

# Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou chorobou

Pavína Hladíková, DiS.

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavčina Hladíková, DiS.**

Osobní číslo: **H11615**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou chorobou**

Zásady pro vypracování:

**Nastudovat odbornou literaturu v dané oblasti.**

**Vymezit pojmy a teoretická východiska týkající se Alzheimerovy choroby a ošetrovatelské péče o tyto klienty.**

**Popsat model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon.**

**Stanovit cíle práce.**

**Vypracovat a realizovat ošetrovatelský proces dle Marjory Gordon.**

**Zpracovat a vyhodnotit ošetrovatelský proces.**

**Prezentovat ošetrovatelský proces u klientů s Alzheimerovou chorobou a navrhnout doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BRUNOVSKÝ, Martin.** Objektivizace diagnostiky a změn vigility u demencí. Doktorská disertační práce. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-236-6.

**JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ.** Demence a jiné poruchy paměti. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

**JIRÁK, Roman et al.** Gerontopsychiatrie. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.

**LUŽNÝ, Jan.** Gerontopsychiatrie. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2.

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

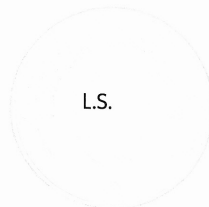
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Sedláková**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 14. 2. 2014.

*Karel Paulík*

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3.

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídáne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Téma bakalářské práce je „Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou chorobou“. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části je popsána definice Alzheimerovy choroby, etiopatogeneze, klinický obraz, diagnostika a terapie. Dále je zde uvedena ošetrovatelská péče o klienty trpící Alzheimerovou chorobou.

Praktickou část práce tvoří ošetrovatelský proces u klientů trpících Alzheimerovou chorobou. Je zde zahrnut sběr informací od klientů hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Práce je zaměřena na vypracování ošetrovatelského procesu, stanovení jednotlivých diagnóz s následnými cíli a stanovení vhodných intervencí s jejich následnou realizací.

**Klíčová slova:** Alzheimerova choroba, klient, ošetrovatelský proces, diagnóza, intervence, cíl

## **ABSTRACT**

This thesis is about „The nursing process for a client with Alzheimer’s disease.“ This paper is divided into two sections – theoretical and practical. The theoretical section describes definition of Alzheimer’s disease, etiopathogenesis, clinical pictures, diagnosis and therapy. Then, there is mentioned treatment for clients with Alzheimer’s disease.

The practical department is about the nursing process for clients with Alzheimer’s disease. This section investigates the collection of information from patients and clients hospitalized in Psychiatric hospital in Kroměříž. This thesis is focused on the creation of the nursing process, determination of specific diagnoses with subsequent targets and set the suitable interventions and their subsequent implementation.

**Key words:** Alzheimer’s disease, clients, nursing process, diagnosis, interventions, targets

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Markétě Sedlákové za odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytování drahocenných rad, ochotu vyjít mi vždy vstříc a tvůrčí prostor, který mi zachovala při zpracování mé práce.

*„Tajemství úspěchu v životě není dělat, co se nám líbí, ale nalézt zalíbení v tom, co děláme.“*

*T. A. Edison*

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.



## OBSAH

ÚVOD .....	11
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 ALZHEIMEROVA CHOROBA .....</b>	<b>13</b>
1.1 STRUČNÁ ANATOMIE A FYZIOLOGIE MOZKU .....	13
1.2 ETIOPATOGENEZE .....	14
1.3 DĚLENÍ ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	14
1.4 KLINICKÝ OBRAZ .....	15
1.4.1 Stupně Alzheimerovy choroby .....	15
1.5 DIAGNOSTIKA .....	16
1.5.1 Anamnéza .....	16
1.5.2 Ošetřovatelská anamnéza.....	16
1.5.3 Laboratorní vyšetřovací metody .....	17
1.5.4 Přístrojové vyšetřovací metody.....	17
1.5.5 Testové a škálové metody.....	19
1.6 TERAPIE.....	20
1.6.1 Farmakologická terapie.....	20
1.6.2 Nefarmakologická terapie.....	21
<b>2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU.....</b>	<b>26</b>
2.1 DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE – HOME CARE .....	28
2.2 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA .....	28
2.3 OSOBNÍ ASISTENCE.....	28
2.4 ODLEHČOVACÍ SLUŽBY .....	28
2.5 CENTRA DENNÍCH SLUŽEB .....	28
2.6 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	29
2.7 SDRUŽENÍ KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU .....	29
<b>3 MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ M. GORDON.....</b>	<b>30</b>
3.1 HLAVNÍ ZAMĚŘENÍ MODELU .....	30
3.2 METAPARADIGMATICKÉ KONCEPCE .....	31
3.3 VYUŽITÍ MODELU V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU.....	31
3.3.1 Dvanáct vzorců zdraví Marjory Gordon .....	31
3.3.2 Přednosti a nedostatky modelu .....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>33</b>
<b>4 METODIKA PRŮZKUMU .....</b>	<b>34</b>
4.1 CÍLE PRÁCE .....	34
4.2 PRŮZKUMNÁ METODA .....	34
4.3 ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
<b>5 VÝSLEDKY .....</b>	<b>36</b>

<b>5.1</b>	<b>KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 1</b> .....	<b>36</b>
5.1.1	Základní údaje o klientce .....	36
5.1.2	Ošetřovatelská anamnéza podle funkčních vzorců zdraví M. Gordon .....	37
5.1.3	Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle Nanda-I 2012–2014 .....	38
<b>5.2</b>	<b>KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 2</b> .....	<b>48</b>
5.2.1	Základní údaje o klientce .....	48
5.2.2	Ošetřovatelská anamnéza podle funkčních vzorců zdraví M. Gordon .....	49
5.2.3	Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle Nanda-I 2012–2014 .....	50
<b>5.3</b>	<b>KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 3</b> .....	<b>66</b>
5.3.1	Základní údaje o klientce .....	66
5.3.2	Ošetřovatelská anamnéza podle funkčních vzorců zdraví M. Gordon .....	67
5.3.3	Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle Nanda-I 2012–2014 .....	68
<b>6</b>	<b>DISKUZE</b> .....	<b>77</b>
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>80</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>82</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>85</b>
	<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>86</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>88</b>

## ÚVOD

Povolání všeobecných sester je velice náročné a těžké. Je zde kladeno mnoho požadavků, zejména na fyzickou i psychickou stránku jedince. Ve společnosti má povolání všeobecných sester nepostradatelnou funkci, vyžaduje empatii, rozhodnost, také je velmi důležitá úloha všeobecné sestry ve vztahu ke klientovi.

Pro téma mé práce jsem si zvolila „Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou chorobou“. Hlavním podnětem volby mého námětu na bakalářskou práci je každodenní práce s lidmi s tímto onemocněním.

Naše populace stárne a v současné době žijí lidé déle než kdykoli předtím, je to hlavně díky postupu výzkumu v medicíně. Stárnutí populace bude nadále pokračovat a bude se týkat zejména populace seniorů samotných, neboť nejrychleji přibývající skupinou obyvatel jsou právě staří lidé. Za práh seniorského věku se v dnešní době považuje věk 65 let.

Stárnutí je přirozený proces v životě každého člověka. Pojí se jak s biologickými, sociálními, psychologickými tak i s ekonomickými změnami v životě člověka. Každý jedinec stárne jinak, u někoho se dříve nebo později projeví vrásky, šedivění a vypadávání vlasů, plešatost a další involuční změny na těle. Základní mechanismy stárnutí jsou ovlivněny způsobem života a prostředím, ve kterém člověk žije. Ve stáří se může zrcadlit celý náš dosavadní život.

Většina starších lidí se na stáří a důchodový věk těší, představují si, jak se budou naplno věnovat svým koníčkům, vnoučatům a odpočínou si po celoživotním shonu a procesu v zaměstnání. Bohužel se setkáváme i s tím, že se nečekaně objeví nemoci a problémy spojené s touto nemocí. Život najednou nabírá úplně jiný směr, než jsme očekávali a plánovali si ve svém stáří. Proto jsou zřizovány domovy se zvláštním režimem, kde tyto klienty můžeme ubytovat a poskytnout jim veškerou zdravotní a ošetrovatelskou péči, kterou potřebují.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

*„Alzheimerova choroba je závažné neurogenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence” (Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 29). „Demence je syndrom obvykle chronického nebo progresivního rázu, zahrnující postupnou deterioraci korových funkcí (paměť, orientace, chápání, konkrétní i abstraktní myšlení, počítání, porozumění slyšenému a psanému slovu, úsudek apod.), dále pak deterioraci v emoční oblasti (otupení emocí, výskyt panických nálad i afektů, v motivaci, zhoršení fungování v sociální oblasti” (Lužný, 2012, s. 36).*

Alzheimerova choroba je v dnešní době nejčastější příčinou demencí. Tato choroba způsobuje až 50 % demencí. Dalších 10–20 % jsou demence smíšené, alzheimerovsko-vaskulární, u kterých se uplatňuje jak Alzheimerova choroba, tak i vaskulární změny CNS (Jirák et al., 2013, s. 102).

### 1.1 Stručná anatomie a fyziologie mozku

Nervová soustava zprostředkovává vztahy mezi vnějším prostředím, organismem a mezi všemi složkami uvnitř organismu. Nervová soustava přijímá z vnějšího prostředí informace, které zpracovává a zajišťuje adekvátní odpověď na tyto informace (Čihák, 1997, s. 205).

Nervová buňka neboli neuron je základní morfologickou, funkční i trofickou jednotkou nervové tkáně. Neuron se skládá z těla nervové buňky, které obsahuje buněčné jádro nazývané perikaryon. Neuron má také výběžky, jež se označují podle vedení vzruchu jako dendrity, které přijímají podněty a vedou vzruch do těla buňky. Poté axon vede vzruch z buňky k cílovým orgánům. Neuron se svými výběžky tvoří trojrozměrnou prostorovou síť, komunikace mezi jednotlivými neurony se děje pomocí synapsí, kde přenos vzruchu na druhou buňku probíhá vyloučením zvláštní látky mediátoru. Nervové buňky jsou rozmanité co do tvaru, počtu, velikosti a úpravy dendritů (Čihák, 1997, s. 205–206).

## 1.2 Etiopatogeneze

Příčina Alzheimerovy choroby doposud není zcela známá. Pouze u některých familiárních forem neboli rané formy Alzheimerovy demence, byly popsány mutace v několika málo genech na chromozomech 21, 1, 14, 19. Bylo zjištěno, že mají příčinný vztah k příznakům nemoci a k neuropatologickým změnám. Z neuropatologických nálezů plyne, že Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění, způsobené poškozením nervových buněk v různých oblastech mozku. Při této chorobě jsou postiženy různorodé skupiny neuronů. V průběhu choroby dochází k nápadnému zmenšování a numerickému úbytku velkých cholinergních neuronů. Dále se choroba projevuje postižením a zánikem velkých pyramidových neuronů mozkové kůry v entorinální kůře a v asociačních oblastech temporálního a parietálního kortexu a také i neuronů v CA-1 oblasti hippocampu (Brunovský, 2003, s. 25).

Dalším typickým znakem Alzheimerovy choroby jsou senilní plaky, tvořené nerozpustnými deposity beta-amyloidu, což jsou látky bílkovinné povahy.

Alzheimerova choroba je také spojena s patologicky zvýšenými hladinami glutamátu v CNS. Tento stav vede k nadměrnému zvýšení rušivé stimulace, zvýšení tzv. základního šumu. Tato patologická aktivace glutamátových receptorů vede k nadměrné produkci akčních potenciálů a ke zvýšenému vstupu vápníku do buněk, což následně vede k buněčné smrti (Brunovský, 2003, s. 26).

Dále dochází k narušení postsynaptických receptorů pro excitační aminokyseliny. Tato redukce počtu receptorů je největší v oblastech mozku zasažené touto chorobou. Také existují mozkové oblasti, kde je počet receptorů normální. Z toho tedy plyne, že ztráta receptorů odráží ztrátu specifických neuronů (Brunovský, 2003, s. 27).

U klientů dochází k výraznému postižení cholinergního systému, cholinergní dysfunkce hraje důležitou roli v objevení symptomů demence (Brunovský, 2003, s. 27).

## 1.3 Dělení Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba se dělí na formu presenilní a senilní.

- Forma presenilní neboli s časným začátkem, kdy se klinické příznaky objeví do 65 let.

- Forma senilní s pozdním začátkem, kdy se klinické příznaky objeví po 65. roku.

## 1.4 Klinický obraz

Rozvoj demence přichází plíživě a nenápadně, zpočátku dochází k mírné poruše poznávacích funkcí. První příznaky se projevují zejména poruchami krátkodobé paměti, epizodní paměti a vstřípivosti. Poměrně brzy se objevují poruchy orientace v prostoru i v čase. S postupným prohlubováním demence začínají být klienti dezorientovaní, což může vést k bloudění nejprve tam, kde to neznají, později začnou bloudit i tam, kde to znají a posléze i ve vlastním bytě nebo domě. Dochází ke snížení až k zániku logického uvažování a soudnosti, postupně to vede k poruše paměti ve všech jejích složkách, klienti nejsou schopni si zapamatovat něco nového.

V průběhu této choroby dochází k postupnému zapomínání jmen, pojmů, ke snížení slovní zásoby, zapomínání tváří = prosopagnozie. Dále dochází k podstatnému snížení intelektu a myšlení se zpomaluje. Někdy také dochází k poruchám fatických funkcí.

U většiny případů se jedná o 7–10 let života od objevení prvních příznaků. Klienti obvykle umírají z jiných příčin, jako např. pády, bronchopneumonie, komplikace dekubitů. Alzheimerovu chorobu lze označit za základní onemocnění, ale nikoliv za příčinu smrti. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 31–33).

### 1.4.1 Stupně Alzheimerovy choroby

Vývoj této choroby lze rozdělit do tří stupňů: lehká, střední a těžká demence. Pro každý tento stupeň jsou charakteristické jiné příznaky. Přejít mezi těmito stupni může trvat různou dobu, někdy i několik let.

- Lehká demence se převážně vyznačuje poruchami paměti, které jsou jak subjektivní, tak je lze i objektivně otestovat. Dochází k poruchám deklarativní paměti, hlavně ve složce krátkodobé a střednědobé. Klienti mají problém zapamatovat si nové informace a také se začínají objevovat poruchy v aktivitách denního života. Postupně dochází k poruchám orientace a mohou se objevit i poruchy nálad, zejména deprese.
- Střední demence – zde již dochází ke zhoršování paměti ve všech jejích složkách. Začíná se projevovat dezorientace v čase i prostoru.

- Těžká demence se projevuje výrazným zhoršením paměti ve všech složkách, klienti nejsou schopni si zapamatovat nové informace, obličejové atd. Objevuje se dezorientace v místě i čase, nejsou schopni si zapamatovat např. pokoj, kde leží, ošetřující personál a ani nejbližší příbuzné (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009, s. 32).

## 1.5 Diagnostika

### 1.5.1 Anamnéza

Anamnézu zjišťujeme v klidném a ničím nerušeném prostředí, aby se klient mohl plně soustředit na otázky kladené lékařem. Pokud klienta doprovází příbuzný, klademe mu stejné otázky k doplnění nebo upřesnění informací. Anamnéza je nezbytnou součástí diagnostiky Alzheimerovy choroby.

V anamnéze si zprvu všímáme věku, poruch paměti, jak se začaly projevovat první příznaky nemoci. Zjišťujeme osobní, rodinnou, sociální, pracovní, medikamentózní anamnézu. Dále nás z lékařského hlediska zajímá, jak klient zvládá aktivity denního života, zda potřebuje pomoc. Anamnéza návyků, poruchy chování, agresivity, poruchy spánku, negativní životní události a somatické poruchy (Lužný, 2012, s. 48).

### 1.5.2 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza je první fází ošetřovatelského procesu, prvním hodnocením kontaktu všeobecné sestry s nemocným. Do formuláře se zaznamenávají důležité informace týkající se bezprostředního stavu klienta. Obsahem ošetřovatelské anamnézy jsou informace a údaje týkající se základních fyziologických, psychických, sociálních i duchovních potřeb klienta či jeho rodiny. Dále se v ošetřovatelské anamnéze zaměřujeme na změny a problémy ve zdravotním stavu klienta, tyto získané informace jsou velmi důležité pro sestavení plánu ošetřovatelské péče.

Obsah ošetřovatelské anamnézy lze rozlišit na:

- Objektivní údaje, které zjistí nezávisle druhá osoba např. pozorováním, pohledem, poslechem, pohmatem, poklepem nebo srovnáním s normou.
- Subjektivní údaje nám sděluje klient sám, představují jeho vnímání zdravotního stavu nebo vnímání jeho životní situace.



Informace o stavu klienta můžeme získat studiem zdravotnické dokumentace, anamnestickým rozhovorem od klienta, doprovodu či rodinných příslušníků. Informace získáváme pomocí strukturovaného rozhovoru, pozorováním, screeningovým vyšetřením nebo pomocí testů a škál.

Ošetrovatelská anamnéza se zjišťuje dle stavu pacienta, nejpozději však do 24 hodin po přijetí na oddělení. Všeobecná sestra je povinna seznámit pacienta s Právy pacienta a Domácím řádem oddělení. Ošetrovatelskou anamnézu podepisuje všeobecná sestra, která anamnézu získala (Lamichová, 2012–2013).

### 1.5.3 Laboratorní vyšetřovací metody

Součástí diagnostiky Alzheimerovy choroby je nutnost provést podrobné laboratorní vyšetření. Ve všech případech je nutné vyloučit somatické choroby, které se mohou projevat poruchami kognitivních funkcí, jako např. diabetes mellitus, endokrinologické onemocnění, avitaminózy, dehydratace a zánětlivá onemocnění (Lužný, 2012, s. 48).

### 1.5.4 Přístrojové vyšetřovací metody

#### Výpočetní tomografie (CT)

Tuto zobrazovací metodu v gerontopsychiatrii využíváme ze všech metod nejčastěji. Slouží hlavně k vyloučení závažných organických změn na mozku. Pro Alzheimerovu chorobu jsou typické generalizované atrofie s maximem mediotemporálně (Jirák et al., 2013, s. 29).

#### CT angiografie (CTAG)

Tato zobrazovací metoda má horší rozlišovací schopnost a není schopna selektivně dynamicky vyhodnotit průtoky arteriální, kapilární a venózní fáze (Jirák et al., 2013, s. 31).

#### Nukleární magnetická rezonance (MRI)

Rozlišovací schopnost této vyšetřovací metody i v nativní podobě je vyšší než u CT vyšetření. Pro diagnostiku Alzheimerovy choroby je typická rozvíjející se závažná atrofie mediotemporálního kortexu, a to zejména hipokampů a entorinální kůry (Jirák et al., 2013, s. 32).

#### Difuzně vážená MRI (DWI)

Měří molekulární mobilitu vody ve tkáních v mozku. Může zachytit chorobu již ve stadiu klinické suspekce (Jirák et al., 2013, s. 32).

### Dynamická kontrastní MRI (DSCMRI)

Měří úroveň krevního přítoku do tkání, je schopna odhalit oboustranné temporoparietální hypoperfuzní-metabolické defekty (Jirák et al., 2013, s. 32).

### Funkční MRI

Zatím jde spíše o experimentální distrakční metodu, která je schopna odhalit již malé změny v krevním průtoku a metabolismu mozku, a to v průběhu mentálního nebo hybného úkonu (Jirák et al., 2013, s. 32).

### Nukleární magnetická spektroskopie

Touto metodou jsme schopni zjistit tkáňovou dynamiku určitých konkrétních metabolitů. Právě tyto změny určitých metabolitů jsou charakteristické pro řadu neurodegenerativních a metabolických poruch (Jirák et al., 2013, s. 33).

### Voxel based MRI (VBMRI)

Je přesná 3D stereotaktická kvantifikace určitých tkáňových objemů (Jirák et al., 2013, s. 33).

### Magnetická rezonanční angiografie (MRAG)

Je velmi šetrná metoda a lze ji použít tam, kde není možno použít klasickou digitální subtrakční angiografii (Jirák et al., 2013, s. 33).

### Jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT)

Zobrazuje průtok krve různými oblastmi mozku, je velmi citlivá a může zachytit i malé odchylky ve změnách průtoku krve jako např. u Alzheimerovy choroby (Jirák et al., 2013, s. 33).

### Pozitronová emisní tomografie (PET)

Slouží k vyšetření změn v regionálním metabolismu mozku, má větší prostorovou rozlišovací schopnost než SPECT (Jirák et al., 2013, s. 35).

### Elektroencefalografie (EEG)

Metoda snímá bioelektrické potenciály z povrchu hlavy. Na záznamu u klientů trpících demencí můžeme pozorovat zpomalování vln ve spánkových a parietálních strukturách mozku (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 33).

### Evokované potenciály

Technika je odvozena z EEG, sledované úseky odpovídají odpovědi na nějaký zevní stimul jako např. záblesk, tón, kožní podnět (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 35).

### 1.5.5 Testové a škálové metody

#### Paměťový test učení

Paměťový test probíhá tak, že klientovi čteme 15 jednoduchých známých slov, po skončení čtení si je má vybavit, na pořadí slov nezáleží. Postup opakujeme celkem 5x a sledujeme křivku učení. Diagnosticky jsou důležité tzv. konabulace – klient si přidá slovo, které v seznamu vůbec nebylo. Již v preklinickém stadiu nemoci můžeme zachytit nejistotu a občasné konabulace, které se projevují opakováním slov (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 40). (příloha P I)

#### Test verbální fluence

Klienta testujeme např. tak, že během jedné minuty musí vyslovit co nejvíce slov začínajících na určitá tři písmena. Všechna tato slova zapisujeme, sečteme a poté porovnáme s orientačními normami (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 42). (příloha P II)

#### Trail making test

Tento test se zprvu zdá jednoduchý, klient má spojovat čísla od 1 do 25 – část A, nebo čísla a písmena – část B. Hlavně část B tvoří problémy v počátcích choroby, kdy klient není schopen svou pozornost přepojovat z jednoho systému do druhého (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 43).

#### Škála depresivity – Yesavage

U řady klientů tato choroba začíná depresí, tato škála tedy slouží ke změření změn v náladách klienta. Klientovi jsou kladeny otázky, na které odpovídá ano nebo ne, poté se sečtou body získané za tyto otázky. Výsledek této škály je nutno porovnat s klinickým projevem klienta (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 44–45). (příloha P III)

#### Rorschachův test

Slouží k diagnostice osobnosti, dokáže zachytit změny v prožívání a schopnostech klienta někdy lépe než výkonové zkoušky (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 45).

#### Mini- Mental State Examination

Tento test slouží k diagnostice poruchy kognitivních funkcí. Obsahuje základní orientaci v čase, místě, prostoru, schopnost zapamatovat si a vybavit tři věci, jednoduché řečové a kresebné zkoušky. Lze dosáhnout maximálně 30 bodů (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 46). (příloha P IV)

### Test hodin

Klient je vyzván, aby nakreslil ciferník hodin se všemi čísly a aby nastavil ručičky na určitý čas. Hodnotíme integritu ciferníku, kresbu a pořadí čísel, kresbu a nastavení ručiček na určitý čas. Zdravá osoba by měla dosáhnout 9–10 bodů, dosáhne-li nižšího bodového ohodnocení, je nutné opakovaně provádět test a sledovat výsledky testu (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 50). (příloha P V)

### Sedmičkový subtest

Je jednoduchý test, kdy klienta vyzveme, aby z paměti od 100 odečítal sedmičku a od výsledku další sedmičku, končí se po pěti odečtech. Tento test vyžaduje určitou dávku pozornosti, která je však u klientů s Alzheimerovou chorobou často narušena (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 51).

### Mattisova škála demence

Slouží k podrobnějšímu vyšetření pozornosti, paměti, kresby, iniciativního chování, motoriky a tvorby pojmu. Škála obsahuje 37 položek, které vytvářejí celkové skóre o hodnotách od 0 do 144 bodů. Škála tedy slouží k zachycení již klinicky jasné choroby nebo zachycuje probíhající změny v nemoci (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 51).

## **1.6 Terapie**

V současné době, kdy ještě neznáme komplexně etiologii Alzheimerovy choroby, ji nedokážeme vyléčit, ale pouze zmírňovat příznaky a oddalovat těžká stadia (Jirák et al., 2013, s. 105).

### **1.6.1 Farmakologická terapie**

U farmakologické terapie je velmi důležité dodržovat podávání léků v pravidelných časových intervalech i ve správné gramáži

#### Farmakologická terapie kognitivních funkcí

- Ovlivnění kognitivních funkcí pomocí léků – dominantně ovlivňují cholinergní systém inhibitory acetylcholinesteráz např. Rivastigmin, Donepezil, Galantamin (Lužný, 2012, s. 51).
- Léky, které ovlivňují glutamatergní neurotransmiterový systém jsou parciální inhibitory NMDA receptorů, např. Memantin (Lužný, 2012, s. 51).

### Farmakologická terapie nekognitivních funkcí

Ovlivnění nekognitivních funkcí jako je neklid, poruchy emotivity, psychotické symptomy, poruchy spánku a chování je další důležitou složkou terapie Alzheimerovy choroby. Ke zmírnění těchto negativních projevů se používají převážně tyto medikamenty:

- Antidepresiva např. Mirtazapin, Venlafaxin;
- Antipsychotika např. Tiapridal, Risperidon, Olanzapin;
- Thymostabilizátory např. Karbamazepin, Valproát, Gabapentin.

### **1.6.2 Nefarmakologická terapie**

Důležitou součástí komplexní péče o klienta s demencí jsou nefarmakologické postupy, které si kladou za cíl dosažení optimálních funkčních schopností klienta. Slouží k prevenci behaviorálních a psychologických symptomů, zvýšení sebeuvědomění, zachování nebo zlepšení soběstačnosti a kvality života klienta a k podpoře rodinných i profesionálních pracovníků (Jirák et al., 2013, s. 234).

#### Podpůrná terapie

Podpůrná terapie se skládá ze dvou základních technik: empatie a řešení problému. Terapeut empaticky naslouchá problémům klienta, reaguje na ně tím, že problém zopakuje, zrcadlí jeho myšlenky a pocity. Terapeut nedirektivně vede klienta k vlastnímu řešení problému. Tato terapie je základním prostředkem pro komunikaci s klientem s demencí (Jirák et al., 2013, s. 237).

#### Terapie zaměřená na orientaci v realitě

Terapie zaměřená na orientaci v realitě (reality orientation, RO) vychází z předpokladu, že opakovaným podáváním informací o objektivní realitě při zaměstnání více smyslů dochází u klientů s mírnou až středně těžkou demencí ke zlepšení orientace a sociální interakce, chování a sebeuvědomění. Tato terapie se dělí na dvě základní složky:

- Skupinová RO, která se provádí v malých skupinách 3–6 lidí po dobu 30–60 minut 3–5x týdně. Aktivity, které se zde provádějí, jsou zaměřeny na kognitivní funkce. Opakovaně jsou klientům podávány informace o čase, místě, situaci, diskutuje se zde o aktuálních událostech a počasí. RO také zahrnuje různé hry, aktivity, senzorickou stimulaci, také lze podávat občerstvení k dotvoření příjemné atmosféry.

- 24hodinová RO – každá osoba, která přijde do kontaktu s klientem, ho vždy informuje o místě, čase, situaci. Důležitou součástí terapie je přizpůsobení prostředí: velké nástěnné hodiny, kalendáře, nástěnky s aktuálním ročním obdobím, výstřižky z novin s aktuálními událostmi, řádné označení místností. Klienty obklopujeme známými předměty. Velmi důležité je dodržování pravidelného denního režimu (Jirák et al., 2013, s. 238).

#### Kognitivně-stimulační terapie

Kognitivně-stimulační terapie (CST) je terapie zaměřená na orientaci v realitě, ale prosazuje se komplexnější přístup s využitím dalších prvků psychoterapeutických směrů. Jedná se o skupinovou terapii, na kterou se dochází 2x týdně po dobu 45 minut. Terapie vždy začíná přivítáním, orientací v čase, místě, situaci, poté následuje program s určitým tématem a rozloučení. Výběr aktivit vychází z individuálních preferencí a schopností klientů s demencí, není zde vhodné používat aktivity se soutěživými prvky. Z principů CST vychází modifikovaný český program Mates (Mozková aktivizační terapie seniorů). (Jirák et al., 2013, s. 239).

#### Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie (RT) je zaměřená na vzpomínky, diskuze o aktivitách, o událostech a zkušenostech z minulosti. K vyvolání vzpomínek se používají různé podněty. Tato terapie vychází ze skutečnosti a zaměřuje se na kladné vzpomínky, především se snažíme vyhnout konfliktním tématům. Využívají se různá témata např. vzpomínky na dětství, své předky, tiskoviny, koníčky, práce s rodinnými fotografiemi a vyprávění o nich. Reminiscenční terapie může mít formu skupinových setkání, rodinného či individuálního sezení (Jirák et al., 2013, s. 239–240).

#### Validační terapie

Validační terapie (VT) je metodou komunikace se seniory s demencí. Teoretické podklady této terapie vycházejí z humanistické, analytické a behaviorální psychologie. Základní myšlenka vychází z předpokladu, že člověk stojící na konci svého života potřebuje dořešit nedokončené problémy, aby mohl uzavřít svou minulost a v pokoji odejít. Nedořešené konflikty a potlačené emoce mohou působit negativně na mozek a tudíž vést k poruše chování. Tato terapie propojuje současný stav (delirium) s událostmi z minulosti, které mohou vést k vyřešení problému a problémového chování klienta. Validační terapie je zaměřená na

porozumění pocitů a chování člověka, cílem je vytvořit si kladný vztah a pohodu v péči. Při komunikaci také klademe důraz na neverbální komunikaci (Jirák et al., 2013, s. 240–241).

#### Trénink paměti

- Interní, který používá mnemonik např. zapamatování pomocí příběhu, podpora procesu učení např. vizualizace, emoční prožitky. Důležitou složkou je využívání relativně dobře uchovaných aspektů paměti. Problémem bývá chybějící motivace a porušená schopnost učení, která se často projevuje v raném stadiu demence.
- Externí, který slouží ke kompenzaci deficitu paměti snížením nároků na paměť klienta. Tyto strategie jsou lépe využitelné v praxi např. bloky, štítky, ukládání různých věcí na jedno stejné místo.

Při trénování paměti se často objevují negativní emoce a chování, jak u klienta, tak u pečujícího (Jirák et al., 2013, s. 242).

#### Senzorická stimulační terapie

Senzorická stimulační terapie (ST) se zabývá stimulací jednotlivých smyslů prostřednictvím různých prostředků, které volíme podle preference klientů. Vybíráme je individuálně, aby poskytovaly potěšení, radost, relaxaci a odstranily negativní vlivy jako stres a úzkost.

Prostředky senzorické stimulační terapie jsou:

- Zraková stimulace – prohlížení a nabídka předmětů;
- Sluchová stimulace – poslouchání hudby, zvuků;
- Čichová stimulace – různé koření, vonné oleje,
- Chuťová stimulace – potraviny, různé koření;
- Hmatová stimulace – použití různých tvarů a materiálů předmětů (Jirák et al., 2013, s. 243).

#### Muzikoterapie

Muzikoterapie je technika, při které prostřednictvím hudby nebo hudebních prvků pracujeme s klientem. Hudbu volíme vždy individuálně tak, aby byla klientovi příjemná.

Muzikoterapii můžeme rozdělit na:

- Pasivní, kdy hudbu posloucháme a následně o ní hovoříme, nebo se prostřednictvím hudby vyjadřujeme kresbou.

- Aktivní, kdy klienti sami doprovázejí hudbu zpěvem, vytleskáváním rytmu, tančným.

Muzikoterapie může mít charakter relaxační, aktivizující účinky a pomáhá klientům vyjádřit se (Jirák et al., 2013, s. 243).

#### Multisenzorická stimulace

Multisenzorická stimulace je stimulace primárních smyslů, jako je zrak, sluch, hmat, čich, za využití jemných, příjemných stimulů jako jsou např. relaxační hudba, vonné oleje, jemné materiály, barevné světelné efekty. Tato terapie neklade nároky na kognitivní schopnosti, ale cílem je nastolení a udržení pohody. Místnost určená k terapii by měla být vybavená křesly, lehátky, polštářky. Jedná se o aktivační i relaxační techniku, která se využívá u klientů v pokročilém stadiu demence (Jirák et al., 2013, s. 244).

#### Behaviorální terapie

Cílem behaviorální terapie je řešení konkrétních behaviorálních poruch a udržení běžných denních aktivit klientů s demencí. Zahrnuje jak úpravu prostředí, analýzu problémového chování a nalezení vhodného přístupu ke klientovi, tak edukaci a trénink pečujících osob (Jirák, et al., 2013, s. 244–245).

#### Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie si klade za cíl u seniorů s demencí naučit je důležité informace nebo dovednosti, a tímto zlepšit jejich fungování v běžných denních aktivitách. Dále přispívá při řešení úzkostných a depresivních poruch u klientů s počínající a mírnou demencí. Tato terapie vychází ze základních pravidel kognitivně-behaviorální terapie a také uplatňuje techniku oddalovaného vybavování (Jirák et al., 2013, s. 245).

#### Terapie s loutkou

Terapie s loutkou se řadí ke skupinovým terapeutickým kreativním aktivitám. Touto terapií rozvíjíme fantazii, kreativitu, jemnou motoriku i komunikační schopnosti.

Terapie se skládá ze čtyř etap:

1. Volba loutky;
2. Tvorba výtvarného návrhu loutky;
3. Vlastní výroba loutky;
4. Divadelní představení.



Terapie se zaměřuje na zvýšení sebeuvědomění a sebevědomí, dále se prohlubují sociální a komunikační dovednosti (Jirák et al., 2013, s. 245).

## 2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Ošetřovatelská péče o klienty trpící Alzheimerovou chorobou je jak fyzicky, tak i psychicky velmi náročná. Vyžaduje od všeobecné sestry citlivost, empatii, trpělivost, vstřícnost, rozhodnost a také dodržování Etického kodexu sester a Evropské charty práv seniorů. (příloha P VI)

Pokud se klient nachází v počátečním stadiu onemocnění, většinou potřebuje náš dohled nebo jen malou pomoc při veškerých denních aktivitách.

Postupem času se nemoc začne prohlubovat a zde náš dohled již nestačí. Klient začíná být zmatenější, nepoznává své nejbližší, začíná bloudit ve svém okolí, stává se inkontinentním, sám nezvládá denní aktivity života a potřebuje naši 24hodinovou ošetřovatelskou péči. Klienti nosí plenkové kalhotky, přesto ale dohlížíme na dodržování hygieny a dopomáháme jim při koupání a oblékání. Chystáme jídlo, léky a dohlížíme na dostatečný příjem tekutin, aby nedošlo ke vzniku dehydratace, která prohlubuje zmatenost. Dále musíme dohlížet na to, co celý den dělají, aby samovolně neopustili byt, dům či oddělení a nebloudili venku. Je vhodné tyto klienty aktivizovat jednoduchou činností, např. kreslením, hrou společenských her, cvičením. Všechny tyto aktivity zároveň procvičí jemnou či hrubou motoriku.

V třetí fázi této nemoci se klienti stávají úplně nesoběstační a zůstávají upoutáni na lůžko a vše je již jen na nás. O klienta se v této fázi staráme 24 hodin denně, jelikož klient není schopen se o sebe sám postarat a sám již nezvládá denní aktivity. Klienta musíme pravidelně polohovat a masírovat, aby nedošlo ke vzniku dekubitů, které by tento stav jen zkomplikovaly. Jelikož jsou inkontinentní, provádíme pravidelnou a důkladnou hygienickou péči několikrát za den. Používáme vhodné ochranné krémy určené k péči o pokožku. Také je nutné dbát o pokožku celého těla, protože staří lidé mají pokožku velmi suchou a je náchylná k porušení celistvosti. V této fázi onemocnění již klient není schopen sám se najíst, proto stravu musíme vhodně upravit. Podáváme mletou stravu a klienta krmíme. Důležitou součástí péče je pravidelné podávání vhodných tekutin. Péče je velmi náročná, a proto je nutné být trpělivý, empatický, klidný, přátelský a musíme mít i dost sil, abychom tuto náročnou situaci zvládli.

Při poskytování ošetrovatelské péče klientům trpící Alzheimerovou chorobou se také setkáváme s řadou negativních symptomů jako je agresivita, toulání, paranoidita, noční neklid a komunikační bariéra.

Agresivní chování je evolučně velmi starý způsob reakce na něco, co je pro nás nepříjemné, proto musíme mít na paměti, že i nevhodné ošetrovatelské postupy či projevy okolí mohou spouštět agresivní chování klienta. Při poskytování ošetrovatelské péče ke klientovi přistupujeme klidně, tempem klienta, dále si všímáme i neverbálních projevů u klienta (Venglářová, 2007, s. 56–57).

Zdánlivé bezcílné toulání je časným příznakem u lidí trpících demencí. Nejde jen o nepříjemný projev nemoci, ale existuje zde i řada rizik jako např. nebezpečí poranění, pádu, psychické strádání při nemožnosti najít cestu zpět a vznik konfliktu. Při poskytování péče se snažíme zabránit poranění klienta (Venglářová, 2007, s. 59–60).

Dalším negativním symptomem při poskytování ošetrovatelské péče je paranoidita. Klient podezírá lidi ve svém okolí, že mu berou jeho věci, že mu chtějí škodit. Při péči o člověka s paranoidními reakcemi předpokládáme problematické situace, snažíme se chránit klientovo soukromí, nemanipulujeme s předměty bez jeho souhlasu a přítomnosti (Venglářová, 2007, s. 60).

Již v počátcích onemocnění dochází k poruchám cyklu spánku a bdění. Kromě vlivů onemocnění se na symptomu podílí také režim dne. Je vhodné zjistit rituály před usínáním, upravit režim dne různými nabídkami aktivit, odstranit rušivé elementy z okolí a zabránit spaní přes den. Při nočním neklidu je velké riziko vzniku poranění a nebezpečí pádu (Venglářová, 2007, s. 62).

Dobrá komunikace s klientem je základem dobrého vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče. Při poskytování ošetrovatelské péče se setkáváme s komunikačními bariérami jako např. poruchy smyslů, poruchy řeči. Na klienta hovoříme klidně, pomalu, zřetelně, necháme klientovi dostatek času na odpověď (Venglářová, 2007, s. 74).

V současné době si nemůže každý dovolit zůstat doma a starat se o své nemocné rodiče, proto existují zařízení, kde můžeme rodiče umístit. V těchto zařízeních je jim poskytována veškerá ošetrovatelská péče a léčba, kterou potřebují.

## **2.1 Domácí zdravotní péče – HOME CARE**

Jedná se o péči, která je poskytována všeobecnou sestrou v domácím prostředí na základě indikace praktického lékaře. Všeobecná sestra provádí např. aplikaci injekcí, měření FF, péči o rány, péči o stomie, fyzioterapii atd. (Dušková a Hasalíková, 2010, s. 15).

## **2.2 Pečovatelská služba**

Je především terénní služba, která je poskytována v domácím prostředí u osob se sníženou soběstačností. Pečovatelka dochází v předem stanoveném čase a provádí dohodnuté úkony např. pomoc při oblékání, koupání, zajištění stravy, úklidu domácnosti, pochůzky, atd.

(Dušková a Hasalíková, 2010, s. 15).

## **2.3 Osobní asistence**

Osobní asistence poskytuje stejné služby jako pečovatelská služba, ale je časově neomezená. Osobní asistenti by měli být vždy seznámeni s problémy klienta (Dušková a Hasalíková, 2010, s. 15).

## **2.4 Odlehčovací služby**

Jsou především pobytové služby, které jsou poskytovány klientům se sníženou soběstačností, o které je pečováno v domácím prostředí, ale i v zařízení. Cílem této služby je poskytnout pečující osobě nezbytný odpočinek a znovu nabrání sil pro další péči. Klient v tomto zařízení může zůstat maximálně po dobu třech měsíců a je mu zde poskytnuta veškerá péče (Dušková a Hasalíková, 2010, s. 15).

## **2.5 Centra denních služeb**

Zde jsou poskytovány ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností, které sem docházejí. Tyto služby jsou poskytovány v době, kdy pečující osoba dochází v dopoledních hodinách do zaměstnání. Péče probíhá v sociálních zařízeních a klient zde provádí řadu zájmových činností, nácviků dovedností a je zde v kontaktu s dalšími klienty (Dušková a Hasalíková, 2010, s. 16).

## **2.6 Domovy se zvláštním režimem**

Jsou pobytová zařízení sociálních služeb, která jsou určena pro trvalé umístění klienta. V tomto zařízení je zajištěna jak 24 hodinová ošetrovatelská péče, tak i sociální péče. Provoz v tomto zařízení je zcela přizpůsoben specifickým potřebám klientů trpících Alzheimerovou chorobou i ostatními typy demencí (Dušková a Hasalíková, 2010, s. 15).

## **2.7 Sdružení klientů s Alzheimerovou chorobou**

V roce 1997 vznikla Česká alzheimerovská společnost, která se zaměřuje na klienty trpící touto chorobou, na jejich rodinné příslušníky, ale i na jiné typy demencí. V České republice se nachází 25 kontaktních míst, kde pracují zaškolení pracovníci, kteří poskytnou veškeré informace, jak pečovat o tyto klienty a jaká je možnost ústavní péče (Dušková a Hasalíková, 2010, s. 15). (Příloha P VII)

### 3 MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ M. GORDON

Bibliografické údaje:

- Základní ošetrovatelské vzdělání Marjory Gordon získala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku, bakalářské a magisterské studium ukončila na Unter College of the City University v New Yorku.
- V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování a roku 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví.
- Dále je profesorkou a koordinátorkou ošetrovatelství dospělých na Boston College, Chesnut Hill, věnuje se výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče.
- Její model je z hlediska holistické filozofie považován za nejkomplexnější pojetí člověka v ošetrovatelství (Pavlíková, 2006, s. 99).

#### 3.1 Hlavní zaměření modelu

- *Cíl ošetrovatelství* – je zaměřen na zdraví, odpovědnost jedince za své zdraví, rovnováha bio-psycho-sociálních interakcí;
- *Klient* – je brán jako holistická bytost s potřebami biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, spirituálními, kognitivními a behaviorálními, jedinec s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví;
- *Role sestry* – sestra systematicky získává informace z jednotlivých oblastí vzorců zdraví pomocí např. rozhovoru, pozorování klienta, dále analýzou získaných informací a stanovením funkčního nebo dysfunkčního modelu zdraví;
- *Zdroj potíží* – zde patří některá z oblastí bio-psycho-sociálních interakcí,
- *Ohnisko zásahu* – je dysfunkční vzorec zdraví;
- *Způsob intervence* – podle některých ošetrovatelských modelů a teorií;
- *Důsledky* – funkční vzorce zdraví (Pavlíková, 2006, s. 99–100).

### 3.2 Metaparadigmatické koncepce

- *Osoba* – všechny lidské bytosti jsou holistické, mají společné určité funkční vzorce, které se podílejí na zdraví, kvalitě života, dosahování lidského potenciálu;
- *Prostředí* – v integraci s osobou se podílí na funkčních vzorcích zdraví;
- *Zdraví* – je vyjádřením rovnováhy bio-psycho-sociálních interakcí, které jsou ovlivňovány vývojovými, kulturními, duchovními a jinými faktory, pokud dojde k poruše zdraví, i potenciální, tento stav je označuje jako dysfunkční;
- *Ošetřovatelství* – se zabývá funkčními a dysfunkčními vzorci zdraví (Pavlíková, 2006, s. 100).

### 3.3 Využití modelu v ošetřovatelském procesu

Při kontaktu s klientem všeobecná sestra identifikuje, zda se jedná o funkční nebo dysfunkční vzorec zdraví. Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase, které reprezentují základní ošetřovatelské údaje v subjektivní a objektivní pohodě.

Základní strukturu modelu Marjory Gordon tvoří dvanáct oblastí, kde každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být funkční nebo dysfunkční (Pavlíková, 2006, s. 100).

#### 3.3.1 Dvanáct vzorců zdraví Marjory Gordon

1. *Vnímání zdraví – udržování zdraví* – obsahuje vnímání zdraví a pohody jedince a způsob, jak se stará o své zdraví;
2. *Výživa – metabolismus* – zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin, které jsou ve vztahu k metabolické potřebě organismu;
3. *Vylučování* – zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře, kůže;
4. *Aktivita – cvičení* – obsahuje způsoby udržování tělesné kondice, aktivity denního a volného času;

5. *Spánek – odpočinek* – způsob spánku, relaxace;
6. *Citlivost – poznávání* – schopnost smyslového vnímání a poznání včetně bolesti, orientace, řeč, paměť atd.;
7. *Sebepojetí – sebeúcta* – vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe a jakou má o sobě představu;
8. *Role – vztahy* – zahrnuje přijetí a plnění životních rolí, interpersonální vztahy;
9. *Reprodukce – sexualita* – zahrnuje reprodukční období, sexualitu včetně spokojenosti a změn;
10. *Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance* – zahrnuje způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací;
11. *Víra – životní hodnoty* – obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů, přesvědčení, víry, které jedince ovlivňují;
12. *Jiné* (Pavlíková, 2006, s. 101).

Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví umožňují všeobecné sestře rozeznat, zda se u klienta jedná o funkční chování ve zdraví, nebo dysfunkční chování v nemoci (Pavlíková, 2006, s. 101).

### 3.3.2 Přednosti a nedostatky modelu

Odborníci na ošetrovatelskou teorii označují model za nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. Model funkčních vzorců splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu klienta v jakémkoliv systému zdravotní péče, to je v primární, sekundární či terciární péči. Je však vhodné tento model kombinovat s jinými ošetrovatelskými modely či teoriemi (Pavlíková, 2006, s. 102).



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA PRŮZKUMU

### 4.1 Cíle práce

Cíl č. 1. Zjistit schopnost sebezpečí u klienta s Alzheimerovou chorobou při denních aktivitách dle funkčních vzorců zdraví M. Gordon

Cíl č. 2. Zhodnotit schopnost sebezpečí u klienta s Alzheimerovou chorobou dle Barthelova testu (příloha P VIII)

### 4.2 Průzkumná metoda

V bakalářské práci byly použity dvě metody. Jako první byla použita metoda pozorování respondentů při běžných denních aktivitách. *“Pozorování je vědecká metoda, která je přímým pozorováním určitého jevu na základě vnímání tohoto jevu samotného nebo vnímání jeho přístrojové registrace (Janoušek a kol., 1986; Farkašová et al., 2006, s. 42). Respondenti byli hodnoceni, jak zvládají či nezvládají běžné činnosti jako např. stravování, oblékání, osobní hygiena atd.*

Jako druhá metoda byl použit anamnestický rozhovor podle funkčních vzorců M. Gordon pomocí záznamového archu (příloha P IX). *„Rozhovor je přímá interpersonální interakční situace sociálních rolí, ve které jedna osoba (výzkumník) klade druhé osobě (respondentovi) otázky určené k získání odpovědí vhodných k řešení výzkumného problému“ (Kerlinger, 1972; Farkašová et al., 2006, s. 48). Jedná se o rozhovor, ve kterém byly kladeny stejné otázky ve stejném pořadí. Tato metoda je vhodná k získání dostatečného množství informací o respondentech a získání individuálního přístupu k nim. Otázky byly kladeny s ohledem na psychický stav a osobní tempo daného respondenta.*

Na základě průzkumu byly zpracovány kazuistiky. *„Pedagogický slovník (1965) definuje kazuistiku jako řešení jednotlivých případů podle podrobných nejkompletnějších záznamů o nich. Kazuistika je klasická metoda popisu a rozboru jednotlivých případů“ (Farkašová et al., 2006, s. 52).*

### 4.3 Organizace průzkumného šetření

Celkem byli osloveni tři respondenti, kteří byli hospitalizováni na gerontopsychiatrickém oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.

Informace získané pozorováním a rozhovorem byly uspořádány dle priorit do kazuistik jednotlivých respondentů. Byly zde stanoveny ošetrovatelské diagnózy, cíle a intervence.

## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Kazuistika respondenta č. 1

#### 5.1.1 Základní údaje o klientce

Klientka 78 let byla přijata do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži na gerontopsychiatrické oddělení s diagnózou Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem. Při příjmu byla klientka klidná, sdílná, lucidní, orientovaná osobou, časem, ale místem dezorientovaná, situaci postihuje jen minimálně. Chování společenské, přátelské, patrný třes rukou. Upraveného vzhledu, přišla v doprovodu dcery.

#### Hodnocení při přijetí:

- Hmotnost 55,4 kg
- Výška 154 cm
- BMI 23,36
- Krevní tlak 120/60
- Pulz 72 min.
- Saturace 95 %
- Tělesná teplota 36,7 °C
- Barthelův test 60 bodů (příloha P X)
- Riziko pádu 10 bodů
- Riziko vzniku dekubitů 28 bodů
- Základní nutriční screening 1 bod
- Riziko sebevražděného jednání 6 bodů
- Riziko agrese 1 bod

### 5.1.2 Ošetrovatelská anamnéza podle funkčních vzorců zdraví M. Gordon

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví – klientka udává, že nekouří, nepije alkohol, neužívá žádné návykové látky. Léky užívá pod dohledem manžela dle doporučení lékaře.
2. Výživa – metabolismus – klientka nemá žádné dietní omezení. Chut' k jídlu má dobrou, jí 3x denně. Klientka nosí horní i dolní zubní protézu. Maso se jí musí krájet na malé kousky, protože si ho nezvládá sama nakrájet. Je zvyklá pít sladké limonády, za den vypije 2 litry těchto tekutin. Po obědě pije jednu tureckou kávu s cukrem. Kůže suchá, bez lézí a dekubitů, sliznice růžové, kožní turgor v normě.
3. Vylučování – na toaletě chodí pravidelně každý druhý den, stolice spíše tuhé konzistence. Projímadla ani jiné léčivé prostředky pravidelně neužívá. Močení bez potíží. Pocení přiměřené.
4. Aktivita – cvičení – téměř celý den prosedí v křesle u televize nebo při příznivém počasí sedí venku na lavičce, občas se jde projít po zahrádce. S domácími pracemi jí pomáhá manžel. Ráda pletla a vyšívala, ale v současnosti, kdy se jí třesou ruce, už tyto ruční práce nedělá.
5. Spánek – odpočinek – pospává přes den v křesle u televize nebo si jde po obědě na chvíli lehnout. V noci špatně spí, často se budí a chodí po domě.
6. Citlivost – poznávání – klientka je plně při vědomí, orientovaná osobou, časem, ale místem dezorientovaná. Dobře vidí na dálku, na čtení nosí brýle. Slyší dobře, komunikace srozumitelná. Bolesti neudává.
7. Sebepojetí – sebeúcta – tuto oblast klientka nespecifikuje.
8. Role – vztahy – klientka bydlí v rodinném domě s manželem, jejich vztah je přátelský. Děti a vnuci je pravidelně navštěvují o víkendech.
9. Reprodukce – sexualita – menopauza od 45 let, 2 porody, děti zdravé, potrat 0.
10. Stres – zátěžové situace – zvládání, tolerance – klientka stresové situace zvládá s pomocí manžela a rodiny.
11. Víra – životní hodnoty – klientka je věřící, do kostela chodí pravidelně i s manželem. Klientce byly umožněny sobotní bohoslužby v kapli, za klientkou pravidelně docházela řádová sestra na oddělení.

12. *Jiné* – klientka bydlí v rodinném domě s manželem, pokud klientka má někoho kolem sebe, kdo jí s činnostmi pomůže, tak činnosti zvládá.

### 5.1.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle Nanda-I 2012–2014

#### Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Tabulka 1– respondent č. 1, Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neschopnost orientovat se v novém prostředí</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka se bude lépe orientovat v novém prostředí</li> <li>- klientka bude částečně soběstačná v denních činnostech života</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- seznámit klientku s novým prostředím</li> <li>- zajistit dopomoc klientce při orientaci v novém prostředí</li> <li>- zajistit řádné označení místností a pokojů</li> <li>- zajistit nácvik soběstačnosti v denních aktivitách života např. vaření, úklid, nakupování</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tyto cíle se podařily splnit, klientka se v novém prostředí zorientovala a nadále nebloudila po oddělení, pravidelně navštěvovala pracovní činnostní terapii, kde trénovala soběstačnost v denních aktivitách života</li> </ul>

Tabulka 2 – respondent č. 1, Narušený vzorec spánku (00198)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vnější faktory – změna prostředí</li> <li>- vnitřní faktory – nemoc, stres</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka bude chápat příčiny, které způsobují poruchy spánku</li> <li>- klientka bude spát alespoň 6 hodin</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zjistit rituály před spaním</li> <li>- zjistit rizikové faktory, které způsobují poruchu spánku</li> <li>- zajistit klidné a tiché prostředí, omezit rušivé elementy</li> <li>- zajistit rovnováhu mezi aktivitou a odpočinkem</li> <li>- zajistit hydrataci 2,5 l za 24 hodin</li> <li>- nepodávat tekutiny před spaním</li> <li>- sledovat průměrnou délku spánku u klientky</li> <li>- sledovat účinnost podaných léků na spaní u klientky</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tyto cíle se podařily splnit jen částečně, klientka zcela nechápe příčiny, které způsobují poruchy spánku,</li> <li>- klientka má spánek přerušovaný</li> </ul>

Tabulka 3 – respondent č. 1, Deficit sebepéče při stravování (00102)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- neschopnost si sama nakrát jídlo</li><li>- neschopnost manipulovat s příborem</li></ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li><li>- věk</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- klientka dosáhne maximální míry soběstačnosti při stravování</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zjistit oblíbená jídla klientky</li><li>- nachystat příbor a talíř k ruce</li><li>- zajistit dopomoc při jídle (krájení masa, mazání)</li><li>- motivovat klientku ke spolupráci</li></ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- stanovený cíl se podařil splnit, klientka se zvládla sama najíst</li></ul>



Tabulka 4 – respondent č. 1, Deficit sebepéče při koupání (00108)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neschopnost se sama vykoupat</li> <li>- neschopnost vnímat hygienické potřeby</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> <li>- věk</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka bude zvládat základní požadavky na hygienickou péči</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- nachystat hygienické pomůcky k ruce</li> <li>- zajistit dopomoc při hygieně</li> <li>- zajistit intimitu při hygieně</li> <li>- zajistit vhodnou teplotu v místnosti</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cíl se podařil splnit, klientka se s malou dopomocí zvládla vykoupat</li> </ul>

Tabulka 5 – respondent č. 1, Deficit sebepečce při oblékání (00109)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neschopnost oblékat se a svlékat si jednotlivé části oděvu</li> <li>- neschopnost si sama zapnout např. košili, svetr</li> <li>- neschopnost si sama nazout ponožky</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka dosáhne maximální míry soběstačnosti při oblékání</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zajistit dostatek vhodného oblečení (bez knoflíků)</li> <li>- nachystat oblečení k ruce</li> <li>- zajistit dopomoc při oblékání</li> <li>- zajistit intimitu při převlékání</li> <li>- zajistit rehabilitaci rukou</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cíl se podařil splnit, klientka se zvládla obléct sama, pouze potřebovala poskytnout instrukce k vykonávané činnosti</li> </ul>

Tabulka 6 – respondent č. 1 Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bolest chronická</li> <li>- stížnost na bolest při pohybu</li> <li>- omezení pohybu</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> <li>- věk</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka bude snadněji pohybovat horními končetinami</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zjistit rozsah mobility</li> <li>- zjistit intenzitu bolesti při pohybu pomocí např. VAS</li> <li>- zjistit přítomnost komplikací</li> <li>- zajistit vhodnou a šetrnou rehabilitaci horních končetin</li> <li>- zajistit pravidelné podávání léků od bolesti</li> <li>- sledovat verbální a neverbální projevy bolesti</li> <li>- sledovat účinek podaných léků od bolesti</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stanovený cíl, že klientka bude snadněji pohybovat horními končetinami, se podařilo splnit, ke klientce pravidelně dochází rehabilitační pracovník a ergoterapeutka, kteří s klientkou pravidelně cvičí</li> </ul>

Tabulka 7 – respondent č. 1, Zhoršená paměť (00131)

<b>Určující znaky</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zřejmé projevy zapomínání</li> <li>- neschopnost se naučit nebo udržet v paměti nové poznatky</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka si bude uvědomovat poruchy paměti</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zjistit příčiny, které mohou souviset s poruchou paměti</li> <li>- zajistit pravidelné podávání léků</li> <li>- zajistit trénink paměti</li> <li>- zajistit hydrataci 2,5 l tekutin za 24 hodin</li> <li>- zajistit řádné označení místností a pokojů</li> <li>- sledovat projevy chování u klientky</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cíl, že si klientka bude uvědomovat poruchy paměti, se nepodařil splnit z důvodu základního onemocnění</li> </ul>

Tabulka 8 – respondent č. 1, Sociální izolace (00053)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nepřítomnost blízké osoby</li> <li>- uzavření se do sebe</li> <li>- vyhledávání samoty</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> <li>- změny duševního stavu</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka se nebude cítit osamělá</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zajistit pohovor s lékařem, psychologem</li> <li>- zapojit klientku do činností na oddělení</li> <li>- zajistit návštěvy rodiny kdykoliv během dne</li> <li>- sledovat účinky podaných léků</li> <li>- sledovat verbální a neverbální projevy chování</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cíl se podařil splnit, klientka se necítila osamělá z důvodu častých návštěv rodiny a zapojení klientky do kolektivu a činností na oddělení</li> </ul>

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

*Tabulka 9 – respondent č. 1, Riziko infekce (00004)*

<b>Rizikové faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- porucha celistvosti kůže</li><li>- snížená pohyblivost</li><li>- snížená pružnost kůže</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- u klientky se neprojeví známky infekce</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zhodnotit stav pokožky</li><li>- zajistit dostatečnou hygienu</li><li>- zajistit dostatečnou péči o pokožku</li><li>- zajistit hydrataci 2,5l na 24 hodin</li><li>- zajistit pestrou stravu</li><li>- sledovat fyziologické funkce u klientky</li></ul>

Tabulka 10 – respondent č. 1, Riziko pádů (00155)

<b>Rizikové faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li><li>- věk</li><li>- léky</li><li>- omezená pohyblivost</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- u klientky nedojde k pádu</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zjistit riziko pádu</li><li>- zajistit vhodné pomůcky proti pádu</li><li>- zajistit rehabilitaci, nácvik chůze</li><li>- zajistit vhodnou obuv, oděv</li><li>- sledovat účinek podaných léků</li><li>- sledovat projevy únavy u klientky přes den</li></ul>

## 5.2 Kazuistika respondenta č. 2

### 5.2.1 Základní údaje o klientce

Do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži na gerontopsychiatrické oddělení byla opakovaně přijata 72letá žena, s diagnózou Alzheimerova nemoc s časným začátkem. Klientka je zmatená, ke zjišťování anamnézy nepříliš ochotná, při vědomí, dezorientovaná časem, místem, situaci nepostihuje. Je tenzní, úzkostná, neúčelně bloudí po vyšetřovně, odpovědi na otázky jsou obsahově chudé, trpí insomnií s poruchami cyklu spánku, inkontinentní, udává ztuhlost a bolest kolen. Na horních i dolních končetinách viditelné hematomy staršího data. Dle sdělení doprovázející osoby klientka samovolně opouští dům a bloudí po okolí, ráda chodí na vlakové nádraží. Klientka je zanedbaného vzhledu, páchne močí.

#### **Hodnocení při přijetí:**

- Hmotnost 60,90 kg
- Výška 152 cm
- BMI 26,36
- Krevní tlak 148/98
- Pulz 111 min.
- Saturace 96 %
- Tělesná teplota 36,6 °C
- Barthelův test 40 bodů (příloha P XI)
- Riziko pádu 12 bodů
- Riziko vzniku dekubitu 28 bodů
- Základní nutriční screening 2 body
- Riziko sebevražděného jednání 6 bodů
- Riziko agrese 1 bod



### 5.2.2 Ošetrovatelská anamnéza podle funkčních vzorců zdraví M. Gordon

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví – klientka neužívá alkohol, nekouří a ani neužívá žádné návykové látky. Léky užívá pod dohledem syna dle doporučení lékaře.
2. Výživa – metabolismus – klientka nemá žádné dietní omezení, je zvyklá jíst 2x denně. Klientka je ve stravě nevybíravá, ale upřednostňuje sladká jídla. Vypije 1l tekutin za den, spíše sladký čaj a šťávu. Nosí horní a dolní zubní protézu, maso si krájí na malé kousky. Po obědě je zvyklá si vzít něco sladkého. Kůže velmi suchá, na horních i dolních končetinách hematomy staršího data. Na kolenou oděrky staršího data. Sliznice růžové, kožní turgor snížený.
3. Vylučování – klientka je inkontinentní, ale není zvyklá používat pomůcky pro inkontinenci. Má sklony k zácpě, projímadla ani jiné léčivé prostředky pravidelně neužívá. Pocení přiměřené, s oděrem.
4. Aktivita – cvičení – ráda se prochází po zahrádce nebo se dívá na televizi. Pravidelně necvičí, má ztuhlá kolena. Domácí práce nezvládá.
5. Spánek – odpočinek – odpočinek spíše pasivní, občas si jde lehnout po obědě. Večer usíná kolem 21. hodiny, často se budí a bloudí po domě.
6. Citlivost – poznávání – klientka je při vědomí, ale zmatená, orientovaná osobou, časem, ale místem dezorientovaná. Slyší hůře, komunikace je zhoršená a zpomalená. Klientka trpí bolestí kolen.
7. Sebepojetí – sebeúcta – tuto oblast klientka nespecifikuje.
8. Role – vztahy – žije se synem ve společné domácnosti v rodinném domě.
9. Reprodukce – sexualita – menopauza od 50 let, 3 porody, děti zdravé, potraty 0.
10. Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance –tuto oblast klientka nespecifikuje.
11. Víra – životní hodnoty – klientka není věřící.
12. Jiné – klientka je nesoběstačná v denních aktivitách.

### 5.2.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle Nanda-I 2012–2014

#### Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

*Tabulka 11 – respondent č. 2, Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127)*

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neschopnost orientovat se v novém neznámém prostředí</li> <li>- neschopnost koncentrace</li> <li>- pomalá reakce na kladené otázky</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka se bude lépe orientovat v novém prostředí</li> <li>- klientka bude lépe reagovat na kladené otázky</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- seznámit klientku s novým prostředím</li> <li>- zajistit dopomoc klientce při orientaci v novém prostředí</li> <li>- zajistit řádné označení místností a pokojů</li> <li>- zajistit cvičení paměti a pozornosti</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stanovené cíle se nepodařily splnit, z důvodu progresu nemoci u klientky</li> </ul>

Tabulka 12 – respondent č. 2, Potulka (00154)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- neustálý pohyb z místa na místo</li><li>- bezcílný pohyb</li></ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li><li>- atrofie mozku</li><li>- věk</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- klientka samovolně neopustí oddělení</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zjistit oblíbené činnosti klientky</li><li>- zapojit klientku do činností na oddělení</li><li>- zajistit pohovor s psychologem</li><li>- zajistit dostatečný doprovod při vyšetření a procházce</li></ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- cíl se podařil splnit, ale klientka potřebuje neustálý doprovod při procházkách z důvodu zmatenosti</li></ul>

Tabulka 13 – respondent č. 2, Narušený vzorec spánku (00198)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vnější faktory – změna prostředí, rušivé elementy prostředí</li> <li>- vnitřní faktory – nemoc, stres, úzkost</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka bude spát alespoň 7 hodin</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zjistit rituály před spaním</li> <li>- zjistit rizikové faktory, které způsobují poruchu spánku</li> <li>- zajistit rovnováhu mezi aktivitou a odpočinkem</li> <li>- zajistit klidné a tiché prostředí, omezit rušivé elementy prostředí</li> <li>- zajistit hydrataci 2l za 24 hodin</li> <li>- sledovat průměrnou délku spánku u klientky</li> <li>- sledovat účinnost podaných léků na spaní u klientky</li> <li>- nepodávat tekutiny před spaním</li> <li>- vyvětrat pokoj před spaním</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tento cíl se podařil splnit jen částečně, klientka se předčasně budí v ranních hodinách</li> </ul>

Tabulka 14 – respondent č. 2, Deficit sebezpečí při stravování (00102)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neschopnost se sama najíst</li> <li>- neschopnost si sama nakrájet jídlo</li> <li>- neschopnost manipulovat s příborem</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka dosáhne maximální míry soběstačnosti při stravování</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zjistit oblíbená jídla klientky</li> <li>- nachystat příbor a talíř k ruce</li> <li>- zajistit dopomoc při jídle (krájení masa, mazání)</li> <li>- zajistit vhodnou dietu – mleté maso</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cíl se podařil splnit, klientka byla najezená, ale je zde nutnost dohledu a dopomoci při jídle</li> </ul>

Tabulka 15 – respondent č. 2, Deficit sebepéče při koupání (00108)

<b>Určující znaky:</b>	- neschopnost se sama vykoupat
<b>Související faktory:</b>	- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)
<b>Cíle:</b>	- klientka se s dopomocí ošetrovatelského personálu zvládne vykoupat
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- nachystat hygienické pomůcky k ruce</li><li>- zajistit pomoc při hygieně</li><li>- zajistit vhodnou teplotu místnosti při koupání</li><li>- zajistit intimitu při hygieně</li><li>- motivovat klientku ke spolupráci</li></ul>
<b>Zhodnocení:</b>	- cíl se nepodařil splnit, klientka se s dopomocí ošetroujícího personálu nezvládla vykoupat, je nutné klientku vykoupat

Tabulka 16 – respondent č. 2, Deficit sebepéče při oblékání (00109)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neschopnost oblékat se a svlékat si jednotlivé části oděvu</li> <li>- neschopnost si sama zapnout např. košili, svetr, halenku</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> <li>- věk</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka dosáhne maximální míry soběstačnosti při oblékání</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zajistit dostatek vhodného oblečení (bez knoflíků)</li> <li>- nachystat oblečení k ruce</li> <li>- zajistit dopomoc při oblékání</li> <li>- zajistit intimitu při převlékání</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cíl se podařil splnit, klientka se s pomocí zvládla obléct</li> </ul>

Tabulka 17 – respondent č. 2, Úzkost (00146)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insomnie</li> <li>- neklid</li> <li>- podrážděnost</li> <li>- plačtivost</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> <li>- změna prostředí</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka bude schopna verbalizovat příčiny své úzkosti</li> <li>- klientka nebude plačtivá</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zjistit možné příčiny úzkosti od klientky, rodiny</li> <li>- zjistit stupeň úzkosti</li> <li>- zajistit možnost návštěv rodiny kdykoliv během dne</li> <li>- zajistit pohovor s psychologem</li> <li>- zapojit klientku do činností na oddělení</li> <li>- sledovat účinky podaných léků u klientky</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stanovené cíle se podařily splnit, klientka je schopna vyjádřit se co ji trápí, cítí se lépe a není plačtivá</li> </ul>



Tabulka 18 – respondent č. 2, Porušené vyprazdňování moči (00016)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vymezení pocitu na močení</li> <li>- neuvědomění si projevů inkontinence</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> <li>- věk</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka bude používat pomůcky pro inkontinenci</li> <li>- klientka bude dodržovat zvýšenou osobní hygienu</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zajistit individuální plán vyprazdňování močového měchýře</li> <li>- zajistit pomůcky pro inkontinenci</li> <li>- zajistit dostatek osobního prádla</li> <li>- zajistit zvýšenou osobní hygienu</li> <li>- zajistit hydrataci 2l tekutin za 24 hodin</li> <li>- nepodávat tekutiny před spaním</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cíle se podařily splnit, klientka používá pomůcky pro inkontinenci za asistence ošetrovatelského personálu, ale je zde nutný dohled a pomoc při dodržování osobní hygieny</li> </ul>

Tabulka 19 – respondent č. 2, Zácpa (00011)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- snížení celkové aktivity</li> <li>- ústní projev</li> <li>- bolestivá defekace</li> <li>- pokles příjmu tekutin</li> <li>- medikace</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> <li>- medikace</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka se bude vyprazdňovat pravidelně ob den</li> <li>- u klientky dojde k omezení bolesti při defekaci</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zjistit příčiny zácpy</li> <li>- zajistit hydrataci 2l tekutin za 24 hodin</li> <li>- zajistit vhodnou a pestrou stravu</li> <li>- zajistit dostatek pohybu</li> <li>- zajistit intimitu při defekaci</li> <li>- sledovat frekvenci defekace u klientky</li> <li>- sledovat účinek podaných laxancií u klientky</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stanovené cíle se podařilo splnit, klientka již netrpí problémy s defekací, také došlo k omezení bolesti při defekaci</li> </ul>

Tabulka 20 – respondent č. 2, Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bolest chronická</li> <li>- stížnost na bolest při pohybu</li> <li>- omezení pohybu v kolenou</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> <li>- věk</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka se bude lépe pohybovat</li> <li>- u klientky dojde ke zmírnění bolesti při pohybu</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zjistit rozsah mobility dolních končetin</li> <li>- zjistit intenzitu bolesti při pohybu pomocí např. VAS</li> <li>- zjistit přítomnost komplikací</li> <li>- zajistit vhodnou úlevovou polohu</li> <li>- zajistit vhodnou a šetrnou rehabilitaci dolních končetin</li> <li>- zajistit pravidelné podávání léků od bolesti</li> <li>- sledovat účinek podaných léků u klientky</li> <li>- sledovat verbální a neverbální projevy bolesti</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stanovený cíl, že se klientka bude lépe pohybovat, se podařil splnit</li> <li>- cíl, že klientka nebude pociťovat bolest při pohybu, se podařil splnit jen částečně, u klientky došlo ke zmírnění bolesti</li> </ul>

Tabulka 21 – respondent č. 2, Chronická bolest (00133)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- slovní projevy</li> <li>- neverbální projevy</li> <li>- omezení pohybu</li> <li>- poruchy spánku</li> <li>- bolestivý výraz v obličeji</li> <li>- změny v chování – neklid</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> <li>- věk</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka se bude cítit lépe</li> <li>- u klientky dojde ke zmírnění projevů bolesti</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zjistit příčiny bolesti</li> <li>- zjistit rozsah mobility</li> <li>- zjistit přítomnost komplikací</li> <li>- zjistit intenzitu bolesti pomocí např. VAS</li> <li>- zajistit vhodnou úlevovou polohu</li> <li>- zajistit vhodnou a šetrnou rehabilitaci dolních končetin</li> <li>- zajistit klidné prostředí</li> <li>- pravidelně podávej léky od bolesti</li> <li>- sledovat účinek podaných léků</li> <li>- sledovat verbální a neverbální projevy bolesti u klientky</li> <li>- odvádět pozornost od bolesti – rozhovor, zájmová činnost</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stanovené cíle se podařilo splnit, klientka se cítí lépe a bolest dolních končetin se zmírnila</li> </ul>

Tabulka 22 – respondent č. 2, Zhoršená paměť (00131)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zřejmé projevy zapomínání</li><li>- neschopnost se naučit nebo udržet v paměti nové poznatky</li><li>- dezorientace, zmatenost</li></ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- klientka se bude snáze orientovat v novém prostředí</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zjistit příčiny, které mohou souviset s poruchou paměti</li><li>- zajistit trénink paměti</li><li>- zajistit řádné označení místností a pokojů</li><li>- zajistit pravidelné podávání léků</li><li>- zajistit hydrataci 2l tekutin za 24 hodin</li><li>- sledovat verbální a neverbální projevy chování u klientky</li><li>- motivovat klientku ke spolupráci</li></ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- stanovený cíl se nepodařilo splnit, z důvodu progresu nemoci u klientky</li></ul>

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

*Tabulka 23 – respondent č. 2, Riziko infekce (00004)*

<b>Rizikové faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- porucha celistvosti kůže (oděrky na kolenou)</li><li>- věk</li><li>- snížená pružnost kůže</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- u klientky se neprojeví známky infekce</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zhodnotit stav pokožky</li><li>- zajistit dostatečnou hygienu</li><li>- zajistit dostatečnou péči o pokožku</li><li>- zajistit hydrataci 2,5 l na 24 hodin</li><li>- zajistit pestrou stavu</li></ul>

Tabulka 24 – respondent č. 2, Riziko pádů (00155)

<b>Rizikové faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li><li>- věk</li><li>- léky</li><li>- omezená pohyblivost dolních končetin</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- u klientky nedojde k pádu</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zjistit riziko pádu</li><li>- zajistit vhodné pomůcky proti pádu</li><li>- zajistit vhodnou obuv, oděv</li><li>- zajistit rehabilitaci dolních končetin a nácvik chůze</li><li>- sledovat účinek podaných léků u klientky</li><li>- sledovat projevy únavy u klientky</li></ul>

Tabulka 25 – respondent č. 2, Riziko stresového syndromu z přemístění (00149)

<b>Rizikové faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li><li>- nové neznámé prostředí</li><li>- noví neznámí klienti</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- u klientky nedojde k projevům stresového syndromu z přemístění</li><li>- u klientky nedojde k projevům agrese</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zajistit screening riziko agrese</li><li>- zajistit pohovor s psychologem</li><li>- zajistit možnost návštěv rodiny kdykoliv během dne</li><li>- zapojit klientku do činností na oddělení</li><li>- motivovat klientku ke spolupráci</li></ul>



Tabulka 26 – respondent č. 2, Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)

<b>Rizikové faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li><li>- věk</li><li>- vymezení pocitu žízně</li><li>- snížený příjem tekutin</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- u klientky nedojde k projevům dehydratace</li><li>- klientka vypije 2 l tekutin za 24 hodin</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zjistit oblíbené tekutiny klientky</li><li>- zajistit aktivní a pasivní hydrataci 2 l tekutin za 24 hodin</li><li>- sledovat vitální funkce klientky</li><li>- motivovat klientku ke spolupráci</li></ul>

## 5.3 Kazuistika respondenta č. 3

### 5.3.1 Základní údaje o klientce

Klientka Marie, 83 let, byla přijata do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži na gerontopsychiatrické oddělení s diagnózou Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem. Klientka při příjmu odmítá komunikovat, je neklidná, zmetená, tenzní a každého podezírá, že jí chce ublížit. Od doprovázejícího zjištěno, že doma nežívala léky, odmítala vpustit do bytu pracovníka charity. Klientka má od roku 2013 kardiostimulátor, nyní absolvuje antikoagulační terapii, Diabetes mellitus II. typu na dietě, kterou momentálně nedodrží. Je inkontinentní, zmatená, orientovaná osobou, časem, ale místem dezorientovaná, situaci nepostihuje. Klientka má po celém těle hematomy staršího data. Klientka je upravená.

#### **Hodnocení při přijetí:**

- Hmotnost 60,9 kg
- Výška 152 cm
- BMI 26,36
- Krevní tlak 148/98
- Pulz 111 min.
- Saturace 96 %
- Tělesná teplota 36,6 °C
- Barthelův test 55 bodů (příloha P XII)
- Riziko pádu 10 bodů
- Riziko vzniku dekubitu 33 bodů
- Základní nutriční screening 3 body
- Riziko sebevražděného jednání 8 bodů
- Riziko agrese 2 body

### 5.3.2 Ošetřovatelská anamnéza podle funkčních vzorců zdraví M. Gordon

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví – dcera ji pravidelně doprovází při pravidelných návštěvách praktického i odborného lékaře. Alkohol, drogy neužívá, nekouří a ani v minulosti nekouřila.
2. Výživa – metabolismus – klientka je diabetička na dietě, nyní diabetickou dietu nedodrhuje. Denně vypije 1–1,5 l tekutin, převážně čaje a neslazených minerálních vod. Je zvyklá pít jednu tureckou kávu po obědě. Klientka nosí horní a dolní zubní protézu. Kůže je spíše suchá, pergamenová, hematomy staršího data po celém těle. Sliznice jsou růžové, dostatečně hydratované.
3. Vylučování – klientka je inkontinentní a je zvyklá používat pomůcky pro inkontinentní. Nemá problémy s vylučováním stolice. Projímadla ani jiné léčivé prostředky pravidelně neužívá. Pocení je přiměřené, bez oděru.
4. Aktivita – cvičení – Aktivní a pasivní odpočinek vyplňuje sledováním televize, čtením, sledováním okolního prostředí či pomalým tempem vykonává domácí práce. Do domácnosti pravidelně dochází pracovník charity. Necvičí. Odpočívá dle potřeby, občas si během dne pospí.
5. Spánek – odpočinek – klientka spí denně asi 6–7 hodin. Obvykle usíná kolem 22. hodiny. Má problémy s usínáním. Léky na spaní neužívá.
6. Citlivost – poznávání – klientka je plně při vědomí, orientovaná osobou, časem ale místem dezorientovaná. Slyší hůře, nosí brýle na čtení i do dálky. Komunikace obtížná, klientka nechce komunikovat. Klientka je pasivní.
7. Sebepojetí – sebeúcta – tuto oblast klientka nespecifikuje.
8. Role – vztahy – bydlí v bytě s manželem, jejich vztah je klidný a bezproblémový, s dcerou jsou v pravidelném kontaktu.
9. Reprodukce – sexualita – menopauza nastala kolem 55. roku, 2 děti, potrat 0.
10. Stres, zátěžové situace – zvládání tolerance – dle sdělení dcery stresové situace nezvládá.
11. Víra – životní hodnoty – je věřící, ale do kostela nechodí.
12. Jiné – Klientka nadále odmítá komunikovat, ošetřovatelská anamnéza získaná ve spolupráci s dcerou.

### 5.3.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle Nanda-I 2012–2014

#### Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

*Tabulka 27 – respondent č. 3, Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127)*

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neschopnost orientovat se v novém neznámém prostředí</li> <li>- neschopnost koncentrace</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> <li>- věk</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka se bude lépe orientovat v novém prostředí</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- seznámit klientku s novým prostředím</li> <li>- zajistit dopomoc klientce při orientaci v novém prostředí</li> <li>- zajistit řádné označení místností a pokojů</li> <li>- zajistit cvičení paměti a pozornosti u klientky</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tento cíl se nepodařil splnit, z důvodu progresu nemoci u klientky</li> </ul>

Tabulka 28 – respondent č. 3, Zhoršená verbální komunikace (00051)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zmatenost</li> <li>- dezorientace místem</li> <li>- dezorientace časem</li> <li>- úmyslné odmítání komunikace</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> <li>- duševní stav</li> <li>- stres</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka bude komunikovat s ošetřujícím personálem</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zajistit pohovor s lékařem, psychologem</li> <li>- zajistit návštěvu rodiny kdykoliv během dne</li> <li>- mluvit na klientku pomalu, klidně a zřetelně</li> <li>- navodit klidné a přátelské prostředí</li> <li>- eliminovat stres u klientky</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cíl se podařil splnit, klientka postupně začala komunikovat s ošetřujícím personálem</li> </ul>

Tabulka 29 – respondent č. 3, Deficit sebepéče při stravování (00102)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neschopnost se sama najíst</li> <li>- neschopnost si sama nakrájet jídlo</li> <li>- neschopnost manipulovat s příborem</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka dosáhne maximální míry soběstačnosti při stravování</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zjistit oblíbená jídla klientky</li> <li>- nachystat příbor a talíř k ruce</li> <li>- zajistit dopomoc při jídle (krájení masa, mazání)</li> <li>- zajistit vhodnou dietu</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cíl se podařil splnit, klientka byla najezená, ale je zde nutnost dohledu a dopomoci při jídle</li> </ul>

Tabulka 30 – respondent č. 3, Deficit sebepéče při koupání (00108)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neschopnost umýt si tělo</li> <li>- neschopnost usušit si tělo</li> </ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka dosáhne maximální míry soběstačnosti při koupání</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- nachystat hygienické pomůcky k ruce</li> <li>- zajistit dopomoc při hygieně</li> <li>- zajistit vhodnou teplotu místnosti při koupání</li> <li>- zajistit intimitu při hygieně</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cíl se nepodařil splnit, klientka se s dopomocí nezvládla vykoupat, je nutné klientku vykoupat</li> </ul>

Tabulka 31 – respondent č. 3, Deficit sebepéče při oblékání (00109)

<b>Určující znaky:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- neschopnost oblékat se a svlékat si jednotlivé části oděvu</li><li>- neschopnost si sama zapnout např. košili, svetr</li></ul>
<b>Související faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- základní onemocnění (Alzheimerova choroba)</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- klientka dosáhne maximální míry soběstačnosti při oblékání</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zajistit dostatek vhodného oblečení (bez knoflíků)</li><li>- nachystat oblečení k ruce</li><li>- zajistit dopomoc při oblékání</li><li>- zajistit intimitu při převlékání</li><li>- motivovat klientku ke spolupráci</li></ul>
<b>Zhodnocení:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- cíl se podařil splnit, klientka se s pomocí zvládla obléct</li></ul>



Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

*Tabulka 32 – respondent č. 3, Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi (00179)*

<b>Rizikové faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- nedodržování léčebného režimu při diabetu</li><li>- duševní stav</li><li>- příjem potravy</li><li>- stres</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- u klientky nedojde k projevům hypoglykémie</li><li>- u klientky nedojde k projevům hyperglykémie</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zajistit vhodnou dietu</li><li>- edukovat klientku o diabetu mellitu</li><li>- seznámit klientku s komplikacemi diabetu mellitu</li><li>- zajistit dohled nad příjmem jídla a tekutin</li><li>- zajistit pravidelné odebírání krve</li><li>- zapojit rodinu do procesu edukace</li><li>- motivovat klientku ke spolupráci</li></ul>

Tabulka 33 – respondent č. 3, Riziko násilí vůči druhým (00138)

<b>Rizikové faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- slovní vyhrožování a napadání</li> <li>- útoky na ošetřující personál</li> <li>- nefunkční komunikace</li> <li>- odmítání kontaktu</li> </ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka si uvědomí důvody svého jednání</li> <li>- u klientky nedojde k projevům agre- sivity</li> </ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit celkový stav klientky</li> <li>- zjistit riziko agrese</li> <li>- oslovovat klientku jménem</li> <li>- přistupovat ke klientce s klidem a jistotou</li> <li>- akceptovat pocity klientky</li> <li>- odstranit provokující vlivy prostředí</li> <li>- zajistit pohovor s lékařem, psycho- logem</li> <li>- zajistit pravidelné podávání léků u klientky</li> <li>- sledovat účinek podaných léků u klientů</li> <li>- motivovat klientku ke spolupráci</li> </ul>

Tabulka 34 – respondent č. 3, Riziko poškození (00035)

<b>Rizikové faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- přidružené onemocnění</li><li>- antikoagulační terapie</li><li>- věk</li><li>- malnutrice</li><li>- suchá, pergamenová kůže</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- u klientky nedojde k poškození celistvosti pokožky</li><li>- u klientky nedojde k projevům infekce</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zajistit zvýšenou péči o pokožku</li><li>- zajistit šetrnou manipulaci s klientkou</li><li>- zajistit dostatečnou hydrataci 2 l tekutin za 24 hodin</li></ul>

Tabulka 35 – respondent č. 3, Riziko krvácení (00206)

<b>Rizikové faktory:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- pády</li><li>- porušená celistvost kůže</li><li>- různé zákroky – trhání zubu, odběr krve</li><li>- antikoagulační terapie</li></ul>
<b>Cíle:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- u klientky budu sledovat případné známky krvácení</li></ul>
<b>Intervence:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhodnotit celkový stav klientky</li><li>- zajistit prevenci pádu</li><li>- zajistit hydrataci 2l tekutin za 24 hodin</li><li>- zajistit zvýšenou péči o pokožku</li><li>- zajistit bezpečné prostředí</li><li>- zajistit vhodnou obuv a oblečení</li><li>- zajistit pravidelné odběry krve</li></ul>

## 6 DISKUZE

V diskuzi se zaměřuji na zhodnocení výsledků průzkumu získaných pomocí anamnestického rozhovoru dle funkčních vzorců M. Gordon pomocí záznamového archu (příloha P VIII) a pozorování klientek při vykonávání denních aktivit dle Barthelova testu. Dále se zaměřuji na zhodnocení cílů, které jsme si vytyčili.

### Cíl č. 1

#### **Zjistit schopnost sebepečce u klienta s Alzheimerovou chorobou při denních aktivitách dle funkčních vzorců zdraví M. Gordon**

U **kazuistiky č. 1** se podařilo zjistit, dle anamnestického rozhovoru, že klientka nekouří, nepije alkohol. Léky užívá pod dohledem manžela dle doporučení lékaře. Klientka nemá žádné dietní omezení, nosí horní i dolní zubní protézu. Maso se jí musí krájet na malé kousky, protože si ho nezvládá sama nakrájet. Kůže suchá, bez lézí a dekubitů, sliznice růžové, kožní turgor v normě, na stolici chodí pravidelně každý druhý den. Močení bez potíží. Téměř celý den prosedí v křesle u televize, s domácími pracemi jí pomáhá manžel. V noci špatně spí, často se budí a chodí po domě. Klientka je plně při vědomí, orientovaná osobou, časem, ale místem dezorientovaná. Dobře vidí na dálku, na čtení nosí brýle. Slyší dobře, komunikace srozumitelná, bolesti neudává. Klientka bydlí v rodinném domě s manželem, jejich vztah je přátelský. Děti a vnuci je pravidelně navštěvují o víkendech. U klientky nastala menopauza ve věku 45 let, 2 porody, děti zdravé, potrat 0. Stresové situace zvládá s pomocí manžela a rodiny. Je věřící, do kostela chodí pravidelně i s manželem. Klientka bydlí v rodinném domě s manželem, pokud klientka má někoho kolem sebe, kdo jí s činnostmi pomůže, tak činnosti zvládá.

U **kazuistiky č. 2** se podařilo zjistit, že klientka neužívá alkohol, nekouří. Léky užívá pod dohledem syna. Nemá žádné dietní omezení, je zvyklá jíst 2x denně, ve stravě je nevybíravá, ale upřednostňuje sladká jídla. Vypije 1 litr tekutin za den. Nosí horní a dolní zubní protézu, maso si krájí na malé kousky. Kůže velmi suchá, na horních i dolních končetinách hematomy staršího data a na kolenou oděrky staršího data. Sliznice růžové, kožní turgor snížený. Klientka je inkontinentní, není zvyklá používat pomůcky pro inkontinenci. Má sklony k zácpě, projímadla ani jiné léčivé prostředky pravidelně neužívá. Ráda se prochází po zahrádce nebo se dívá na televizi. Pravidelně necvičí, má ztuhlá kolena. Domácí práce nezvládá. Odpočinek je spíše pasivní, občas si jde lehnout po obědě. Večer usíná kolem

21. hodiny, často se v noci budí a bloudí po domě. Klientka je při vědomí, ale zmatená, orientovaná osobou, časem, ale místem dezorientovaná. Slyší hůře, komunikace je zhoršená a zpomalená. Klientka trpí bolestí kolen. Žije se synem ve společné domácnosti v rodinném domě. Menopauza od 50 let, 3 porody, děti zdravý, potraty 0. Klientka není věřící, je nesoběstačná v denních aktivitách.

**U kazuistiky č. 3** se podařilo zjistit dle anamnestického rozhovoru tyto informace. Dcera klientky ji pravidelně doprovází při návštěvách praktického i odborného lékaře. Alkohol, drogy neužívá, nekouří a ani v minulosti nekouřila. Je diabetička na dietě, nyní diabetickou dietu nedodržuje. Denně vypije 1–1,5 litru tekutin, převážně čaje a neslazené minerální vody. Je zvyklá pít jednu tureckou kávu po obědě. Klientka nosí horní a dolní zubní protézu. Kůže je spíše suchá, pergamenová, hematomy staršího data po celém těle. Sliznice jsou růžové, dostatečně hydratované. Je inkontinentní a je zvyklá používat pomůcky pro inkontinentní. Nemá problémy s vylučováním stolice. Pocení je přiměřené, bez oděru. Aktivní a pasivní odpočinek vyplňuje sledováním televize, čtením, sledováním okolního prostředí či pomalým tempem vykonává domácí práce. Do domácnosti pravidelně dochází pracovník charity. Necvičí. Odpočívá dle potřeby, občas si během dne pospí. Klientka spí denně asi 6–7 hodin. Obvykle usíná kolem 22. hodiny a má problémy s usínáním. Léky na spaní neužívá. Klientka je plně při vědomí, orientovaná osobou, časem ale místem dezorientovaná. Slyší hůře, nosí brýle na čtení i do dálky. Komunikace obtížná, klientka nechce komunikovat a je pasivní. Bydlí v bytě s manželem, jejich vztah je klidný a bezproblémový, s dcerou jsou v pravidelném kontaktu. Menopauza nastala kolem 55. roku, 2 děti, potrat 0. Dle sdělení dcery stresové situace nezvládá, je věřící, ale do kostela nechodí. Klientka nadále odmítá komunikovat, ošetřovatelská anamnéza získaná ve spolupráci s dcerou.

## **Cíl č. 2**

### **Zhodnotit schopnost sebezpečí u klienta s Alzheimerovou chorobou dle Barthelova testu**

**U kazuistiky č. 1** se podařilo zjistit, že klientka potřebuje jen dohled při vykonávaných denních aktivitách. Klientka se zvládá sama obléct, najíst i vykoupat ale potřebuje vedení a pokyny, co má dělat, aby vykonávanou činnost zvládla. Klientka v Barthelově testu dosáhla 60 bodů, což je závislost středního stupně.

**U kazuistiky č. 2** se zjistilo, že klientka je nesoběstačná ve všech denních aktivitách. Klientka potřebuje 24hodinovou ošetrovatelskou péči, sama se nezvládá obléct, najíst a ani vykoupat. Je zmatená, bezcílně bloudí po místnostech. U této klientky je vhodné zvážit umístění do domova se zvláštním režimem. V Barthelově testu dosáhla 40 bodů, je tedy vysoce závislá.

**U kazuistiky č. 3** se zjistilo, že klientka je částečně nesoběstačná ve všech denních aktivitách. Klientka potřebuje pomoc jiné osoby při oblékání, koupání a přípravě stravy. Klientka je schopna tyto úkony zvládnout, pokud je jí poskytnuta pomoc. Klientka dosáhla v Barthelově testu 55 bodů, což je závislost středního stupně.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma „*Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou chorobou*“ mne velmi zaujala, a to z důvodu, že denně pracuji s lidmi trpící touto chorobou. Uvědomuji si, že práce s duševně nemocnými lidmi je velmi těžká a náročná.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou popsány pojmy týkající se tématu Alzheimerovy choroby, jako jsou klinické příznaky, stadia onemocnění, diagnostika, terapie a ošetrovatelská péče. V praktické části práce se zaměřuji především na kazuistiku jako formu ošetrovatelského procesu u klientů trpících touto chorobou.

V práci jsem si stanovila dva cíle. Zjistit schopnost sebepéče u klienta s Alzheimerovou chorobou při denních aktivitách dle funkčních vzorců zdraví M. Gordon a zhodnotit schopnost sebepéče u klienta s Alzheimerovou chorobou dle Barthelova testu. Stanovené cíle se mi podařilo splnit.

Pomocí Barthelova testu jsem zjišťovala, jak zvládají klientky jednotlivé činnosti. Tyto činnosti jsou rozděleny na najedení, napití, oblékání, koupání, osobní hygienu, kontinenci moči a stolice, použití WC, přesun lůžko-židle, chůze po rovině a po schodech. Dále je důležité zda tyto vykonávané činnosti zvládají samy bez pomoci, s pomocí nebo je neprovedou vůbec. Test objektivně prokázal, že klientky dle těchto činností jsou v různých stupních Alzheimerovy choroby. Dle mého názoru je Barthelův test vhodný k odhalování nedostatků v denních aktivitách.

Dvanáct funkčních vzorců zdraví dle M. Gordon si kladou za cíl pojetí člověka jako nejkomplexnější holistickou bytost. Model funkčních vzorců splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu klienta. Proto je velmi důležité vždy řádně zajistit sesterskou ošetrovatelskou anamnézu, stanovit si ošetrovatelskou diagnózu, cíl a plnit stanovené intervence. Jen tímto způsobem jsme schopni klientům zlepšit nebo usnadnit jejich dosavadní život. Tyto vzorce ukazují dle mého názoru pohled na klienty v uceleném obrazu.

Alzheimerova choroba se bohužel stala nemocí dnešní doby. Přibývá stále více nemocných i přesto, že výzkum v medicíně neustále pokračuje dopředu. Již několik let se pohybuji ve zdravotnictví a denně pracuji s lidmi trpícími touto chorobou. Ošetrovatelská péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou sebou nese velmi dlouhou a někdy i trnitou a ne zcela jednoduchou cestu. Péče o tyto klienty je náročná a musíme si uvědomit, že postupem času dojde ke zhoršení psychického i zdravotního stavu. Musíme zvážit, zda tuto péči ještě



zvládneme sami v domácím prostředí, nebo již nastal čas, kdy klienta umístíme do vhodného zařízení. Další problém se objeví ve chvíli, kdy klienta chceme umístit do zařízení, protože vhodných zařízení pro klienty s Alzheimerovou chorobou je nedostatek.

Tato práce může sloužit všeobecným sestřám k snadnějšímu přístupu ke klientům nemocným Alzheimerovou chorobou. Pomůže jim lépe identifikovat jejich soběstačnost a realizovat ošetrovatelský proces. Psaním této práce jsem si uvědomila, že náš čas je velmi krátký a nikdo neví, kdy touto nemocí může onemocnět.

*„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem, třeba je pro člověka největším dobrem.“*

*Platón*

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] *Alzheimerova nemoc v rodině*, 1998. Praha: Maxdarf. ISBN 80-85800-96-9.
- [2] BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X.
- [3] BRUNOVSKÝ, Martin, 2003. *Objektivizace diagnostiky a změn vigily u demencí*. Doktorská disertační práce. Praha: Galén. ISBN 80-7262-236-6.
- [4] ČIHÁK, Radomír, 1997. *Anatomie 3*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-140-2.
- [5] DUŠKOVÁ, Kateřina a Martina HASALÍKOVÁ, 2010. *Sociální aspekty péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou*. Praha: Pfizer. Dostupné také z: <http://www.psychiatr.org/files/socialni-aspekty-pece-o-nemocneho-s-alzheimerovou-chorobou.pdf>
- [6] FRANKOVÁ, Vanda, 2005. *Léčba poruch chování u pacientů s demencí*. Praha: Galén. ISBN 80-86257-32-0.
- [7] FARKAŠOVÁ, Jana a kolektiv, 2006. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: OSVETA. ISBN 80-8063-229-4.
- [7] HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ, 1999. *Demence a poruchy paměti: pro praktického lékaře*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-797-4.
- [8] JIRÁK, Roman, et al., 1999. *Demence*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-44-6.
- [9] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence: a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [10] JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK, 2004. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. ISBN 80-7662-268-4.
- [11] JIRÁK, Roman, Jiří OBENBERGER a Marek PREISS, 1998. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-88-8.
- [12] JIRÁK, Roman et al, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
- [13] KALVACH, Zdeněk, et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

- [14] KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-615-3.
- [15] KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1999. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-716-8.
- [16] KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kasuistikách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1491-4.
- [17] LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-573-2.
- [18] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- [19] NANDA International, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy Definice & klasifikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
- [20] PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.
- [21] PIDMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.
- [22] SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z: pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.
- [23] TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH, 1995. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-099-6.
- [24] TOPINKOVÁ, Eva, 1999. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Manuál pro klinickou praxi. Praha: UCB Pharma. ISBN 80-238-4913-1.
- [25] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [26] ZGOLA, Jitka M, 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0183-9.

### Internetové zdroje

- [27] Evropská charta práv pacientů seniorů, © 2011 [online]. *Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně* [online]. Brno: Fakultní nemocnice u svaté Anny [cit. 2014-04-4]. Dostupné z: <http://www.fnusa.cz/index.php/informace-pro-pacienty/evropska-charta-prav-pacient-senior>

- [28] Hodnoticí škály – Barthelův test základních všedních činností ADL, © 2012–2013. Multimediální trenažér plánování a ošetrovatelské péče. [online]. Hradec Králové: VOŠ a SZŠ Hradec Králové [cit. 2014-02-18] Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>
- [29] Kontaktní místa, © 2014. *Česká alzheimerská společnost* [online]. Praha: CALS [cit. 2014-03-1]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/kontaktni-mista/>
- [30] Ošetrovatelská anamnéza, © 2012–2013. *Multimediální trenažér plánování a ošetrovatelské péče*. [online]. Hradec Králové: VOŠ a SZŠ Hradec Králové [cit. 2014-02-18] <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelska-anamneza.aspx?id=3>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

atd.	a tak dále
ACH	Alzheimerova choroba
apod.	a podobně
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Výpočetní tomografie
CTAG	Výpočetní angiografie
CTS	Kognitivně-stimulační terapie
DSA	Digitální subtrakční angiografie
DSCMRI	Dynamická kontrastní magnetická rezonance
DWI	Difuzně vážená magnetická rezonance
EEG	Elektroencefalografie
FF	Fyziologické funkce
MRAG	Magnetická rezonanční angiografie
MRI	Magnetická rezonance
MRS	Nukleární magnetická spektroskopie
PET	Pozitronová emisní tomografie
RO	Reality orientation
RT	Remiscenční terapie
SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
ST	Senzorická stimulační terapie
tzv.	takzvaně
VAS	Vizuální analogová stupnice
VBMRI	Voxel based magnetické rezonance
VT	Validační terapie

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka 1 – respondent č. 1, Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127)</i> .....	38
<i>Tabulka 2 – respondent č. 1, Narušený vzorec spánku (00198)</i> .....	39
<i>Tabulka 3 – respondent č. 1, Deficit sebeděče při stravování (00102)</i> .....	40
<i>Tabulka 4 – respondent č. 1, Deficit sebeděče při koupání (00108)</i> .....	41
<i>Tabulka 5 – respondent č. 1, Deficit sebeděče při oblékání (00109)</i> .....	42
<i>Tabulka 6 – respondent č. 1 Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)</i> .....	43
<i>Tabulka 7 – respondent č. 1, Zhoršená paměť (00131)</i> .....	44
<i>Tabulka 8 – respondent č. 1, Sociální izolace (00053)</i> .....	45
<i>Tabulka 9 – respondent č. 1, Riziko infekce (00004)</i> .....	46
<i>Tabulka 10 – respondent č. 1, Riziko pádů (00155)</i> .....	47
<i>Tabulka 11 – respondent č. 2, Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127)</i> .....	50
<i>Tabulka 12 – respondent č. 2, Potulka (00154)</i> .....	51
<i>Tabulka 13 – respondent č. 2, Narušený vzorec spánku (00198)</i> .....	52
<i>Tabulka 14 – respondent č. 2, Deficit sebeděče při stravování (00102)</i> .....	53
<i>Tabulka 15 – respondent č. 2, Deficit sebeděče při koupání (00108)</i> .....	54
<i>Tabulka 16 – respondent č. 2, Deficit sebeděče při oblékání (00109)</i> .....	55
<i>Tabulka 17 – respondent č. 2, Úzkost (00146)</i> .....	56
<i>Tabulka 18 – respondent č. 2, Porušené vyprazdňování moči (00016)</i> .....	57
<i>Tabulka 19 – respondent č. 2, Zácpa (00011)</i> .....	58
<i>Tabulka 20 – respondent č. 2, Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)</i> .....	59
<i>Tabulka 21 – respondent č. 2, Chronická bolest (00133)</i> .....	60
<i>Tabulka 22 – respondent č. 2, Zhoršená paměť (00131)</i> .....	61
<i>Tabulka 23 – respondent č. 2, Riziko infekce (00004)</i> .....	62
<i>Tabulka 24 – respondent č. 2, Riziko pádů (00155)</i> .....	63
<i>Tabulka 25 – respondent č. 2, Riziko stresového syndromu z přemístění (00149)</i> .....	64
<i>Tabulka 26 – respondent č. 2, Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)</i> .....	65
<i>Tabulka 27 – respondent č. 3, Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127)</i> .....	68
<i>Tabulka 28 – respondent č. 3, Zhoršená verbální komunikace (00051)</i> .....	69
<i>Tabulka 29 – respondent č. 3, Deficit sebeděče při stravování (00102)</i> .....	70
<i>Tabulka 30 – respondent č. 3, Deficit sebeděče při koupání (00108)</i> .....	71
<i>Tabulka 31 – respondent č. 3, Deficit sebeděče při oblékání (00109)</i> .....	72

---

<i>Tabulka 32 – respondent č. 3, Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi (00179) .....</i>	<i>73</i>
<i>Tabulka 33 – respondent č. 3, Riziko násilí vůči druhým (00138) .....</i>	<i>74</i>
<i>Tabulka 34 – respondent č. 3, Riziko poškození (00035) .....</i>	<i>75</i>
<i>Tabulka 35 – respondent č. 3, Riziko krvácení (00206).....</i>	<i>76</i>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**PŘÍLOHA P I: PAMĚŤOVÝ TEST UČENÍ**

**PŘÍLOHA P II: TEST VERBÁLNÍ FLUENCE**

**PŘÍLOHA P III: ŠKÁLA DEPRESIVITY – YESAVAGE**

**PŘÍLOHA P IV: MINI- MENTAL STATE EXAMINATION**

**PŘÍLOHA P V: TEST HODIN**

**PŘÍLOHA P VI: EVROPSKÁ CHARTA PRÁV SENIORŮ**

**PŘÍLOHA P VII: SDRUŽENÍ KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBU  
25 KONTAKTNÍCH MÍST**

**PŘÍLOHA P VIII: BARTHELŮV TEST ZÁKLAD. VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ ADL**

**PŘÍLOHA P IX: EVROPSKÁ CHARTA PRÁV SENIORŮ**

**PŘÍLOHA P X: VÝSLEDKY BARTHELOVA TESTU U KAZUISTIKY Č. 1**

**PŘÍLOHA P XI: VÝSLEDKY BARTHELOVA TESTU U KAZUISTIKY Č. 2**

**PŘÍLOHA P XII: VÝSLEDKY BARTHELOVA TESTU U KAZUISTIKY Č. 3**

**PŘÍLOHA P XIII: DOSTUPNÉ WEBOVÉ STRÁNKY PRO VEŘEJNOST**



## **PŘÍLOHA P I: PAMĚTOVÝ TEST UČENÍ**

Přečtete klientovi pomalu a pečlivě těchto 15 slov:

pes, nákup, myšlenka, kolo, tráva, vítěz, ráno, uhlí, notýsek, sever, déšť, krupice, kámen  
nemoc, radost.

- nyní to zkuste ještě 4x,
- vždy запиšte vše, co si klient vybaví,
- spočítejte počet vybavených slov – 1 slovo = 1 bod, za každý pokus, počet konfabulací a opakování.

Převzato z: JIRÁK, Roman, OBENBERGER, Jiří a Marek PREISS, 1998. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-88-8.

## **PŘÍLOHA P II: TEST VERBÁLNÍ FLUENCE**

Klient má jednu minutu na to, aby řekl co nejvíce slov, která začínají určitým písmenem např.: M, N, K.

Všechna slova zapisujeme a pak sečteme pro všechna tři písmena a porovnáme s orientačními normami.

### **Výsledky testu verbální fluence u zdravých osob**

Základní a středoškolské vzdělání (počet slov)

<b>VĚK</b>	<b>PRŮMĚR</b>	<b>MINIMÁLNÍ SKÓRE</b>
50–54	41±12	17
55–59	37±10	18
60–64	37±11	16
65–69	39±12	16
70–74	36±13	10
75 +	35±12	11

Převzato z: JIRÁK, Roman, OBENBERGER, Jiří a Marek PREISS, 1998. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-88-8.

## **PŘÍLOHA P III: ŠKÁLA DEPRESIVITY – YESAVAGE**

Opovězte na tyto otázky ano, nebo ne:

1. Jste se svým životem v zásadě spokojen(a)?
2. Zanechal(a) jste mnoha činností a zájmů?
3. Máte pocit, že váš život je prázdný?
4. Nudíte se často?
5. Doufáte ve svou lepší budoucnost?
6. Trápí vás myšlenky, kterých se nemůžete zbavit?
7. Jste většinou v dobré náladě?
8. Bojíte se, že se vám přihodí něco zlého?
9. Cítíte se většinou šťastný(á)?
10. Cítíte se často bezmocný(á)?
11. Cítíte se často neklidný(á) a nervózní?
12. Zůstáváte raději doma, než abyste vyšel(a) ven a dělal(a) něco?
13. Děláte si starosti se svou budoucností?
14. Máte pocit, že v poslední době máte s pamětí více problémů než ostatní?
15. Máte dojem, že je pěkné žít v této době?
16. Cítíte se často sklesle a bez naděje?
17. Cítíte se v současnosti bezmocný(á)?
18. Trápí vás hodně vaše minulost?
19. Připadá vám život zajímavý?
20. Je pro vás namáhavé začít něco nového?
21. Cítíte se plný(á) energie?
22. Máte dojem, že vaše situace je beznadějná?
23. Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než vám?

24. Rozčilují vás maličkosti?
25. Je vám často k pláči?
26. Máte potíže se soustředěním?
27. Vstáváte ráno rád(a)?
28. Vyhýbáte se raději společnosti?
29. Rozhodujete se snadno?
30. Je vaše mysl stejně jasná jako dřív?

Sečtěte body za každé **ANO** u položek: 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 28.

Za každé **NE** u položek: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30.

Pokud jste získali více než 10 bodů, stojí výsledek za povšimnutí a naznačuje subjektivně zvýšenou hladinu deprese.

Převzato z: JIRÁK, Roman, OBENBERGER, Jiří a Marek PREISS, Marek, 1998. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-88-8.

# PŘÍLOHA P IV: MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

## Test kognitivních funkcí

Mini-Mental State Examination (MMSE)



Datum vyšetření:

	1	2	3	4	5	6	7	8
den	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
měsíc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rok	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jméno pacienta:

### I. Orientace

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem. Pacient má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin.

Kolikátého je dnes? 

Který je dnes den v týdnu? 

Který je měsíc? 

Který je rok? 

Které je roční období? 

V jaké zemi se nacházíme? 

Ve kterém okrese? 

Ve kterém městě? 

Jak se jmenuje tato nemocnice? 

Na kterém jsme poschodí?

### II. Zapamatování

Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započítáte 1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si slova není schopen vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je pacient naučí. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost“.

Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

lopata

šátek

váza

### III. Pozornost a počítání

Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. (Maximálně 5 bodů).

Za každé správné písmeno započítáte 1 bod. (maximálně 5 bodů)

Nyní prosím, odečítejte od 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

100

93 M

86 R

79 K

72 O

65 P

### IV. Výbavnost

Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod.

Nyní se pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a zapamatovat.

lopata

šátek

váza

### V. Pojmenování předmětu

Za správnou odpověď započtete 1 bod.

Ukažte náramkové hodinky

Co je to?

Ukažte tužku

Co je to?

### VI. Opakování

Za správnou odpověď započtete 1 bod, přípustný je pouze jeden pokus.

Opakujte, prosím, po mně:

„První pražská paroplavba“

### VII. Třístupňový příkaz

Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn:

Za každou správně provedenou činnost započtete 1 bod.

Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

Pravá ruka

Přeložení na polovinu

Položení na podlahu

### VIII. Čtení a vykonání psaného příkazu

Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem: „Zavřete oči“ a vyzvěte ho:

Nechte pacientovi 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše 3x. Započtete 1 bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

Přečtěte, prosím, co je zde napsáno a udělejte to.

### IX. Psaní

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:

1 bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.

Napište, prosím, jakoukoliv větu.

### X. Obkreslení obrazce

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:

Započtete 1 bod, pokud pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do 1 minuty a jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a překřížení. Třes ani rotace nevedí.

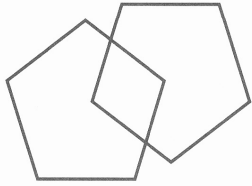
Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

Celkem:

# ZAVŘETE OČI!

číslo vyšetření:

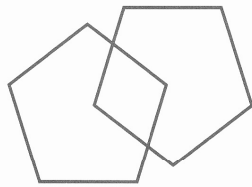
9.



10.

číslo vyšetření:

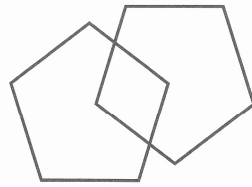
9.



10.

číslo vyšetření:

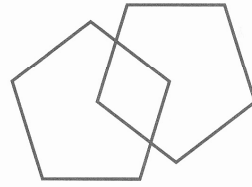
9.



10.

číslo vyšetření:

9.



10.

**Hodnocení:**

Maximální počet –30 bodů

27–30	normální stav
25–26	hraniční nález, možnost demence
10–24	demence mírného až středně těžkého stupně
6–9	demence středně těžkého až těžkého stupně
6–méně	demence těžkého stupně



## **PŘÍLOHA P V: TEST HODIN**

V testu hodin je klient vyzván, aby nakreslil ciferník hodin se všemi čísly a nastavil ručičky na určitý čas.

Hodnotí se:

### **1. Integrita ciferníku (maximálně 2 body)**

2: Kruh je nakreslen bez hrubšího narušení.

1: Kruh je nedokončen nebo porušený.

0: Schází nebo zcela nedostačující kresba.

### **2. Kresba a pořadí čísel (4 body)**

4: Čísla ve správném pořadí a minimální chyby v prostorovém uspořádání.

3: Čísla nakreslena ve správném pořadí, ale chyby v prostorovém uspořádání.

2: Některá čísla přidaná nebo naopak schází, ale zbývající nejsou výrazně narušena.

Čísla řazena proti směru hodinových ručiček. Všechna čísla jsou přítomna, ale prostorové uspořádání je hrubě narušeno.

1: Scházející nebo přidaná čísla a hrubé narušení prostorového uspořádání.

0: Čísla schází nebo jsou nepatřičná.

### **3. Kresba a nastavení ručiček (maximálně 4 body)**

4: Ručičky jsou ve správné pozici a přiměřeně veliké.

3: Malé chyby v nastavení ručiček nebo nejsou rozdíly ve velikosti ručiček.

2: Výrazné chyby v nastavení ručiček.

1: Pouze jedna ručička nebo špatné znázornění ručiček.

0: Ručičky schází nebo jsou perseverovány.

**Výsledek:** Zdravé osoby 9–10 bod

Nižší výkon je již nápadný.

Převzato z: JIRÁK, Roman, OBENBERGER, Jiří a Marek PREISS, 1998. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-88-8.

## **PŘÍLOHA P VI: EVROPSKÁ CHARTA PRÁV SENIORŮ**

Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České alzheimerovské společnosti.

### **Obecné zásady:**

Zdravotní péče musí být přiměřená zdravotnímu stavu a stupni závislosti ne finančním možnostem seniora. Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče, v případě vzniku závažnějších problémů je ne místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

### **Komunikace a informace:**

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně,
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným,
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí,
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu,
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech,
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát,
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejích možných rizik,
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama,
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost,
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď,
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci,

- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

### **Podpora zdraví:**

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života,
- o zdravé výživě,
- o pohybovém režimu a cvičení,
- a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

### **Léky:**

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci.

Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné,
- aby se lékovky daly bez obtíží otevírat,
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

### **Transport:**

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení,
- že ve zdravotnickém zařízení budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem,
- že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější.

### **Zdravotní problémy**

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

### ***Poruchy paměti***

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti,
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého.

### ***Pády a zhoršující se hybnost***

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samotný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných.

Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

- vyšetření specializovaným týmem odborníků,
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání,
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

### ***Inkontinence***

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolici, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení.

V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení,
- v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

## **Nemoc**

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař.

V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmů budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu,
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů,
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy,
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta,
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení,
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav.

## **Zotavení a rehabilitace**

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu, a proto je důležité:

- aby zůstaly v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení,
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů,
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života,
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

## **Propuštění z nemocnice**

Je žádoucí a nutné:

- Aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám, či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.
- Aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo jak dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.
- Umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

## **Denní centra**

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici, či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci,
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým,
- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li schopen zajistit dopravu sám.

## **Respitní péče**

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost. Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok:

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař, nebo tým domácí péče,
- na dva až tři týdny respitní péče – pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

## **Komunitní a sociální služby**

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru,
- domácí péče,
- noční „hlídání“ a večerní návštěvy,
- pomůcky pro inkontinentní,
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech,
- praní prádla,
- fyzioterapie,
- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy.

Převzato: *Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně* [online]. [cit. 2014-04-4].

Dostupné z: (<http://www.fnusa.cz/index.php/informace-pro-pacienty/evropska-charta-prav-pacient-senior>)

## **PŘÍLOHA P VII: SDRUŽENÍ KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU – 25 KONTAKTNÍCH MÍST**

### **Hlavní město Praha**

#### **CENTRÁLA ČALS – PRAHA**

Gerontologické centrum

Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8

tel: 286 883 676, 283 880 346 – poradenská linka (PO-PÁ 8:00–19:00; SO, NE 11:00–19:00)

fax: 286 882 788

e-mail: iva.holmerova@gerontocentrum.cz, web: www.gerontocentrum.cz

### **BRNO**

Diakonie ČCE – středisko v Brně

Hrnčířská 27, 602 00 Brno

kontaktní osoba: JANA GOMOLOVÁ

tel: 775 747 281 – poradenská linka  
(PO – PÁ 9:00–11:00, 13:00–15:00)

fax: 549 242 279

e-mail: ps.brno@diakonieccce.cz

činnost: poradenská linka, osobní konzultace (po objednání), svépomocné skupiny, pečovatelská služba, centrum denních služeb pro lidi s demencí – kapacita 7 míst  
v provozu: všední dny od 7:00–16:30 h (vedoucí Hana Prchalová)

### **BYSTRANY**

Domov důchodců

Pražská 236, 417 61 Bystřany

kontaktní osoba: KATEŘINA ŠAFRÁNKOVÁ

tel: 732 305 538 – poradenská linka  
(PO–PÁ 7:00–15:00)

e-mail: dd.bystrany@volny.cz, web: www.dd-bystrany.cz

kapacita DD – 197 klientů

Domov se zvláštním režimem (45 lůžek), denní centrum pro klienty s demencí – kapacita 10 míst – v provozu: všední dny od 7:00–15:30 h

### **KRABČICE – Rovné**

Domov odpočinku ve stáří (Diakonie ČCE)

Rovné 58, 411 87 Krabčice

ředitel Domova: Mgr. ALEŠ GABRYSZ

tel: 417 639 681, 604 449 249

603 480 526 – poradenská linka



e-mail: gabrysz.krabcice@diakonie.cz

vedoucí domova: MARCELA JENÍKOVÁ (7:00–15:30)

e-mail: jenkova.krabcice@diakonie.cz

činnost: poradenská linka, konzultace, svépomocné skupiny, respitní péče  
„VÁŽKA“ – lůžkové oddělení pro klienty s demencí – kapacita 57 lůžek

## **ČESKÉ BUDĚJOVICE**

Zdravotně sociální fakulta JU

Ústav zdravotně sociální práce – Centrum pro seniory

kontaktní adresa: E. Destinové 46, 370 05 České Budějovice

poštovní adresa: Jírovцова 24, 370 04 České Budějovice

kontaktní osoba: Mgr. LENKA MAŤHOVÁ, Mgr. KATEŘINA KOSOVÁ

tel.: 389 037 664

e-mail: motlova@zsf.jcu.cz, web: www.zsf.jcu.cz

činnost: osobní konzultace po telefonické/emailové dohodě, poradenství, konzultace a vyšetření paměti – projekt ČALS Dny paměti, kurzy trénování paměti

## **CHÝNOV**

Domov pro seniory Chýnov

Zámecká 1, 391 55 Chýnov

kontaktní osoba: MAGDA DRBALOVÁ

e-mail : drbalova.magda@dschynov.cz

tel.: 739 563 974, 381 406 217

činnost: poradenská linka, osobní konzultace, pečovatelská služba  
lůžkové oddělení pro všechny klienty – kapacita 36 lůžek

## **PÍSEK**

Blanka – středisko Diakonie ČCE

Jiráskovo nábřeží 2443, 397 01 Písek

kontaktní osoba: Bc. EVA BRŮHOVÁ

tel.: 734 688 696

fax: 382 219 122

e-mail: bruhova@diakoniepisek.cz

činnost: poradenská linka, osobní konzultace, pečovatelská služba

VÁŽKA – lůžkové oddělení pro klienty s demencí (7 lůžek) – přednost mají klienti z Písecka! Denní centrum – pro klienty s demencí (3 klienti)

DOMOVINKA– zařízení s komplexní péčí o seniory lůžkové oddělení pro všechny klienty – kapacita 32 lůžek

## **PÍSEK**

Prácheňské sanatorium, o.p.s.

17. listopadu 2444, 397 01 Písek

tel/fax: 382 217 777 – poradenská linka (PO–PÁ 7:00–5:30), 774 774 085

web: [www.alzheimercentrum.cz](http://www.alzheimercentrum.cz)

e-mail: [sanatorium@alzheimercentrum.cz](mailto:sanatorium@alzheimercentrum.cz), [metodik@alzheimercentrum.cz](mailto:metodik@alzheimercentrum.cz)

lůžkové oddělení pro všechny klienty –kapacita 63 lůžek

pobočka – LOUCKÝ MLÝN

Radčice 58, 389 01 Vodňany

kontaktní osoba: metodik o. péče PETRA TESAŘOVÁ –774 774 085

lůžkové oddělení především pro klienty s demencí – kapacita 59 lůžek

činnost: poradenská linka, osobní konzultace

## **DVŮR KRÁLOVÉ nad LABEM**

Středisko diakonie ČCE

Benešovo nábřeží 1067, 544 01 Dvůr Králové nad Labem

kontaktní osoba: ZDENĚK HOJNÝ

tel: 499 621 094

fax: 499 621 296

e-mail: [dvur.kralove@diakoniecce.cz](mailto:dvur.kralove@diakoniecce.cz), web: [www.dvur-kralove.diakonie.cz](http://www.dvur-kralove.diakonie.cz)

činnost: poradenská linka, osobní konzultace, respitní péče, pečovatelská služba

denní centrum pro seniory (10 míst)

trvalé pobyty pro lidi s demencí (10 lůžek) – pro obyvatele Královéhradeckého kraje

## **TÝNIŠTĚ nad ORLICÍ**

Geriatrické centrum

Turkova 785, 517 21 Týniště n. Orlicí

kontaktní osoba: JITKA HEJNOVÁ

tel: 494 371 380 – poradenská linka (Po–Pá 7:00–16:00)

osobní konzultace (Po–Pá 7:00–15:00)

e-mail: [geriacentrum@tiscali.cz](mailto:geriacentrum@tiscali.cz)

činnost: poradenská linka, osobní konzultace denní stacionář

## **KARLOVY VARY**

Farní Charita Karlovy Vary

Svobodova 743/12, 360 17 Karlovy Vary

kontaktní osoba: DITA MATOUŠOVÁ, DiS.

tel: 353 434 215, 731 433 030

e-mail: [dita.matousova@charitaKV.cz](mailto:dita.matousova@charitaKV.cz) , web: [www.charitakv.cz](http://www.charitakv.cz)

činnost: vyšetření paměti, poradenská linka, odlehčovací služba 24 hodin denně  
týdenní a denní stacionář – celková kapacita 30 míst

### **LIBEREC**

Oddělení geriatrické a následné péče, Krajská nemocnice Liberec, a. s.

Husova 10, 460 01 Liberec 1

kontaktní osoba: Mgr. LUCIE PTÁČKOVÁ

tel. 735 016 108

e-mail: lucluv@centrum.cz

činnost: poradenská linka, vyšetření kognitivních funkcí, osobní konzultace, edukační činnost

### **LIBICE nad CIDLINOU**

Diakonie ČCE – středisko v Libici nad Cidlinou

Husova 2, 289 07 Libice nad Cidlinou

kontaktní osoba: DANA PETRŽELKOVÁ

tel.: 325 625 672, mobil: 724 980 286 – poradenská linka (PO–PÁ 7:30–15:30)

fax: 325 637 450

činnost: poradenská činnost

Evangelický domov pro seniory – kapacita 27 lůžek

Domov se zvláštním režimem Opolany – 10 míst, Pátek u Poděbrad – 10 míst

e-mail: dana.petrzelkova@libice.diakoniecce.cz, web: www.libice.diakoniecce.cz

psychiatr: MUDr. Jana Businská

### **MĚLNÍK**

Centrum seniorů Mělník, Domov Vážka

Fügnerova 3523, 276 01 Mělník

kontaktní osoba: Bc. SOŇA KYSELOVÁ, DiS.

tel.: 605 231 905 recepce: 315 630 040

e-mail: s.kyselova@ssmm.cz, web: www.smm.cz

činnost: poradenská linka, konzultace, trvalé pobyty, respitní pobyty

oddělení Vážka (46 klientů)

psychiatr: MUDr. Slavomír Pietrucha

### **PŘÍBRAM**

SANCO – Sdružení domácí péče

Čechovská 57, 261 01 Příbram 8

kontaktní osoba: MARIE BLATOŇOVÁ

tel: 318 427 424, 736 611 680

e-mail: blatonovam@seznam.cz, kancelar.sancopece@seznam.cz

činnost: poradenská linka, svépomocné skupiny

SANCO – PB s.r.o.

respitní péče, denní stacionář pro klienty s demencí – týdenní pobyty

domov rodinného typu, ošetrovatelské oddělení

## **MYSLIBOŘICE**

Středisko Diakonie ČCE

Myslibořice 1, 675 60

kontaktní osoba: MARTINA CAHOVÁ, DiS.

tel: 568 834 947, 568 834 948 (Po-Pá 7:00–15:00)

fax: 568 834 930

e-mail: socialni@domovmysliborice.cz, web: www.domovmysliborice.cz

činnost: domov se zvláštním režimem – 12 lůžek

poradenská linka (PO–PÁ 9:00–15:00)

odlehčovací služby – 3 lůžka

domov pro seniory – 106 lůžek

domov pro osoby se zdravotním postižením – 11 lůžek

## **OLOMOUC**

Občanské sdružení Pamatováček ČALS Olomouc

Karafiátova 5, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba: EVA KLEVAROVÁ, Mgr. IVANA ŠTĚPÁNOVÁ

tel: 585 426 110, 732 452 596

e-mail: pamatovacek@pamatovacek.cz

činnost: poradenská linka, konzultace, svépomocné skupiny, denní stacionář

## **SOBOTÍN**

Diakonie ČCE – středisko v Sobotíně

788 16 Petrov nad Desnou 203

ředitelka domova: Ing. HANA ŘEZÁČOVÁ,

tel: 583 237 176, klapka 22

kontaktní osoba: Bc. HANA GALAŠOVÁ,

tel. 583 237 176, klapka 35 nebo 43

poradenská linka: 583 237 176, klapka 35

(PO–PÁ 8:00–14:00)

e-mail: sobotin@diakoniecce-sobotin.cz, galasova@diakoniecce-sobotin.cz

web: www.diakoniecce-sobotin.cz

činnost: poradenská linka, osobní konzultace, Domov se zvláštním režimem, Odlehčovací služba

Odlehčovací služba pro osoby s projevy demence nad 50 let věku – kapacita 6 míst. Poby-  
tová služba Domov se zvláštním režimem pro seniory s projevy demence od 60 let věku –  
kapacita 38 míst.

## **OSTRAVA**

Slezská Diakonie, Siloe Ostrava, Centrum denních služeb

Rolnická 55, 709 00 Ostrava

kontaktní osoba: Bc. MARTA MACHOVÁ, tel: 733 142 425

tel: 734 769 700

e-mail: siloe@slezkadiakonie.cz

činnost: poradenská linka, konzultace, odlehčovací služba, svépomocné skupiny (každý  
poslední čtvrtek od 16:00 hod),

NOVĚ od 1. 1. 2013 „čaje o třetí“ – setkávání osob s poruchami paměti (každou poslední  
středu od 15:00 h)

centrum denních služeb

## **PLZEŇ**

Středisko Městské charity Plzeň

Polední 11, 312 00 Plzeň

kontaktní osoba: ALICE PRŮCHOVÁ, LUCIE MORAVCOVÁ

tel: 377 459 157, 731 433 116, 731 619 754

e-mail: pruchova@mchp.cz, moravova@mchp.cz, web: www.mchp.cz

činnost: poradenská linka, tísňová péče, konzultace, ošetrovatelská, pečovatelská služba a  
osobní asistence

Domov se zvláštním režimem sv. Aloise – kapacita 36 míst.

## **UHERSKÝ BROD**

Denní stacionář Domovinka (Oblastní charita)

Pod Valy 664, 688 01 Uherský Brod

ředitel charity: ING. PETR HOUŠŤ

kontaktní osoba: MARIE VINTROVÁ (7:00–15:30)

tel: 572 631 388, 724 651 272

e-mail: domovinka@uhbrod.charita.cz web, www.uhbrod.caritas.cz

činnost: poradenství

denní stacionář pro klienty s Alzheimerovou chorobou – kapacita 10 míst

## **VSETÍN**

Letokruhy, o.p.s.

Tyršova 1271, 755 01 Vsetín

kontaktní osoba: Mgr. HELENA PETROUŠKOVÁ

tel: 571 999 225, 777 565 030 (poradní linka – nepřetržitě)

e-mail: [helena.petrouskova@letokruhy-vs.cz](mailto:helena.petrouskova@letokruhy-vs.cz), web: [www.letokruhy-vs.cz](http://www.letokruhy-vs.cz)

činnost: denní stacionář ve Valašské Polance 378, poradenská linka, terénní odlehčovací služba ve Vsetíně, terénní pečovatelská služba na Vsetínsku a Hornolidečsku, trénink paměti, reminiscenční terapie

## **STRÁŽNICE**

Domov pro seniory ve Strážnici, příspěvková organizace

Preláta Horného 515, 696 62 Strážnice

kontaktní osoba: JUDr. IVANA KYJOVSKÁ, ředitelka

tel.: 518 334 059

e-mail: [reditel@ddstraznice.cz](mailto:reditel@ddstraznice.cz), web: [www.ddstraznice.cz](http://www.ddstraznice.cz)

činnost: domov se zvláštním režimem, poradenství pro lidi postižené syndromem demence, testování paměti

## **BLANSKO**

SENIOR centrum Blansko, p. o., Pod Sanatorkou 3, 678 01 Blansko

kontaktní osoba: Mgr. LENKA DRAŽILOVÁ, ředitelka

tel.: 516 412 900, 724 174 363

e-mail: [drazilova.lenka@ddbblansko.cz](mailto:drazilova.lenka@ddbblansko.cz), web: <http://seniorcentrumblansko.webnode.cz/>

Převzato: *Česká alzheimerovská společnost* [online]. [cit. 2014-03-1].

Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/kontaktni-mista/>

## PŘÍLOHA P VIII: BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ ADL

– slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

<u>Činnost</u>	<u>Provedení činnosti</u>	<u>Bodové skóre</u>
<b>1. najedení napití</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
<b>2. oblékání</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
<b>3. koupání</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
<b>4. osobní hygiena</b>	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
<b>5. kontinence moči</b>	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
<b>6. kontinence stolice</b>	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
<b>7. použití WC</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

<b>8. přesun lůžko – židle</b>	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
<b>9. chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
<b>10. chůze po schodech</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Hodnocení:

**0–40 bodů** – vysoce závislý

**45–60 bodů** –závislost středního stupně

**65–90 bodů** – lehká závislost

**100 bodů** – nezávislost

Převzato: Multimediální тренаžér plánování a ošetrovatelské péče. [online]. [cit. 2014-02-18] *Hodnoticí škály. Barthelův test základních všedních činností ADL.* LAMICHOVÁ, Soňa. Hradec Králové, 2012 – 2013

Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>



## **PŘÍLOHA P IX: ZÁZNAMOVÝ ARCH**

<b>1. Vnímání zdraví – udržení zdraví</b>	
<b>2. Výživa a metabolismus</b>	
<b>3. Vylučování</b>	
<b>4. Aktivita – cvičení</b>	
<b>5. Spánek – odpočinek</b>	
<b>6. Celistvost – poznání</b>	
<b>7. Sebepojetí – sebeúcta</b>	
<b>8. Role – vztahy</b>	
<b>9. Reprodukce – sexualita</b>	
<b>10. Stres – zátěžové situace</b>	
<b>11. Víra – životní hodnoty</b>	
<b>12. Jiné</b>	

## PŘÍLOHA P X: VÝSLEDKY BARTHELOVA TESTU U KAZUISTIKY

### Č. 1

ČINNOST/FAKTOR	HODNOCENÍ	BODY
1. Najedení, napití	s pomocí	5
2. Oblékání	s pomocí	5
3. Koupání	s pomocí	5
4. Osobní hygiena	s pomocí	5
5. Kontinence moči	občas inkontinentní	5
6. Kontinence stolice	kontinentní	10
7. Použití WC	s pomocí	5
8. Přesun lůžko – židle	sám	10
9. Chůze po rovině	sám nad 50 m	5
10. Chůze po schodech	s pomocí	5

**Celkové hodnocení:** závislost středního stupně

**body:** 60

## PŘÍLOHA P XI: VÝSLEDKY BARTHELOVA TESTU U KAZUISTIKY

### Č. 2

ČINNOST/FAKTOR	HODNOCENÍ	BODY
1. Najedení, napití	s pomocí	5
2. Oblékání	s pomocí	5
3. Koupání	neprovede	0
4. Osobní hygiena	neprovede	0
5. Kontinence moči	inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	občas inkontinentní	5
7. Použití WC	s pomocí	5
8. Přesun lůžko – židle	s malou pomocí	10
9. Chůze po rovině	s pomocí 50 m	10
10. Chůze po schodech	neprovede	0

**Celkové hodnocení:** vysoce závislý

**body:** 40

**PŘÍLOHA P XII: VÝSLEDKY BARTHELOVA TESTU  
U KAZUISTIKY Č. 3**

<b>ČINNOST/FAKTOR</b>	<b>HODNOCENÍ</b>	<b>BODY</b>
1. Najedení, napití	s pomocí	5
2. Oblékání	s pomocí	5
3. Koupání	s pomocí	5
4. Osobní hygiena	s pomocí	5
5. Kontinence moči	inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	občas inkontinentní	5
7. Použití WC	sám	10
8. Přesun lůžko – židle	sám	10
9. Chůze po rovině	sám nad 50 m	5
10. Chůze po schodech	s pomocí	5

**Celkové hodnocení:** závislost středního stupně

**body: 55**

## **PŘÍLOHA P XIII: DOSTUPNÉ WEBOVÉ STRÁNKY PRO VEŘEJNOST**

Dostupné webové stránky pro veřejnost:

Internetové stránky České alzheimerovské společnosti – [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz)

Internetové stránky České gerontologické a geriatrické společnosti – [www.cggs.cz](http://www.cggs.cz)