  
- Ø **Dolní končetiny** - bez edému, bez zvláštních změn.
  
- Ø **Celkový pohled** - obezita.

### **5.3 Posouzení stavu potřeb klienta dle funkčního modelu zdraví**

Ke zjištění stavu potřeb pacienta jsem si vybrala ošetřovatelskou anamnézu dle modelu M. Gordon. Z důvodu pokročilého stádia demence a špatného dorozumění s pacientkou mi získané informace poskytla dcera hospitalizované.

#### **1. DOMÉNA: PODPORA ZDRAVÍ**

Pacientka se přiměřeně svému stavu. Svůj stav považuje za špatný, cítí že se neustále příznaky nemoci zhoršují a prohlubují. Chvilími mluví normálně a chvíli mimo realitu. Pro udržení zdraví chodila na procházky. Za poslední rok neprodělala žádné závažné nemoci. Lékařská doporučení dodržuje pouze někdy. Potřebuje nad sebou dohled. Spolupráce při léčbě je s pacientkou i rodinou dobrá.

Ošetřovatelský problém: Zhoršené vnímání zdraví.

#### **2. DOMÉNA: VÝŽIVA**

Pacientka má velkou chuť k jídlu což je zřejmé z BMI (31,9), za poslední 2 roky přibrala na váze 10 kg, dietu nikdy nedržela. Potíže s příjmem potravy nemá, jí prakticky vše co se jí podá. Dopomoc potřebuje pouze s rozkrájením potravy. Pitný režim je asi 1,5 l denně. Pije převážně minerální vody, čaj a ovocné šťávy. Začíná se objevovat problém s polykáním léků v důsledku pokročilého stádia demence.

Ošetřovatelský problém: Nadměrná výživa, BMI 31,9.

#### **3. DOMÉNA: VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA**

V poslední době se objevila inkontinence moče i stolice, ale ne zcela pravidelně. Žádné vyprazdňovací návyky nemá a preparáty na vyprázdnění užívala jen zřídka kdy (gotalax). Doma používala plenkové kalhotky. Nikdy netrpěla na zácpu ani průjmky. Nyní stolice denně, bez příměsí.

Ošetřovatelský problém: Inkontinence moče a stolice, pacientka vyžaduje pomoc druhé osoby. Snížená sebepéče.

#### **4. DOMÉNA: AKTIVITA A ODPOČINEK**

Pacientka dnes již nemá pocit dostatečné životní síly a energie. Nikdy aktivně necvičila a neprovozovala žádný sport. Doma trpěla potížemi se spánkem, často se budila a v noci

chodila po bytě, měla tendence utíkat. Nyní spí bez potíží. Léky na spaní neužívá. Spí přibližně 7 hodin denně.

Pohybuje se sama a bez problémů. Je jí třeba věnovat zvýšenou pozornost, protože bloudí a často si nevzpomíná kde je. Přestala rozeznávat jednotlivé členy rodiny. Nemá tendence k pádům. Je poměrně fyzicky zdravá.

## **5. DOMÉNA: VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ**

Pacientka není příliš orientována místem, časem ani osobou. Objevuje se u ní bloudění, nepoznávání blízkých osob a občasné halucinace. Na oddělení se vyhýbá kontaktu s lidmi, je zmatená, špatně se orientuje po oddělení a nedodržuje samostatně režim oddělení. Kompenzační pomůcky neužívá, sluch dobrý, zrak zhoršený na pravé i levé oko. Myšlení je utlumené. Paměť zhoršená.

Ošetřovatelský problém: Porušená interpretace okolí a paměť. MMSE - demence středního až těžkého stupně, ADL – závislost středního stupně.

## **6. DOMÉNA: VNÍMÁNÍ SEBE SAMA**

Pacientka byla vždy optimistka.

Pacientka se vnímá dobře, vždy o sebe pečovala. Měla se ráda. Se svým vzhledem byla vždy spokojená. Nyní vědomí zastřené, řeč narušená, drmolivá a kontakt uzavřený. Svůj zdravotní stav bere jako narušený. Netrpí pocity jako je bezmocnost, osamocení, snížená sebeúcta, strach, hněv ani smutek.

## **7. DOMÉNA: VZTAHY**

Vztahy s rodinou jsou dobré, nikdy se nevyskytovali problémy. Bydlí s rodinou dcery. Měla spoustu kamarádů, vždy žila život ve společnosti hodně lidí. Komunikativní, příjemné povahy, asertivní. Nyní tichá, nekomunikativní, apatická. Rodina péči o pacientku sama nezvládá. Reakce rodiny na onemocnění je dobrá, jeví zájem a chodí pravidelně na návštěvy.

Ošetřovatelský problém: Poškozená sociální interakce.

## **8. DOMÉNA: SEXUALITA**

Nikdy neměla potíže. Nyní jí toto téma nezajímá. Má dceru a adoptivního syna.

Potížemi s menstruací netrpěla, pravidelná. Menopauza v 53 letech.

### **9. DOMÉNA: ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU**

Napětí pociťuje zřídka kdy a většinou ho vyvolává základní onemocnění, které ji dostává do nepříjemných situací. Vyrovnává se s ním většinou rychle. Nyní strach z nemocničního prostředí, jeho neznalost. Režim na oddělení je zcela jiný, pacientka nepoznává místnosti od sebe, pletou se jí členové ošetrovatelského personálu. Strach z odloučení od rodiny.

Ošetrovatelský problém: Možný rozvoj stresového syndromu po přemístění.

### **10. DOMÉNA: ŽIVOTNÍ PRINCIP**

Pro pacientku i její rodinu je zdraví velmi důležité. Nikdy nevěřila v boha, pouze v osud.

Následující hodnoty řadí od nejpodstatnějšího: zdraví, rodina, peníze, práce, záliby, cestování, víra.

### **11. DOMÉNA: BEZPEČNOST - OCHRANA**

Pacientka je poučena o bezpečnosti na oddělení a neustále u sebe nosí lísteček se svým jménem a názvem oddělením, nicméně je třeba jí věnovat zvýšenou pozornost. Chodí po oddělení, bloudí, neustále někoho hledá. Špatná komunikace je velkou bariérou v každodenním kontaktu a dorozumění se. Pacientka nad sebou potřebuje neustálý dohled. Hrozí zde možné riziko pádu, avšak pacientka je jinak fyzicky zcela zdravá a na pády doma ani v nemocničním prostředí netrpí. Nehrozí sebepoškození, ani násilí vůči jiným druhým osobám. Pacientka je klidná spíše negativistická.

Ošetrovatelský problém: Zvýšené riziko pádu. (4 body na škále pro zjištění rizika pádu)

### **12. DOMÉNA: KOMFORT**

Pacientka nepociťuje žádnou bolest ani jiné pocity, které by jí narušovali denní režim a komfort na oddělení.



### **13. DOMÉNA: RŮST /VÝVOJ**

Pacientka je normálního růstu i vývoje. Dosažené vzdělání - vyučena. Potíže s učením nemívala. Získané informace si byla schopna uchovat po dlouho dobu.

#### **FUNKČNÍ KLASIFIKACE PACIENTA:**

- 0- zcela samostatný
- 1- vyžaduje užívání podpůrných pomůcek/vybavení
- 2- vyžaduje pomoc druhé osoby, dohled nebo edukaci
- 3- vyžaduje pomoc druhé osoby a podpůrné vybavení**
- 4- zcela závislý, neschopen pohybové aktivity

Na této stupnici pacientka odpovídá bodu 3. Vyžaduje dohled, dopomoc, nucení do aktivity, hlavně v oblasti hygieny a oblékání.

#### **ZJIŠTĚNÍ RIZIKA PÁDU: (Skóre vyšší než 3, riziko pádu)**

##### **Pohyb:**

*Neomezený - 0*

Používá pomůcky - 1

Potřebuje k pohybu pomoc - 1

Neschopnost přesunu - 1

##### **Vyprazdňování:**

Nevyžaduje pomoc - 0

*V anamnéze inkontinence - 1*

Vyžaduje pomoc - 1

##### **Věk:**

*18 – 75 – 0*

75 a více – 1

##### **Mentální status:**

Orientován - 0

Občasná noční inkontinence - 1

*Historie desorientace/demence - 1*

**Pád v anamnéze:** - 0

##### **Medikace:**

Neužívá rizikové léky - 0

*Užívá léky za skupiny diuretik,*

**Smyslové poruchy:**

Žádně - 0

*Vizuální, sluchový, smyslový deficit – 1     antiepileptik, psychotropní léky - 1*

Pacientka má po sečtení 4 body, tudíž riziko pádu je zde zvýšené.

## **5.4 Zhodnocení stavu pacientky v průběhu hospitalizace**

**22. 3. 2008:** Pacientka byla přijata na standardní jednotku gerontopsychiatrického oddělení. Po zhodnocení jejího stupně soběstačnosti byla umístěna na pokoj nedaleko pracovny sester a WC. Polohu zaujímá přirozenou a pohybový režim má volný.

V současné době se u pacientky objevují poruchy chování a nálady, hlavně agitovanost a negativismus. Základní sebepečí pacientka zvládá pouze s dopomocí a do úkonů hygieny se musí nutit. Na nic si nestěžuje, stále něco hledá, ptá se na nesmyslné otázky. Užívá Tiapridal (psychofarmakum) a Buronil 25 mg (antipsychotikum, neuroleptikum).

**6. 4. 2008:** Pacientka má poměrně těžkou expresivní afázii, ale také dysarthrii. Chvilími po oddělení bloudí. Jinak je klidná, euforická. Rodina hledá ústav k trvalému pobytu - pokud nebude přeložena tam, půjde zatím do Psychiatrické léčebny v Bohnicích. Léčba zachována.

**20. 4. 2008:** Stav pacientky se nijak výrazně nemění, je klidná, má výrazné řečové poruchy. Objevuje se čím dál častější inkontinence moči a stolice. Projevy anamnestické dezorientace. Léčba přetrvává.

**27. 4. 2008:** Stav přetrvává, nadále se prohlubuje obraz pokročilé demence s fatickými poruchami. Pacientka bude přeložena do Bohnic.

**11. 5. 2008:** Stav pacientky není podstatně změněn, přetrvává obraz Alzheimerovské demence s postižením řečových funkcí. Je klidná, převažuje euforická nálada. Doposud se neobjevila žádná komplikace stavu. Rodina pacientku pravidelně navštěvuje a věnuje se jí. Pacientce byla telefonicky se sociální pracovnící domluvená hospitalizace v Psychiatrické léčebně v Bohnicích ( pavilón 24, 1. patro ).

### **Poslední medikace pacientky**

Seroquel 25     1 – 0 – 1 tbl/per os (antipsychotikum, neuroleptikum)

## 6 Ošetrovatelská péče

### 6.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz (seřazeno s pacientkou dle jejích priorit)

**1. Porušená interpretace okolí – 00127** z důvodu základního onemocnění projevující se trvalou dezorientací ve známém i neznámém prostředí, chronickou zmateností a neschopností plnit jednoduché úkoly.

**2. Deficit sebezpečí při oblékání a úpravě zevnějšku – 00109** z důvodu základního onemocnění (Alzheimerova choroba) projevující se zhoršenou schopností obléknout/svléknout si horní/dolní část těla, vybrat si vhodné oblečení, udržet úpravu na uspokojivé úrovni a stupněm 3 na stupnici pro funkční úroveň při oblékání a úpravu zevnějšku.

**3. Deficit sebezpečí při koupání a hygieně – 00108** z důvodu pokročilého stádia základního onemocnění (Alzheimerova choroba) projevující se sníženou schopností mýt si celé tělo, vykonávat základní hygienické úkony (čistění zubů, mytí rukou po WC) a stupněm 3 na stupnici pro funkční hodnocení úrovně při koupání a hygieně.

**4. Poškozená sociální interakce – 00052** z důvodu poruchy duševního stavu, změny myšlení a komunikační bariéry projevující se zdrženlivostí, nekomunikativností a upřednostňování samoty.

**5. Nadměrná výživa – 00001** z důvodu nevhodného životního stylu projevující se zvýšenou tělesnou hmotností a hodnotou BMI 31,9 (obezita)

**6. Stresová inkontinence moči – 00017** z důvodu pokročilého stádia onemocnění (Alzheimerova choroba) projevující se občasným únikem moče.

**7. Inkontinence stolice – 00014** z důvodu pokročilého stádia základního onemocnění (Alzheimerova choroba) a zhoršení kognitivních funkcí projevující se neschopností udržet defekaci.

**8. Riziko stresového syndromu po přemístění – 00149** z důvodu umístění do nového prostředí a změny běžného denního režimu.

**9. Riziko pádů – 00155** z důvodu vysokého věku, zmatenosti, užívání psychotropních léků a demence.

## 6.2 Plán ošetrovatelské péče

### DG: 1. Porušená interpretace okolí – 00127

z důvodu základního onemocnění projevující se trvalou dezorientací ve známém i neznámém prostředí, chronickou zmateností a neschopností plnit jednoduché úkoly.

**Cíl dlouhodobý (CD):** Pacientka má reálný pohled na své okolí v maximální možné míře po dobu své hospitalizace.

**Cíl krátkodobý (CK):** Pacientka plní jednoduché instrukce do 2 týdnů.

**Výsledná kritéria (VK):** Pacientka poznává tváře příbuzných do 1 týdne.

Pacientka se orientuje na oddělení s mírnou dopomocí do 1 týdne.

Pacientka je schopná dodržovat denní režim na oddělení do 2 týdnů.

**Intervence:** Důkladně se seznámte se zdravotním a duševním stavem pacientky.

do 8 hodin)

Sledujte celkové projevy a změny v chování pacientky. (denně)

Berte v úvahu účinky psychotropních léků. (denně)

Komunikujte s pacientkou a klad'te jí jednoduché otázky. (denně)

Poučte pacientku o denním režimu na oddělení a neustále ji do něj zapojujte. (do 2 dnů)

Zajistěte pacientce bezpečné prostředí. (do 2 dnů)

Pomozte pacientce se zorientovat na oddělení. (do 1 týdne)

Pro lepší orientaci vybavte denně užívané místnosti a pokoj pomocnými obrázky, hodinami, kalendářem atd.. (do 1 týdne)

Poučte rodinu o vhodnosti návštěv na oddělení. (do 1 týdne)

**Realizace:** Seznámila jsem se s zdravotním i duševním stavem pacientky, sledovala jsem celkové projevy pacientky a účinky léků. Seznámila jsem pacientku s oddělením, ukázala jsem jí jednotlivé místnosti a pomohla jí se na oddělení zorientovat. Seznámila jsem ji s režimem oddělení. Dveře pokoje, toalety, koupelny a sesterny jsem označila názorným obrázkem pro lepší orientaci pacientky po oddělení. Poučila jsem rodinu o vhodnosti návštěv a zajistila pacientce bezpečné prostředí.

**Hodnocení:** Efekt částečný, pacientka si uvědomuje kde se nachází a dodržuje chod oddělení pouze s dopomocí.

Hodnocení sestrou - pacientka má částečně zachovaný reálný pohled na své okolí.

## **DG: 2. Deficit sebezpečí při oblékání a úpravě zevnějšku – 00109**

z důvodu základního onemocnění (Alzheimerova choroba) projevující se zhoršenou schopností obléknout/svléknout si horní/dolní část těla, vybrat si vhodné oblečení, udržet úpravu na uspokojivé úrovni a stupněm č. 3 na stupnici pro funkční úroveň při oblékání a úpravu zevnějšku.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka zvládá péči o svůj zevnějšek a oblékání na úrovni svých psychických možností do 1 měsíce.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka si udržuje úpravu zevnějšku na uspokojivé úrovni do 2 týdnů.

**Výsledná kritéria:** Pacientka je schopna si nazout boty do 1 týdne.

Pacientka zvládá si uzavřít/otevřít zip do 2 týdnů.

Pacientka je schopná se s dopomocí obléknout/svléknout do 2 týdnů.

Pacientka zvýší svou schopnost sebezpečí ze st.č. 3 na st. č. 2 do 2 týdnů.

**Intervence:** Pokud to lze nechte pacientku se oblékat/svlékat samotnou. (denně)

Připravte pacientce jednotlivé části oděvu přehledně v tom pořadí, jak si je bude oblékat. (denně)

Nedávejte pacientce oblečení s příliš složitým zapínáním. (denně)

Poučte pacientku o nutnosti pravidelně pečovat o svůj zevnějšek.  
(do 2 dnů)

Zajistěte od rodiny pohodlné boty s protiskluzovou podrážkou, které se se snadno obouvají a zouvají. (do 1 týdne)

Pomozte pacientce naučit se pracovat se zipem. (do 1 týdne)

**Realizace:** Poučila jsem pacientku o nutnosti pravidelně pečovat o svůj zevnějšek. Nedávala jsem pacientce oblečení se složitým zapínáním a naučila ji práci se zipem. Pomohla s nazouváním a zouváním bot a toto jsem s pacientkou neustále procvičovala. Požádala jsem rodinu o boty s protiskluzovou podrážkou.

**Hodnocení:** Efekt částečný. Pacientka si pečuje o svůj zevnějšek na úrovni svých psychických možností, ale k jednotlivým úkonům je nutno ji pobízet.

Hodnocení sestrou - pacientka si udržuje úpravu zevnějšku na uspokojivé úrovni a s mírnou dopomocí se zvládne obléci/svléci. Na stupnici pro funkční hodnocení soběstačnosti změna ze stupně č. 3 na stupeň č. 2.

### **DG: 3. Deficit sepeče při koupání a hygieně – 00108**

z důvodu pokročilého stádia základního onemocnění (Alzheimerova choroba) projevující se sníženou schopností mýt si celé tělo, vykonávat základní hygienické úkony (čistění zubů, mytí rukou po WC) a stupněm 3 na stupnici pro funkční hodnocení úrovně při koupání a hygieně.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka si provádí hygienu na úrovni svých maximálních schopností do 1 měsíce.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka se aktivně zapojuje při péči o sebe sama do 2 týdnů.

**Výsledný kritéria:** Pacientka zvýší svou schopnost sepeče ze st. č. 3 na st. č. 2 do 1 týdne.

Pacientka dodržuje základní hygienické návyky po toaletě do 1 týdne.

Pacientka je schopna si vyčistit zuby do 2 týdnů.

Pacientka je schopna se mýt s mírnou dopomocí do 2 týdnů.

**Intervence:** Poučte pacientku o základních hygienických návycích a dbejte na jejich dodržování. (denně)

Nechte pacientku pokud je to možno mýt se samotnou. (denně)

Nastolte hygienu jako běžnou rutinní záležitost. (do 2 dnů)

Pobízejte pacientku k účasti na hygieně, pomáhejte jí dělat věci které nedovede dělat sama, ale nikdy je za ni nedělejte úplně. (do 2 dnů)

Snažte se vytvořit z koupání klidnou, odpočinkovou a příjemnou záležitost. (do 1 týdne)

**Realizace:** Nastolila jsem koupání jako běžnou rutinní záležitost, vysvětlila jsem pacientce jak se mýt, dopomohla jsem jí, poučila jsem ji o hygienických návycích (mytí rukou po toaletě, čistění zubů) a pobízela jsem ji k aktivní účasti při hygieně.

**Hodnocení:** Efekt částečný. Pacientka si provádí hygienu na úrovni svých maximálních schopností, ale pouze po pobídnutí k činnosti.

Hodnocení sestrou - pacientka se aktivně zapojuje do péče o sebe sama a s mírnou dopomocí se zvládne omýt. Na stupnici pro funkční hodnocení úrovně při koupání a hygieně změna ze stupně č. 3 na stupeň č. 2.

#### **DG: 4. Poškozená sociální interakce – 00052**

z důvodu poruchy duševního stavu, změny myšlení a komunikační bariéry projevující se zdrženlivostí, nekomunikativností a upřednostňování samoty.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka se zapojuje do aktivit a vyhledává kontakty s lidmi do 1 měsíce.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka si uvědomuje na základě svých psychických možností faktory a pocity, které vedou ke zhoršeným sociálním interakcím do 2 týdnů.

**Výsledná kritéria:** Pacientka komunikuje s ošetrovatelským personálem a rodinou do 1 týdne.

Pacientka se účastní aktivit na oddělení do 1 týdne.

Pacientka aktivně vyhledává kontakt s lidmi do 2 týdnů.

**Intervence:** Povzbuzujte pacientku k aktivitě, pokuste se o její zapojení do aktivit na oddělení, komunit. (denně)

Podporujte účast na zájmových aktivitách. (denně)

Všímejte si změn chování pacientky a možného výskytu apatie, halucinací, deprese, úzkosti. (denně)

Zjistěte a snažte se odstranit faktory bránící v začlenění do společnosti. (do 2 dnů)

Vyslechněte pacientku a pomozte jí se zapojením do chodu na oddělení. (do 1 týdne)

Komunikujte s pacientkou a zajistěte jí kontakt s rodinou. (do 1 týdne)

Zapojte pacientku do aktivit jejichž cílem je prevence izolace. (do 2 týdnů)

**Realizace:** Zjistila jsem faktory bránící začlenění do společnosti a snažila se pacientku přimět k aktivitě a návštěvě komunit. Komunikovala jsem s pacientkou a sledovala projevy změn nálad pacientky. Povzbuzovala jsem pacientku a zajistila možnost návštěv s rodinou. Komunikovala jsem s pacientkou o potížích způsobujících špatnou sociální interakci.

**Hodnocení:** Efekt částečný. Pacientka se částečně zapojuje do aktivit na oddělení a vyhledává kontakty s lidmi.

Hodnocení sestrou - pacientka nedokáže o problému příliš komunikovat. Snaží se občas kontakty s lidmi vyhledávat, ale příliš se do komunikace nezapojuje.

**DG: 5. Nadměrná výživa – 00001**

z důvodu nevhodného životního stylu projevující se zvýšenou tělesnou hmotností a hodnotou BMI 31,9 (obezita)

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka má adekvátní hmotnost do 1 roku.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka zredukuje 1 kg za 2 týdny.

**Výsledná kritéria:** Pacientka akceptuje energeticky nízkou stravu do 1 týdne.

Pacientka je schopna si s dopomocí sledovat svoji váhu 1x týdně.

Pacientka má po konzultaci s dietní sestrou dostatek adekvátních informací o životosprávě dle svých duševních možností do 2 týdnů.

**Intervence:** Zajistěte pravidelnou stravu 5x denně.

Podporuj pacientku v dietě. (denně)

Sleduj a zaznamenávej příjem potravy a tekutin. (denně)

Plň veškeré ordinace lékaře. (denně)

Dopomoc pacientce při stravě (rozkrájet maso na menší kousky). (denně)

Vysvětli pacientce nutnost dodržování doporučené diety. (do 2 dnů)

Sleduj hmotnost pacientky. (1x týdně)

Zajistěte kontakt s dietní sestrou. (do 1 týdne)

**Realizace:** Zajistila jsem pacientce pravidelnou stravu a konzultaci s dietní sestrou. Podporovala pacientku v dietě a sledovala a zaznamenávala příjem potravy a tekutin. Plnila jsem ordinace lékaře. Jedenkrát týdně jsem sledovala hmotnost pacientky a vysvětlila jí nutnost dodržování naordinované diety. Pomáhala jsem pacientce při stravě a rozkrájela jí jídlo na menší kousky.

**Hodnocení:** Výsledný efekt nelze zhodnotit, protože doba sledování byla nižší než stanovená. Hodnocení sestrou - pacientka zhubla za 10 týdnů 5 kg.



## **DG: 6. Stresová inkontinence moči – 00017**

z důvodu pokročilého stádia onemocnění (Alzheimerova choroba) projevující se občasným únikem moče.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je kontinentní v maximální možné míře po dobu hospitalizace.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka má adekvátní informace o inkontinentních pomůckách dle svých možností do 2 týdnů.

**Výsledná kritéria:** Pacientka je schopna včas upozornit na potřebu do 1 týdne.

Pacientka používá jednorázové pomůcky pro inkontinenci do 1 týdne.

Pacientka navštěvuje toaletu v pravidelných intervalech do 1 týdne.

**Intervence:** Zvykněte pacientku, aby se před ulehnutím vždy dobře vymočila. (denně)

Sleduj příjem a výdej tekutin. (denně)

Pouč pacientku, aby nás včas při nucení na močení upozornila. (do 2 dnů)

Omezte příjem tekutin v nočních hodinách. (do 2 dnů)

Naučte pacientku navštěvovat toaletu v pravidelných intervalech (po 2-3 hodinách). (do 1 týdne)

Zajisti snadnou dostupnost na WC. (do 1 týdne)

Pouč pacientku o možnosti užití inkontinentních pomůcek. (do 1 týdne)

Pokud potíže s inkontinencí přetrvávají navzdory předešlým opatřením, použij plenkové kalhotky na dobu nezbytně nutnou.

**Realizace:** Poučila jsem pacientku, aby se před ulehnutím vždy vymočila a omezila příjem tekutin v nočních hodinách. Sledovala a zaznamenávala jsem příjem a výdej tekutin. Naučila jsem pacientku navštěvovat toaletu v pravidelných intervalech a zajistila jí snadnou dostupnost na WC. Poučila jsem pacientku o možnosti užívání inkontinentních pomůcek a na noc jsem jí pomohla je nandat.

**Hodnocení:** Efekt částečný. U pacientky nadále přetrvává občasná inkontinence. Hodnocení sestrou - pacientka je inkontinentní pakliže se pravidelně nevyzývá k vyprázdnění.

## **DG: 7. Inkontinence stolice – 00014**

z důvodu pokročilého stádia základního onemocnění (Alzheimerova choroba) a zhoršení kognitivních funkcí projevující se neschopností udržet defekaci.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka je kontinentní v maximální možné míře po dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je schopna samostatně vykonat potřebu na WC do 1 měsíce.

**Výsledná kritéria:** Pacientka je schopna včas si dojit na WC do 1 týdne.

Pacientka zná inkontinentní pomůcky do 1 týdne.

Pacientka dodržuje hygienické návyky po toaletě do 2 týdnů.

**Intervence:** Snažte se předcházet zácpě (dostatek ovoce a vlákniny ve stravě). (denně)

Poučte pacientku, kde je WC a označte jej pro lepší orientaci. (do 2 dnů)

Poučte pacientku o pomůckách pro inkontinentní a v případě nutnosti je užívejte. (do 1 týdne)

Vysvětli pacientce základní hygienické návyky po toaletě (mytí rukou atd.). (do 2 týdnů)

Poskytněte pacientce oděvy, které se snadno rozepínají a svlékají. (do 1 týdne)

**Realizace:** Ukázala jsem pacientce WC a označila ho příslušným obrázkem pro lepší orientaci. Doporučila jsem konzumaci ovoce a vlákniny pro lepší funkci střev a předcházení zácpy. Vysvětlila jsem pacientce základní hygienické návyky po toaletě a rodině jsem doporučila obstarat pacientce oděvy, které se snadno rozepínají a svlékají. Poučila jsem pacientku o inkontinentních pomůckách a přes noc jsem jí je pomohla nandat.

**Hodnocení:** Efekt částečný. Pacientka je nadále občas inkontinentní.

Hodnocení sestrou - pacientka je inkontinentní pokud se nepobízí k vyprázdnění, je schopna samostatně vykonat potřebu pouze s dopomocí.

## **DG: 8. Riziko stresového syndromu po přemístění – 00149**

z důvodu umístění do nového prostředí a změny běžného denního režimu.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nemá projevy stresového syndromu po dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka má umožněný dostatečný kontakt s rodinou do 2 týdnů.

Pacientka je v maximální možné míře orientována na oddělení do 2 týdnů.

**Intervence:** Proved' pacientku po oddělení, představte jí členy personálu a seznamte s ostatními pacienty na pokoji. (ihned při příjmu)  
Všímej si chování a podrážděnosti pacientky. (denně)  
Přistupuj empaticky a komunikuj s pacientkou pomocí jednoduchých otázek. (denně)  
Podej pacientce dostatek informací o chodu oddělení. (do 2 dnů)  
Snažte se zajistit kontakt s rodinou. (do 1 týdne)  
Zapojte pacientku do aktivit, které ji povzbudí. (do 1 týdne)

**Realizace:** Provedla jsem pacientku po oddělení, seznámila ji s jeho chodem. Představila jsem členy ošetrovatelského personálu a spolubydlící. Všíkala jsem si chování a podrážděnosti pacientky. Zajistila jsem pravidelný kontakt s rodinou a zapojila pacientku do denních aktivit.

**Hodnocení:** Efekt úplný. U pacientky nedošlo k rozvoji stresového syndromu po dobu hospitalizace. Hodnocení sestrou - u pacientky nedošlo k objevení žádných příznaků stresového syndromu. Pacientka má pravidelné návštěvy a je částečně orientována na oddělení.

**DG: 9. Riziko pádů – 00155**

z důvodu vysokého věku, zmatenosti, užívání psychotropních léků a demence.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka není ohrožena pádem po dobu hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka věnuje zvýšenou pozornost pohybu po oddělení do 2 týdnů.

**Intervence:** Věnuj zvýšenou pozornost možnému uklouznutí na mokré podlaze.

(denně)

Odstraň s prostředí překážky, které by mohly komplikovat pohyb pacientky. (do 2 dnů)

Zkontroluj přítomnost protiskluzových opatření ve vaně nebo sprše.

(do 1 týdne)

Věnuj pozornost bezpečnému prostředí, kde se pacientka pohybuje (odstraň neupevněné malé koberce). (do 1 týdne)

Zajisti dostatečné osvětlení pokoje a místností, kde se pacientka pohybuje.

(do 1 týdne)

Zajisti pacientce obuv s protiskluzovou podrážkou. (do 1 týdne)

**Realizace:** Věnovala jsem zvýšenou pozornost vybavení pokoje a z prostředí jsem odstranila předměty, které by mohly komplikovat pohyb pacientky. Zajistila jsem dostatečné osvětlení místností. Rodina zajistila boty, které se snadno nazouvají a mají protiskluzovou podrážku. Zkontrolovala jsem vybavení sprchy a přítomnost protiskluzových opatření na podlaze.

**Hodnocení:** Efekt úplný. U pacientky nedošlo po dobu hospitalizace k žádnému pádu. Hodnocení sestrou - pacientka při pohybu věnovala dostatečnou pozornost možným rizikům uklouznutí.

## 7 Edukace pacienta

Edukace ve všech oblastech v lůžkových psychiatrických zařízeních přece jen vždy probíhá za podmínek, které nemohou zcela odpovídat dennímu životu ve společnosti. Faktory ochranné jsou v převaze nad stresovými. Proto je třeba se snažit o vytvoření spojovacího článku mezi ústavem a společností.

### 7.1 Edukační list

Po analýze získaných dat od pacientky jsem si stanovila několik základních oblastí, kde je třeba edukačních intervencí. Je zde možné edukovat individuálně, ale výhodnější je edukace skupinová, především vzhledem k motivaci a zapojení pacientky do aktivity. Témata naplánovaných edukací:

1. **Nutnost compliance – užívání medikace, kontroly u ambulantního psychiatra, předcházení stresovému syndromu po přemístění**
2. **Edukace o dietě. Význam tekutin v lidském těle**
3. **Denní a noční režim**

### 7.2 Edukační anamnéza

Edukovanou osobou je pacientka hospitalizovaná na oddělení gerontopsychiatrie a rodina (dcera).

**Typ edukace:** Průběžné vzdělávání, reedukace.

**Medikace ovlivňující edukaci:** psychofarmaka.

**Forma edukace:** ukázkou, verbálně a pomocí instrukcí.

**Reakce na edukaci:** kladení dotazů, verbální pochopení, nutno opakovat.

**Existující bariéra edukace:** fyzická - snížená soběstačnost

psychická - demence

řeč - zárazy v řeči, dystonie

**Edukační potřeba v oblasti:** vnímání zdraví, výživa, metabolismus, spánek odpočinek.

**Cíle edukace: kognitivní** - rozvoj a uchování paměti, rozvoj pozornosti, soustředění, zvýšení schopnosti se samostatně rozhodovat.

**psychomotorické** - pacientka rozeznává nízkokalorické potraviny, dodržuje režim oddělení, zapisuje si příjem a složení tekutin, sleduje si váhu a hodnotu BMI na úrovni svých psychických možností, pacientka užívá léky dle ordinace.

### 7.3 Edukační diagnózy

#### DG. Č. 1 Efektivní léčebný režim 00082

z důvodu subjektivního vnímání zhoršení zdravotního stavu pacientky, projevující se verbalizací a dotazy ohledně léčebného režimu.

**CD:** Pacientka dodržuje léčebný režim po dobu hospitalizace.

**CK:** Pacientka chápe léčebný režim svého onemocnění do 1 měsíce.

**VK:** Pacientka zná prognózu svého onemocnění do 2 týdnů.

Pacientka užívá pravidelně medikaci a zná nežádoucí účinky psychotropních léků do 2 týdnů.

Pacientka má informace o možnostech další institucionální péče do 1 měsíce.

**Intervence:** Poskytněte pacientce dostatek informací o jejím léčebném režimu.

(do 2 dnů)

Proberte s pacientkou v rámci svých kompetencí prognózu onemocnění.

(do 1 týdne)

Doporučte pacientce a rodině pravidelné návštěvy. (do 1 týdne)

Poučte pacientku o lécích které bere, nutnosti jejich užívání a nežádoucích účincích. (do 1 týdne)

Poskytněte pacientce a rodině dostatek informací o možnostech další institucionální péče. (do 1 týdne)

Pokus se o efektivní začlenění léčebného režimu do životního stylu.

(do 1 měsíce)

**Realizace:** Poskytla jsem pacientce dostatek informací o jejím léčebném režimu a nutnosti jeho dodržování. Vysvětlila jsem příznaky a prognózu onemocnění a doporučila pacientce i rodině pravidelné návštěvy. Poučila jsem pacientku o lécích které užívá, nutnosti jejich užívání a informovala ji o možných nežádoucích účincích

psychotropních léků. Dále jsem podala informace o možnosti dalšího využití institucionální péče. Snažila jsem se o efektivní začlenění léčebného režimu do životního stylu pacientky.

**Hodnocení:** Efekt částečný, pacientka se snaží dodržovat léčebný režim na oddělení. Hodnocení sestrou – pacientka léčebný režim částečně chápe, ale k aktivitám se musí většinou pobízet.

## **DG. Č. 2 Hledání zdravého životního stylu v oblasti výživy a hydratace 00084**

z důvodu nedostatku informací o zdravé výživě a významu tekutin v organismu projevující se vysokou hodnotou BMI (31,9), neznalostí správného denního množství tekutin a požíváním nezdravých pochutin.

**CD:** Pacientka žije zdravým životním stylem do 1 roku.

**CK:** Pacientka se účastní na změnách životního stylu v oblasti výživy a hydratace do 2 měsíců.

**VK:** Pacientka zná nutnost příjmu tekutin do 1 dne.

Pacientka si zaznamenává příjem tekutin na záznamový list do 2 dnů.

Pacientka rozeznává nízkokalorické potraviny do 1 měsíce.

Pacientka chápe nízkokalorickou dietu do 2 měsíců.

**Intervence:** Poučte pacientku o nutnosti příjmu tekutin do 1 dne.

Vysvětlete jaké tekutiny počítáme do denního příjmu a jaké nikoliv (káva, alkohol). (do 2 dnů)

Názorně ukažte a popište jaké množství tekutin se vejde do sklenky a hrnku na oddělení. (do 2 dnů)

Vysvětlete jak pracovat se záznamový listem na sledování příjmu tekutin. (do 2 dnů)

Poučte pacientku o nutnosti dodržovat naordinovanou dietu. (do 1 týdne)

Vysvětlete pacientce jaké potraviny jsou pro ni vhodné a jaké nikoliv. (do 1 týdne)

Zapojte pacientku do skupinové edukace v této oblasti. (do 1 týdne)

Pravidelně (1 týdně) sledujte hmotnost pacientky a BMI (+ zápis).

**Realizace:** Poučila jsem pacientku o nutnosti tekutin v lidském těle, vysvětlila jí jaké množství tekutin by měla denně vypít a jaké tekutiny jsou nejvhodnější (čaje, ovocné šťávy, minerální vody neochucené). Naučila jsem ji zapisovat si příjem tekutin a názorně ukázala, jaké množství tekutin obsahuje plná sklenka a hrnek vody.

Dále jsem poučila pacientku o nutnosti dodržovat naordinovanou nízkokalorickou dietu a její podstatu. Zapojila jsem pacientku do skupinové edukace v této oblasti a sledovala a zapisovala jednou týdně hmotnost a hodnotu BMI.

**Hodnocení:** Efekt částečný, pacientka má pitný režim v normě, ale zápis do záznamového listu nezvládá, opakovaně na něj zapomíná. Dodržuje částečně naordinovanou dietu a nízkokalorické potraviny zvládá určit bez potíží.

Hodnocení sestrou- pacientka i po opakovaném napomenutí neustále zapomíná na záznam přijatých tekutin. Dietu respektuje bez potíží a nemá potíže s vyjmenováním alespoň třech nízkokalorických potravin.

## **7.4 Edukační záznam – realizace**

Edukaci nemocného ve všech zvolených potřebných oblastech jsem zahájila, ve spolupráci s kompetentními členy týmu, v průběhu mé péče o nemocného. Naplánovala jsem případné další intervence a realizaci edukačního programu. (**viz. příloha 9**)

Edukaci pacientky jsem prováděla názorně a jednotlivé intervence neustále opakovala, pro lepší uchování v paměti. Doba trvání edukace nepřekračovala 30 minut a konala se několikrát týdně. Pro získání správného efektu je třeba v programu pokračovat i při následné hospitalizaci v jiném ústavu.

## **7.5 Edukační plán**

### **7.5.1 Cíl edukačního plánu**

Cílem edukací je srozumitelnou formou předat zásadní informace v deficitních oblastech. Edukaci jsem vedla neformálním a interaktivním způsobem, což přispívá k tomu, že se informace lépe pamatují. Do edukace jsem zapojila také rodinu pacientky, která zde hraje velmi důležitou roli. Často se setkáváme se zavedenými rodinnými



návyky, které představují velké riziko. Je proto třeba zapojit do edukace rodinu pro lepší motivaci a upevnění nových zvyků.

### **7.5.2 Význam**

Význam edukace u takto nemocných je ve vstřípení nových informací a posílení schopností. To je pro těžce duševně nemocné velkým přínosem. Podstatou je získat po co nejdelší dobu schopnost alespoň částečně o sebe pečovat samostatně a ulehčit tak pečujícím osobám každodenní starost.

### **7.5.3 Technika**

Abychom mohli dosáhnout stanoveného cíle edukace, je důležité postupovat a vycházet z potřeby pacienta. Dále je třeba srozumitelnou formou předat zásadní informace týkající se oblasti, kde je nutná edukace.

Informace jsou pacientům předávány neformálním způsobem, což přispívá k tomu, že si informace lépe pamatují. Musí být podány jasně, stručně a musí se neustále opakovat, aby je pacienti pochopili a uchovali si je v paměti po co nejdelší dobu.

#### **Sestra provádějící edukaci musí znát především:**

- zásady, jak správně postupovat při psychoedukaci,
- základní příčiny, mechanismy vedoucí k deficitu,
- význam toho, co předává nemocnému,
- sociální faktory, týkající se jednotlivých klientů.

K dosažení lepších výsledků jsem použila různé pomůcky. Při edukaci o změně životního stylu jsem názorně ukázala sklenici a hrneček a vysvětlila, jaký obsah vody se do nich vejde, aby pacientka věděla, jak přesně zapisovat množství přijatých tekutin. Informovala jsem o tekutinách, které se do příjmu nepočítají, jsou nezdravé a vysvětlila, jak pracovat se záznamovým listem na příjem a složení tekutin.

Při edukaci o denním a nočním režimu jsem uplatnila nástěnku ve společenské místnosti, na které je přesný rozpis denních aktivit oddělení, kde byla pacientka hospitalizována. (**viz. příloha 10**)

Dále jsem s pacientkou zpracovala návrh pro lepší orientaci po oddělení (nástěnné hodiny, kalendář, označení denně užívaných místností obrázky).

#### 7.5.4 Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky pro sestru jsou sestaveny tak, aby z nich bylo patrné, že je schopna komplexně plánovat, realizovat a vyhodnocovat edukaci v potřebných oblastech klienta.

**Tabulka 8 - Kontrolní otázky pro sestru**

<b>Kontrolní otázky :</b>	<b>Správné odpovědi :</b>
Kde je významná compliance u nemocných trpících Alzheimerovou chorobou?	Užívání medikace, kontroly u ambulantního psychiatra, předcházení stresovému syndromu.
Jak je třeba mluvit při edukaci nemocného s Alzheimerovou chorobou?	Jasně, stručně, jedna informace, jedna věta, neustále opakovat.
Co je třeba při zapojování nemocných do aktivit oddělení (fyzioterapie, ergoterapie)?	Motivace, důslednost, podpora klientů, osobní účast, dostatek informací.
Co je potřeba ke zhodnocení edukace?	Výsledky testů a škál, kontrolní otázky, předvedení naučeného, objektivizace.
Zapojujeme do psychoedukace rodinu a blízké nemocného?	Ano, posilujeme tím motivaci klienta a snižujeme riziko sociální izolace.

#### 7.5.5 Postup při zaškolování pacienta

Při rozhovoru s nemocnou jsem zjistila deficit, který jsem začlenila do invencí. Dohodla jsem se s rodinou, že by bylo dobré kdyby se edukace také účastnila, zejména v oblasti životního stylu a nutnosti compliance. Rodina je ke spolupráci ochotna. Rozhodla jsem se pro edukaci ve formě skupinové, pro lepší názornost a motivaci nemocné. Společnými silami jsme stanovili reálné cíle, kterých by bylo možné edukací dosáhnout. Ty jsme společně racionalizovali. Pacientka uvítala účast různých osob při edukačním procesu.

### 7.5.6 Kontrolní otázky pro pacienta

Je třeba podporovat nemocného, vysvětlovat zadání otázek, ale nikdy neradit úplně. Dáme prostor nemocnému vyjádřit své pocity a vybídíme jej ke stručnému shrnutí přínosů edukačního programu. Rodině na sebe nabídneme kontakt, pro případnou další pomoc v edukované oblasti.

U nemocné jsem zahájila edukaci ve třech oblastech. Sestavila jsem několik kontrolních otázek pro pacientku, které jí budu klást a zapisovat odpovědi. V průběhu edukačního procesu toto budu opakovat a porovnávat výsledky.

**Tabulka 9 - Kontrolní otázky pro pacienta**

<b>Kontrolní otázky :</b>	<b>Správné odpovědi :</b>
Proč je nutné užívat předepsané léky ?	Aby došlo ze zmírnění příznaků onemocnění a oddálila se nežádoucí progrese.
Jaké množství tekutin by měl člověk denně vypít a jaké tekutiny do tohoto množství neřadíme?	Dospělý člověk by měl denně vypít 2 - 2,5l tekutin. Nepatří sem tekutiny s obsahem kofeinu ani alkoholické nápoje.
Vyjmenujte alespoň 3 potraviny nevhodné pro redukční dietu.	Tuky, bílé pečivo, uzeniny, smažená jídla, alkohol.
Co je třeba dodržovat pro pocit odpočinku a pro zachování fungování rodinných vztahů?	Dodržovat denní a noční režim, být aktivní, ruční práce, procházky.

## 8 Závěr

Někteří autoři označují Alzheimerovu chorobu jako “epidemii 3. tisíciletí“. S prodlužujícím lidským věkem obyvatelstva se neustále zvyšuje počet onemocnění. Obvykle není problém s diagnostikou choroby v pokročilých stádiích onemocnění, ale naopak v počátku onemocnění je velmi obtížná.

Výše uvedená fakta zdůvodňují obavy ze značných ekonomických nároků spojených s léčbou nemocných zvláště v pokročilých stádiích.

Cílem mé studie bylo, demonstrovat problematiku péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou v prostředí domova, pomoci přiblížit pojem tohoto onemocnění, ale také naučit se, jak k těmto osobám správně přistupovat a pečovat o ně. Do nemocnice by se lidé měli chodit uzdravovat, ale umírat doma! Péče o takovéto pacienty je sice náročná a pro pečující osoby je velkou zátěží, jak fyzickou, tak psychickou, ale pro nemocného je k nezaplacení.

Informace zde uvedené nejsou směřovány jednostranně pouze na rodinu a osoby pečující o nemocné v domácím prostředí, ale dostatek informací zde mohou nalézt i sestřičky z praxe, které přicházejí do styku s takto postiženými pacienty. Dozví se zde například, jak v začátcích rozpoznat první příznaky onemocnění, jak chorobu diagnostikovat pomocí různých testů, ale také něco málo o příčině, etiopatogenezi, průběhu a formách onemocnění.

Dalším cílem mé studie bylo sledovat pacientku s definitivní diagnózou Alzheimerova choroba během takřka dvouměsíčního pobytu na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Stanovení individuálního plánu ošetrovatelské péče a sestavení edukačního programu pro pacientku s přihlédnutím k jejím dalším onemocněním, ale také fyzickým a psychickým schopnostem.

Uvedený program by mohl být použit pro pacientky v obdobném stádiu onemocnění.

## Seznam použité literatury a zdrojů informací:

1. ATKINSON, R. L. a kol.: Psychologie. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-71-78-640-3
2. BAŠTECKÝ, J.: Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech. Praha: Galén, 1997, ISBN 80-85824-45-0
3. ČIHÁK, R.: Anatomie 1. Praha: Grada, 2001, ISBN 80-7169-970-5
4. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2001, ISBN 80-247-0242-8.
5. DYLEVSKÝ, I.: Anatomie a fyziologie člověka. Olomouc: EPAVA, 1998, ISBN 80-901667-0-9
6. HÖSCHL, C.: Psychiatrie pro praktické lékaře. Jinočany: H & H, 1996, ISBN 80-85787-96-2
7. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J.: Ošetřovatelství. Uherské Hradiště. 2001
8. KOUKOLNÍK, F., JIRÁK, R.: Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada, 1998, ISBN 80-7169-615-3
9. KUČEROVÁ, H.: Demence v kasuistikách. Praha : Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1491-4
10. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P.: Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-700-0
11. MAREČKOVÁ, J.: Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1399-3

12. MASTILIAKOVÁ, D.: Úvod do ošetrovatelství. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2003, ISBN 80-246-0429-9
13. MÜLLEROVÁ, M. a kol.: Léky. Olomouc: Rubico, 1999, ISBN 80-85839-30-X
14. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol.: Psychiatrie. Praha: Karolinum, 2001, ISBN 80-246-0390-X
15. RADIMSKÝ, M. a kol.: Psychiatrie 1. Brno: IPVZ, 1997, ISBN 80-7013-218-3
16. SEIFERTO VÁ, D., PRAŠKO, J., HÖSCHL, C.: Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004, ISBN 80-86694-06-2
17. STAŇKOVÁ, M.: Základy ošetrovatelství. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 1996, ISBN 80-7184-243-5
18. VYMĚTAL, J.: Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-740-X
19. ZGOLA, J. M.: Úspěšná péče o člověka s demencí. Grada, 2003, ISBN 80-247-0183-9
20. ZVOLSKÝ, P. a kol.: Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum, 2003, ISBN 80-7184-203-6
21. RUSINA, R.: Staří.cz, Alzheimerova choroba [on-line]. Pears health cyber. s.r.o. 2003-2007 Staří.cz, poslední aktualizace 1. 10. 2007.  
Dostupné z [http://www.stari.cz/ukaz\\_sekci.php?id=31](http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=31))
22. ROKOŠOVÁ, M.: Gerontologie informační servis o službách pro seniory [online], Česká alzheimerovská společnost 2003,  
Dostupné z <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=25>

## Seznam příloh:

**Příloha č. 1:** MMSE – (Minimental state examination) test kognitivních funkcí (Rusina R.: Staří.cz, Alzheimerova choroba [on-line]. Pears health cyber. s.r.o. 2003-2007 Staří.cz, poslední aktualizace 1. 2. 2008, dostupný z: <http://www.stari.cz/mmse.php>)

**Příloha č. 2:** Test hodin (Rusina R.: Staří.cz, Alzheimerova choroba [on-line]. Pears health cyber. s.r.o. 2003-2007 Staří.cz, poslední aktualizace 1. 2. 2008, dostupný z: [http://www.stari.cz/cesta.php?text\\_id=76](http://www.stari.cz/cesta.php?text_id=76))

**Příloha č. 3:** Barthelův test základních všedních činností. (ADL-activity daily living). (Měřicí škály, Liberec: Ústav zdravotních studií 2006, poslední aktualizace 3. 2. 2008 dostupný z: [http://www.uzs.tul.cz/pro\\_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-15-38.doc](http://www.uzs.tul.cz/pro_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-15-38.doc))

**Příloha č. 4:** Dotazník pro funkční hodnocení pacienta /FAQ)Functional activities questionnaire. (Měřicí škály, Liberec: Ústav zdravotních studií 2006, poslední aktualizace 3. 2. 2008 dostupný z: [http://www.uzs.tul.cz/pro\\_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-17-52.doc](http://www.uzs.tul.cz/pro_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-17-52.doc))

**Příloha č. 5:** Ischemické skóre podle Hachinského.(Měřicí škály, Liberec: Ústav zdravotních studií 2006, poslední aktualizace 3. 2. 2008 dostupný z: [http://www.uzs.tul.cz/pro\\_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-26-48.doc](http://www.uzs.tul.cz/pro_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-26-48.doc))

**Příloha č. 6:** Míra závislosti pro příspěvek na péči (Vrbova, H.: Informační materiál. Městský úřad Nová Paka, Dukelské náměstí 39, 509 24)

**Příloha č. 7:** Dotazník pacientů s Alzheimerovou chorobou

**Příloha č. 8:** Plán ošetrovatelské péče (Vysoká škola zdravotnická o.p.s, Praha 5)

**Příloha č. 9:** Záznam o edukaci (Vysoká škola zdravotnická o.p.s, Praha 5)

**Příloha č. 10:** Denní a týdenní režim na oddělení (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze)

## **Seznam tabulek:**

<b>Tabulka 1</b> - Věk – průměr po vyhodnocení .....	38
<b>Tabulka 2</b> - Pohlaví.....	39
<b>Tabulka 3</b> - Průměrný věk objevení prvních příznaků .....	39
<b>Tabulka 4</b> - Test MMSE.....	39
<b>Tabulka 5</b> - FAQ.....	39
<b>Tabulka 6</b> - ADL.....	39
<b>Tabulka 7</b> - Spolupráce s rodinou.....	39
<b>Tabulka 8</b> - Kontrolní otázky pro sestru .....	64
<b>Tabulka 9</b> - Kontrolní otázky pro pacienta .....	65



## **Slovník cizích slov:**

**Acetylcholin** – Látka přenášející vzruchy v nervové soustavě

**Agitovanost** – Neklid, silné rozrušení, často provázené zvýšenou pohybovou aktivitou

**Amyloid** - Bílkovina

**Angiopatie** – Cévní postižení

**Antiepileptikum** – Látka snižující výskyt motorických a psychických projevů epilepsie

**Apoptóza** – Buněčná sebevražda

**Compliance** – Ochota spolupracovat

**Cytokiny** – Látky bílkovinné povahy produkované buňkami

**Dysartrie** – Vada řeči – ztížená výslovnost při normální chápání významu řeči

**Dysfonie** – Porucha hlasu projevující se chraptivostí

**Ebixa** – Lék k léčbě Alzheimerovy choroby

**Empatie** – Vcítění se do prožitků druhých

**Etiopatogeneze** – Soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci

**Gutalax** – Projímavý lék

**Haloperidol** – Lék působící proti některým duševním poruchám

**Inkontinence** – Neschopnost udržet moč nebo stolici

**Lipoprotein** – Složitá bílkovina konjugovaná s neutrálními tuky či jinými lipidy

**Mikroglie** – Podpůrné buňky nervového systému

**Neurodegenerativní onemocnění** - skupina chorob centrálního i periferního nervového systému, která je způsobena předčasným zánikem nebo degenerací nervových buněk.

Tato onemocnění mají často genetický podklad.

**Neuroleptika** – farmaceutické látky, které (zejména při dlouhodobém užívání) potlačují psychotické symptomy (např. bludyy, halucinace, neklid, agitovanost)

**Premorbidní** – Stav organismu před onemocněním

**Progrese** – Postup, šíření, pokrok

**Pseudocysta** – Nepravá cysta, dutý útvar nově vytvořený v měkké tkáni

**Psychofarmaka** – Léky k léčbě psychických poruch

**Socioterapie** – Metoda sloužící lidem pomoci se navrátit do normálního života

**Telencefal** – Nejvyšší oddíl centrální nervové soustavy, velký mozek

**Verbalizace** – Slovní vyjádření

## Příloha 1

### Test MMSE - Mini Mental State Examination

Test MMSE je standardem pro vyšetřování poruch paměti u demencí. K provedení testu budete potřebovat asi čtvrt hodiny času. Připravte si několik čistých papírů, psací potřeby a hodinky a samozřejmě chvíli času svého blízkého. Vyberte pokud možno klidné prostředí bez rušivých vlivů. Vyžadujte plnou spolupráci testované osoby. Pozorně si pročtěte zadání každého úkolu a připravte se na jednotlivé úkoly. Každou otázku položte nejvýše třikrát. Pokud testovaný neodpovídá, skórujte "0". Akceptujte jakoukoliv odpověď, nepouštějte se do diskusí. Za každou správnou odpověď přiřipšte 1 bod.

#### 1. Orientace

Položte nemocnému následující otázky:

1 "Které je roční období?"

1 "Který máme nyní rok?"

"Kolikátého je dnes?"

"Který den v týdnu je dnes?"

1 "Který je měsíc?"

1 "Ve kterém jsme městě?"

"Ve kterém jsme okrese?"

"V jaké jsme zemi?"

"Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?"

"V kolikátém jsme poschodí?"

#### 2. Opakování a paměť

Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť:

*"Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte. Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám."*

LOPATA      ŠÁTEK      VÁZA

*"A nyní prosím slova zopakujte."*

1 LOPATA  ŠÁTEK 1 VÁZA

Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje. Maximálně však pětkrát. Je to podmínka pro další úkoly.

### **3. Pozornost a počítání**

*"Nyní odečtete od 100 vždy číslo 7. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete."*

1 93  86  79  72  65

Jestliže testovaný udělá chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

Alternativa: Pokud testovaný nechce počítat, vyzvěte jej:

*"Hláskujte pozpátku slovo POKRM."*

M  R  K  O  P

### **4. Vybavování**

*"A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal."*

LOPATA  ŠÁTEK  VÁZA

### **5. Poznání předmětů**

*"Co je to?"*  Ukažte hodinky.

*"Co je to?"* 1 Ukažte tužku.

### **6. Opakování**

Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:

1 *"První pražská paroplavba"*

### 7. Stupňovaný příkaz

Položte před pacienta čistý papír.

*"Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej napůl a dejte ho na podlahu."*

1. stupeň:  uchopení papíru do pravé ruky
2. stupeň:  přeložení papíru na polovinu
3. stupeň: 1 položení papíru na podlahu

### 8. Reakce na psaný pokyn

Napište na papír čitelný pokyn **"ZAVŘETE OČI"**.

Ukažte pacientovi napsaný pokyn a vyzvěte jej:

- "Přečtěte, co je tady napsáno, a udělejte to."*

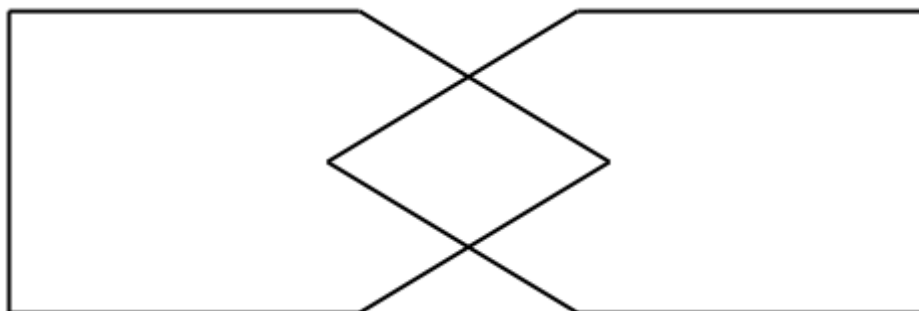
### 9. Psaní

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej "Napište libovolnou větu."

Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně. Může obsahovat chyby, ale musí mít podmět a přísudek.

### 10. Malování podle předlohy

Dejte pacientovi papír a psací potřeby. Požádejte ho, aby podle předlohy nakreslil následující:



Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník. Roztřesení a rotace obrazce nevadí.

## **Hodnocení**

### **30-27 bodů (Normální stav)**

Nemusíte se vzrušovat. Stav kognitivních funkcí testovaného je normální. Alzheimerova choroba se jej s největší pravděpodobností netýká. Informujte se na možnosti pomoci nemocným a jejich rodinám. Pokud byl výsledek hraniční, zkuste s odstupem opět testovat.

### **26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)**

Test prokázal poruchu kognitivních funkcí testovaného. Možná se jedná o počínající demenci. Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Seznamte se s jejími příznaky a riziky. Určitě test MMSE po čtvrtroce zopakujte!

### **24-10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)**

Test prokázal vážnější poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktujte odborníka.

### **9-6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)**

Demence testovaného je velmi vážná. Pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout.

### **5-0 bodů (Demence těžkého stupně)**

Demence testovaného je velmi vážná. Pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout.

## Příloha 2

### Test hodin

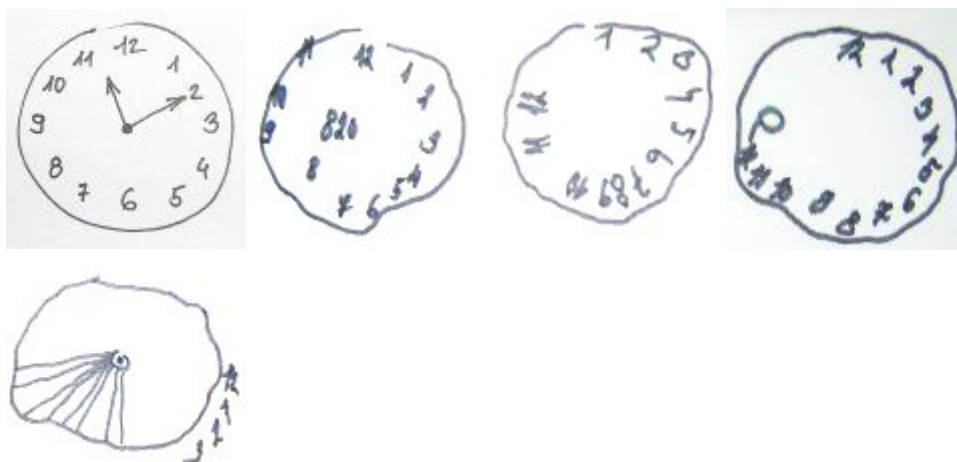
Test hodin představuje citlivou metodu pro odhalení již počátečních stádií Alzheimerovy choroby. Jeho podstatou je jednoduchý úkol. Nakreslit hodiny.

#### Jak testovat?

Dejte vyšetřovanému tužku a papír s předkresleným kruhem. Požádejte ho, aby doplnil všechna čísla tak, aby vznikl hodinový ciferník. Po nakreslení hodin ho poproste, aby doplnil ručičky ukazující čas jedenáct hodin deset minut (11:10).

#### Hodnocení

Porovnejte nakreslené hodiny s níže uvedenými obrázky.



Pokud se obrázek nejvíce podobá obrázku vlevo, zdá se být vše v pořádku, pro jistotu doporučujeme provést ještě následující MMSE test. Pokud se však kresba podobá více ostatním obrázkům, výsledek naznačuje poruchu tzv. kognitivních funkcí, která může souviset s počínající Alzheimerovou chorobou.

### Příloha 3

#### Barthelův test základních všedních činností. /ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení,napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	<u>05</u>
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	<u>05</u>
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	<u>00</u>
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	<u>05</u>
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	<u>05</u>
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	<u>05</u>
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	<u>05</u>
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	<u>15</u>
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	<u>10</u>
		S pomocí	05
		neprovede	00

#### Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	<b><u>Závislost středního stupně</u></b>	<b><u>45 – 60 bodů</u></b>
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

## Příloha 4

### Dotazník pro funkční hodnocení pacienta /FAQ) Functional activities questionnaire

	Činnosti:	Body
1	Placení účtů,spoření,používání vkladní knížky/šeků/sporožirových účtů a podobně	3
2	Vyplňování úředních dokumentů (daňových přiznání,žádostí a formulářů).	3
3	Samostatně nakupování oblečení,potřeb pro domácnost nebo potravin.	3
4	Hraní společenských her,věnování se koníčkům.	2
5	Ohřát vodu a připravit kávu,vypnout sporák.	3
6	Uvařit kompletní jídlo.	3
7	Pamatovat si současné události,.	3
8	Udržet pozornost,porozumět a hovořit o televizních programech,knihách a časopisech.	3
9	Pamatovat si termíny schůzek,rodinných událostí,svátků,léky a jejich užívání	3
10	Cestovat mimo nejbližší okolí,řídít auto,použít autobus nebo vlak	3
Celkové skóre		29

#### Hodnocení:

0 bodů	Činnost vykonává samostatně,správně(normální výkon)nebo činnost nikdy nevykonával,ale mohl by samostatně
1 bod	Provádí sám,ale s potížemi
2 body	Vyžaduje pomoc
3 body	Činnost neprovede,zcela závislí na pomoci

#### Celkové hodnocení:

Body:	Hodnocení
0 – 8 bodů	Normální výsledek
<b>9 a více bodů</b>	<b>Funkční postižení svědčící pro demenci</b>



## Příloha 5

### Ischemické skóre podle Hachinského:

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

### Hodnocení:

Hodnocení:	
<b>0 – 4 body</b>	<b><u>Pravděpodobně jde o Alzheimerovu demenci</u></b>
5 – 6 bodů	Nediskriminující skóre, může jít o smíšenou demenci
7 a více bodů	Pravděpodobně jde o demenci vaskulárního typu

## **Příloha 6**

### **Zjištění míry závislosti pro příspěvek na péči**

#### **Seznam úkonů pro péči o vlastní osobu**

- a) příprava stravy
- b) podávání, porcování stravy
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu
- d) mytí těla
- e) koupání nebo sprchování
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny
- h) vstávání z lůžka, ulehání, změna poloh
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě
- j) stání, schopnost vydržet stát
- k) přemísťování předmětů denní potřeby
- l) chůze po rovině
- m) chůze po schodech nahoru a dolů
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání
- p) orientace v přirozeném prostředí
- q) provedení si jednoduchého ošetření
- r) dodržování léčebného režimu


#### **Seznam úkonů soběstačnosti**

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase i mimo přirozené prostředí
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
- d) obstarání osobních záležitostí
- e) uspořádání času, plánování života
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla

- i) mytí nádobí
- j) běžný úklid v domácnosti
- k) péče o prádlo
- l) přepírání drobného prádla
- m) péče o lůžko
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů
- o) manipulace s kohouty a vypínači
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti

Veškeré tyto úkony se hodnotí stupni – zvládá, zvládá částečně, nezvládá. Na základě vyhodnocení získaných údajů se stanoví stupeň soběstačnosti, který určí výši příspěvku.



 <b>Plán ošetrovatelské péče</b>					
	II. f. diagnostika	III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
1.	<p><b>Porušená interpretace okolí – 00127</b> z důvodu základního onemocnění projevující se trvalou dezorientací ve známém i neznámém prostředí, chronickou zmateností a neschopností plnit jednoduché úkoly.</p>	<p><b>CD-</b> Pacientka má reálný pohled na své okolí v maximální možné míře po dobu své hospitalizace.</p> <p><b>CK-</b> Pacientka plní jednoduché instrukce do 2 týdnů.</p> <p><b>VK-</b> Pacientka poznává tváře příbuzných do 1 týdne.</p> <p>Pacientka se orientuje na oddělení s mírnou dopomocí do 1 týdne.</p> <p>Pacientka je schopná dodržovat denní režim na oddělení do 2 týdnů.</p>	<p>Důkladně se seznámte se zdravotním a duševním stavem pacientky. (do 8 hodin)</p> <p>Sledujte celkové projevy a změny v chování pacientky. (denně)</p> <p>Berte v úvahu účinky psychotropních léků. (denně)</p> <p>Přistupujte k pacientce individuálně. (denně)</p> <p>Komunikujte s pacientkou a klad'te jí jednoduché otázky. (denně)</p> <p>Poučte pacientku o denním režimu na oddělení a neustále ji do něj zapojte. (do 2 dnů)</p> <p>Zajistěte pacientce bezpečné prostředí. (do 2 dnů)</p> <p>Pomozte pac. se zorientovat na oddělení. (do 1 týdne)</p> <p>Pro lepší orientaci vybavte denně užívané místnosti a pokoj pomocnými obrázky, hodinami, kalendářem atd..(do 1 týdne)</p> <p>Pouč rodinu o vhodnosti návštěv na oddělení. (do 1 týdne)</p>	<p>Seznámila jsem se s zdravotním i duševním stavem pac., sledovala jsem celkové projevy pacientky a účinky léků. Seznámila jsem pac. s oddělením, ukázala ji jednotlivé místnosti a pomohla jsem jí se zorientovat na oddělení. Seznámila jsem jí s režimem oddělení. Přistupovala jsem individuálně. Dveře koupelny, toalety, pokoje a sesterny jsem označila obrázkem pro lepší orientaci paci.. Poučila jsem rodinu o vhodnosti návštěv a zajistila jsem pacientce bezpečné prostředí.</p>	<p><b>Efekt</b> částečný, pacientka si uvědomuje kde se nachází a dodržuje chod oddělení pouze s dopomocí.</p> <p><b>Hodnocení sestrou</b> - pacientka má částečně zachovaný reálný pohled na své okolí.</p>



## Plán ošetrovatelské péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
2.	<p><b>Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku – 00109</b> z důvodu základního onemocnění (Alzheimerova choroba) projevující se zhoršenou schopností obléknout/svléknout si horní/dolní část těla, vybrat si vhodné oblečení, udržet úpravu na uspokojivé úrovni a stupněm 3 na stupnici pro funkční úroveň při oblékání a úpravu zevnějšku.</p>	<p><b>CD:</b> Pacientka zvládá péči o svůj zevnějšek a oblékání na úrovni svých psychických možností do 1 měsíce.</p> <p><b>CK:</b> Pacientka si udržuje úpravu zevnějšku na uspokojivé úrovni do 2 týdnů.</p> <p><b>VK:</b> Pacientka je schopna si nazout boty do 1 týdne.</p> <p>Pacientka zvládá si uzavřít/otevřít zip do 2 týdnů.</p> <p>Pacientka je schopná se s pomocí obléknout/svléknout do 2 týdnů.</p> <p>Pacientka zvýší svou schopnost sebepéče ze st. č 3 na st.č. 2 do 2 týdnů.</p>	<p>Pokud to lze nechte pacientku se oblékat/svlékat samotnou. (denně)</p> <p>Připravte pacientce jednotlivé části oděvu přehledně v tom pořadí, jak si je bude oblékat. (denně)</p> <p>Nedávejte pacientce oblečení s příliš složitým zapínáním. (denně)</p> <p>Poučte pacientku o nutnosti pravidelně pečovat o svůj zevnějšek. (do 2 dnů)</p> <p>Zajistěte od rodiny pohodlné boty s protiskluzovou podrážkou, které se se snadno obouvají a zouvají. (do 1 týdne)</p> <p>Pomozte pacientce naučit se pracovat se zipem. (do 1 týdne)</p>	<p>Poučila jsem pacientku o nutnosti pravidelně pečovat o svůj zevnějšek, nechala jí po co nejdelší dobu oblékat/svlékat se samotnou a občas jsem dopomohla, připravila jsem denně přehledně pacientce oblečení. Nedávala jsem pacientce oblečení se složitým zapínáním a naučila jsem jí práci se zipem. Pomohla jsem s nazouváním a zouváním bot a toto jsem s pacientkou neustále procvičovala. Požádala rodinu o boty s protiskluzovou podrážkou.</p>	<p><b>Efekt</b> částečný. Pacientka si pečuje o svůj zevnějšek na úrovni svých psychických možností, ale k jednotlivým úkonům je nutno ji pobízet.</p> <p><b>Hodnocení sestrou</b> - pacientka si udržuje úpravu zevnějšku na uspokojivé úrovni s mírnou pomocí se zvládne obléci /svléci. Na stupnici pro funkční hodnocení soběstačnosti změna ze st.č. 3 na st. č. 2.</p>



## Plán ošetrovateľskej péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
3.	<p><b>Deficit sebedpěče při koupání a hygieně – 00108</b> z důvodu pokročilého stádia základního onemocnění (Alzheimerova choroba) projevující se sníženou schopností mýt si celé tělo, vykonávat základní hygienické úkony (čistění zubů, mytí rukou po WC) a stupněm 3 na stupnici pro funkční hodnocení úrovně při koupání a hygieně.</p>	<p><b>CD:</b> Pacientka si provádí hygienu na úrovni svých maximálních schopností do 1 měsíce.</p> <p><b>CK:</b> Pacientka se aktivně zapojuje při péči o sebe sama do 2 týdnů.</p> <p><b>VK:</b> Pacientka zvýší svou schopnost sebedpěče ze st. č. 3 na st.č. 2 do 1 týdne.</p> <p>Pacientka dodržuje základní hygienické návyky po toaletě do 1 týdne.</p> <p>Pacientka je schopna si vyčistit zuby do 2 týdnů.</p> <p>Pacientka je schopna se mýt s mírnou pomocí do 2 týdnů.</p>	<p><b>Intervence:</b> Poučte pacientku o základních hygienických návycích a dbejte na jejich dodržování. (denně)</p> <p>Nechte pacientku pokud je to možno mít se samotnou. (denně)</p> <p>Nastolte hygienu jako běžnou rutinní záležitost. (do 2 dnů)</p> <p>Pobízejte pacientku k účasti na hygieně, pomáhejte jí dělat věci které nedovede dělat sama, ale nikdy je za ni nedělejte úplně. (do 2 dnů)</p> <p>Snažte se vytvořit z koupání klidnou, odpočinkovou a příjemnou záležitost. (do 1 týdne)</p>	<p>Nastolila jsem koupání jako běžnou rutinní záležitost, vysvětlila jsem pacientce jak se mýt, dopomohla jsem jí. Poučila jsem ji o hygienických návycích (mytí rukou po toaletě, čistění zubů) a pobízela jsem jí na aktivní účasti při hygieně.</p>	<p><b>Efekt</b> částečný. Pacientka si provádí hygienu na úrovni svých maximálních schopností, ale pouze po pobídnutí k činnosti.</p> <p><b>Hodnocení sestrou</b> - pacientka se aktivně zapojuje do péče o sebe sama a s mírnou pomocí se zvládne omýt. Na stupnici pro funkční hodnocení při koupání a hygieně změna ze st. č. 3 na st. č. 2.</p>



## Plán ošetrovateľskej péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
4.	<p><b>Poškozená sociální interakce – 00052</b> z důvodu poruchy duševního stavu, změny myšlení a komunikační bariéry projevující se zdrženlivostí, nekomunikativností a upřednostňování samoty.</p>	<p><b>CD:</b> Pacientka se zapojuje do aktivit a vyhledává kontakty s lidmi do 1 měsíce.</p> <p><b>CK:</b> Pacientka si uvědomuje na základě svých psychických možností faktory a pocity, které vedou ke zhoršeným sociálním interakcím do 2 týdnů.</p> <p><b>VK:</b> Pacientka komunikuje s ošetrovateľským personálem a rodinou do 1 týdne.</p> <p>Pacientka se účastní aktivit na oddělení do 1 týdne.</p> <p>Pacientka aktivně vyhledává kontakt s lidmi do 2 týdnů.</p>	<p>Povzbuzujte pacientku k aktivitě, pokuste se o její zapojení do aktivit na oddělení, komunit. (denně) Podporujte účast na zájmových aktivitách. (denně) Všímejte si změn chování pacientky a možného výskytu apatie, halucinací, deprese, úzkosti. (denně) Zjistěte a snažte se odstranit faktory bránící v začlenění do společnosti. (do 2 dnů) Vyslechněte pacientku a pomozte jí se zapojením do chodu na oddělení. (do 1 týdne) Komunikujte s pacientkou a zajistěte jí kontakt s rodinou. (do 1 týdne) Seznamte pacientku s lidmi na oddělení trpící podobným osudem. (do 1 týdne) Zapojte pacientku do aktivit jejichž cílem je prevence izolace. (do 2 týdnů)</p>	<p>Zjistila jsem faktory bránící začlenění do společnosti a snažila jsem se pacientku přimět k aktivitě a návštěvě komunit. Komunikovala jsem s pacientkou, seznámila jsem ji s pacienty na oddělení s podobným osudem a sledovala jsem projevy změny nálad pacientky. Povzbuzovala jsem pacientku a zajistila jsem možnost návštěv s rodinou. Komunikovala jsem s pacientkou o potížích způsobujících špatnou sociální interakci.</p>	<p><b>Efekt</b> částečný. Pacientka se částečně zapojuje do aktivit na oddělení a vyhledává kontakty s lidmi.</p> <p><b>Hodnocení sestrou</b> - pacientka nedokáže o problému příliš komunikovat. Snaží se občas kontakty s lidmi vyhledávat, ale příliš se do komunikace nezapojuje.</p>





## Plán ošetrovateľskej péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovateľská diagnóza	Cíle výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
5.	<b>Nadměrná výživa – 00001</b> z důvodu nevhodného životního stylu projevující se zvýšenou tělesnou hmotností a hodnotou BMI 31,9 (obezita)	<b>CD:</b> Pacientka má adekvátní hmotnost do 1 roku. <b>CK:</b> Pacientka zredukuje 1 kg za 2 týdny. <b>VK:</b> Pacientka akceptuje energeticky nízkou stravu do 1 týdne.  Pacientka je schopna si s dopomocí sledovat svoji váhu 1x týdně.  Pacientka má po konzultaci s dietní sestrou dostatek adekvátních informací o životosprávě dle svých duševních možností do 2 týdnů.	<b>Intervence:</b> Zajistěte pravidelnou stravu 5x denně.  Podporuj pacientku v dietě. (denně)  Sleduj a zaznamenávej příjem potravy a tekutin. (denně)  Plň veškeré ordinace lékaře. (denně)  Dopomoc pacientce při stravě (rozkrájet maso na menší kousky). (denně)  Vysvětli pacientce nutnost dodržování doporučené diety. (do 2 dnů)  Sleduj hmotnost pacientky. (1x týdně)  Zajistěte kontakt s dietní sestrou. (do 1 týdne)	<b>Realizace:</b> Zajistila jsem pacientce pravidelnou stravu a konzultaci s dietní sestrou. Podporovala jsem pacientku v dietě a sledovala a zaznamenávala příjem potravy a tekutin. Plnila jsem ordinace lékaře. Jednou krát týdně jsem sledovala hmotnost pacientky a vysvětlila jí nutnost dodržování naordinované diety. Pomáhala jsem pacientce při stravě a rozkrájela jí jídlo na menší kousky.	<b>Výsledný efekt</b> nelze zhodnotit, protože doba sledování byla nižší než stanovená.  <b>Hodnocení sestrou</b> - pacientka zhubla za 10 týdnů 5 kg.



## Plán ošetrovateľskej péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovateľská diagnóza	Cíle výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
6.	<b>Stresová inkontinence moči – 00017</b> z dôvodu pokročilého stádia onemocnění (Alzheimerova choroba) prejavujúci sa občasným únikom moče.	<b>CD:</b> Pacientka je kontinentní v maximální možné míře po dobu hospitalizace. <b>CK:</b> Pacientka má adekvátní informace o inkontinentních pomůckách dle svých možností do 2 týdnů. <b>VK:</b> Pacientka je schopna včas upozornit na potřebu do 1 týdne.  Pacientka používá jednorázové pomůcky pro inkontinenci do 1 týdne.  Pacientka navštěvuje toaletu v pravidelných intervalech do 1 týdne.	<b>Intervence:</b> Zvykněte pacientku, aby se před ulehnutím vždy dobře vymočila. (denně) Sleduj příjem a výdej tekutin. (denně) Pouč pacientku aby nás včas při nucení na močení upozornila. (do 2 dnů) Omezte příjem tekutin v nočních hodinách. (do 2 dnů) Naučte pacientku navštěvovat toaletu v pravidelných intervalech (po 2-3 hodinách). (do 1 týdne) Zajisti snadnou dostupnost na WC. (do 1 týdne) Pouč pacientku o možnosti užití inkontinentních pomůcek. (do 1 týdne) Pokud potíže s inkontinencí přetrvávají navzdory předešlým opatřením, použij plenkové kalhotky na dobu nezbytně nutnou.	Poučila jsem pacientku aby se před ulehnutím vždy vymočila a omezila jsem příjem tekutin v nočních hodinách. Sledovala a zaznamenávala jsem příjem a výdej tekutin. Naučila jsem pacientku navštěvovat toaletu v pravidelných intervalech a zajistila jí snadnou dostupnost na WC. Poučila jsem pacientku o možnosti užívání inkontinentních pomůcek a na noc jsem jí pomohla je nandat.	<b>Efekt</b> částečný. U pacientky nadále přetrvává občasná inkontinence.  <b>Hodnocení sestrou</b> - pacientka je inkontinentní pakliže se pravidelně nevyzývá k vyprázdnění.



## Plán ošetrovateľskej péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovateľská diagnóza	Cíle výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
7.	<b>Inkontinence stolice – 00014</b> z dôvodu pokročilého stádia základného onemocnení (Alzheimerova choroba) a zhoršení kognitívnych funkcií prejavujúci sa neschopnosťou udržet defekacií.	<b>CD:</b> Pacientka je kontinentní v maximální možné míře po dobu hospitalizace. <b>CK:</b> Pacientka je schopna samostatně vykonat potřebu na WC do 1 měsíce. <b>VK:</b> Pacientka je schopna včas si dojt na WC do 1 týdne.  Pacientka zná inkontinentní pomůcky do 1 týdne.  Pacientka dodržuje hygienické návyky po toaletě do 2 týdnů.	Snažte se předcházet zácpě (dostatek ovoce a vlákniny ve stravě). (denně)  Poučte pacientku kde je WC a označte jej pro lepší orientaci. (do 2 dnů)  Poučte pacientku o pomůckách pro inkontinentní a v případě nutnosti je užijte. (do 1 týdne)  Vysvětlí pacientce základní hygienické návyky po toaletě (mytí rukou atd.). (do 2 týdnů)  Poskytněte pacientce oděvy, které se snadno rozepínají a svlékají. (do 1 týdne)	Ukázala jsem pacientce WC a označila ho příslušným obrázkem pro lepší orientaci. Doporučila jsem konzumaci ovoce a vlákniny pro lepší funkci střev a předcházení zácpy. Vysvětlila jsem pacientce základní hygienické návyky po toaletě a rodině jsem doporučila obstarat pacientce oděvy, které se snadno rozepínají a svlékají. Poučila jsem pacientku o inkontinentních pomůckách a přes noc jsem jí je pomohla nandat.	<b>Efekt</b> částečný. Pacientka je nadále občas inkontinentní.  <b>Hodnocení sestrou</b> - pacientka je inkontinentní pokud se nepobízí k vyprázdnění, je schopna samostatně vykonat potřebu pouze s dopomocí.



## Plán ošetrovatelské péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
8.	<p><b>Riziko stresového syndromu po přemístění – 00149</b> z důvodu umístění do nového prostředí a změny běžného denního režimu.</p>	<p><b>CD:</b> Pacientka nemá projevy stresového syndromu po dobu hospitalizace.</p> <p><b>CK:</b> Pacientka má umožněný dostatečný kontakt s rodinou do 2 týdnů.</p> <p>Pacientka je v maximální možné míře orientována na oddělení do 2 týdnů.</p>	<p>Proved' pacientku po oddělení, představte jí členy personálu a seznamte s ostatními pacienty na pokoji. (ihned při příjmu)</p> <p>Všímej si chování a podrážděnosti pacientky. (denně)</p> <p>Přistupuj empaticky a komunikuj s pacientkou pomocí jednoduchých otázek. (denně)</p> <p>Podej pacientce dostatek informací o chodu oddělení. (do 2 dnů)</p> <p>Snažte se zajistit kontakt s rodinou. (do 1 týdne)</p> <p>Zapojte pacientku do aktivit během dne které jí povzbudí. (do 1 týdne)</p>	<p>Provedla jsem pacientku po oddělení, seznámila ji s jeho chodem. Představila jsem členy ošetrovatelského personálu a spolubydlící. Všíkala jsem si chování a podrážděnosti pacientky. Zajistila jsem pravidelný kontakt s rodinou a zapojila pacientku do denních aktivit.</p>	<p><b>Efekt úplný.</b> U pacientky nedošlo k rozvoji stresového syndromu po dobu hospitalizace.</p> <p><b>Hodnocení sestrou - u pacientky nedošlo k objevení žádných příznaků stresového syndromu.</b> Pacientka má pravidelné návštěvy a je částečně orientována na oddělení.</p>



## Plán ošetrovateľskej péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
9.	<b>Riziko pádů – 00155</b> z důvodu vysokého věku, zmatenosti, užívání psychotropních léků a demence.	<b>CD:</b> Pacientka není ohrožena pádem po dobu hospitalizace.  <b>CK:</b> Pacientka věnuje zvýšenou pozornost pohybu po oddělení do 2 týdnů.	Věnuj zvýšenou pozornost možnému uklouznutí na mokré podlaze. (denně) Odstraň z prostředí překážky, které by mohly komplikovat pohyb pacientky. (do 2 dnů) Zkontroluj přítomnost protiskluzových opatření ve vaně nebo sprše. (do 1 týdne) Věnuj pozornost bezpečnému prostředí, kde se pacientka pohybuje (odstraň neupevněné malé koberce). (do 1 týdne) Zajisti dostatečné osvětlení pokoje a místností kde se pacientka pohybuje. (do 1 týdne) Zajisti pacientce obuv s protiskluzovou podrážkou. (do 1 týdne)	Věnovala jsem zvýšenou pozornost vybavení pokoje a z prostředí jsem odstranila předměty, které by mohly komplikovat pohyb pacientky. Zajistila jsem dostatečné osvětlení místností. Rodina zajistila boty, které se snadno nazouvají a mají protiskluzovou podrážku. Zkontrolovala jsem vybavení sprchy a přítomnost protiskluzových opatření na podlaze.	<b>Efekt úplný.</b> U pacientky nedošlo po dobu hospitalizace k žádnému pádu.  <b>Hodnocení sestrou -</b> pacientka při pohybu věnovala dostatečnou pozornost možným rizikům uklouznutí.

# ZÁZNAM O EDUKACI

Příloha 9

Vypracovala: *Petra Krausová* Studijní skupina: *3. B VS* Dne: *15.4.2007*

JMÉNO, PŘIJMENÍ:		<i>H.B.</i>		ODDĚLENÍ:	<i>Gerontopsychiatrie</i>		
LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA:	1) <i>Alzheimerova choroba s pozdním začátkem, pokročilá – G30.1</i>			EDUKOVANÝ JE:	* PA pacient	* RO rodina	£ OST ostatní
	2) <i>Dysfonie – v rámci základního Onem. Alzheimerovské demence</i>			VZTAH K ZAŘÍZENÍ:	* hospitalizovaný		
	3) <i>St. p. gastritis v roce 1997</i>				£ ambulanti		
					£ účastník vzdělávací akce		
EDUKACE JE ZAMĚŘENA:		£ vstupní informace		POUŽÍVÁNÍ POMŮCEK, ZÁVISLOST NA PŘÍSTROJI:			
		£ jednorázové vzdělávání		£ naslouchadla		£ inzulin	
		* průběžné vzdělávání		£ respirační terapie		£ atonie	
		* reedukace		£ zubní protéza		£ medikace	
		£ informace při propuštění		£ berle/vozik		£ neschopnost řeči	
		£		£ dialýza		£	
		£		MEDIKACE OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI:			* <i>psychofarmaka</i>
FORMA EDUKACE:	REAKCE NA EDUKACI:			EXISTUJÍCÍ KOMUNIKAČNÍ BARIÉRA:			
* UK - ukázka	* DT – dotazy			£ smyslová:	£ sluch	£ zrak	£ chuť
£ LE - letáček	* VP – verbální pochopení			* fyzická:	<i>Snížená soběstačnost</i>		
* VE -verbálně	£ OV – odmítnutí výuky			£ jazyková	£ cizí jazyk:		
£ VI – video	* NO – nutno opakovat			£ řeč, čtení, psaní:	£ afázie	£ dysfázie	£ apraxie
£ TV - televize	£ NE – nezájem			£ etnické:	£ dyslexie	£	£ koktání
£ PI - písemně	£ NP – neschopnost pochopit			£ duchovní:			
* IN - instrukce	£ PD – prokázána dovednost			* psychické:	£ stres	£ úzkost	£ deprese
	£			* neschopnost řeči	£ afázie.....	* <i>zárazy v řeči, dysfonie</i>	
EDUKAČNÍ POTŘEBA V OBLASTI:				£ iatrogenní	£ lékař	£ sestra	£ léky
* 1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ	£ 7. SEBEPOJETÍ			£ biorytmus	£ „sova,,	£ „skřivan,,	£ bolest:
* 2. VÝŽIVA, METABOLISMUS	£ 8. ROLE – MEZILID. VZTAHY			£ akutní nemoc	£ NE £ ANO		£ prognóza:
£ 3. VYLUČOVÁNÍ	£ 9. SEXUALITA, REPRO. SCH.			PLÁNOVANÉ TÉMA EDUKACE: název			
* 4. AKTIVITA, CVIČENÍ	£10. STRES., ZÁTĚŽ. SITUACE			* <i>Edukace o dietě</i>			
* 5. SPÁNEK, ODPOČINEK	£ 11. VÍRA, ŽIVOT. HODNOTY			* <i>Význam tekutin v lidském těle</i>			
£ 6. VNÍMÁNÍ, SMYSLY	£ 12. JINÉ			* <i>Denní a noční režim na oddělení</i>			
				* <i>Nutnost compliance – léky, amb. psychiatr, stresový syndrom po Přemístění</i>			
EDUKAČNÍ ANAMNÉZU ODEBRAL/A, podpis: <i>P. Krausová</i>				ZDROJ INFORMACÍ: * <i>dokumentace, rozhovor, pozorování</i>			
DNE:	<i>15.4.2007</i>						



## EDUKAČNÍ ZÁZNAM – REALIZACE

DATUM Od - do	EDUKAČNÍ POTŘEBA V OBLASTI: TÉMA EDUKACE: FORMA EDUKACE:	REAKCE NA EDUKACI:	DOPORUČENÍ /ŘEŠENÍ:	PŘÍJEMCE EDUKACE:	EDUKÁTOR:
15.4.07	1	VP	Pomoc při zajišťování	nemocný	primární sestra
30.4.07	Nutnost compliance	DT	ústavu k trvalému pobytu.	rodina	Petra Krausová
	IN	NO	Dohled nad pravidelným		sociální pracovníce
	LE (léky)		užíváním medikace -		
	VE		denně zápis v dekurzu.		
			Umožnění pravidelných		
			návštěv.		
26.4.07	2, 4	DT	P.nás info.o tom co snědl	nemocný	primární sestra
1.5.07	Edukace o dietě.	NO	a co z toho není správné.	rodina - částečně	Petra Krausová
	Význam tekutin v lidském těle	VP	Spolupráce s nutriční		nutriční terapeutka
	IN		terapeutkou.		
	VE		Zapojit paci. do skupino-		
			vé edukace v této oblasti.		
			Dopomoc při zapisování		
			příjmu a složení tekutin.		
			Názorná ukázka tekutin +		
			obsah sklenky, hrnku.		
			Pravidelně sledovat hmot-		
			nost a BMI + zápis.		
16.4.07	4, 5	VP	Sledování + zápis dodržo-	nemocný	primární sestra
17.4.07	Denní a noční režim na oddělení	DT	vání režimu na oddělení.		Petra Krausová
	- komunita	NO	Kontrola spánku – sestry.		Mgr. Demjanenko
			Zpracování návrhu pro vy-		
			lepšení orientace po odd.		
			(hodiny, kalendář)		



## TÉMA EDUKACE: 1. Nutnost compliance

<b>TÉMA EDUKACE:</b>	Nutnost compliance – časné varovné příznaky, užívání medikace, kontroly u ambulantního psychiatra			
<b>EDUKÁTOR:</b>	primární sestra, Petra Krausová, sociální pracovníce			
<b>EDUKANT:</b>	nemocný, rodina (dcera)	<b>ORGANIZAČNÍ FORMA:</b>		
<b>PODMÍNKY:</b>	vyšetřovna oddělení, odpoledne	£ individuální	£ týmová	£ diferencovaná
<b>ČAS: od - do</b>	15:00 – 15:30 hodin (3x týdně)	* skupinová	£ hromadná	£
<b>VÝUKOVÉ CÍLE:</b> <i>kognitivní, afektivní, psychomotorické</i>	kognitivně - behaviorální informativní	<b>DIDAKTICKÉ POMUCKY:</b>		
		£ model	* textový materiál	£ televize
		£ zobrazení	* počítač	£ flipchart
<b>METODY:</b>	<b>POUŽITÉ METODY:</b>			
<i>a) SLOVNÍ (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce - učebnicí, knihou, letákem aj)</i>	<b>Slovní</b>			
	příbalové letáky léků			
<i>b) NÁZORNĚ DEMONSTRAČNÍ (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, ideo aj)</i>	vyhledání možných institutů s následnou péčí			
	<b>praktické činnosti</b>			
<i>c) PRAKTICKÉ ČINNOSTI: (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)</i>	aktivní zapojení, zájem			
<b>OBSAH TÉMATU:</b>	<b>MOTIVACE K VÝUCE:</b> * ANO £ NE £			
Objasnění, vysvětlení příznaků a prognózy onemocnění. (Hlavně rodině)	<b>OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ U EDUKANTA:</b>			
Ujasnění nutnosti institucionálního pobytu.	£ průběžné	£ dílčí	£ závěrečné	
Užívání medikace – denní doba, nežádoucí účinky, nutnost užívání medikace, účinky léků	* rozhovorem	£ testem	£ analýzou modelových úloh	
	£ zkoušením	£ srovnáním	* kladením otázek	
	£ prezentací	£ obhajobou	£ individuální výstup	
	£ předvedením	£ učení ostat.	£ srovnání s ostatními eduk.	
	£	£	£ praktické provedení	
	<b>EFEKT - EVALVACE VÝSLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM:</b>			
	£ ÚPLNÝ	* ČÁSTEČNÝ	£ ŽÁDNÝ	£
	<b>SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT</b>			
	£ ÚPLNÝ	* ČÁSTEČNÝ	£ ŽÁDNÝ	£
	<b>DOPORUCENÍ:</b>			
	Pokračování v programu při následné hospitalizaci.			
EDUKACI PROVEDL/A podpis	P. Krausová, sociální pracovníce	DNE:	15.4.2007	





## TÉMA EDUKACE: 2. Změna životního stylu

<b>TÉMA EDUKACE:</b>	Edukace o dietě. Význam tekutin v lidském těle			
<b>EDUKÁTOR:</b>	primární sestra, Petra Krausová, nutriční terapeutka			
<b>EDUKANT:</b>	nemocný, rodina (dcera)	<b>ORGANIZAČNÍ FORMA:</b>		
<b>PODMÍNKY:</b>	psychoterapeutická místnost	£ individuální	£ týmová	£ diferencovaná
<b>ČAS: od - do</b>	14:00 – 14:30 hodin (3x týdně)	* skupinová	£ hromadná	£
<b>VÝUKOVÉ CÍLE:</b> <i>kognitivní, afektivní, psychomotorické</i>	kognitivně - behaviorální	<b>DIDAKTICKÉ POMUCKY:</b>		
	informativní	£ model	* textový materiál	£ televize
		£ zobrazení	* počítač	* flipchart
<b>METODY:</b>	<b>POUŽITÉ METODY:</b>			
<i>a) SLOVNÍ (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce - učebnicí, knihou, letákem aj)</i>	Slovní			
	diskuze, pracovní sešit			
<i>b) NÁZORNĚ DEMONSTRAČNÍ (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, ideo aj)</i>	Názorné			
	jídelníček, záznamový list na P+V tekutin			
<i>c) PRAKTICKÉ ČINNOSTI: (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)</i>	stanovení si vlastních cílů, váha, obrázky potravin, tabule			
<b>OBSAH TÉMATU:</b>	<b>MOTIVACE K VÝUCE:</b>			
Edukační program je zaměřený na správnou výživu, na to co pacienti mohou jíst, kolik toho smí sníst a v jako dobu je to nejvhodnější. Pacienti se zde dozvědí správná výživová doporučení, dojde k objasnění úlohy vody ve zdravé výživě a dozví se něco málo o rovnováze mezi stravou a pohybem. Poučení o nutnosti zapisování příjmu a složení tekutin. Všechny části tématu se propojují a doplňují.	* ANO		£ NE	£
	<b>OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ U EDUKANTA:</b>			
	* průběžné	£ dílčí	£ závěrečné	
	* rozhovorem	* testem	£ analýzou modelových úloh	
	£ zkoušením	£ srovnáním	£ kladením otázek	
	£ prezentací	£ obhajobou	* individuální výstup	
	£ předvedením	£ učení ostat.	* srovnání s ostatními eduk.	
	£	£	£ praktické provedení	
	<b>EFEKT - EVALVACE VÝSLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM:</b>			
	£ ÚPLNÝ	* ČÁSTEČNÝ	£ ŽÁDNÝ	£
<b>SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT</b>				
£ ÚPLNÝ	* ČÁSTEČNÝ	£ ŽÁDNÝ	£	
<b>DOPORUCENÍ:</b>				
Pokračování v programu, opakování získaných informací.				
<b>EDUKACI PROVEDL/A podpis</b>	P. Krausová, nutriční terapeutka	<b>DNE:</b>	26.4.2007	



## TÉMA EDUKACE: 3. Denní a noční režim

<b>TÉMA EDUKACE:</b>	Význam denního a nočního režim - komunita			
<b>EDUKÁTOR:</b>	primární sestra, Petra Krausová, Mgr. Milan Demjanenko			
<b>EDUKANT:</b>	nemocný	<b>ORGANIZAČNÍ FORMA:</b>		
<b>PODMÍNKY:</b>	společenská místnost s nástěnkou (aktivity oddělení)	£ individuální	£ týmová	* diferencovaná
<b>ČAS: od - do</b>	8:45 – 9:15 hodin	* skupinová	£ hromadná	£
<b>VÝUKOVÉ CÍLE:</b>	kognitivně - behaviorální	<b>DIDAKTICKÉ POMUCKY:</b>		
<i>kognitivní, afektivní, psychomotorické</i>	informativní	£ model	* textový materiál	£ televize
		* zobrazení	£ počítač	
<b>METODY:</b>	<b>POUŽITÉ METODY:</b>			
<i>a) SLOVNÍ (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce - učebnicí, knihou, letákem aj)</i>	Slovní			
	rozhovor, poučení, materiály na nástěnce			
<i>b) NÁZORNĚ DEMONSTRAČNÍ (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, ideo aj)</i>	Názorné			
	osobní účast edukátora na aktivitách			
<i>c) PRAKTICKÉ ČINNOSTI: (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)</i>				
<b>OBSAH TÉMATU:</b>	<b>MOTIVACE K VÝUCE:</b>			
		* ANO	£ NE	£
	<b>OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ U EDUKANTA:</b>			
Objasnění významu dodržování denního a nočního režimu na oddělení.	£ průběžné	£ dílčí	£ závěrečné	
Opakování stanoveného režimu na ranních komunitách.	* rozhovorem	£ testem	£ analýzou modelových úloh	
Význam aktivity přes den a pravidelnosti spánku v noci.	£ zkoušením	* srovnáním	* kladením otázek	
Zpracování návrhu na vylepšení orientačního značení po oddělení (nástěnné hodiny, kalendář, označení pokojů)	£ prezentací	£ obhajobou	* individuální výstup	
	£ předvedením	£ učení ostat.	£ srovnání s ostatními eduk.	
	£	£	* praktické provedení	
	<b>EFEKT - EVALVACE VÝSLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM:</b>			
	£ ÚPLNÝ	* ČÁSTEČNÝ	£ ŽÁDNÝ	£
	<b>SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT</b>			
	£ ÚPLNÝ	* ČÁSTEČNÝ	£ ŽÁDNÝ	£
	<b>DOPORUCENÍ:</b>			
	Sledování a zápis účasti klienta na aktivitách, kontrola spánku.			
<b>EDUKACI PROVEDL/A podpis</b>	P. Krausová, Mgr. Milan Demjanenko	<b>DNE:</b>	16. a 17.4.2007	

**Denní a týdenní režim oddělení**

Příloha 10

<b>Po</b>	8:45 KOMUNITA	9:30 LTV SKUPINA	11:00 ARTERAPIE	11:30 RELAXACE	13:00 PST SKUPINA	14:30 KERAMIKA
<b>ÚT</b>	8:45 KOMUNITA	9:00 ERGOTERAPIE		11:30 RELAXACE		14:30 CVIČENÍ S MÍČEM
<b>ST</b>	8:45 KOMUNITA	9:30 LTV SKUPINA		11:30 RELAXACE	13:00 PRÁCE NA ZAHRADĚ	14:30 PROGRAM PRO DOBRÉ ZDRAVÍ
<b>ČT</b>	8:45 KOMUNITA	9:00 VELKÁ VIZITA	10:30 ERGOTERAPIE	11:30 RELAXACE	13:00 PST SKUPINA	14:30 MUZIKOTERAPIE
<b>PÁ</b>	8:45 KOMUNITA	9:30 LTV SKUPINA		11:30 RELAXACE		14:30 JÓGA
<b>So+NE</b>	Ø VYCHÁZKY, NÁVŠTĚVY, INDIVIDUÁLNÍ PROGRAM, POMOC NA ODDĚLENÍ					

07.00 – 08.00 budíček, osobní hygiena

08.00 – 08.30 snídane, léky

**VIZITA**

08.45 – 11.45 dopolední program

12.00 – 13.00 oběd, léky

14.30 – 15.30 odpolední program ve spolupráci s RHB sestrou, která dochází na oddělení

15.30 – 17.30 individuální program - vycházky, návštěvy

17.30 – 18.30 večere, léky

18.30 – 21.00 osobní volno

21.00 – 22.00 večerní hygiena

22.00 noční léky, večerka