

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.**

**Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U SENIORA S  
ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

**Bakalářská práce**

**OLGA KUZNETS**

Praha 2010

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U SENIORA  
S ALZHEIMEROVOU CHOROBU**

Bakalářská práce

OLGA KUZNETS

VYSOKÁ ŠKOLÁ ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: doc. Petronela Lauková, PhD., R.N.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

## **OBSAH**

|   |    |
|---|----|
| ÚVOD.....   | 7  |
| TEORETICKÁ ČÁST .....   | 9  |
| 1 CHARAKTERISTIKA A KLASIFIKACE DEMENCE .....   | 9  |
| 1.1 Definice a hlavní typy demence .....  | 9  |
| 2 ALZHEIMEROVA CHOROBA .....  | 12 |
| 2.1 Charakteristika Alzheimerové choroby .....  | 12 |
| 2.2 Neurobiologické změny, klinický obraz, diagnostika a stadia<br>Alzheimerové choroby ..... | 15 |
| 2.3 Terapie Alzheimerové choroby .....  | 18 |
| 3.OŠETŘOVATELSKÁ PEČE.....  | 19 |
| 3.1 Specifika ošetrovatelské péče .....   | 19 |
| 3.2 Komunikace.....   | 23 |
| 3.2.1 Validace .....  | 31 |
| 3.3.2 Bazální stimulace.....  | 36 |
| PRAKTICKÁ ČÁST .....  | 41 |
| Ošetrovatelský proces u nemocného s Alzheimerovou chorobou.....                               | 41 |
| ZÁVĚR... ..   | 63 |
| SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZU .....  | 64 |
| PŘÍLOHY .....   | 66 |

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenční zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PŘEDMLUVA**

Alzheimerova choroba, je nejpočetnější nemocí demencí, přičemž se rozvíjí a prochází fázemi, které se svým průběhem liší, což determinuje přístup zdravotnického personálu.

Hlavním problémem při práci s pacientem s Alzheimerovou chorobou je komunikace. Bez znalosti účinné komunikace je v praxi nemožné splnit jakýkoliv úkon, který se pacienta s Alzheimerovou chorobou týká

Existuje mnoho různých příruček pro rodiny pečující o seniora s Alzheimerovou chorobou. Stručný a jasný materiál pro pracovníky v primě péče o pacienta s touto diagnózou zatím není dostupný.

Výběr tématu práce byl ovlivněn zaměstnáním v domově Sue Ryder, který poskytuje vysoce kvalitní služby v péči o seniory. Tato práce byla vypracovaná díky ošetrovatelskému týmu.

Cílem práce je osnova pro příručku pro střední a nižší zdravotnický personál, kterou se možná někdy podaří se vypracovat.

Touto cestou vyslovují poděkování vedoucí bakalářské práce doc. Petronele Laukové, PhD., R.N. Za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi při vypracování poskytla.



## ÚVOD

Alzheimerova choroba patří mezi nejrozšířenější formy demence. Jde o destruktivní nezvratné onemocnění mozku, které ničí nervové buňky a zmenšuje jeho celkovou hmotu. Dochází při něm k poklesu mentálních schopností a v pokročilé fázi může vést až k úmrtí. Onemocnění probíhá u každého nemocného jinak; trvá šest až deset let.

S prodlužujícím se věkem a rostoucím podílem starších osob v populaci se její výskyt trvale zvyšuje. Nyní postihuje asi 5 % populace starší 65 let a 20 % populace starší 80 let. V České republice je to kolem 80 000 postižených. Alzheimerova demence se projevuje postupným zhoršováním mentálních schopností, zejména paměti a schopnosti komunikovat s ostatními, ztěžuje a nakonec znemožňuje vykonávání běžných denních aktivit. Klinické příznaky jsou variabilní. Převážně však onemocnění začíná nenápadně, záludně a má chronicky - progresivní průběh. První příznaky se připisují postižení, stárnutí, stresu nebo depresi. Starší člověk se začíná povahově měnit, přestává se zajímat o svou práci, často se opakuje, bývá podezřívavý, obviňuje jiné z odcizení věci, které nemůže sám najít. Postižený nerad vyhledává pomoc lékaře.

Poprvé tuto nemoc popisuje německý psychiatr Alois Alzheimer v listopadu roku 1901 u padesátileté ženy Adely Deterove, která byla přivezena do „blázince“ ve Frankfurtu nad Mohanem. Její chování si mnozí odborníci nemohli vysvětlit. Až po pitvě mozku zjistil Alois Alzheimer, že jde o celkem novou neznámou nemoc, při které nastávají změny v nervových buňkách.

I když zveřejnil o pacientce studii, nikdo o ni neprojevil zájem a práce skončila v archivu. Trvalo víc než osmdesát let, než se této nemoci dostalo širší pozornosti odborníků. První proslulou pacientkou, která zemřela na Alzheimerovu chorobu, byla v roce 1987 hollywoodská hvězda Rita Hayworthová. První z mnoha...

Doktoru Alzheimerovi se však nedostalo ani uznání, ani slávy. Zemřel v roce 1915 ve Wroclawi jako padesátiletý.

Teoretická část této práce je rozdělena na kapitoly a podkapitoly.

V první kapitole uvádíme všeobecný přehled demencí, typy demencí a rozdělení demencí podle lokalizace patologického procesu a průběhu. V dalších kapitolách je uvedena charakteristika Alzheimerovy choroby, její stádia, neurobiologické změny, klinický obraz a diagnostika. Ve třetí kapitole popisujeme ošetrovatelskou péči a její specifika u klienta s Alzheimerovou chorobou. Důraz je kladen na komunikaci, validaci a bazální stimulaci klienta .

V praktické části realizujeme konkrétní ošetrovatelský proces u nemocného s Alzheimerovou chorobou realizovaný v Domově Sue Ryder. Cílem práce je poukázat na specifika ošetrovatelské péče a důležitost komunikace u seniora s Alzheimerovou chorobou.



# 1 CHARAKTERISTIKA A KLASIFIKACE DEMENCE

Název demence vznikl ze dvou slov: de (bez) a mens (myslet, vědomí, rozum). Dle Mezinárodní statistiky klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů je syndrom způsobený onemocněním mozku obvykle chronického nebo progresivního původu, kdy dochází k narušení mnohých vyšších nervových kortikálních funkcí, jako je paměť, myšlení, orientace, chápání, schopnost učení, jazyk a úsudek.

## 1.1 Definice demence

Demence patří mezi nejčastější onemocnění vyskytující se u asi 1% populace. Z toho postihuje přibližně 5% starých lidí. S věkem jejich výskyt narůstá a není výrazný rozdíl mezi mužem a ženou. Alzheimerova nemoc se u nás považuje za čtvrté až páté nejčastější onemocnění vedoucího k smrti. Následuje za onemocněním srdce a cév, a dále za zhoubnými nádory, úrazy a otravami (Topinková, Bartoš, 2000).

### *Základní příznaky demence:*

- kognitivní funkce - porucha paměti, porozumění, soudnosti, orientace, řeči, učení, poznání blízkých, okolí
- behaviorální funkce - porucha osobnosti, myšlení - perseverace, vztahovačnost, bludy; poruchy vnímání - iluze, halucinace; poruchy konání - agitovanost, agresivita
- emotivní poruchy - zvýraznění nebo ztráta emočních reakcí, porucha vyšších citů, apatická nálada

Mezi hlavní typy demence patří Alzheimerova choroba, která tvoří 50-55% všech demencí, za ní následuje vaskulární demence 15-20%, smíšená demence 10-15% a jinými příčinami je vyvolaných 10-20% demencí (Fišár a kol., 2009, s. 299)

Podle Bašteckého (1994, s. 28.) jsou následující typy demence na základě mechanismu vzniku:

- Globální demence s přibližně rovnoměrným postižením kognitivních funkcí ( Alzheimerova choroba)
- Ostrůvkovitá demence s nerovnoměrným postižením kognitivních funkcí

***Podle lokalizace patologického procesu :***

- Kortikální demence s výrazně poškozeným úsudkem, bez poruch motorických funkcí
- Subkortikální demence s výraznějším poškozením paměti, emotivity, zpomalenou psychickou pohodou a poruchou motoriky

***Podle průběhu existující demence :***

- stacionární (např. poúrazové)
- progredující
- tranzitivní (napr. při normotenzním hydrocefalu)

Podle příčin a patogenézy se demence rozdělují na primárně degenerativní, vaskulární demence a na sekundární demence.

***Primární degenerativní procesy:***

- Alzheimerova choroba - je chronické degenerativní onemocnění, které se projevuje difúzní atrofií mozku
- Pickova choroba - je málo se vyskytující degenerativní onemocnění, které tvoří asi 5% ireverzibilních demencí. Postihuje častěji muže.
- Parkinsonova choroba - je chronické onemocnění vyššího věku u 5% lidí.

### ***Vaskulární demence:***

- Multiinfarktová demence - vyvolána embolizací křivých nebo intrakardiálních trombóz.
- Vaskulární demence s akutním začátkem - vzniká rychle, po 1-3 měsících po mozkové příhodě
- Subkortikální vaskulární demence - při hypertenzi
- Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence

### ***Sekundární demence - patří mezi reverzibilní demence***

- Demence při expanzi a úrazech CNS - normotenzní hydrocefalus, tumory a metastázy v CNS, posttraumatické demence
- Demence při neurologických onemocněních - epilepsie, Sklerosis multiplex
- Demence při zápalových onemocněních CNS - progresivní paralýza a neurosyfilis, encefalitidy, nejčastěji herpetické
- Demence při intoxikacích - alkoholová demence, intoxikace těžkými kovy (Hg, Pb, Mn, Au, Sn, Bi), intoxikace CO, průmyslová rozpouštědla (trichloretylen, toluen)
- Demence při užívání farmakologických léčiv - cytostatika, anticholinergika.
- Demence při endokrinních a metabolických onemocněních - hypothyreodizmus, hyperthyreodizmus, hypopituitarismus, Cushingova choroba, Wilsonova choroba, anémie těžkého stupně, deficit B12, deficit kyseliny listové, a pod. (Kolibaš, 1997).

## **2 ALZHEIMEROVA CHOROBA**

Alzheimerova choroba je nejčastější forma demence a představuje 50-55 % ze všech demencí. S prodlužováním přiměřeného věku její výskyt neustále roste. Postihuje muže i ženy.

V současné době můžeme definovat klinické symptomy onemocnění, popsat jejich relativní průběh, klinické projevy, prognózu a také můžeme využívat přesné metodiky hodnocení kognitivních funkčních, behaviorálních schopností. Na včasnou a přesnou diagnózu, která využívá nové zobrazovací metody, navazuje účinná a bezpečná léčba, která zásadním způsobem zmírňuje symptomy a stabilizuje, nebo dokonce zlepšuje kognitivní funkční a behaviorální schopnosti na relativně delší dobu.

Významným pokrokem je existence informačních a podporových aktivit i dobrovolnických organizací, které pomáhají rodinným příslušníkům i ošetřujícím nemocného s Alzheimerovou chorobou.

### **2.1 Charakteristika Alzheimerovy choroby**

„Alzheimerova choroba je chronické progredující degenerativní onemocnění, které se projevuje difúzní atrofií mozku. Vede vždy k demenci a výrazně zkracuje život pacienta“ (Pidrman, Kolibáš, s.133). „Demence je syndrom, charakterizovaný úbytkem kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, který vzniká v průběhu života, po plném rozvinutí těchto funkcí“ (Pidrman, 2007 s.109). Syndrom demence zpravidla zahrnuje tyto příznaky: výrazné snížení intelektu, poruchy paměti, poruchy orientace, poruchy soudnosti a schopnosti abstraktního myšlení, poruchy pozornosti a motivace, poruchy chápání, poruchy chování, poruchy emotivity, degradaci osobnosti (Jiráček, 2006). Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence. Tvoří 50-60 % všech demencí a dalších 15 % je smíšené atroficko - vaskulární etiologie. Objevuje se u 2-3 % lidí ve věku 65-69 let. Výskyt této choroby se pak každých dalších 5 let přibližně zdvojnásobí. Se zvyšujícím se věkem výskyt Alzheimerovy demence prudce stoupá. Vyšší procento žen mezi pacienty s Alzheimerovou demencí souvisí pravděpodobně s jejich delší průměrnou délkou života (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 176).

Alzheimerova choroba se dělí na presenilní formu (forma se začátkem klinické symptomatiky do 65 let) a formu senilní (začátky projevů nemoci po 65. roce). Někdy se Alzheimerova choroba vyskytuje u více členů rodiny, uplatňují se zde dědičné vlivy, jedná se o familiární formu Alzheimerovy nemoci. Tato forma choroby je velmi vzácná a vyskytuje se častěji v mladším věku (po 50. roce věku). Většina případů Alzheimerovy choroby nemá zjizitelné genetické faktory, nevyskytuje se familiárně, jedná se o sporadickou formu nemoci ( Kalvach, 2004; Pfizer, 1998).

Etiologie Alzheimerovy choroby není zatím objasněna, je zřejmě multifaktoriální. Zjišťují se odchylky na některých chromozomech, existuje určitá souvislost mezi Alzheimerovou chorobou a Downovou chorobou, nevylučuje se možný podíl infekcí a toxické vlivy (Raboch, Pavlovský, 2003).

## **2.2 Neurobiologické změny, klinický obraz, diagnostika a stadia**

### **Alzheimerovy choroby**

Na základě literatury našich a zahraničních autorů, možno popsat následovně charakteristiku Alzheimerovy choroby

#### *Neurobiologické změny u Alzheimerové choroby*

Alzheimerova nemoc se projevuje kortiko - subkortikální atrofií, přičemž rozsah atrofie nemusí odpovídat stupni demence. Makroskopicky lze nalézt ztenčení mozkové kůry, rozšířené sulky, rozšířené jsou i komory mozkové.

Mikroskopicky jsou patrné extracelulární a intracelulární změny. Nejdůležitější extracelulární patologickou změnou je ukládání bílkoviny beta-amyloidu. Tyto bílkoviny tvoří shluky, kolem kterých vzniká komplex neurodegenerativních procesů. Tímto způsobem vznikají útvary, které se nazývají Alzheimerovské plaky. V jejich okolí dochází následně k dalším degenerativním procesům (Pidrman, 2007). Nejzávažnější intracelulární změnou je degenerace tau-proteinu. Jde o bílkovinu, která je spojená s neuronálními vlákny. Mikrotubuly tau-proteinu jsou patologicky změněny, vlákna jsou zkracována, tím dochází ke ztrátě jejich funkce a tvorbě neuronálních uzlíčků - tangles. To vede k zániku postižených neuronů (Pidrman, 2007). Dále je postížen také systém neurotransmiterů - chemických posílů, což má za následek zhoršení až znemožnění

komunikace mezi jednotlivými neurony navzájem. V důsledku uvedených změn dochází k poruše kognitivních funkcí a rozvoji klinického obrazu demence (Pfizer, 1998 ).

### ***Klinický obraz Alzheimerovy choroby***

Alzheimerova choroba se vyvíjí nejčastěji pomalu a plíživě. Choroba mívá plynule postupující charakter, někdy se objevují fáze zdánlivého zastavení či zpomalení průběhu choroby, po určitém čase dochází opět k progresi onemocnění. Dochází ke globálnímu postižení kognitivních funkcí, postupné ztrátě schopnosti vykonávat běžné aktivity denního života s častým výskytem poruch chování (Pidrman, 2007). Klinická manifestace demence je ve většině případů předcházena stavem, kterému se říká lehká porucha poznávacích funkcí (*mild cognitive impairment*). Tato porucha se vyznačuje tím, že je přítomna porucha paměti, která však nedosahuje stupně demence. Vzájemně se neovlivňuje s běžnými životními aktivitami, nejsou přítomny poruchy aktivit denního života. Ne všechny případy *mild cognitive impairment* představují preklinické stádium Alzheimerovy choroby (Kalvach, 2004).

### ***Stádia Alzheimerovy choroby***

Průběh Alzheimerovy choroby se rozděluje do tří stádií. Pro každé období jsou charakteristické určité příznaky, přičemž některé z nich se mohou objevit v kterémkoliv stádiu, zatímco jiné se nemusí vyskytnout vůbec (Koběřská a kol, 2003)

Počáteční stádium trvá 2 - 4 roky. Může se velmi snadno přehlédnout díky tomu, že se dává do souvislosti s procesem stárnutí. U postiženého se projevují poruchy paměti, především krátkodobé, dochází ke zpomalení tempa myšlení, ke zhoršení koncentrace. Objevují se problémy s vyjadřováním, častá je porucha orientace v čase a prostoru, nemocný se většinou těžko rozhoduje. Obvyklá je také ztráta zájmu o koníčky a oblíbené činnosti. U pacientů dochází ke ztrátě iniciativy a průbojnosti. V tomto období si pacient tyto potíže často uvědomuje a může na ně reagovat depresivní náladou, úzkostí, smutkem nebo vztekem (Pfizer, 1998).

Střední stádium je nejdelší, obvykle trvá 2 - 10 let. Je charakterizováno zvýrazňováním problémů, které stále více znesnadňují nemocnému i jeho okolí každodenní život. Postižený má výrazné výpadky paměti, včetně jmen členů vlastní rodiny. Prohlubují se problémy s orientací - nemocný má potíže orientovat se nejen

venku, ale i ve vlastním bytě. Pacient může zaměňovat současnost s minulostí, mohou se vyskytnout bludy nebo halucinace. Dochází ke snížené schopnosti postarat se sám o sebe - sestra pomáhá pacientům například při osobní hygieně nebo při oblékání. Objevuje se apraxie (nešikovnost), emotivita se oplošťuje, mizí náhled pacienta na chorobu (Pfizer, 1998; Raboch, Pavlovský, 2003).

Třetí stádium trvá 1 - 3 roky a je charakterizováno vysokým stupněm závislosti na pomoci druhých osob. Nemoc způsobuje výrazné zhoršení tělesného stavu. Dochází ke zhoršení chůze - až k upoutání na lůžko. Nemocný má problémy s příjmem potravy, objevuje se inkontinence moči i stolice, významné poruchy chování. Ztráta paměti je velmi pokročilá, pacient není schopen poznat své blízké, ani členy vlastní rodiny. Pacienti přestávají být schopni číst, psát, smysluplně verbálně komunikovat s okolím. Někdy bývá nápadná kachektizace a svalová atrofie, při nesprávné péči dochází k rozvoji dekubitů a hydrostatických pneumonií (Kalvach, 2004; Koberská, 2003; Pfizer, 1998).

Alzheimerova choroba trvá zpravidla několik let, výjimečně více než 10 let od objevení se prvních klinických příznaků. Presenilní formy s familiárním výskytem mívají zpravidla rychlejší průběh. Pacienti umírají na interkurentní choroby, úrazy, selhání základních životních funkcí (Jiráček a kol., 1999). „Vcelku lze Alzheimerovu chorobu charakterizovat jako progredientní demenci s dominujícími mnestickými a intelektovními poruchami, s výrazným úpadkem osobnosti a s častými asociovanými poruchami dalších psychických funkcí“ (Jiráček a kol., 1999, s. 30)

### ***Diagnostika Alzheimerovy choroby***

Na klinické úrovni je možné určit diagnózu pouze pravděpodobně, nikoli jisté Alzheimerovy choroby. Stanovuje se tzv. diferenciální diagnóza - po vyloučení ostatních možných onemocnění, které se projevují obdobnými příznaky (Pfizer, 1998). Pro Alzheimerovu chorobu je typický plíživý rozvoj demence bez výraznějšího kolísání stavu. Brzy dochází ke ztrátě náhledu choroby a k degradaci osobnosti. Při diagnostice se hodnotí klinický obraz, průběh choroby i objektivní anamnestické údaje poskytnuté rodinnými příslušníky nebo pečovateli pacienta. Používají se testové metody, například MMSE (Mini-Mental State Examination), s jejich pomocí se zjišťuje časová a místní

orientace, aktuální vstřípivost paměti, výbavnost paměti, schopnost pojmenovávat předložené předměty a chápání a realizování jednoduchých příkazů. Testy však nejsou specifické pro Alzheimerovu chorobu. Zobrazovací metody (počítačová tomografie, nukleární magnetická rezonance) zpravidla ukáží obraz kortikosubkortikální atrofie bez dalších změn. Ne vždy však musí být u rozvinuté Alzheimerovy demence přítomen nález rozsáhlé kortikosubkortikální atrofie.

Biochemické, hematologické a sérologické testy pomáhají vyloučit sekundární demence. Vyšetření očního pozadí vyloučí jiné organické poškození mozku (Kalvach a kol, 2004; Raboch, Pavlovský, 2003).

### **2.3 Terapie Alzheimerovy choroby**

Hlavním úkolem léčby je umožnit co nejdelší setrvání pacienta v domácí péči v kruhu rodiny a zachovat či zlepšit schopnost sebeobsluhy a kvalitu provádění běžných denních aktivit. Léčení Alzheimerovy demence, jako všech onemocnění, by mělo být komplexní. Terapie by kromě podávání farmak měla zahrnovat: úpravu životosprávy, kompenzaci ostatních somatických onemocnění, pokud se u pacienta vyskytují, léky, vitamíny, dostatek tekutin a rehabilitaci. U pacientů v domácí péči sestra doporučí pečovateliům dohlížet na zdravý životní režim. Je třeba dbát na dostatek spánku v noci a naopak činnosti během dne. Je vhodné zařadit pravidelné denní aktivity, např. pobyt venku, péče o domácí zvíře, práce na zahradě. Instituovaní pacienti jsou v péči ergoterapeutů, kteří je zaměstnávají během dne, např. kondiční ergoterapií (k rozvíjení a udržení stávajících schopností pacientů, např. ručními pracemi, vařením), pet-terapií, muzikoterapií, reminiscenční terapií, bazální stimulací, taneční a pohybovou terapií, tréninkem paměti a kinezioterapií (cílené působení pohybu na psychiku pacientů) (Hátlová, Suchá, 2005).

Dalším aspektem, na který sestra dohlíží a pečovateliům doporučuje, je příjem tekutin a kvalitní stravy. Lidé s demencí si často nevzpomenou, že se mají napít, a tak může dojít k dehydrataci s následnými komplikacemi, od stavů zmatenosti po mozkové příhody. Důležitá je strava bohatá na obsah všech základních živin a dostatek vitamínů, na což pacienti také často zapomínají, mají sklon ke stereotypnímu jídelníčku. Úkolem sestry nebo pečovatele je nejen pacientům jídlo a pití podat, ale také dohlédnout na jejich konzumaci (Kučerová, 2006).



## ***Farmakologická léčba***

Farmakologická léčba se dělí na kognitivní (ovlivňující především poznávací funkce – paměť, intelekt, motivaci) a nekognitivní (ovlivňující chování, emoce, spánek).

Kognitivní farmakoterapie je základní, i když zatím není kauzální. U lehkých až středních forem se používají inhibitory acetylcholinesteráz. Podávání těchto látek vede ke zvýšení acetylcholinergní transmise a tím ke zlepšení kognitivních i nekognitivních funkcí. Z dalších preparátů se využívají nootropika (zvyšují využití glukózy a kyslíku v poškozených nervových buňkách a tím zvyšují jejich výkonnost), vitamíny E a C, preparáty z jinanu dvojlaločnatého (Ginko biloba). Při podávání těchto léků dochází ke zpomalení progresu demence, k oddálení těžkých stádií choroby spojených s nesoběstačností pacienta a jeho umístěním ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení (Jiráček, 2006; Kalvach a kol., 2003; Raboch, Pavlovský, 2003).

Farmakologie nekognitivních poruch zahrnuje léčbu behaviorálních a psychologických symptomů demence (deprese, psychotické příznaky, agresivita, úzkost). K léčbě těchto symptomů se používají: antidepressiva – potlačují příznaky deprese, neuroleptika – zmírňují a odstraňují agresivitu, neklid, vzrušenost, anxiolytika tlumí úzkost, hypnotika – léčí poruchy spánku (Koukolník, Jirák, 1998).

## ***Nefarmakologická léčba***

Z nefarmakologických přístupů léčby Alzheimerovy choroby se uplatňuje především reedukace základních dovedností pacientů a jejich aktivizace. Důležitá je spolupráce lékaře a sestry s rodinou postiženého. Nezbytná je také edukace pečovatелů i rodinných příslušníků a jejich konzultace s odborníky, u nás toto zajišťuje především Česká Alzheimerovská společnost. Nutné je také vyhledávání a léčba všech přidružených chorob pacientů (Kalvach a kol., 2004).

Nejdůležitější je neustálá aktivizace a stimulace pacienta, jeho konfrontace s okolní realitou. Rehabilitační programy pro pacienty s Alzheimerovou chorobou jsou zaměřeny na trénink paměti a reedukaci základních aktivit běžného života. Pacient, který zůstává ve svém domácím prostředí, má mít ve svém okolí objekty a předměty, jež ve svém životě dlouhodobě používal a které jsou mu důvěrně známé. Pokud je i přesto nepoznává, měly by být označeny. Např. je vhodné mít nápisy na fotografiích se jmény

členů rodiny. Pokud pacient zapomíná provést nějaké úkony, při jejichž neprovedení může být v ohrožení, musí být daná rizika také omezena nápisy (např. zavřít vodu po umytí). Jestliže pacient provádí úkony, či vykazuje chování, které jsou pro něj nebezpečné, je nutné zvýšit dohled nad ním, např. péčí denní asistence nebo docházením do denního stacionáře, eventuálně institucionalizace pacienta. Pokud je pacient doma alespoň částečně nezávislý, ale zapomíná na některé, zejména opakující se aktivity, je vhodné použít různé časovače či elektronické diáře pro připomínání aktivit. Podobné pomůcky a asistence mohou pomoci udržet pacienta v domácí péči nebo v počátečních stádiích nemoci i částečně nezávislého ve vlastním bytě (Jiráček, 2006).

Cvičení paměti provádí sestra za pomoci publikací, které jsou pro tyto účely k dispozici, dále také pomocí jednoduchých her, např. pexeso, karty, jež mají větší efekt pro cvičení paměti než např. vyplňování křížovek. Sestra také doporučí rodinným příslušníkům, aby se do tréninku paměti svého blízkého aktivně zapojovali (Jiráček, 2006).

### 3. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetrovatelský proces má pět fází: posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Při posuzování se sestra zaměřuje na zjištění potřeb a možností pacienta, zhodnotí jeho znalosti a dovednosti. Sestra bere zřetel na věk pacienta, pohlaví, jeho vzdělání a zaměstnání, společenské - ekonomické faktory, zdravotní stav, životní styl. Na základě zpracování fáze posuzování, stanoví sestra ošetrovatelskou diagnózu.

#### 3.1 Specifika ošetrovatelské péče

Nároky a potřeby jednotlivých postižených se liší. Je třeba je řešit postupně jak se objevují.

*Oblékání* - pokud se pacient ještě umí obléknout sám, je žádoucí zůstat v jeho blízkosti - je možné, že mu bude potřeba připomenout některé části oděvu, které si má obléknout. Když si nemůže sám vybrat oblečení, sestra mu pomůže připravit jednotlivé části v pořadí v jakém následují, tedy spodní prádlo, šaty, boty. Když se obleče nesprávně, sestra zakročí a pacientovi pomůže. Upravený zevnějšek zvyšuje pacientovu důstojnost!

*Stravování* - strava musí být vyvážená. Měla by obsahovat všechny základní složky: bílkoviny, tuky, vlákninu, vitamíny, minerály a dostatek tekutin (alespoň 1 litr denně). Je důležité nemocného informovat, jaké denní jídlo mu podáváme. Hlavním jídlem je oběd, večeře musí být lehká. Vyhneme se tak případným nočním obtížím pacienta. Když odmítne jíst základní jídlo, je třeba přistoupit k doplňkové výživě. Jídlo má nejen nasytit, ale i potěšit.

*Riziko pádu* - změny v schopnosti udržet rovnováhu při chůzi, či jiné činnosti souvisí částečně u staršího člověka jak s jeho fyziologickým stárnutím, tak i s chronickými onemocněními. Jejich správná léčba a rehabilitační cvičení je pro prevenci pádu neoddiskutovatelné. Riziko ztráty rovnováhy se zvyšuje v méně známém prostředí. Proto jsou důležitá některá opatření: světlo má být přiměřeně rozptýlené, spínače v dosahu, podlahy protiskluzové, zábradlí by mělo být pevné a dostatečně dlouhé.

*Samovolný odchod stolice a moče* - jsou příznaky každé formy demence. Objevují se už ve středním stadiu Alzheimerovy choroby. Inkontinencí trpí asi 40-60% chodících dementních nemocných. Než označíme inkontinenci za trvalou, je třeba pacienta důkladně vyšetřit. Nejčastější příčinou léčitelné inkontinence moči je akutní stav zmatenosti, infekce, zácpa, užívání určitých léků či imobilita. Dementním pacientům uniká moč ještě před příchodem na toaletu. Proto musejí mít k dispozici nočníky a lehký snímatelný oděv. Nejednou nedokáží v nervozitě najít cestu na WC. Pomoci jim mohou výrazně obarvené, dobře rozlišitelné znaky. Při trvalé inkontinenci je žádoucí nemocného pravidelně každé 2-3 hodiny vodit na záchod. Je třeba oddálit zavedení permanentního katetru, jež pacienta ohrožuje případnou infekcí a negativně ovlivňuje jeho psychiku. Do úvahy přichází pouze v těžkých, neřešitelných případech.

*Zmatenost* - u pacienta s Alzheimerovou chorobou se často objevují nevysvětlitelné stavy zmatenosti. Bývá ospalý, zpomalený, někdy nespokojený a podrážděný. Proto je pro jeho příznivé rozpoložení důležité ticho, dobře osvětlený pokoj, dobře viditelné hodiny a kalendář. Při velkém rozrušení pacienta zasahujeme medikamentózně. Starší lidé ve stavu akutní zmatenosti patří do nemocnice.

*Dezorientace* - nedokáže se zorientovat ani ve vlastním bytě, neumí najít cestu do koupelny, nebo kuchyně. Proto je třeba dbát na označení části místností. Pacient klade neustálé otázky, sestra odpovídá trpělivě. Uvědomme si, že pacient může zapomenout, jakou otázku položil.

*Deprese* – nejčastěji se projevuje únavou, poruchou spánku, nechutenstvím, hubnutím. Kromě medikamentózní léčby je důležité pacientovi upravit denní režim, aby mohl stále dělat něco zajímavějšího - poslouchat hudbu, hrát karty, chodit na procházky. Je vhodné jej zapojit do běžných každodenních aktivit.

*Agresivita a nepokoj* - k nemocnému přistupujeme klidně, komunikujeme s ním zdvořile, snažíme se rozptýlit jeho obavy. Vítaná je spokojená jednoznačná odpověď. Po uklidnění klienta je třeba zjistit příčinu neklidu a v budoucnosti se jí vyhnout. Důležitá je pochvala za úkony, které udělal dobře. Nevyčítáme mu, že něco pokazil.

*Bezcílné blouhání a nespavost* - pokud pacient chodí v noci po bytě, může to znamenat, že není dost unavený. Je nutné hledat způsob, jak zvýšit jeho fyzickou

aktivitu. Nedovolíme mu spát během dne a snažíme se ho zaměstnat vhodnými aktivitami. Proti spánku pomáhá i teplá sprcha.

*Delirium a halucinace* – prvním léčebným krokem je taktní diskrétní pokus o návrat nemocného do skutečnosti. Pomoc pomáhá v rozptýlení obav. Nenecháme ho sledovat televizi, zavěsíme rušivé obrazy (Miklášová, 1999).

### ***Zvláštnosti v komunikaci s pacientem s Alzheimerovou chorobou***

Komunikace je jedna z aktivit, která se u člověka s demencí postupně zhoršuje. Mění se schopnost aktivně používat jazyk a vyjadřování je obtížnější. Ztrácí se také schopnost porozumět významu slov. S vývojem onemocnění jakoby člověk přestával komunikovat vůbec. Pro sestru je důležité sledovat, jak člověk trpící demencí mluví svým tělem a výrazem tváře. Sestra musí číst nové významy skryté za jeho slovy. Někdy demence způsobuje, že se z tváře pacienta jakoby vytratí mimika – nepozná se z ní, jaké emoce zrovna prožívá. V tomto případě pak existuje velké riziko, že takový člověk zůstane téměř bez kontaktu (Koběrská a kol., 2003).

Prakticky všechny běžné denní aktivity, které sestra s pacientem provádí, jsou výbornou příležitostí ke komunikaci. Jsou činnosti, které komunikaci přímo vyžadují - jsou bez ní téměř nemožné. Zvláště při provádění úkonů, které dříve do života pacienta s demencí nepatřily (např. přemísťování pomocí zvedáku), nabývá komunikace na důležitosti. Sestra podává pacientovi neustále (při všech činnostech) informace o tom, co se s ním děje tak, aby se pacient cítil v bezpečí. Tím zvyšuje u pacienta pravděpodobnost ke spolupráci a podporuje vzájemnou komunikaci.

Spouštěcím momentem a zároveň podmínkou komunikace je navázání kontaktu – vybudování mostu mezi sestrou a pacientem trpícím Alzheimerovou demencí. Dokud není důkladně navázán kontakt, nemůže dojít ke kvalitní vzájemné komunikaci. Často přichází s iniciativou k navázání kontaktu sestra, ne vždy však dostává od pacienta s demencí souhlasnou odpověď. Nejsnazší způsob navázání kontaktu je tehdy, když s iniciativou přijde sám pacient. Takovou iniciativu by sestra měla ochotně přijmout a dále rozvíjet (Koběrská a kol., 2003).

Pro člověka trpícího Alzheimerovou chorobou je obtížné porozumět řeči, verbálnímu sdělení a zpracovat informace, které k němu přicházejí. Proto sestra využívá více

komunikačních kanálů zároveň. Tím zvyšuje pravděpodobnost pacientova porozumění. Sestra využívá nejen slov (verbální komunikaci), ale i gesta, výraz tváře, intonace hlasu, tempa řeči, pozice těla (neverbální komunikaci). Někdy stačí k vyjádření sdělení pokynutí, úsměv, dotek, pohlazení. Pro člověka trpícího demencí bývá neverbální projev, který slova doprovází a koresponduje s nimi, velmi srozumitelný (Michálková, Šimončíková, Sestra. 2006).

Při důkladném pozorování vyjadřovacích schopností člověka s demencí může sestra zaznamenat velký rozdíl v tom, když pacient mluví o něčem spontánně, sám od sebe, a když odpovídá na naše otázky nebo reaguje na naše slova. Spontánní výpovědi bývají mnohem plynulejší, obsáhlejší. Odpovědi na otázky či reakce na slova sestry jsou mnohem pomalejší, těžkopádnější.

U lidí s demencí se často uplatňuje tzv. automatická řeč – pacienti často používají naučené říkanky, básně, počítání a jiné jazykové stereotypy. Tohoto lze dobře využít při rozhovoru s pacientem. Slovní hry jako např. „Jak pokračuje přísloví“ nebo „Slavná příjmení,“ využívají právě tohoto fenoménu, a proto jsou vhodnou formou k rozhovoru mezi sestrou a pacientem (Zgola, 2003).

Pacienti s Alzheimerovou chorobou někdy používají neexistující slova (zkomoleniny), nebo používají některá slova nesprávně či nepřesně. Sestra v těchto případech pacienty neopravuje, naopak pro usnadnění porozumění může použít i výrazy pacientem vymyšlené. U lidí trpících demencí není neobvyklá vzájemná záměna slov podobného významu. Častá je např. záměna „matka“ za „dcera“ a obráceně. Sestra tuto myšlenku pacientovi nevyvrací! U různých pacientů se lze setkat s různými poruchami vyjadřování. Nemusí to však znamenat, že pokud se člověk špatně vyjadřuje, také špatně rozumí. Na druhé straně jsou pacienti, kteří mají potíže s porozuměním sdělovaného. Je na sestře, aby správně posoudila schopnosti jednotlivých pacientů a přizpůsobila jim své iniciativy tak, aby je pacient mohl dobře přijmout. Zároveň musí sestra odhadnout, co chce člověk s demencí svou iniciativou vyjádřit. Zodpovědnost za porozumění se tedy přesouvá na sestru (Koběřská a kol., 2003).

Při komunikaci s pacientem trpícím Alzheimerovou demencí využívá sestra rovněž dlouhodobou paměť. Je často překvapující, co všechno si pacienti pamatují z dávné minulosti (a naopak zapomínají to, co se stalo před nedávnem). Vzpomínky, dávno

naučené znalosti a dovednosti jsou u každého uloženy v tzv. dlouhodobých paměťových drahách, které lze správnou stimulací u pacientů znovu probudit. Sestra by měla mít dostatek informací z minulosti pacienta (např. od jeho blízkých), aby mohla pracovat s jeho vzpomínkami, tzv. reminiscencí. Pacientům je příjemné, když se mluví o tom, co v životě prožili, o předmětech a událostech, které patřily k jejich mládí. Sestra musí být vynalézavá v tom, jak pacientovi důležité zážitky prezentuje. Někomu stačí vyprávět o minulosti a použít přitom informace získané o pacientovi, jindy je užitečné, když sestra hovoří o starých předmětech, které si pacient může zároveň i prohlížet (Friedlová, 2007).

Komunikace s člověkem postiženým demencí vyžaduje od sester mnoho trpělivosti. Je velmi důležité si uvědomit, že provázet osobu s demencí neznamena jen dávat instrukce. Sestra musí především neustále sledovat, co pacient dělá, jak se u toho cítí a vyladovat se na to, co zrovna potřebuje. Je žádoucí pacienty povzbuzovat, podporovat jejich aktivity, nechvátat na ně, nekritizovat za neúspěchy. Klidným a trpělivým přístupem může sestra zvládnout i agresivní chování pacienta, které často pramení ze strachu, nedůvěry, ze situací, které nemá pacient sám pod kontrolou (Zgola, 2003 ).

Tím, jak se u pacientů s demencí postupně zhoršuje schopnost komunikovat, mají rodinní příslušníci často pocit, že se vytrácí i vzájemný vztah. Komunikace je unikátní nástroj ke zlepšení kvality života jak lidí trpících Alzheimerovou demencí, tak i jejich blízkých. Je důležité nejen pečovat a umět komunikovat s pacienty, ale také podporovat a pomoci naučit vzájemné komunikaci i rodinné příslušníky (Zgola, 2003 ).

### **3.2 Komunikace**

Pro lepší pochopení, proč je tak důležité zabývat se komunikací s lidmi trpícími Alzheimerovou chorobou, je třeba nejprve si objasnit, co je to komunikace. Komunikace je aktivní a vědomý proces dorozumívání, sdělování informací, ve kterém se jednotliví aktéři vzájemně ovlivňují. Kdykoli dochází mezi lidmi k interakci, dochází také ke komunikaci. Komunikace je celek, ve kterém se mluví slovy, tělem i činy. Má-li být komunikace mezi sestrou a pacientem efektivní, je třeba sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální. Důležité je, aby verbální i neverbální projevy byly ve vzájemném souladu (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Záměrem každé komunikace je vyvolat nějakou odpověď, a proto je komunikace dějem. Zahrnuje všechny způsoby, při kterých ovlivňuje jedna osoba druhou. Hlavním cílem komunikace je ovlivnit druhé a získat informace. Komunikace může být užitečná nebo neužitečná. Užitečná podporuje výměnu informací, myšlenek, pocitů mezi lidmi, neužitečná brzdí či znemožňuje přenos informací a pocitů (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995 ).

Komunikace tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást svého profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Sestra musí dbát nejen na obsah sdělovaného, ale také na způsob interpretace daného sdělení. Komunikace je dovednost, kterou je nutné neustále rozvíjet (Venclářová, Machrová, 2006).

Efektivní komunikace je pro ošetrovatelskou praxi velmi důležitá. Je to proces, který propojuje sestru a pacienta a umožňuje jim vzájemně spolupracovat, dosáhnout společného cíle. Díky efektivní komunikaci sestry a pacienta se rozvíjí spolupráce, která jim pomáhá poskytovat koordinovanou, kvalitní ošetrovatelskou péči (Hanzlíková a kol., 2006 ).

Verbální komunikací se rozumí sdělování informací pomocí slov. Řeč má pro člověka nejen velký význam, ale i řadu funkcí. Sděluje myšlenky, přináší různé informace, znalosti, obohacuje o nová fakta, ovlivňuje postoj k věcem a lidem, udržuje vzájemné vztahy, lidi spojuje. Řeč a komunikace mají tedy nezastupitelnou úlohu v mezilidském styku (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Chce-li sestra dobře komunikovat s pacientem, musí nejen dobře volit slova, ale důležité je také věnovat pozornost dalším prvkům jako jsou: rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, přítomnost embolických slov (slovních parazitů), délka projevu, intonace. Rychlost řeči je úměrná znalosti tématu. Může zakrývat nejistotu, rychle může také mluvit člověk z obavy, že ho druhý nenechá domluvit. Sestra volí jinou hlasitost při potřebě upoutat pozornost, jinou při hovoru na nepříjemné téma, při obavách. Zbytečně hlasitý projev působí nepříjemně, netaktně. Výška hlasu bývá odrazem emocí, vyšší tóny se mohou posluchači jevit jako nepříjemné. Také přítomnost embolických slov působí rušivě. Význam sdělení podtrhuje intonace. Ta může být pomocníkem při zdůraznění významu, pochopení, naléhavosti (Venclářová, Machrová, 2006).



Mezi kritéria úspěšné verbální komunikace patří: jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování, adaptabilita, důvěryhodnost. Sdělení spočívá v používání běžných a srozumitelných slov. Sestra se při rozhovoru s pacientem vyvaruje používání cizích slov – medicínských výrazů. Je třeba si ověřit, zda pacient rozuměl sdělovanému. V období nemoci má pacient tělesné obtíže a obavy o svůj zdravotní stav, je také citlivý na čas. Stručná informace působí profesionálně. Zbytečné okliky naopak vzbuzují nedůvěru. Při komunikaci s pacientem sestra musí jasně vyjádřit podstatu věci. Důležité je hovořit pomalu a jasně, vyslovovat zřetelně. Načasovanost je zohledňována zvláště u závažných témat, kdy je třeba mít pro sdělení klid, soukromí, dostatek času. Je nutné přizpůsobovat styl hovoru reakcím postiženého. Nejdůležitějším kritériem účinné komunikace je důvěryhodnost. Sdělované informace musí vycházet ze znalosti problematiky, z dostupných informací a musí být podány naprosto přesvědčivě. Za žádných okolností sestra nesmí pacientovi ani jeho rodině lhát. Neznamená to však kdykoliv, komukoliv a za jakékoliv situace sdělit celou pravdu (u sdělování špatných zpráv). Sestra musí dobře odhadnout, kolik takové informace pacient unese, kdy, za jakých okolností, kde a v či přítomnosti o ní začne mluvit, zda ji sdělí najednou nebo po částech. Je třeba, aby sestra u pacienta správně odhadla míru jeho frustrační tolerance (Venclářová, Machrová, 2006).

Umět dobře komunikovat znamená nejen umět dobře mluvit, ale i umět dobře naslouchat. Skutečné naslouchání vyžaduje naprosté soustředění, nelze při něm dělat nic jiného (Venclářová, Machrová, 2006). Jde v něm nejen o to slyšet, ale také pochopit a rozumět. Nasloucháním sestra dává najevo ochotu pomoci. Naslouchání se uskutečňuje třemi základními způsoby: ušima - slyšet slova a uvědomit si jejich význam, očima - vidět výraz obličeje, pohled hovořícího, jeho postoj, srdcem - být schopen zapojit emoce. Do komunikace patří také mlčení, v tichu může sestra i pacient přemýšlet a také hledat, jak v komunikaci dál pokračovat (Venclářová, Machrová, 2006; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

Neverbální komunikace je definovaná jako řeč těla. Je považována za upřímnější než verbální projev. Patří k ní všechny projevy, které člověk vysílá, aniž by mluvil, a také ty, kterými řeč doprovází. Neverbální komunikace řeč podporuje nebo úplně nahrazuje. Její pomocí se vyjadřují emoce, vlastní interpersonální postoje. Významnou

dovedností sestry je vyznat se v řeči těla, umět pracovat se svými neverbálními projevy a umět naslouchat neverbálním projevům svých pacientů (Venclářová, Machrová, 2006)

Do neverbální komunikace patří: výraz obličeje – mimika, přiblížení a oddálení – proxemika, dotek – haptika, fyzický postoj – posturologie, pohyb – kinezika, gesta, pohledy, úprava zevnějšku, zacházení s časem – chronemika, zacházení s předměty. Chůze a držení těla jsou ukazatelem sebehodnocení, momentální nálady, zdraví. Vzájemná vzdálenost při komunikaci významně ovlivňuje úspěch komunikace. Podle vzdálenosti mezi jedinci se rozlišují čtyři zóny: intimní (do 45 cm), osobní (od 45 do 120 cm), sociální (od 120 do 350 cm), veřejná (od 350 do 800 cm i více). Sestry často narušují intimní zónu pacienta a zároveň ho pouštějí do té své. Takovéto narušení by mělo nastávat jen v situacích z profesního hlediska nezbytných a vždy se souhlasem pacienta. Sestra by měla dodržovat zásady své profesionalit a zachovávat diskretnost. Posturologie je řeč našich fyzických postojů, držení těla a polohových konfigurací. Tělesný postoj naznačí psychický stav člověka, tělesnou polohou sděluje okolí, jak mu je. Postoj sestry a pacienta by měl být co v největším souladu. Sestra by neměla stát nad pacientem, oči komunikujících by měly být při rozhovoru ve stejné výšce. Z výrazu obličeje je možné vyčíst především emoce. Gestikulace – řeč rukou, pohyby, mají výrazný sdělovací účel. Doplnují nebo zesilují verbální projev. Pro člověka s komunikačními problémy jsou ruce nedocenitelný dorozumívací prostředek (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

Také dotek je významným prvkem v neverbální komunikaci. Dotýkat se patří mezi základní lidské schopnosti. Skrze doteky se dostává člověku mnoho impulsů ze zevního prostředí. Tělesný kontakt s pacientem patří ke každodenní činnosti personálu. Ne vždy však bývá pro obě strany příjemný. Někteří pacienti pociťují dotykovou deprivaci, jiní pohlazení či dotek vítají. Sestra musí být dostatečně empatická a rozeznat vhodnost tělesného kontaktu (Friedlová, 2007)

Při komunikaci je také důležitý zrakový kontakt. Pohled na druhého je obvykle prvním prostředkem navázání komunikace mezi dvěma lidmi. Vzájemný kontakt očima potvrzuje porozumění a zájem druhého člověka. Komunikaci ovlivňuje také úprava zevnějšku a prostředí pacienta. K osobní pohodě přispívá hezké oblečení, účes, osobní čistota, upravená postel, alespoň minimální soukromí, čistý vzduch (Venclářová,

Machrová, 2006). K práci všech zdravotníků patří nejen naučit se ovládat své neverbální projevy a umět je při práci využít, ale také umět pochopit neverbální projevy pacientů.

### ***Zásady komunikace s pacientem s Alzheimerovou chorobou***

Kvalita života pacienta i těch, kteří o ně pečují, záleží na povaze vzájemného vztahu, a tak je velmi důležité, aby s pacientem byla udržována co možná nejlepší komunikace. Proto je velmi žádoucí, aby také rodinní příslušníci znali zásady správné komunikace se svým blízkým trpícím Alzheimerovou chorobou. Úkolem sestry je poučit rodinné příslušníky, aby při komunikaci s pacienty postupovali podle následujících zásad (Zgola, 2003 ).

Sestra nebo rodinný příslušník průběžně sleduje, zda u pacientů s Alzheimerovou chorobou nedochází ke zhoršování zraku či sluchu. Pokud ano, je jim doporučena nebo zajištěna lékařská intervence. Nošení brýlí či naslouchadla může u pacientů výrazně usnadnit schopnost porozumění. Je třeba vždy dbát na to, aby pacienti předepsané kompenzační pomůcky nosili (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Pro vzájemnou komunikaci je třeba si vždy nejprve vytvořit určité podmínky. Omezit úroveň hluku, přiblížit se na úroveň pacienta (např. pokud sedí, posadit se). Při navazování kontaktu, je třeba se ujistit, zda je pacient připraven druhého vnímat. Pacient je osloven jménem, na které je zvyklý – to může k navázání kontaktu velmi pomoci. Je samozřejmé, že i při komunikaci s pokročile dementním člověkem je mu zachována lidská důstojnost. Sestra pacienta vždy oslovuje pane, paní a příjmením, nikdy mu netyká (Chodura, 2000)

Není vhodné přerušovat pacienta v jeho právě vykonávané činnosti. U člověka s demencí může být obtížné odvést jeho pozornost, pokud je do něčeho intenzivně zabrán. Je lepší se k jeho činnosti nejprve připojit, a teprve při ujištění, že je schopen dostatečně vnímat, je vhodné nabídnout mu určité téma k rozhovoru (Zgola, 2003 ).

Pro člověka s demencí bývá obtížné přizpůsobit se, porozumět sdělením, a proto bývá účinnější spíše se snažit mu porozumět, než aby porozuměl on nám. K tomu může pomoci nejprve vnímat pacientův neverbální projev, poslouchat jeho slova a snažit se porozumět, co se za nimi skrývá. Za vším, co říká nebo dělá, je ukryt nějaký význam. Aby se člověk s demencí mohl dobře vyjádřit, potřebuje k tomu dostatek času a někdy i pomoc

pečovatele. Je třeba zkusit nabídnout chybějící slovo, ukázat na předmět, naznačit pohyb. Při společných činnostech musí sestra či rodinný příslušník přesně pojmenovat to, co právě dělá a také to, co má dělat či dělá pacient. Pro osobu s demencí je snazší držet se jednoho tématu – např. když se obléká, je lepší mluvit o oblékání a pojmenovávat jednotlivé kroky, které právě provádí. Někdy používá pacient jen jednebo několik slov jako jediný verbální projev, mění pouze intonaci, hlasitost. V těchto situacích je třeba pacienta dobře znát, najít význam v jeho sděleních (Venclářová, Machrová, 2006). Pacient s demencí je při všech činnostech povzbuzován, je mu dáváno mu najevo, že věci zvládá a co dělá správně. Pomůže mu to lépe se v situaci orientovat a pokračovat v komunikaci žádoucím směrem (Koběrská a kol., 2003).

Pro komunikaci s pacientem s Alzheimerovou demencí je důležité zapamatovat si zásadu „tady a teď“. Takový člověk prožívá věci ve chvíli, kdy se dějí. Protože si kvůli poruše paměti nedokáže zapamatovat všechny souvislosti ani dobře analyzovat situaci, je velmi citlivý na to, co je mu sdělováno „tady a teď“. Pro pacienta je jednodušší mluvit o tom, co může zrovna vidět nebo co zrovna dělá, než o tom, co se stalo v minulosti. Je nutné mluvit pomalu, srozumitelně, stále si ověřovat, zda je ještě schopen druhého vnímat. Používání krátkých, jednoduchých vět, zaměřených na jedno téma pomůže učinit sdělení pochopitelnějším. Srozumitelnosti sdělení velmi pomůže, když pacient bude moci nejen slova slyšet, ale také vidět, o čem se zrovna mluví nebo se toho dokonce dotýkat či to cítit. Pro člověka s demencí je obtížné zpracovat mnoho informací najednou. Proto by jakékoli pokyny měly obsahovat jen jeden splnitelný krok. Další instrukce by měla přijít teprve poté, co pacient ukončil vykonávání té předchozí. Všechny pokyny by měly být přesné, jednoznačné, konkrétní (Friedlová, 2007). V důsledku poruch paměti je pro pacienta s demencí velmi obtížné odpovídat na otázky, obzvláště pokud se týkají nedávné minulosti. Proto se sestra vyhýbá nadbytečným otázkám, na které nemůže postižený odpovědět. Pokud pacient s demencí nereaguje na to, co se mu právě říká, není vhodné mu pokládat další otázky, ale spíše klidným hlasem pojmenovat, co teď dotyčný zrovna dělá nebo co může asi zrovna prožívat, cítit. Tím je možno se připojit k jeho prožívání umožnit mu, aby se snáze projevil (Motlová, 2004).

I když se může zdát, že v důsledku demence nemocný „dětinští“, zůstává mu vědomí a vnímání sebe sama jako dospělé osoby. Proto v kontaktu s pacientem je nutné posilovat toto dospělé vnímání a tím zachovávat jeho sebeúctu a sebedůvěru.

### ***Komunikační bariéry u pacienta s demencí***

Při komunikaci s pacientem trpícím příznaky demence vystupují do popředí různé komunikační bariéry. Jsou to poruchy paměti (zvláště krátkodobé), poruchy orientace a pozornosti, nepochopení řeči, neschopnost vyjádřit se. U pacienta s demencí dochází k významné poruše paměti. Pacient má potíže získávat nové informace, jejich vybavení vázne. Lépe funguje dlouhodobá paměť, čehož sestra využívá při rozhovorech s pacienty. Poruchy krátkodobé paměti však významně zhoršují kvalitu života nemocného. Chybějící informace pak nahrazuje různými konfabulacemi, opakovaně se vyptává. Odpovědi však ihned zapomíná, a tak se celá situace opakuje. Nedostatek informací dále způsobuje také poruchy orientace, pacient špatně chápe situaci, ve které se nachází, stává se úzkostným, netrpělivým, vznětlivým (Venclářová, Machrová, 2006).

Co se týče řeči, dochází u člověka s demencí k poruše složky receptivní (schopnost porozumět řeči) i složky expresivní (možnost vyjádřit se). Pacient nerozumí sdělení, které vyjadřují druzí a nemůže na něj adekvátně reagovat. Zdánlivě se potom jeví jako nespolečující. Postižený má dále problémy s vyjadřováním svých myšlenek, hledá slova. Pomáhá si opisem situace, což také vede k nedorozumění. Pacienti bývají bezradní, nervózní, chovají se neadekvátně.

K dalším komunikačním bariérám patří poruchy pozornosti, které se projevují v chování pacienta. Je roztěkaný, nevydrží u jedné činnosti, stává se rušivým elementem při společných aktivitách. Sám je nervózní, zmatený. Je důležité vyfiltrovat rušivé vlivy, nepřesycovat pacienta příliš mnoha podněty najednou (Venclářová, Machrová, 2006). Také návštěva člověka trpícího Alzheimerovou chorobou může pro něj znamenat zatěžující událost. Průběh návštěv nebývá často takový, jaký by měl být. Návštěva blízké osoby by se neměla stát pouhou povinností nebo dokonce břemenem. Měla by být pokračováním vztahu, který vznikl mezi sebou již před onemocněním pacienta. Někdy rodinní příslušníci neví, jak komunikovat se svým blízkým během návštěvy. Sestra by jim měla být v tomto nápomocna. Poučí rodinné příslušníky, aby chodili na návštěvy pravidelnou dobu, protože předvídatelná rutina je pro pacienty Alzheimerovou nemocí

užitečným prostředkem orientace. Také v průběhu návštěvy je dobré naplánovat různé aktivity, které následují vždy ve stejném pořadí. Rozhovor je dobré začínat vždy stejnými, hluboce zafixovanými frázemi. Obvykle bývá lepší vyhnout se otázkám s otevřeným koncem, ty přivádějí člověka s kognitivní poruchou do nepříjemné situace. Lepší přístup je být připraven něco říci, než očekávat, že pacient něco odpoví. Sestra může pomoci rodinným příslušníkům tím, že si s nimi ještě před návštěvou pacienta promluví, např. o tom, jak se během dne pacient choval, co obědval, jakých aktivit se zúčastnil, jak na ně reagoval (Zgola, 2003).

Nejvhodnějšími tématy rozhovorů u pacientů s porušenou krátkodobou pamětí jsou události z dávné minulosti. Je žádoucí podporovat vzpomínání, ale zároveň vzpomínky nevy nucovat. Jakýkoli nátlak může osobu s kognitivní poruchou velmi rozrušit. Sestra doporučí rodinným příslušníkům přinést rodinná alba s fotografiemi a společně vzpomínat na prožité události. Rozhovor má být vzájemnou výměnou informací, proto sestra poučí rodinné příslušníky, aby vedli k hovoru také pacienta. Je vhodné jej vyzvat, aby mluvil o věcech, o kterých mluví rád. Nevadí, že o některých událostech hovoří pacient stále dokola, důležité je, že o nich hovoří s nadšením. Chybou bývá, když se více návštěvníků baví mezi sebou a na svého blízkého při svém hovoru jakoby zapomene. Ten na takovéto jednání může reagovat podrážděním, rozčilením až agresí (Zgola, 2003).

Také ukončení rozhovoru a loučení může být pro pacienta těžko akceptovatelná změna. I zde je vhodné postupovat vždy stejným způsobem, u kterého je ověřeno, že pacienta příliš nerozruší.

### **3.2.1 Validace**

Validace spočívá v „udržování ducha“, který se u starších lidí trpících demencí Alzheimerovy choroby aktivizuje, aby stihli vyřídit určité nenaplněné úkoly ještě před smrtí, což vyžaduje především respekt a empatii okolí.

Pro práci sestry není důležitý mechanismus vzniku demence, sestra však musí mít dostatek znalostí, které se týkají chování dementního pacienta, určení stupně poruch, psychických funkcí a vhodného způsobu komunikace. (Mellanové, 2002, s. 51) Chování

a projevy člověka s demencí zahrnují tři oblasti psychiky, které jsou patologickými změnami mozku nejvýraznější postiženy. Jde především o snížení psychických schopností, změny emocionality a změny adaptability. Nejvíce probádané jsou změny nižších a vyšších poznávacích procesů. Tyto změny jsou nejnápadnější a poměrně dobře je můžeme testovat.

Dementní pacient dává často věcem nesprávná jména, ale upozorňovat jej na chyby není užitečné. Je žádoucí si jeho chyb nevšímat. Při problémech s hledáním slov je lepší říci jméno věci, aby se zabránilo napětí. I když nemocný mluví úplně nesmysly, je důležité mu chvíli naslouchat a projevit svůj zájem. Obtíže se zahájením a udržováním rozhovoru odstraníme vhodným použitím alb a starých fotografií. Křik a hněv bez zjevné příčiny jsou způsobeny tím, že nemocný některé věci nechápe. Často jsou tyto výbuchy velmi nepříjemné, velmi krátké a nemocný na ně rychle zapomene. Pečovatelé by měli zůstat klidní a počkat, dokud celá věc neodezní. Jednou z forem a metod komunikace a terapie s dementním geriatrickým pacientem je validace, jako alternativní metoda orientace v realitě u těžkých stádií demence (Jiráček, 1999). Slovo, pocházející z angličtiny znamená, hodnotu, cenu, hodnocení. Důraz klade na dopady emoční paměti a prožívání, připouštějící přístup s přiměřeným emočním chováním a kontakty, kterými dáváme najevo snahu porozumět projevům a emocím dementní osoby. Zaměřuje se na možnosti rozhodování na základě emocionálního prožívání, na vzpomínky a na vyvolání emočně silných reminiscencí, jejich přijímání a vyrovnávání se s nimi. Využívá zachování vědomí hodnoty emocionálních zážitků a redukci emocionálních výkyvů ([www.vfvalidation.org/web.php?](http://www.vfvalidation.org/web.php?)).

Validace umožňuje i odhadnutí typu chování dezorientovaný starých lidí a nabízí jednoduché praktické techniky, které pomáhají znovu vybudovat jejich důstojnost a zabrání propadnout do stádia vegetace. Přes validaci přijímají dezorientovaní někoho, kdo jim empaticky naslouchá, někoho kdo je neodsuzuje, ale právě naopak akceptuje jejich hledisko reality. V tomto rozměru, v němž roste mezi klientem a validujícím pečovatelem důvěra, se odstraňují pocity strachu a nutnost omezovat klienta. V konečném důsledku je vědomí znovu posilováno hodnotami. Tělesné a sociální funkce se zlepšují a zabrání ponoru do vegetovaného stavu ([www.vfvalidation.org/web.php?](http://www.vfvalidation.org/web.php?)).

Validace je metoda sociální pracovnice Naomi Feilové. Svou metodu založila na práci a zkušenostech s geriatrickou populací. Filozofie její metody vychází ze zásad humanistické psychologie. Každý člověk má svou cenu bez ohledu na svoji odlišnost a duševní stav. Každé životní období má svůj specifický smysl a lidské chování má své příčiny. Nezbytné je, abychom byli tolerantní, snažili se vcítit do druhých a naučili empatii projevat.

Naomi Feilová se narodila v Mnichově roku 1932, dětství prožila v Montefiore, v Domově pro starší lidi (Cleveland, Ohio), kde její otec pracoval jako správce a matka byla vedoucí sociálního oddělení. Feilová vystudovala Kolumbijskou univerzitu v New Yorku, obor sociální práce. V letech 1963 - 1980 vypracovala a rozvíjela teorii validace v reakci na nespokojenost s tradičními metodami práce s dezorientovanými starými lidmi. Svou první knihu publikuje v 1982 pod názvem „Validace, Feilové metoda“ (revidovaná v roce 1992) a v 1993 druhou knihu „Validace - vědecký objev“, která byla revidována v roce 2002. V současnosti je výkonnou ředitelkou validačního výcvikového institutu (Validation Training Institutes) a světoznámou americkou gerontoložkou a sociální pracovnicí. Svou teorii postavila na přesvědčení, že dezorientovaní lidé se musí vyrovnat se životem, aby mohli v klidu zemřít. Aby svůj život omluvili, musí ho přehodnotit a uzavřít svou minulost, musí se s ní vyrovnat. Vyrovnat se s touto skutečností není jednoduché. Pomocí pro demenční pacienty je zejména péče poskytovaná zdravotnickým týmem, který bere na vědomí příčiny chování demenčního geriatrického pacienta a tím mu dává cenu a smysl, čili ho validuje. Filozofie validace není v psychologii novinkou, je součástí každé humanistické psychoterapie. Validovat znamená hodnotit, brát na vědomí city druhých jako pravdivé. Nemůžeme popírat city demenčního pacienta. Musíme se snažit porozumět i tomu, co se nám zdá nelogické nebo nereálné. Víme, že podvědomí má svou realitu a logiku, přičemž bereme v úvahu fantazii, protože má svou platnost a smysl. Mnohokrát je založena na vzpomínkách a osobním vidění světa. Tím, že fantaziím pomáháme najít smysl, vracíme dezorientovaným lidem důstojnost ([www.vfvalidation.org/web.php?](http://www.vfvalidation.org/web.php?)).

***Základní cíle validace lze shrnout do následujících postulátů:***

- pomoci vyřešit nedořešené – problémy z minulosti,
- pomoci lidem vyrovnat se s – životem,



- snížit stres způsobený – životními ztrátami,
- dosáhnout spokojenosti, vrátit pocit vlastní hodnoty. (Rheinwaldová, 1999, s. 42.)

***V teorii validace se uvádějí tyto zásady:***

- Každý člověk je jedinečný a vyžaduje individuální přístup.
- Každý člověk je hodnotný, a dezorientovaný také!
- Příčinou regresivního chování dezorientovaných starých lidí je pocit ztráty vlastní hodnoty.
- Daná etapa jejich života má důležitou roli, vyrovnat se s životem, její selhání má za následek vznik psychických problémů.
- Chování starých lidí není pouze projevem změny anatomické struktury mozku, ale změnami sociálními a psychickými, což vyžaduje holistický přístup.
- Staří lidé si zaslouží akceptaci, ne odsouzení.  
Chování starých lidí je možné změnit pouze osobou, která je profesionální a lidsky zdatná (terapeut plný bolesti není schopen empatie!).
- Empatie buduje důvěru, redukuje úzkost a zvyšuje důstojnost.  
([www.vfvalidation.org/web.php?](http://www.vfvalidation.org/web.php?))

Při uplatňování validace je důležité si uvědomit integritu jedince, jeho celistvost. Integrita ve stáří je uznáním vlastní síly, přes všechny slabosti. "Já jsem já, přes všechny neúspěchy a ztráty". Přijetí těchto ztrát vyžaduje integritu. "Mám se rád takový, jaký jsem a jaký jsem byl. Těším se na to, co mě ještě čeká. Dělán kompromis a smířit se s tím, že jsem nedokázal vše, co jsem chtěl a co ode mne očekávali rodiče ". Integritace je tedy spojnice mezi idealizovaným a skutečným "já". (Rheinwaldová, 1999, s.43).

Integrovaný člověk najde nové přátele, pokud ztratí starých, riskuje nové životní role a životní styl, kdy se starý ukáže nefunkčním. Integrovaný člověk zůstává orientovaným, během života usiluje o růst, neustále hledá nové, je zvědavý a aktivní. Integrita je výsledkem intelektuálního myšlení a snaha pochopit emoce. Je moudrostí a prevencí proti dezorientaci. V teorii validace je uveden následující způsob klasifikace chování dementních nemocných: malorientation (špatně orientovaní), kteří vyjadřují minulé konflikty ve skryté podobě, time confusion (časový zmatek), nemocní hledají útočiště ve svém nitru, repetitive motion (opakující se pohyby), nemocní se vyjadřují

přemístěním slov a poslední fáze vegetation, kdy se uzavírají před vnějším světem ([www.vfvalidation.org/web.php?](http://www.vfvalidation.org/web.php?)).

Naomi Feilová ve své teorii rozlišuje dezorientovaného od maloorientovaného, špatně orientovaného člověka. V tomto stadiu se lidé ještě snaží uchovat kontrolu. Projevuje se to především v jejich chování, které by se nám mohlo zdát až paranoidní. Uvádí následující charakteristiku špatně orientovaných pacientů (malorientation):

- snaží se udržet kontrolu, což se projevuje na rychlé chůzi, zrychleném dechu, chování, (ženy si stále drží kabelku, všude se zamykají),
- podezírají každého a za své obtíže obviňují druhých, například tvrdí, že jim něco vzali, nikdy se nenaučili důvěřovat jinému, což je následek negativních zkušeností se svými rodiči, kterým nešlo věřit,
- nenaučili se žít samostatně,
- myslí si, že musí být dokonalí, aby mohly být milovány,
- mají zmatený pojem času, žijí ve vzpomínkách z mládí.

Validační technika se špatně orientovanými pacienty spočívá ve vytváření validačních skupin, kde práce vedoucího skupiny je role správného rodiče, který pomáhá řešit vnitřní problémy seniorů, přičemž cílem je návrat pocitů vlastní hodnoty a spokojenosti. Každý vedoucí ve validační skupině musí být empatický, trpělivý a tolerantní. Zpráva se s respektem ke všem účastníkům skupiny a pomáhá jim respektovat jeden druhého, porozumět si navzájem, mít pro sebe pochopení, tolerovat a vzájemně se podporovat, protože ve skupině se lidé učí vhodně komunikovat, a tím zpříjemnit pobyt ve svém novém domově. Ke všem je stejně laskavý, svým chováním jim vrací vážnost, dává pocit ocenění a sebejistoty, pozorně poslouchá, zná komunikaci, zjistí, jaký prostředek kdo nejvíce používá (vizuální, auditivní), nebo se vyjadřuje převážně pohybem a podle toho volí způsob komunikace, využívá pozorování fyzických charakteristik (oči, svaly, brada, pohyby, tón hlasu), je si vědomi zvláštností chování jedinců a zná jejich slabosti, ale i kladné vlastnosti na kterých staví, nehádá se co pravda je a co pravda není, starý člověk zřejmě nebude poslouchat, drží se otázek: "Kde, co, kdy, kdo?", usměrňuje pacienta, aby si představil, co by bylo, kdyby byl pravdou pravý opak ([www.vfvalidation.org/web.php?](http://www.vfvalidation.org/web.php?)).

Ve stadiu dezorientace lze charakterizovat pacienty takto (Rheinwaldová, 1999, s. 47):

- mají často 80 a více let,
- žili relativně šťastně, produktivním životem,
- popírali během života vážné životní krize,
- mají chronické poruchy mozku, zraku, sluchu, pohybového aparátu, kontroly citů, krátkodobé paměti a jiné,
- podvědomě se rozhodli opustit bolestivou realitu, úzkost řeší tím, že minulost nahrazují nesnesitelnou přítomností,
- jsou ve stadiu vyrovnání se svým životem na rozdíl od stadia vegetace.

Validační technika s dezorientovanými pacienty je založena na individuálním přístupu. Doba kontaktu nesmí být delší než 10-20 min. s ohledem na jejich rychlou ztrátu energie a pozornosti v tomto stadiu, přičemž je nezbytné seznámení se s minulostí osoby a pozorování fyzických a emocionálních charakteristik. Je založena na získání důvěry pomocí empatie, která je základem spolupráce, až pak jim můžeme obnovovat pocit vlastního smysluplného já, protože když se jedinec cítí hodnotný, nepotřebuje se vracet do fantazie a minulosti. Při prvním kontaktu se využívá dotek, přístup zepředu. Pokud je poškozen sluch či zrak, přiblížíme se tak blízko, jak je to nutné, protože v pokročilém stadiu demence pacient potřebuje fyzický kontakt s jinou osobou, z důvodu potřeby nervové stimulace. Důležitý je upřimný, přímý pohled z očí do očí, dodržování jedné úrovně očí, důležitý je jasný, teplý hlas plný citů. Základem je empatie, využití moudrosti intuice a nevhodnost používat racionální myšlení - nesoudit, cítit. Sledování verbálního i neverbálního vyjadřování dementních nemocných, hledání souvislostí mezi chováním a pocity, potvrzování pravdivosti pocitů, u lidí v posledním stadiu je účinná validace hudbou ([www.vfvalidation.org/web.php?](http://www.vfvalidation.org/web.php?)).

***Při práci s dezorientovaným nemocným je nutné dodržovat následující zásady:***

- Neříkejte dezorientovaný seniorům, co mají dělat.
- Berte každého člověka jako jednotlivce.
- Vcít'ujte se do pocitů druhých.
- Snažte se zachytit jeho rytmus a respektovat ho.
- Všimněte si verbální narážky i neverbálního signálu.
- Proměňte pocity lidí do slov tak, aby jim dodávali vážnost. (Rheinwaldová, 1999, s. 48.)

Velmi výstižně se potřeby dementních pacientů uvádějí takto:

***Mám právo:***

- aby se se mnou až do konce zacházelo jako s lidskou bytostí.
- na stálou zdravotní péči, i když cílem již není uzdravení, ale zachování kvality života.
- podílet se na rozhodnutích, které se týkají péče o mou osobu.
- na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
- na poctivé odpovědi na mé otázky a nebýt klamán.
- na pomoc mé rodiny a na pomoc mé rodině v souvislosti s léčením.
- uchovat si svou individualitu a na laskavé pochopení svých názorů a rozhodnutí.
- být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí pochopit a porozumět mým potřebám, a kteří budou prožívat zadostiučinění, že mi mohou pomáhat tváří v tvář smrti. (Vražda, 2005, s.7)

### **3.2.2 Bazální stimulace**

Původ konceptu bazální stimulace rozpracoval na počátku 70. let minulého století Prof. Dr., Frohlich, který pracoval s dětmi vykazujícími velmi těžká onemocnění v mentální a tělesné oblasti. Po více než 10 letých zkušenostech s integrací tohoto vývoj- podporujícího systému byl koncept včleněn do ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně a také v následné péči. Do ošetrovatelské péče integrovala koncept v 80 letech minulého století Prof. Christel Bienstein, zdravotní sestra.

V České republice se s konceptem pracuje od roku 2003, kdy byli proškoleni první poskytovatelé zdravotní péče nebo sociálních služeb a také speciální pedagogové. Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace), vestibulární stimulaci, vibrační, taktilně - haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci (Friedlová, 2007).

Bazální stimulace je integrovatelná do klinické péče (intenzivní medicína, neonatologie, následná péče) a také do neklinické praxe (domovy pro seniory, ústavy sociální péče, speciální školy, hospice a domácí péče). U klientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života (Friedlová, 2007).

Každý člověk vnímá pomocí smyslů - smyslových orgánů. Díky smyslům tedy můžeme vnímat sebe sama a okolní svět. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Koncept bazální stimulace podporuje percepci, lokomoci a komunikaci. Základními prvky konceptu jsou: vnímání, pohyb, komunikace.

**Bazální stimulace podporuje:**

- stimulaci vnímání vlastního těla
- rozvoj vlastní identity
- umožnění vnímání okolního světa
- umožnění navázání komunikace s okolím
- zvládnutí orientace v prostoru a čase
- lokomoční schopnosti
- zlepšení funkcí organismu

**Desatero bazální stimulace**

1. Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).
3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s pacientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý.
7. Nepožívejte v řeči zdrobněliny.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s pacientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova (Friedlová, 2007).

## ***Bazální stimulace v práci sestry***

Ošetrovatelská péče dle konceptu Bazální stimulace je péče vysoce profesionální vycházející z individuálních potřeb pacienta, zohledňuje maximálně jeho životní návyky a jeho jedinečnost a poskytuje mu pedagogickou podporu v běžných denních činnostech.

Při práci s konceptem není třeba žádných nadstandardních pomůcek či přístrojů, nevyžaduje tedy žádné finanční zatížení pro zdravotní zařízení, pouze vyškolený personál, pochopení a spolupráci všech členů týmu.

Bazální stimulace využívá mnoho vlastních technik a tréninkových programů, kterými u pacienta dosahuje stimulace somatické, taktilně-haptické, vestibulární, vibrační, orální, optické, olfaktorické a auditivní. Všechny tyto stimulační intervence se odvíjejí od dokonalé znalosti pacientovy biografie. Nejedná se o „péči o nemocné“, ale o vysoce kvalifikovaný pokus přizpůsobit se životní situaci postiženého a poskytnout mu v jeho aktuální životní situaci vhodné stimuly. Stimulací jednotlivých lidských smyslů dochází ke znovu podnícení příslušných nervových komplexů, dochází k vyvolání vzpomínek, jež poskytují nervovému systému nové impulsy, které pomáhají stimulovat rehabilitaci a vlastní organizaci mozku. Tato cílená stimulace je ale možná jen na základě získané kvalitní autobiografické anamnézy pacienta a integrace příbuzných do péče. Na pacienta je pohlíženo jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a individualitou, kterou tělesně a psychicky manifestuje (Friedlová, 2007).

Ošetřující ve všech oborech medicíny, na všech typech pracovišť, ať se již jedná o lůžková, stacionární, ambulantní zařízení či domácí péči, přicházejí denně do styku s různými pacienty, klienty, každý z nich je jedinečná osobnost se svými prožitky, návyky a životními zkušenostmi a způsobem komunikace. U každé ošetrovatelské intervence, kterou ošetřující plánuje a vykonává u pacienta, by měl uvažovat o jejím skloubením s konceptem bazální stimulace, aby byly současně stimulovány pacientovy smysly. Toto platí zejména pro ty pacienty, u nichž je zřetelně postiženo vnímání, a sice: nemohou se pohybovat vůbec a nebo jen velmi obtížně, necítí nic a nebo jen velmi málo, slyší a vidí velice omezeně (Friedlová, 2007).

Cílem Bazální stimulace je schopnost vnímání u postižených lidí: podporovat; udržet; zmírnit rozvoj postižení (např. u svalové dystrofie, AIDS v neuronálním stádiu). Během takovéto péče musí být docíleno toho, aby s postiženým bylo jednáno jako s osobností, která potřebuje naši důvěru. Proto má pro pacienta obrovský význam, pokud ošetřující pochopí jeho potřeby a přizpůsobí péči jeho životnímu rytmu, dá péči kontinuitu a strukturu a umožní pacientovi prožít primární životní prožitky (Friedlová, 2007).

„Koncept bazální stimulace rozvinul mnoho možností, jak podpořit vnímání, byly vyvinuty speciální techniky, jak umožnit pacientům znovu cítit své tělo. Jedná se o různé způsoby polohování v posteli, v křesle s použitím různých materiálů, které postiženému pomáhají uvědomit si zřetelně tělesné hranice. Proto je zde tolik důležité, aby tělo pacienta obdrželo jasné a cílené doteky, protože nejasné a chaotické doteky vyvolávají pocity nejistoty, strachu a zmatku“ (Friedlová, 2007, s 74).

Ošetřující si musí uvědomit, že jejich ruce jsou pro pacienta spolu s podložkou, na které leží, médiem, se kterým má pacient nejčastější kontakt. Tím tvoří ruce důležitý aspekt okolního světa. Dlouho nebyl význam doteků v ošetrovatelské péči tematizován. Zamysleme se nad tím, jak často se během dne dotýkají naše ruce pacienta, zvláště vyžaduje-li intenzivní ošetrovatelskou péči. Zjistíme, že velmi často a že naše doteky jsou různých kvalit. Zvláště za pozornost stojí ruce dvou či více ošetřujících, kteří provádějí toaletu u jednoho pacienta. Zde se pacientovi dostávají různé informace z okolí právě přes doteky ošetřujících a pokud trpí poruchou vnímání, nemůže tyto informace adekvátně zpracovat a ty mu pak způsobují pocit nejistoty. Ruce mohou tedy poskytovat různé informace. Lehké, povrchní doteky neinformují, ale iritují. Ruce neumějí lhat a jsou vlastně zprostředkovatelem vztahu mezi ošetřujícím a pacientem. Doteky tedy musí být pokud možno zřetelné a přiměřené situaci, protože naše ruce mohou pacientovi umožnit vybavení vzpomínek. Doteky a dotýkání se je výměna informací mezi lidmi. Ošetřující musí umět vysledovat, jak pacient reaguje na jeho doteky. Především je důležité si všimnout, zda jsou naše doteky vnímány příjemně či nepříjemně. Také musíme mít na paměti, že určitá místa na těle jsou zvláště citlivá na dotek druhého. Na těle má každý člověk několik různých dotekových oblastí, z nichž některé jsou velice intimní (u většiny lidí je to oblast obličeje a genitálií). Vyvolání nelibých pocitů u pacienta má za následek zvýšení svalového tónu až změnu rytmu vitálních funkcí. Stejně působí i rychlé a do extrému vyvedené polohování. Proto v konceptu bazální stimulace polohujeme pacienty až po

předchozí vestibulární stimulaci a ne do extrémních poloh, užíváme tzv. mikropolohování (Friedlová, 2007).

Intenzivního kontaktu, somatické stimulace, se dá docílit žínkou nebo ručníkem. Nyní necítí pacient jen prsty ošetřujícího, nýbrž velkoplošné dráždění žínkou, které mu umožní uvědomit si povrch svého těla a vůbec svou existenci. Dotek můžeme umocnit pohybem. Pohybem žínky dostává pacient informace o velikosti, hranicích a formě svého těla. Důležité je nepřerušovat kontakt, jinak vyvoláme u pacienta pocity nejistoty a strachu. Somatickou stimulaci poskytujeme pacientovi při toaletě. Ošetřující, který pacienta myje dle konceptu bazální stimulace vyhodnotí pacientův stav v dané chvíli a následně zvolí nejvhodnější techniku koupele. Ta může být zklidňující, osvěžující či diametrální. Nejdůležitější je vždy to, aby tělo pacienta dostávalo informace zřetelné, jednoduché a jasné, tedy aby doteky byly jasné a s přiměřeným dostatečným tlakem. K somatické stimulaci používáme tedy doteky, masáže, částečnou nebo celkovou koupel, zábaly, polohování atd. Cílem je pomoci pacientovi pocítit své tělo, uvědomit si sebe sama, kde jsou hranice jeho těla a kde začíná okolní svět. Čím menší má člověk schopnost cítit a vnímat, tím větší je u něj potřeba nějakým způsobem pocítit své tělo. Stereotypní pohyby pacienta, například stálé rolování deky, tahání za katétr, utírání si pusy ubrouskem, atd. jsou znakem toho, že pacient se snaží pomocí těchto jednotvárných pohybů a činností cítit. Další často užívanou technikou je masáž stimulující dýchání (MSD). Jejím cílem je dosažení pravidelného, klidného a hlubokého dýchání. Mnoho vědeckých studií dokázalo, že MSD redukuje stavy neklidu a zmatenosti. Intenzivní tělesný kontakt, klidné a stejné doteky zprostředkovávají pacientovi pocit jistoty. Během MSD dochází k srovnání frekvencí a rytmu dýchání u ošetřujícího a pacienta, dochází tím k významné nonverbální komunikaci a pacient se cítí akceptován. Jeho prohloubené dýchání uvolňuje psychosomatické napětí. MSD je velice účinná u pacientů, kteří trpí bolestmi, jsou v depresivních stavech, mají poruchy spánku, se ztrátou schopnosti vnímání své osobnosti, pacienti před těžkými operacemi nebo diagnostickými zákroky, po sdělení maligních diagnóz své tělo (Friedlová, 2007).



## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| <b>Jméno a příjmení :Z N</b>                         | <b>Pohlaví :ŽENA</b>          |
| <b>Datum narození :18.09.1927</b>                    | <b>Věk :83</b>                |
| <b>Adresa bydliště a telefon :Na Topolce 1613/22</b> |                               |
| <b>Adresa příbuzných :</b>                           |                               |
| <b>RČ :.....</b>                                     | <b>Číslo pojišťovny :111</b>  |
| <b>Vzdělání :středoškolské</b>                       | <b>Zaměstnání :Důchodce</b>   |
| <b>Stav :vdana</b>                                   | <b>Státní příslušnost :ČR</b> |
| <b>Datum přijetí : 19.11.2008</b>                    | <b>Typ přijetí :</b>          |
| <b>Oddělení :</b>                                    | <b>Ošetřující lékař :</b>     |
|  |                               |

**Důvod přijetí udávaný pacientem :**klientka přijata na dlouhodobý pobyt z důvodu celkového zhoršení stavu

**Medicínská diagnóza hlavní :**Alzheimerova demence v progresi

Fibrilace síní s rychlou komorovou odpovědí nejasného stáří.

ICHS, bez sy AP, systolická dysfunkce LK s akinezou celé přeně stěny , hrotu a aplikál. Septa „EF 30-50% oběhová komp.

**Medicínské diagnózy vedlejší :**Lehká mitrální regurgitace

### VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

|                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>TK: 100/60</b>                  | <b>Výška: 160</b>                     |
| <b>P: 52</b>                       | <b>Hmotnost: 50</b>                   |
| <b>D: 16/min</b>                   | <b>BMI: 19,5</b>                      |
| <b>T: 36,8 C</b>                   | <b>Pohyblivost: částečně imobilní</b> |
| <b>Stav vědomí: dezorientovaná</b> | <b>Krevní skupina: A1 pozit</b>       |

**Nynější onemocnění :** Zhoršení zdravotního stavu, odmítá jídlo a pití, je riziko dehydratace

**Informační zdroje :**Dokumentace , rodina, zdravotnický personál

### ANAMNÉZA

**Rodinná anamnéza :**Děti a vnučata zdravá

**Matka:** 85 let na sešlost věkem. DM II typu na PAD

**Otec:** 55 na klišťovu encephalitidu

**Sourozenci:** nemá

**Děti:** 2 děti

### Léková anamnéza

| Název léku | Forma | Síla | Dávkování | Skupina                        |
|------------|-------|------|-----------|--------------------------------|
| Anopyrin   | tbl   | 100  | 0-1-0     | antitrombotika                 |
| Zoloft     | tbl   |      | 1-0-0     | antidepresívum                 |
| Aricept    | tbl   |      | 1-0-0     | Inhibitor acetylcholinesterázy |
| Vasilip    | tbl   | 10   | 1-0-0     | hypolipidemika                 |
| Tiapridal  | tbl   |      | 0-1/2-1/2 | antipsychotika                 |

### Alergologická anamnéza

Léky: 0

Potraviny :0

Chemické látky :0

Jiné :

ABÚZY

Alkohol:příležitostně

Kouření:nekuřačka

Káva:nepije

Léky: 0

Jiné drogy:neužívá

| Gynekologická anamnéza<br>( u žen )  | Urologická anamnéza<br>( u mužů )  |
|--|--|
| Menarché :1 menses v 15 letech<br>Cyklus :28/5<br>Trvání :5<br>Intenzita , bolesti:nebolestivá<br>PM 2x<br>A: 1x<br>UPT:<br>Antikoncepce :HRT nebrala<br>Menopauza :50 let<br>Potíže klimakteria :0<br>Samovyšetřování prsou :0<br>Poslední gynekologická prohlídka :0 | Překonané urologické onemocnění :<br><br><br><br><br><br><br>Poslední návštěva u urologa :<br>Samovyšetřování semeníků : |

### Sociální anamnéza :

Stav:vdaná

Bytové podmínky: Domov s pečovatelskou službou

Vztahy, role, a interakce v rodině: dobré

Záliby:zpěv, sledování televize

Volnočasové aktivity:Denní centrum , rehabilitační a kondiční cvičení

### Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: v důchodu

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého :** starobní důchod, 60 let  
**Ekonomické podmínky :** důchod, sociální dávky

### Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky – římskokatolická církev

#### POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 14.01.2010.....

| Popis fyzického stavu |                   |   |
|-----------------------|-------------------|---|
| SYSTÉM                | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE  |
| Hlava<br>a krk        | „Nic mě nebolí“   | <b>Lebka- normocefalická<br/>           ( střední velikost)<br/>           Tvar lebky - střední, ve<br/>           směru předozadním<br/>           Držení hlavy -poklesnutá<br/>           Poklep - nebolestivý<br/>           Výstupy V nervu -<br/>           nebolestivé<br/>           Motorická inervace obličeje<br/>           - symetrická<br/>           Příušní žláza – nezvětšena,<br/>           nebolestivá<br/>           Očí<br/>           Oční střebiny - symetrické<br/>           Skléry - bílé<br/>           Spojivky - růžové<br/>           Zornice – izokorické<br/>           Víčka – symetrická<br/>           Uší<br/>           boltce - v normě<br/>           zevní zvukovod – čistý, bez<br/>           sekrece<br/>           Sluch - přeměřeny věku<br/>           Nos – bez zápalných změn<br/>           a výtoku<br/>           Rty - růžové<br/>           Tvar - fyziologicky<br/>           Dutina ústní – sliznice<br/>           sucha, popraskána, ragady,<br/>           Jazyk- suchý, pokrytý<br/>           bílým povlakem, plazi ve<br/>           střední čáře<br/>           Chrup - totální náhrada<br/>           Patro – bez známek zánětu<br/>           Tonzily - fyziologické<br/>           Krční páteř – pohyblivá<br/>           Pulsace karotid -<br/>           symetrická, rovnoměrná,<br/>           napln žil přiměřená<br/>           Lymfatický uzliny –</b> |

|                                 |                                  |  |
|---------------------------------|----------------------------------|--|
|                                 |                                  | <p>oboustranně nehmatné<br/>Štítná žláza - nehmatná</p>  |
| <b>Hrudník a dýchací systém</b> | „Špatně se mi dýchá“             | <p>Hrudník oboustranně symetrický, přiměřený věku, bez deformit<br/>Dýchání - vezikulární, čisté oboustranné , oslabené<br/>Vedlejší dechové šelesty – 0<br/>Dechová frekvence 16/min<br/>kašel vykašlávání nepřítomné<br/>Prsa oboustranně souměrné, bez patologického nalezu</p> |
| <b>Srdcovo-cévní systém</b>     | „Nevím“                          | <p>Úder hrotu – neviditelný<br/>Akce srdeční – pravidelná, slabá<br/>Srdeční ozvy – ohraničené bez šelestu<br/>DK- nebolestivé, varixe- 0, otoky – 0, periferní pulsace- hmatná<br/>Kůže v normě<br/>TK 100/60<br/>P- 52, pravidelný, slabé naplní</p>                             |
| <b>Břicho a GIT</b>             | „Nemám chuť“                     | <p>Břicho měkké. Hmatově nebolestivé, játra nezvětšena, slezina nehmatná , peristaltika střev auskultačně přítomna<br/>BMI – 19,5<br/>normální hmotnost</p>  |
| <b>Močovo-pohlavní systém</b>   | „Chodím na záchod“               | <p>Ledviny – nehmatné, nebolestivé<br/>Močový měchýř – nebolestivý<br/>Genitálie bez patologie .<br/>Zaveden permanentní katetr</p>  |
| <b>Kostrovo-svalový systém</b>  | „Občas mě bolí nohy, jsem slabá“ | <p>Konstituce - hubena<br/>Otoky – 0<br/>Postoj mírně předkloněný dopředu- lordóza<br/>Snížená svalová síla , při chůzi a stojí potřebuje dopomoc.<br/>Šlachové reflexy- snížené, přeměřené věku</p>   |

|                                |   |  |
|--------------------------------|---|--|
|                                |   | <b>Klouby – mírně deformovány, rozsah pohybu přiměřený věku</b><br><b>Pohyblivost omezena, částečně mobilní</b><br><b>Svaly- mírná atrofie</b>   |
| <b>Nervovo-smyslový systém</b> | <b>„Ja vím kdo jsem, nechte mě na pokoji“</b> | <b>Vědomí - orientována osobou</b><br><b>Nálada - podrážděna</b><br><b>Paměť – krátkodobá zhoršena</b><br><b>Vertigo – 0</b><br><b>Třes – 0</b><br><b>Koordinace pohybu - přiměřeně věku</b><br><b>nausea – 0</b><br><b>zvracení – 0</b><br><b>čítí – v normě</b><br><b>motorika – zhoršená</b><br><b>Řeč – vyjadřování obtížné</b><br><b>Reaguje na hlasitou řeč</b><br><b>Sluch – mírně zhoršený, přeměřený věku</b> |
| <b>Endokrinní Systém</b>       | <b>„Nevím“</b>                                | <b>Štítná žláza – nehmatná, měkká, povrch hladký, nebolestivá</b><br><b>Laboratorní hodnoty jsou v normě</b>   |
| <b>Imunologický systém</b>     | <b>Neodpovídá</b>                             | <b>TT- 36, 8 C</b><br><b>Nejeví známky zánětu</b>  |
| <b>Kůže a její adnexa</b>      | <b>„Nevím“</b>                                | <b>Barva – růžová, bez ikteru a eflorescencí</b><br><b>Hematomy – 0</b><br><b>Hyperpigmentace – 0</b><br><b>Kožní turgor snížený, jeví známky dehydratace, bez známek cianózy</b><br><b>Vlasy šedivé, husté, čisté</b><br><b>Nehty – v normě</b><br><b>pocení – 0</b><br><b>jizvy – 0</b><br><b>otoky - 0</b>  |

#### **Poznámky z tělesné prohlídky :**

Pří komunikací s klientkou jsem používala oslovení „p.N“. Klientka je čistá, upravená, malé, hubené postavy. Kůže je čistá, promazána, vlasy upravené, nehty ostříhané, čisté. Klientka si vzpomněla na svoje dívčí příjmení, ví jak se jmenuje, že

žije spolu s manželem. Při rozhovoru byla usměvavá, ale cítila se podrážděná a v napětí. Klientka opakovaně mluví o tom, že je unavena. Má poruchu krátkodobé paměti, neví co dnes jedla a jestli absolvovala rehabilitační cvičení.

Klientka se může postavit s pomocí jiné osoby a ujít pár metrů. Cítí se slabá, má mírnou flexi horních končetin.

Je inkontinentní, má zavedeny permanentní katetr, používá plenkové kalhotky.

|                             | <b>Aktivity denního života</b>   |  |
|-----------------------------|--|--|
|                             | <b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>   | <b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>  |
| <b>Stravování</b>           | Není možné získat od klientky, jsou zprostředkovány od ošetrovatelského personálu - poslední měsíc odmítá jídlo        | Klientka i nadále odmítá jíst, plive, je krmena pečovatelem  |
| <b>Příjem tekutin</b>       | Není možné získat od klientky, jsou zprostředkovány od ošetrovatelského personálu - poslední měsíc odmítá jídlo a pití | Podle ordinace lékaře se sleduje příjem a výdej tekutin denně. Klientka musí za den vypít přibližně 1,5l tekutin, aktivně podáváme tekutiny á 2 hod, po 2dcl |
| <b>Vylučování moče</b>      | „Nevím“  | Klientka má zaveden permanentní katetr   |
| <b>Vylučování stolice</b>   | „Nevím jestli mám stolici“   | Klientka dnes měla stolici řídké konzistence a normální barvy  |
| <b>Spánek a bdění</b>       | „Nemůžu spát“  | Klientka usne, přes noc má spánek přerušovaný  |
| <b>Aktivita a odpočinek</b> | „Nikam se mi nechce“   | Klientka má aktuální rozpis aktivit  |
| <b>Hygiena</b>              | „Neumím“   | Klientka není schopna sama provádět osobní hygienu   |
| <b>Samostatnost</b>         | „Cítím se unavena“   | Klientka je odkázaná na pomoc ošetrujícího personálu   |

| <b>Posouzení psychického stavu</b>   |                   |                          |   |
|--|-------------------|--------------------------|---|
|  |                   | <b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b> | <b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>                             |
| <b>Vědomí</b>  |                   | Neodpovídá               | Při vědomí  |
| <b>Orientace</b>   |                   | „Jsem Z.N“               | Klientka je orientována jen osobou                  |
| <b>Nálada</b>  |                   | „Jsem unavená“           | Podrážděná, úzkostná                                |
| <b>Paměť</b>   | <b>Staropaměť</b> | „Jsem Z.B“               | Klientka si vzpomněla na svoje jméno za svobodna    |
|  | <b>Novopaměť</b>  | „Nevím“                  | Klientka nerozumí otázkám a potřebuje další otázky  |
| <b>Myšlení</b>   |                   | „Nerozumím“              | Inkoherentní, obsahově nevysvětlitelné              |
| <b>Temperament</b>   |                   | Neodpovídá               | Introvert   |
| <b>Sebehodnocení</b>   |                   | Neodpovídá               | Klientka nezná odpověď                              |
| <b>Vnímání zdraví</b>  |                   | Neodpovídá               | Poruchy vnímání aktuálně                            |
| <b>Vnímání zdravotního stavu</b>   |                   | „Jsem unavena“           | Poruchy vnímání aktuálně                            |
| <b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>                               |                   | „Nechte mne na pokoji“   | Nespolupracuje, degradace, negativismus             |
| <b>Reakce na hospitalizaci</b>   |                   | Neodpovídá               | Odpovědi vzhledem ke zdravotnímu stavu nelze získat |
| <b>Adaptace na onemocnění</b>  |                   | Neodpovídá               | Odpovědi vzhledem ke zdravotnímu stavu nelze získat |
| <b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>                |                   | Neodpovídá               | Odpovědi vzhledem ke zdravotnímu stavu nelze získat |
| <b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)</b> |                   | Neodpovídá               | Odpovědi vzhledem ke zdravotnímu stavu nelze získat |

| <b>Posouzení sociálního stavu</b> |                 |                          |   |
|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|---|
|                                   |                 | <b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b> | <b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>   |
| <b>Komunikace</b>                 | <b>Verbální</b> | „Co ode mě chcete“       | Hovoří monotónním, bezbarvým hlasem, občas křičí, řeč je nesouvislá |

|  |   |                                  |  |
|--|---|----------------------------------|--|
|  | Neverbální  | Neprojevuje ,<br>občas usměje se | Mimický projev plochý,<br>hypomimie, pozornost<br>oslabena, dekoncetrovaná,<br>úzkostně naladěná |
| Informovanost  | O onemocnění  | Neodpovídá                       | Klientka byla informována o<br>svém zdravotním stavu   |
|  | O diagnost. metodách  | Neodpovídá                       | Klientka byla informována o<br>odběru krve a EKG<br>vyšetřením                                   |
|  | O léčbě a dietě   | Neodpovídá                       | Klientka byla poučena o<br>nutnosti dodržování<br>lučebního režimu                               |
|  | O délce hospitalizace                                       | „Zítra jdou<br>domů“             | Klientka byla informována o<br>délce pobytu  |
| Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace | Primární (role související s věkem a pohlavím)              | „Je mi už<br>hodně“              | Klientka dobře komunikuje<br>jen s manželem  |
|  | Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi) | „Bydlím s<br>manželem“           | Klientka nenavazuje<br>společenské kontakty,<br>zůstává na pokoji                                |
|  | Terciální (související s volným časem a zálibami)           | „Jsem už<br>unavená“             | Cítí se unavená , veškeré<br>aktivitu odmítá   |

## MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT :dne 14.01.2010

Ordinovaná vyšetření :

KO, BIOCHYMICKÉ VYŠETŘENÍ, EKG



**Výsledky:**

|              |              |            |          |
|--------------|--------------|------------|----------|
| KO: Ery 4,39 | Bioch: G 5,1 | Bie 69,9   | ALT 0,79 |
| Leu 15,4     | Urea 21,6    | Alb 37,7   | GMT 0,76 |
| Hb 12,9      | Kreat 124    | Bilir 8,02 | ALP 1,42 |
| Tr 273       | KM 677       | AST 1,41   | Na 143   |
| Htk 0,387    |              | K 4,7      | Cl 104   |

EKG :zda se bez čerstvých ložiskových změn

**Konzervativní léčba :**

**Dieta :** 3 ml

**Pohybový režim :** omezeny, na lůžku

**RHB :** 2x denně

**Výživa :** per os

**Medikamentózní léčba :**

1.) **Per os :**

ANOPYRIN 100 tbl 0-1-0

ZOLOFT tbl 1-0-0

ARICEPT tbl 1-0-.0

VASILIP 10mg tbl 1-0-0

TIAPRIDAL tbl 0-1/2- 1/2

2.) **Intra venózní:** 0

3.) **Per rectum :** 0

4.) **Jiná :**

sledovat TK 2x denně, P 2x denně, TT 1x denně, příjem a vydej tekutin za 24 hod.

**SITUAČNÍ ANALÝZA :**

Klientka nastoupila do domova s pečovatelskou službou z důvodu zhoršení zdravotního stavu, neschopnosti zvládat běžné denní aktivity. Klientka odmítá jídlo, pití a jakoukoliv pomoc od ošetřovatelského personálu, nespolupracuje. Má projevy negativizmu, nenavazuje společenské kontakty ani s manželem, zdržuje se na pokoji.

Z vitálních funkcí: TK 100/60, P 52' pravidelný. Léky se podávají dle ordinace lékaře. Z laboratorních vyšetření byli vyšetřeny KO, BIOCH, EKG.

Sleduje se celkový somatický stav, příjem a výdej tekutin za 24 hod. Klientka potřebuje komplexní ošetrovatelskou péči v oblasti stravování, příjmu tekutin, vyprazdňování moči a stolice, v hygieně, v pohybové aktivitě, v nácviku soběstačnosti.

### **AKTUÁLNÍ SESTERSKÉ DIAGNÓZY :**

1. Deficit příjmu tekutin v souvislosti se ztrátou pocitu žízně projevující se suchostí sliznic a sníženým turgorem kůže.
2. Porucha výživy v souvislosti se ztrátou pocitu hladu projevující se nezájmem o jídlo a odmítáním stravy.
3. Porucha vyprazdňování močového měchýře v souvislosti s degenerativním onemocněním mozku (porucha přenosu impulsu signalizujícího naplň močového měchýře ) projevující se stálým odchodem moči.
4. Narušena verbální komunikace vzhledem k degenerativnímu onemocnění mozku projevujícího se nesrozumitelným monotónním mluvením.
5. Porucha tělesné hybnosti v souvislosti se sníženou svalovou silou projevující se poruchou koordinace těla při stoje a ztrátou kontroly pohybu.
6. Ztráta soběstačnosti v souvislosti s degenerativním onemocněním mozku projevující se neschopností vykonávat aktivity denního života.(příjem stravy a tekutin, vyprazdňování moči a stolice, hygienické návyky, oblékání apod.)
7. Únava v souvislosti s degenerativním onemocněním mozku, projevující se nezájmem o okolí.
8. Zmatenost chronická, z důvodu demence Alzheimerova typu, projevující se poruchou krátkodobé i dlouhodobé paměti .

### **POTENCIONÁLNÍ SESTERSKÉ DIAGNÓZY:**

1. Riziko vzniku infekce močových cest z důvodu zavedení permanentního katetru .
2. Riziko imobilizačního syndromu a porušení kožní integrity v souvislosti s dlouhodobým pobytem na lůžku.
3. Riziko pádu v souvislosti se svalovou slabostí.

**Sesterská diagnóza č 1:**

Deficit příjmu tekutin v souvislosti se ztrátou pocitu žízně projevující se suchostí sliznic a sníženým turgorem kůže

**DC:** Klientka nejeví známky dehydratace

**KD:** Klientka vypije denně 1200- 1500 ml tekutin

**Interval hodnocení:** a 24 hod., příjem a výdej tekutin

**Priorita:** vysoká

**Výsledné kritéria :**

- klientka vypije minimálně 2 dcl za 1 hodinu s pomocí stříkačky
- sliznice úst je růžová, přiměřeně vlhká - do 3 dnů
- turgor kůže je přeměřený k danému věku - do 3 dnů
- příjem a výdej tekutin za 72.hod je v normě (1500 ml per os á 24 hod).

**Ošetřovatelské intervence :**

- zjistí vyvolávací příčinu (nemocné stavy které mohou vyvolat dehydrataci - všeobecná sestra
- sleduj ztráty tekutin (dýcháním, pocením, močením,zvracením) - všeobecná sestra
- sleduj vitální funkce - puls a tělesné známky dehydratace (suchost sliznic, změněny turgor kůže, koncentrace moči) - všeobecná sestra
- dbej na vhodný výběr tekutin(čaj, voda ) - všeobecná sestra, pečovatel
- sleduj pravidelné specifickou hmotnost močí - všeobecná sestra
- dbej na dostatečnou hygienu dutiny ústní - všeobecná sestra, pečovatel
- dbej na bezpečnost klientky – všeobecná sestra, pečovatel

**Realizace :14.01.2010**

7:00 vykonána hygiena dutiny ústní - pečovatel

8.00 klientce bylo vysvětleno význam dodržování pitného režimu – Kuznets Olga

8:15 snídane: podán čaj stříkačkou(vypila 200 ml čaje) - Kuznets Olga

10:00 podán čaj (vypila 250 ml s pomocí stříkačky) - Kuznets Olga

12:00 změřeno množství moči 300ml, specifická měrná hmotnost 1028 - Kuznets Olga

12:30 oběd: polévka 250 ml, čaj stříkačkou 100ml - Kuznets Olga

14:00 kontrola pulsu a hydratace - Kuznets Olga

15.00 nabízen čaj ( vypila 150 ml s pomocí stříkačky) - Kuznets Olga

16:00 kontrola hydratace kůže a sliznic - Kuznets Olga

17:00 večeře: podán čaj s pomoci stříkačky - Kuznets Olga

18:00 změřeno množství moči 200 ml - Kuznets Olga

20:00 podán čaj 200 ml s pomocí stříkačky - Kuznets Olga

21:00 vykonána hygiena dutiny ústní - pečovatel

6:00 změřeno množství moči 250 ml – noční služba

Příjem a výdej tekutin: *per os* 1300 ml tekutin

*i.v* 0 ml - spolu 1300 ml tekutin

*vydej tekutin* : moč 750ml

jiné 0 ml – spolu 750 ml moč

specifická hmotnost moči 1028

**Hodnocení po 72 hod.:**

Cíl se podařilo splnit, turgor kůže je přiměřený k danému věku, příjem a výdej tekutin je v normě (per os 1400 ml tekutin denně, i.v bylo podáno 1/1 FR 500ml dne 16.1.2010), moč 1200 ml za 24 hod., sliznice dutiny ústní je růžová, přiměřená vlhká. I když se cíl podařilo splnit, je třeba pokračovat v aktivním podávání tekutin.

**Sesterská diagnóza č. 2:**

Porucha výživy v souvislosti se ztrátou pocitu hladu projevující se nezájmem o jídlo a odmítáním stravy.

**DC:** během pobytu se u klientky neprojeví příznaky malnutrice, nebude ztrácet na váze.

**KC:** klientka přijme 3 hlavní jídla.

**Priorita:** střední

**Výsledné kritéria:**

- klientka jí s dopomocí personálu v době podávání stravy - do 24 hod.
- hmotnost klientky odpovídá danému věku - do 1 měsíce
- potrava obsahuje dostatečné množství vyživných látek - do 24 hod
- klientka vypije denně 1500 ml tekutin - do 24 hod
- sliznice dutiny ústní je přiměřeně vlhká a růžová - do 3 dnů
- klientka změní vztah k jídlu do 3 dnů

**Ošetřovatelské intervence:**

- zjistit, jestli tělesná hmotnost odpovídá danému věku – všeobecná sestra, pečovatel

- zjistí, co ovlivňuje stravovací návyky - všeobecná sestra, pečovatel
- zjistí stravovací návyky klientky, kterým dává přednost - všeobecná sestra, pečovatel
- sleduj celkový denní příjem potravy a tekutin - všeobecná sestra, pečovatel
- dbej na dostatečnou hygienu dutiny ústní - všeobecná sestra, pečovatel
- nepodávej tekutiny 1 hod. před jídlem, aby nedošlo k pocitu sytosti - všeobecná sestra, pečovatel
- dbej, aby potrava měla dostatek výživných látek – nutriční terapeut
- dbej na dostatečnou estetickou úpravu podávané stravy - všeobecná sestra, pečovatel
- konzultuj s lékařem vhodnost přijímané stravy - všeobecná sestra, pečovatel
- snaž se u klientky změnit vztah k jídlu - všeobecná sestra, pečovatel
- stravu podávej s trpělivostí - všeobecná sestra, pečovatel
- sleduj a zaznamenávej tělesnou hmotnost 2x týdně - všeobecná sestra, pečovatel

#### **Realizace :14.01.2010**

7:00 vykonána hygiena dutiny ústní - pečovatel

8:15 snídaně: snědla namočenou housku s pomoci lžičky a vypila 200ml čaje - Kuznets Olga

10:00 podán čaj (vypila 250 ml s pomoci stříkačky) - Kuznets Olga

11:00 svačina: kompot, snědla s dopomocí personálu lžičkou - Kuznets Olga

12:30 oběd: polévka 250 ml, bramborová kaše s mletým masem, čaj stříkačkou 100ml - Kuznets Olga

14:00 kontrola stavu hydratace - Kuznets Olga

15:00 chléb se sýrem , čaj 150ml s pomoci stříkačky - Kuznets Olga

16:00 kontrola stavu hydratace - Kuznets Olga

17:00 večeře: vánočka 1ks ,čaj 250ml s pomoci stříkačky - Kuznets Olga

20:00 podán čaj 200 ml s pomoci stříkačky - Kuznets Olga

21:00 vykonána hygiena dutiny ústní – pečovatel

#### **Hodnocení po 72 hod.:**

Cíl se podařilo splnit. Klientka přijímá potravu lžičkou s pomoci personálu. Hmotnost klientky odpovídá danému věku. Klientka přijímá potravu s dostatečným

obsahem výživných látek. V naplánovaných ošetrovatelských intervencích pokračujeme.

### **Sesterská diagnóza č. 3:**

Porucha vyprazdňování močového měchýře v souvislosti s degenerativním onemocněním mozku (porucha přenosu impulzu signalizujícího naplnění močového měchýře) projevující se stálým odchodem moči.

**DC:** klientka nejeví známky infekce – během pobytu

**KC:** denně vymočí 600-1200 ml moči - do 3 dní

**Interval hodnocení:** a 24 hod, hodnocení příjmu a výdeje tekutin

**Priorita:** střední

**Výsledné kritéria :**

- diureza za 24 hod. je přiměřená danému věku a zdravotnímu stavu (množství moči se pohybuje od 600 do 1200 ml) - do 3 dnu
- klientka ví, že musí přijat dostatek tekutin - do 24 hod
- specifická měrná hmotnost moči se pohybuje od 1018 -1028 - do 24 hod
- u klientky nejsou přítomné známky infekce v oblasti močového ústí v průběhu zavedení permanentního katetru (PK)

### **Ošetrovatelské intervence**

- zajisti, jestli si nemocná uvědomuje samovolný odchod moče - sestra, pečovatel
- zjisti pravidelnou hygienu v rámci prevence výskytu kožních onemocnění - pečovatel, všeobecná sestra
- informuj klientku o dostatečném příjmu tekutin - všeobecná sestra
- nepodávej klientce těsně před spaním velké množství tekutin - všeobecná sestra
- dbej na čistotu a suchost osobního prádla, postele - všeobecná sestra,pečovatel
- doporuč přijímat kyselé ovocné nápoje, které brání množení bakterií v močovém měchýři - všeobecná sestra
- poskytni klientce psychologickou podporu - všeobecná sestra, pečovatel
- podle ordinace lékaře zabezpeč sterilně zavedení permanentního katetru (PK) - všeobecná sestra
- všímej si funkčnost permanentního katetru – všeobecná sestra, pečovatel

- sleduj denní diurezu (barvu, příměsí, zápach, specifickou měrnou hmotnost moči)  
- všeobecná sestra
- veď přísný záznam příjmu a výdeje tekutin - všeobecná sestra
- všichni změny zapisuj a informuj o tom lékaře - všeobecná sestra

### **Realizace :14.01.2010**

8:15 snídaně: houska a 200ml čaj - Kuznets Olga

9:00 zaveden permanentní katetr (PK) dle ordinace lékaře - Kuznets Olga

10:00 podán čaj (vypila 250 ml s pomocí stříkačky) - Kuznets Olga

12:00 změřeno množství moči 300ml, specifická měrná hmotnost 1028 - Kuznets Olga

12:30 oběd: polévka 250 ml, bramborová kaše s mletým masem, čaj stříkačkou 100ml -  
Kuznets Olga

14:00 podán čaj 100ml s pomocí stříkačky - Kuznets Olga

14:30 kontrola PK (funkčnost, správnost zavedení) - Kuznets Olga

15:00 chléb ze sýrem, čaj 150ml s pomocí stříkačky - Kuznets Olga

16:00 vykonána celková hygiena těla v koupelně - pečovatel

17:00 večeře: vánočka 1 ks, čaj 250 ml s pomocí stříkačky - Kuznets Olga

18:00 změřeno množství moči 200 ml - Kuznets Olga

20:00 podán čaj 200ml s pomocí stříkačky - Kuznets Olga

6:00 změřeno množství moči 250 ml - Kuznets Olga

Příjem a výdej tekutin: *per os* 1300 ml tekutin

*i.v* 0 ml - spolu 1300 ml tekutin

*vydej tekutin* : moč 750ml

jiné 0 ml– spolu 750 ml moč

specifická hmotnost moči 1028

### **Hodnocení po 72 hod.:**

Cíl se podařilo splnit. Diureza za 24 hod. se pohybuje od 750 – do 1200 ml močí. Specifická měrná hmotnost od 1018 – do 1028, moč je jantarové barvy, bez patologických příměsí, PK je funkční, u klientky se nejeví známky infekce v oblasti vývodu močového katetru



#### **Sesterská diagnóza č 4:**

Narušena verbální komunikace s ohledem na degenerativní onemocnění mozku projevující se nesrozumitelným, monotonním mluvením.

**DC:** Zavést metody komunikace, umožňující vyjádřit potřeby - do 1 měsíce

**KC:** Klientka bude aktivně naslouchat a opakovat slova a věty - do 3 dnu

**Priorita:** střední

#### **Výsledné kritéria :**

- klientka reaguje přiměřeně na oslovení - do 6 hod
- klientka si uvědomuje význam slov po zdůraznění - do 3 dnů
- klientka se zapojuje při oslovení do komunikace - do 3 dnů
- mimicky projev je přítomny - do 3. dnů

#### **Ošetřovatelské intervence**

- mluvit na klientku pomalu, zřetelně, klidně – sestra, pečovatel
- zhodnot' a zdokumentuj schopnost klientky mluvit, poslouchat, psát, aby byla umožněna komunikace mezi personálem a klientkou, rodinou a klientkou – všeobecná všeobecná sestra
- povzbuzuj klientku ke komunikaci - všeobecná sestra, pečovatel
- při oboustranné komunikaci používej pomůcky, jako např. pero, papír, obrázky, gesta apod. - všeobecná sestra, pečovatel
- povzbuď rodinu k častým návštěvám, aby klientka byla stimulována ke komunikaci všeobecná sestra
- dokumentuj reakce na dotyk, oslovení, prostorovou vzdálenost - všeobecná sestra

#### **Realizace :14.01.2010**

7:00 klientka seznámena s postupem provedení hygieny dutiny ústní – pečovatel, Kuznets Olga

8:15 klientce vysvětlena potřeba přijímat tekutiny a jídlo - Kuznets Olga

10:00 klientka povzbuzena při rehabilitačním cvičení - Kuznets Olga

12:30 vysvětlena technika držení lžice během podávání stravy - Kuznets Olga

14: 00 klientce byl vysvětlen nácvik stoje a chůze při RHB cvičení - Kuznets Olga

16:00 klientka spolupracuje při vykonávání celkové hygieny těla - Kuznets Olga,  
pečovatel

17:00 klientka je povzbuzena při jídle - Kuznets Olga

21:00 klientka spolupracuje při hygieně dutiny ústní - pečovatel

### **Hodnocení po 72 hod.:**

Cíl se podařilo splnit částečně. Komunikace je obtížná, klientka odpovídá monotónním hlasem, vyžaduje opakování otázek, při jednotlivých výkonech málo spolupracuje, mimický projev je přítomný. Klientka neví jak využívat komunikační prostředky (pero a papír) . V realizaci pokračujeme.

### **Sesterská diagnóza č 5:**

Porucha tělesné hybností v souvislosti se sníženou svalovou silou, projevující se poruchou koordinace těla při stojící a ztrátou kontrolu pohybu

**Priorita:** střední

**KC:** Zachovat funkční stav a kožní integritu bez známek dekubitů

**DC:** Klientka si osvojí techniku přesunu z lůžka na vozík – do 3 dnů

### **Výsledné kritéria :**

- klientka se postaví s dopomocí - do 3 dnů
- ujde na krátkou vzdálenost - do 3 dnů
- při RHB cvičení jsou jednotlivé části těla postavené do fyziologické polohy - ihned
- klientka se polohuje a 2 hod přes den, a 3 hod v noci
- umí používat kompenzační pomůcky - do 1 měsíce
- během pobytu bude bez pádu
- nejsou přítomné známky imobilizačního syndromu - během pobytu

### **Ošetrovatelské intervence :**

- vezmi do úvahy diagnózu, která je příčinou nepohyblivosti – všeobecná sestra
- posuď stupeň tělesné pohyblivosti za pomoci další osoby při změně polohy – všeobecná sestra
- zajisti vhodnou polohu těla (filologické postavení jednotlivých částí těla) během dne, dbej na pohodlí – všeobecná sestra, pečovatel
- zajisti vhodné pomůcky, které zabraňují vzniku komplikací vznikajících z imobility – všeobecná sestra
- dbej na hygienu kůže a zaveď prevenci proti dekubitům – všeobecná sestra, pečovatel
- dbej na bezpečnost klientky (zabraň pádům) - všeobecná sestra, pečovatel
- zabezpeč bezpečnost pokoje a dostupné pomocné prostředky (držáky, zábradlí, protiskluzová podlaha apod.) - všeobecná sestra
- informuj lékaře o změnách v imobilitě - všeobecná sestra

### **Realizace 14.01.2010 :**

7:00 vykonána hygiena dutiny ústní v pokojí u umyvadla - pečovatel

8: 00 klientka polohována v sedě (křeslo) – pečovatel, Kuznets Olga

10:00 klientka cvičí nácvik stoje a chůze – rehabilitační sestra

12.00 klientka polohována v sedě s fyziologickým držením jednotlivých částí těla (křeslo) - Kuznets Olga

14:00 klientka se pohybuje po chodbě při nácviku chůze – rehabilitační sestra

15:30 záznam změn v průběhu dne - Kuznets Olga

16:00 vykonána celková hygiena těla v koupelně a posouzena celistvost kůže - pečovatel, Kuznets Olga

18:00 klientka polohována v sedě (křeslo) - Kuznets Olga

21:00 vykonána hygiena dutiny ústní - pečovatel

21:30 klientka polohována na pravém boku (záda podložena polštářem) – noční služba

24:00 – 6:00 klientka polohována v noci a 3 hod(levý bok, záda, pravý bok) - noční služba

### **Hodnocení po 72 hod.:**

Cíl se podařilo splnit částečně. Klientka potřebuje dopomoc při postavení, jde s pomocí jiné osoby krátké vzdálenosti. Klientka cvičí s RHB sestrou každý den nácvik stoje

a chůze. Není přítomna známka imobilizačního syndromu. Klientka se polohuje á 2 hod přes den, á 3 hod v noci. Klientka se pohybuje v bezbariérové místnosti. V realizaci pokračujeme dál.

#### **Potencionální sesterská diagnóza:**

Riziko vzniku infekce močových cest z důvodu zavedení permanentního katetru, projevující se zvýšenou tělesnou teplotou a celkovým zhoršením zdravotního stavu

**Cíl:** u klientky nedojde ke vzniku infekce močových cest během zavedení PK

#### **Ošetrovatelské intervence**

- Dbej na zvýšený dohled na hygienu
- Pravidelná výměna permanentního katetru
- Sleduj projevy infekce
- Dbej na dostatečnou hydrataci klientky

#### **Potencionální sesterská diagnóza:**

Riziko imobilizačního syndromu a porušení kožní integrity v souvislosti s dlouhodobým pobytem na lůžku.

**Cíl:** Klientka nejeví známky imobilizačního syndromu

#### **Ošetrovatelské intervence :**

- Pečuj striktně o hygienu kůže.
- Oblékej klientku do volného oděvu z vhodných materiálů.
- Udržuj lůžko suché a čisté (nezmačkané, bez drobků apod.); používej nedráždicí tkaniny i další materiály.
- Chraň klientku před lokální poruchou oběhu a vznikem otlaků používej podložky, polštáře, antidekubitní matrace.

- Kontroluj pravidelně povrch kůže.
- Dbej na bezpečnou manipulaci s klientkou při všech denních aktivitách

### **Potencionální sesterská diagnóza:**

Riziko pádu v souvislosti se svalovou slabostí, projevující se nestabilitou stoje a chůze

**Cíl:** Klientka bude bez pádu - během pobytu

### **Ošetrovatelské intervence :**

- posuď svalovou sílu, hrubou a jemnou motorickou koordinaci.
- všímej si známkem poranění a jeho stáří
- využívej různých polohovacích a ortopedických pomůcek
- pravidelně pečuj o kůži včetně ošetřování oblastí vystavených tlaku
- pravidelně prováděj ošetrovatelskou RHB (3x týdně)
- využívej kompenzační pomůcky

### **Celkové hodnocení :**

Pacientka Z.N je klientkou Domova Sue Ryder . Během pobytu u klientky došlo ke zhoršení celkového zdravotního stavu a vyskytly se ošetrovatelské problémy, které bylo nutné řešit. Na základě sesterských diagnóz a správných sesterských intervencí jsme se pokusili řešit problémy pacientky.

Klientka je dostatečně hydratována, sliznice úst je růžová, přiměřeně vlhka, turgor kůže odpovídá danému věku. Příjem a výdej tekutin za 24 hod, je v normě (klientka přijme 1200 – 1450ml tekutin per os ) s pomoci stříkačky. Pokračujeme v aktivním podávání tekutin.

Dieta je 3 mletá. Stravu přijímá lžící s pomoci ošetrovatelského personálu. Hmotnost odpovídá danému věku. Strava dle chuti, obsahuje dostatek výživných látek.

Klientka má zavedeny permanentní katetr, protože neumí aktivně regulovat vyprazdňování močového měchýře. Denní diureza se pohybuje od 600 – 1200 ml močí, specifická hmotnost močí je od 1018 do 1028. Klientka nemá porušenou sliznici v oblasti vývodu močové trubice. Moč je jantarové barvy, bez patologických příměsí. Stolice řídké konzistenci a malého množství.

Komunikace s klientkou je obtížná, komunikuje monotónním, bezbarvým hlasem, vyžaduje opakování otázek, mimický projev je přítomný.

Svalová slabost přetrvává, klientka potřebuje pomoc při změně polohy, ve stoji a při chůzi na krátkou vzdálenost. Není přítomná známka imobilizačního syndromu. Klientka se polohuje přes den á 2 hod., v noci á 3 hod. Je zabezpečena bezbariérová místnost. Klientka rehabilituje s RHB sestrou denně, má ošetrovatelskou rehabilitaci 3x týdně. V aktivitách denního života je nesoběstačná. Potřebuje poskytnutí komplexní ošetrovatelské péče.

## ZÁVĚR

Stáří je období života člověka, které čeká každého z nás. Na každého působí různě, někdo je spokojený, někdo nespokojený a samozřejmě se stářím jsou spojeny mnohé nemoci, nezřídka nemoci psychického charakteru. Komunikace, jako základní prostředek vytváření smysluplného vztahu mezi starým člověkem a sociálním prostředím, hraje důležitou roli v hledání cesty vedoucí k porozumění a k pozitivní odpovědi geriatrického pacienta na úsilí, které mu jako ošetřující personál věnujeme. Přirozenou touhou každého člověka je žít co nejdéle, avšak nikdo nemyslí jen na dlouhověkost, ale především na udržení dobré fyzické a psychické kondice, k udržení pocitu užitečnosti a především udržení soběstačnosti.. Počet starých lidí roste dvakrát rychleji než celkový počet obyvatel.. To přináší řadu nových skutečností. Do života společnosti stále více zasahují onemocnění typické pro starší zralý věk. Zvyšování počtu starých lidí je na jedné straně pozitivním ukazatelem, důkazem rozvoje, přímým důsledkem zvyšující se životní úrovně, na druhé straně však s sebou přináší spoustu ekonomických, sociálních, medicínských a dalších problémů, na které ještě není společnost dostatečně připravena. Efektivní komunikace a komunikační dovednosti jsou tím pozitivem, které pomáhají zdravotníkům lépe porozumět nemocnému, zmírnit jeho zdravotní potíže, vnímat ho jako člověka, který trpí, protože má komunikační bariéry, jež mu neumožňují komunikovat tak, jak by chtěl. Z tohoto hlediska je třeba komunikaci chápat jako nedílnou součást práce zdravotníka, jako jádro ošetrovatelské činnosti a celé zdravotnické péče.

Komunikace, jako základní složka péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou, je nezbytnou součástí profesionálního ošetrovatelského přístupu a předpokladem zvyšování úrovně kvality poskytované péče. Získávání nových poznatků v současné informační explozi a jejich zavádění do ošetrovatelské praxe u geriatrických pacientů vyžaduje nejen flexibilní a kreativní sestry, ale zejména citlivý a lidský přístup, empatii a pochopení, které jsou často důležitější, než dosažený stupeň vzdělání. Protože, „kde se dotýkáte duše, léčíte ne tím, co víte, ale tím, čím jste.“ Z. Freud

Tato práce ukazuje že komunikace je unikátní nástroj ke zlepšení kvality života u lidí s Alzheimerovou chorobou. Při vytvoření vhodných podmínek a zachování lidské důstojnosti je možné dosáhnout společného cíle.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZU

BAŠTECKÝ, Jaroslav. 1994. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Publishing 1994 317 s. ISBN 80-7169-070-8 ...

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. ROZSYPALOVÁ, M. 2001. *Speciální psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví 2001. 173 s. ISBN 80-7013-42-2.

FEIL, Naomi. 2002. *Jednoduché techniky pro komunikaci s lidmi s Alzheimerovou chorobou*. 2.vyd. 2002. s. 352. [cit 2010.03.18] Dostupné z WWW: [http://www.vfvalidation.org/web.php?request=books\\_on\\_validation](http://www.vfvalidation.org/web.php?request=books_on_validation)

FIŠÁR, Z. 2009. *Vybrány kapitoly z biologické psychiatrie*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing 2009. 384 s. ISBN 978-80-247-2737-0

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

CHODURA, Vladimír. 2000. *Komunikace a duševní poruchy*. 1. vyd. ZSF JČU, 2000. 54 s. ISBN 80-7040-409-4.

JIRÁK, R. a kol. 1999. *Demence*. Praha:Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.

JIRÁK, Roman. 2006. *Terapie Alzheimerovy choroby*. Lékařské listy. Praha. 2006, roč. 55, č. 22, s 14-15. ISSN 90-305-346-9.

KALVACH, Z. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd.Praha : Grada publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KOBĚRSKÁ, P. a kol. 2003 *Společnou cestou*. 2. vyd. Portál, 2003. 38 s. ISBN 80-7178-981-X.

KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo I*. Martin. Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

KUČEROVÁ, H. 2006. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. 109 s. ISBN 80-247-1491-4.

MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M.2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MICHÁLKOVÁ, I.; ŠIMONČÍKOVÁ, S. 2006. *Úskalia komunikácie s geriatrickým pacientem*. Sestra. MK SR 2698, 2006, roč. V., č. 11-12, s. 38-39. ISSN 1335-9444.



MIKLÁŠOVÁ, A. 1999. *Alzheimerova choroba. Jako žít d'alej?* Bratislava: Nadácia NCVACH v spolupácii so Slovenskou Alzheimerovou spoločnosťou, 1999, s. 49, brožúrka.

MOTLOVÁ, L. 2004. *Péče o nemocného člověka s Alzheimerovou chorobou*. In: Sborník nové trendy v ošetrovatelství III. České Budějovice: ZSF JCU, 2004. s 208-222. ISBN 80-7040-705-0.

PFIZER s.r.o. *Alzheimerova nemoc v rodině*. Praha : Maxdorf , 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.

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

PIDRMAN, V.; KOLIBÁŠ, E. 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.

RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P. 2003. *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: Triton, 2003. 211 s. ISBN 80-7254-423-3.

RHEINWALDOVÁ, Eva. 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada publishing , 1999. ISBN 80-7021-302-7.

TOPINKOVÁ, E.; BARTOŠ, A. 2000. *Postgraduální medicína 2., 1 . LF UK a VFN. Demence. Alzheimerova nemoc*. Praha: 2000, s 709 – 716. ISSN 1212 – 4184

VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VRAŽDA, L. 2005. *Mám právo*. Leták, 2005. 14 s.9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Grada publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZGOLA, Jitka. M. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.



## **ABSTRAKT:**

KUZNETS, Olga. *Ošetrovatelská péče o seniora s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: doc. Petronela Lauková, PhD., R.N. Praha. 2010. s. 65

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o seniora s Alzheimerovou chorobou. Teoretická část práce popisuje jak neurobiologické změny, formy, stádia, klinický obraz, terapii, tak i léčbu Alzheimerovy choroby. Rovněž zahrnuje specifika ošetrovatelské péče o seniora s touto chorobou, komunikaci, validaci a bazální stimulaci.

V praktické části je uveden konkrétní ošetrovatelský proces v Domově Sue Ryder v Praze.

Problematika Alzheimerovy choroby a její specifika jsou zajímavá zejména pro zdravotnický a ošetrovatelský personál, který se na pracovišti s touto diagnózou často setkává.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba. Bazální stimulace. Komunikace. Sestra. Validace.

## **ABSTRAKT:**

KUZNETS, Olga. *Nursing care for seniors with Alzheimer's disease*  
College of Health, o.p.s., Level of qualification: Bachelor's degree. Supervisor: doc.  
Petronela Laukova, PhD., R.N. Praha. 2010th s. 65

The main theme of the thesis is nursing care for seniors with Alzheimer's disease. The theoretical part describes both the neurobiological changes, forms, stages, clinical picture, therapy and treatment of Alzheimer's disease. It also includes the specifics of nursing care for elderly people with the disease, communication, validation and basal stimulation.

The practical part includes practical nursing process in the Sue Ryder Home in Prague.

The issue of Alzheimer's disease and its specifications are interesting, especially for medical and nursing staff, which often encounter with the diagnosis.

Keywords: Alzheimer's disease. Basal stimulation. Communication. Sister. Validation.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

|   |     |
|---|-----|
| Příloha A – Test kognitivních funkcí                  | I   |
| Příloha B – Sledování denního příjmu stravy a tekutin | III |
| Příloha C – Dotazník soběstačnosti                    | V   |