

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

MARKÉTA TEXLEROVÁ

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**VÝZNAM REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ A ÚPRAVY
PROSTŘEDÍ U KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU
DEMENCÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Svatoňová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne 20. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Haně Svatoňové za odborné vedení práce, poskytování materiálních podkladů a cenných rad, které daly mé práci směr. Rovněž děkuji zaměstnancům Prácheňského sanatoria o.p.s, za jejich trpělivost při zpracování praktické části bakalářské práce. V neposlední řadě pak klientům a jejich rodinám za ochotu a spolupráci.

Anotace

Příjmení a jméno: Texlerová Markéta

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Význam režimových opatření a úpravy prostředí u klientů s Alzheimerovou demencí

Vedoucí práce: Mgr. Hana Svatoňová

Počet stran: číslované 78, nečíslované 7

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 40

Klíčová slova: Alzheimerova demence, režimová opatření, úprava prostředí, domov se zvláštním režimem

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou Alzheimerovy demence. Práce se skládá ze dvou hlavních částí, teoretické a praktické. Obě se dále rozdělují do dalších kapitol. Teoretická část se zaměřuje na rozdělení Alzheimerovy nemoci, vyšetřovací metody pro diagnostiku této choroby a především na důležitost režimových opatření a specifické úpravy domácnosti i prostředí ve specializovaných zařízeních. Praktická část vychází z poznatků teoretické práce. Zpracování 4 kazuistik a následného porovnání vlastních poznatků s odbornou literaturou k potvrzení, či vyvrácení stanovených hypotéz.

Annotation

Surname and name: Texlerová Markéta

Department: Physiotherapy and occupational therapy

Title of thesis: The importance of regimen measures and adjustment of the environment with clients suffering from Alzheimer's dementia.

Consultant: Mgr. Hana Svatoňová

Number of pages: numbered 78, unnumbered 7

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 40

Key words: Alzheimer's dementia, regime measures, adjustment of the environment, home with a special regime

Summary:

This thesis deals with Alzheimer's dementia. The work consists of two main parts, theoretical and practical. Both are further subdivided into the following chapters. The theoretical part focuses on the distribution of Alzheimer's disease, diagnostic methods for diagnosing the disease, and especially the importance of regime-specific measures and specific adjustments of home environment or environment in specialized facilities. The practical part is based on the findings of the theoretical work. Processing of 4 case reports and subsequent comparison of my findings with specialized literature to confirm or refute the set hypotheses.

OBSAH:

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1. ALZHEIMEROVA DEMENCE	13
1.1 Původ a statistika Alzheimerovy nemoci	13
1.2 Alzheimerova demence I. typu	14
1.3 Alzheimerova demence II. typu	14
1.4 Alzheimerova demence III. typu	15
1.5 Demence smíšené etiologie	15
2. DIAGNOSTIKA	16
2.1 Lékařské vyšetření.....	16
2.2 Neuropsychologické testování.....	17
3. REŽIMOVÁ OPATŘENÍ	19
3.1 Denní režim u klientů s Alzheimerovou demencí	19
3.2 Noční režim a prevence nespavosti.....	19
3.3 Prevence imobilizace a vzniku dekubitů.....	20
3.4 Prevence inkontinence moči a stolice	22
3.5 Výživa a pitný režim	23
3.6 Ergoterapie u Alzheimerovy demence	25
3.6.1 Reminiscenční terapie.....	26
3.6.2 Trénink kognitivních funkcí	27
3.6.3 Nácvik ADL a iADL činností	28
3.6.4 Využití prvků bazální stimulace u Alzheimerovy demence	29
3.7 Alternativní a augmentativní komunikace	31
3.8 Specifika komunikace u projevů agrese	33
4. ÚPRAVA PROSTŘEDÍ	34
4.1 Úprava domácnosti	34
4.2 Domovy se zvláštním režimem.....	35
4.3 Prevence pádů	36
5. DOKUMENTY	38
5.1 Zákon o sociálních službách.....	38
5.2 Standardy kvality sociálních služeb	38
PRAKTICKÁ ČÁST	40
6. CÍL PRÁCE	40

7. HYPOTÉZY	40
8. CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	40
9. KAZUISTIKY	41
9.1 Kazuistika č. 1	41
9.1.1 Úvod, základní informace	41
9.1.2 Vstupní vyšetření	42
9.1.3 Ergoterapeutický plán	45
9.1.4 Výstupní vyšetření	47
9.2 Kazuistika č. 2	48
9.2.1 Úvod, základní informace	48
9.2.2 Vstupní vyšetření	49
9.2.3 Ergoterapeutický plán	52
9.2.4 Výstupní vyšetření	53
9.3 Kazuistika č. 3	54
9.3.1 Úvod, základní informace	54
9.3.2 Vstupní vyšetření:	56
9.3.3 Ergoterapeutický plán	58
9.3.4 Výstupní vyšetření:	60
9.4 Kazuistika č. 4	62
9.4.1 Úvod, základní informace	62
9.4.2 Vstupní vyšetření	63
9.4.3 Ergoterapeutický plán	66
9.4.4 Výstupní vyšetření	67
10. DISKUZE	70
ZÁVĚR	74
LITERATURA	75
SEZNAM PŘÍLOH	78

Seznam použitých zkratk:

ACE-R – Addenbrookský test kognitivních funkcí

ADL- Barthelův test základních všedních činností- Activities of Daily Living

BMI- Body mas index

CT – Computerová tomografie

č.- Číslo

DEP- Dlouhodobý ergoterapeutický plán

DG- Diagnóza

DZR- Domov se zvláštním režimem

EEG- Elektroencefalograf

FA- Farmakologická anamnéza

FIM- Functional independence measure

IADL- test instrumentálních všedních činností- Instrumental Activities of daily Living

KEP- Krátkodobý ergoterapeutický plán

KP- Kompenzační pomůcka

MMSE- Test kognitivních funkcí – Mini-Mental State Examination

OA- Osobní anamnéza

PA- Pracovní anamnéza

RA- Rodinná anamnéza

SA- Sociální anamnéza

Sb.- Sběrka zákona

SPECT- Jednofotonová emisní tomografie

Tj.- to je

Tzn.- To znamená

ZKPÚ- Způsobilost k vykonávání právních úkonů

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1 Vstupní a výstupní vyšetření kazuistiky č. 1

Tabulka č. 2 Vstupní a výstupní vyšetření kazuistiky č. 2

Tabulka č. 3 Vstupní a výstupní vyšetření kazuistiky č. 3

Tabulka č. 4 Test Škály deprese kazuistiky č. 3

Tabulka č. 5 Vstupní a výstupní vyšetření kazuistiky č. 4

Tabulka č. 6 Test Škály deprese kazuistiky č. 4

Seznam grafů:

Graf č. 1 Test Škály deprese kazuistiky č. 3

Graf č. 2 Test Škály deprese kazuistiky č. 4

ÚVOD

„Važ si starce i tehdy, kdyby ze stařecké slabosti pozapomněl svých vědomostí „
Talmud

Stáří a stárnutí je neodmyslitelnou součástí lidského života. Pověštinou si lze pod tímto termínem optimisticky představit zasloužený odpočinek, přemítání prožitých let a radost z rodiny a vnoučat. Reálným pohledem pak jsou nejružnější onemocnění, která se ve stáří často objevují. Jedněmi z častých chorob posledních let jsou nejružnější formy demencí, z nichž nejrozšířenější je demence Alzheimerova typu. Téma své bakalářské práce Význam režimových opatření a úpravy prostředí u klientů s Alzheimerovou demencí jsem si zvolila záměrně. Především proto, že daná problematika je v současné době velmi aktuální. Dle statistik totiž rapidně přibývá nejen počet seniorů stížených tímto závažným onemocněním, ale věková hranice se s přibývajícím věkem snižuje. V dnešní době se tak tato choroba vyskytuje již v mladém, produktivním věku. Dle statistik lze také za určitou dobu očekávat nárůst a vyšší prevalenci této choroby. V posledních dvou desetiletích se proto zvýšil i počet nejružnější literatury k danému onemocnění a jeho problematice, a to nejen v oblasti neurologie a psychiatrie, ale promítá se i do psychologie, speciální i obecné pedagogiky a rovněž zasahuje i do oblasti sociální práce. S postupnou progresí Alzheimerovy demence dochází k úbytku kognitivních funkcí, především v oblasti orientace a anterográdní paměti a dále i ke snížení soběstačnosti. Rodiny takto stížených osob proto musí dbát na speciální režimová opatření, jež se snaží zajistit bezpečnost nemocného. Při trvalých potížích však bývá zapotřebí umístit takto nemocného do specializovaných zařízení. Ve své práci se zaměřuji především na nutnost režimových opatření, jež napomáhají posilovat kognitivní funkce nemocného a taktéž na úpravy prostředí domácího a prostředí v domovech se zvláštním režimem, které chrání takto stíženou osobu před případným pádem, či poraněním.

Zvolené téma je mi blízké zejména proto, že již čtvrtým rokem docházím jako brigádnice do specializovaného zařízení, takzvaného Alzheimercentra, jež zaměřuje veškerou svou péči na takto stížené klienty. V praktické části své práce jsem zúročila čtyřletou spolupráci s takto nemocnými, s ošetřujícím personálem a ergoterapeutkami v zařízení Prácheňské sanatorium o.p.s. na Louckém Mlýně. Využila jsem možnosti několikaměsíční spolupráce a toho, že všechny klienty již velmi blízce, často i důvěrně

znám. Pro zpracování praktické části práce jsem zvolila kazuistickou studii, neboť u osob s Alzheimerovou demencí nemusí mít vždy dotazníková studie správnou výpovědní hodnotu. Ovšem pro zpracování kazuistik je obecně zapotřebí souhlasu nemocného k nahlédnutí do jeho zdravotní dokumentace. U klientů s Alzheimerovou demencí je však z důvodu častého zbavení svéprávnosti obtížné čerpat ze zdravotnické dokumentace nemocného. Je k tomu zapotřebí písemného souhlasu rodiny. Proto se v závěru práce zaměřuji taktéž na problematiku zbavení svéprávnosti, písemného souhlasu rodiny a všeobecně na důležitost etického kodexu ve zdravotnictví. Svou prací chci všeobecně nastínit problematiku změny prostředí u osob stížených demencí a na nutnost režimových opatření a jejich vliv na psychiku a kognitivní funkce.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ALZHEIMEROVA DEMENCE

1.1 Původ a statistika Alzheimerovy nemoci

Proces stárnutí s sebou přináší nejrůznější zdravotní komplikace a choroby. Jedním z onemocnění, jehož prevalence a incidence s přibývajícím věkem vzrůstá, je mimo jiné i Alzheimerova demence. Toto neurologické onemocnění napadající nervová vlákna a nervové buňky lidského mozku patří k nejrozšířenějším formám demence, s níž se můžeme dnes setkat. Jeho četnost v populaci se odhaduje na 5% u osob starších 65 let a 30% u osob starších 85 let. Hojnost výskytu tohoto závažného onemocnění je tedy jednoznačně závislá především na věku. U mladších jedinců je ve většině případů způsobena úrazem, či onemocněním mozku, zatímco u osob starších jde zpravidla o degenerativní postižení určitého typu Alzheimerovy nemoci. „Alzheimerova nemoc se projevuje progresivní změnou osobnosti, demencí charakterizovanou úbytkem kognitivních (poznávacích) funkcí a poruchou paměti.“¹

Termín Alzheimerova demence je neodmyslitelně spjat se jménem německého neuropatologa a psychiatra Aloise Alzheimerera, jenž v roce 1906 v odborné lékařské kazuistice poprvé popsal onemocnění mozkového kortexu s tvorbou senilních plaků a neurofibrilárních klubek. (Preiss et al., 2006) Ani dnes, po více jak sto letech od tohoto objevu, však nemůžeme s určitostí říci, jak a proč Alzheimerova choroba vlastně vzniká. Můžeme však alespoň vytyčit základní rizikové faktory, jež mohou mít na vznik a rozvoj této nemoci nezanedbatelný vliv. Tím prvním je, jak jsme již výše naznačili, zejména věk. Alzheimerova demence se totiž objevuje u osob mladších 60 let jen velmi vzácně. S přibývajícími roky však riziko jejího výskytu rapidně stoupá. Není jistě bez zajímavosti, že onemocnění postihuje výrazně častěji ženy než muže. Svou roli zde hrají i genetické dispozice. U osoby, jejíž blízký příbuzný touto nemocí trpí, je totiž dle statistik až pětkrát vyšší pravděpodobnost, že bude v budoucnu také Alzheimerovou demencí stížena. Na vznik této choroby může mít vliv i nadměrné užívání alkoholu, cigaret, protizánětlivých přípravků a hormonálních léků. Stejně neblahý účinek mohou

¹ Nečas, E a kolektiv. *Obecná patologická fyziologie*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 20 s.

mít ale i časté deprese. Duševní a tělesná aktivita může za určitých podmínek riziko vzniku nemoci zpomalit. (Atchinson et al, 2007)

1.2 Alzheimerova demence I. typu

V rámci Alzheimerovy demence můžeme rozlišovat několik stupňů tohoto onemocnění. Česká alzheimerovská společnost kupříkladu uvádí dělení do tří typů dle závažnosti a průběhu choroby. Prvním stupněm se rozumí počáteční a mírný projev demence. Pacient je relativně soběstačný, avšak už tehdy se u něj projevují poruchy paměti a to převážně té krátkodobé, kdy zapomíná, jakou činnost před chvílí prováděl. Dlouhodobá paměť je v této fázi ale relativně zachována. Každá osoba reaguje na snížení schopnosti vybavit si nedávné myšlenky individuálně, často se u takto nemocných proto objevují úzkosti, deprese, vyjímečně i agresivní chování. Postupem času se ke zhoršení krátkodobé paměti zpravidla přidává i porucha řeči, kdy si nemocný nedokáže vybavit vhodná slova a velmi obtížně se tak vyjadřuje. Díky tomu postupně dochází ke ztrátě iniciativy a motivace. Osoba stížená Alzheimerovou nemocí pak postupně přestává jevit zájem o své dřívější koníčky. V této fázi může být nemocný v domácím prostředí. Je však zapotřebí občasná kontrola, režimové opatření a pomoc druhé osoby. (Holmerová a kol., 2004)

1.3 Alzheimerova demence II. typu

Jako syndrom rozvinutého onemocnění je v odborné literatuře často označována Alzheimerova demence druhého typu, kdy je zapotřebí denně dohlížet na klienta a jeho chování. Druhé stádium této choroby je časově nejdelší a může trvat bez výrazného zhoršení i několik let. Pro osoby pečující o takto nemocného je výrazně náročnější, jelikož vyžaduje prakticky nepřetržitou péči a kontrolu. Osoba stížená tímto typem demence se velmi špatně orientuje nejen v neznámém prostředí, ale i ve své vlastní domácnosti. V tomto stádiu se často objevuje apraxie a s ní spojené potíže se základní sebeobsluhou. Vlivem ztráty kontroly emocí se nemocný nedokáže chovat adekvátně vzhledem ke svému věku a společenské roli a tím se mění i jeho mezilidské vztahy. Kvůli obtížím s komunikací, bývá často postižena oblast aktivního verbálního projevu a porozumění. (Vágnerová, 2004)

1.4 Alzheimerova demence III. typu

Třetí stupeň Alzheimerovy choroby nese přídomek těžká forma demence, jelikož nemocný je pro svůj zdravotní stav, kdy je dezorientován časem, místem i osobou a nepoznává známé tváře ve svém okolí a to i své nejbližší, zcela odkázán na péči jiných lidí. S třetí fází přicházejí problémy i v oblasti sebeobsluhy a nemocný často nezvládne ani banální úkony, jako například sebenasycení, nebo vyměšování. Dříve aktivní osoba se ve třetím stádiu choroby dokáže s obtížemi pohybovat a její aktivita se omezí jen na opakování bezúčelných pohybů a potulování. Ke konci tohoto období se nemocný stává imobilní a nastupuje u něj poslední fáze nemoci, kterou označujeme za terminální. Z důvodu upoutání na lůžko je omezena jakákoliv klientova aktivita. Komunikace je z důvodu těžké zmatenosti silně limitována, či úplně znemožněna. (Vágnerová, 2004)

1.5 Demence smíšené etiologie

Vedle Alzheimerovy nemoci můžeme rozlišovat i jiné typy demencí. Ty lze dělit do více skupin, nejčastěji však na primární, tedy takové, které mají za podklad atroficko-degenerativní onemocnění mozku a sekundární, způsobené intoxikací, úrazem hlavy, či cévní poruchou mozku. (Pidrman, 2007) Alzheimerova nemoc, společně s demencí s Lewyho tělísky je řazena do primární skupiny demencí, které vznikají na podkladě tvorby a ukládání beta-amyloidu. Do této skupiny lze zařadit také frontotemporální demenci, při níž dochází k degeneraci tau-proteinu. U všech výše zmíněných procesů postupně dochází k porušení správné funkce mozku a následnému vzniku demence. (Preiss a kol., 2006) Jak již jsme jednou zmínili, sekundární skupina demencí, jež je někdy nazývána i jako demence symptomatologická, vzniká na základě určitého onemocnění, nejčastěji cévního poškození mozku, které vede k takzvané vaskulární demenci. Ta je dle statistik hned po Alzheimerově nemoci druhým nejčastějším typem demence. Od Alzheimerovy choroby se liší nejen svým vznikem, ale i průběhem onemocnění, například tím, že se u vaskulární demence častěji objevují motorické potíže a mnohdy má prudší nástup nejrůznějších potíží a příznaků. Další, méně rozšířené typy demencí mohou být důsledkem prodělaného traumatu, či toxického poškození mozku. Mohou být také součástí jiného onemocnění, jako například demence u Parkinsonovy, či Huntingtonovy choroby. (Pidrman, 2007)

2. DIAGNOSTIKA

Jak již bylo zmíněno, Alzheimerova nemoc je způsobena napadáním mozkového kortexu. Jedná se o plíživý proces, který postupně zatěžuje mozek nemocného natolik, že přestane tuto skutečnost kompenzovat a poškození se projeví zhoršením kognitivních funkcí. To by mělo být pro nemocného a jeho rodinu závažným impulsem k návštěvě lékaře, neboť včasná farmakologická léčba může průběh nemoci a zhoršování kognitivních funkcí výrazně zpomalit. (Kučerová, 2006) K ucelené diagnostice demencí je zapotřebí minimálně tří osob, a sice lékaře, pacienta a rodinného příslušníka, který objektivizuje příznaky a symptomy nemocného. Osoba stížená demencí má totiž často sklony k bagatelizaci potíží. Nejdůležitějším krokem pro následné vyšetření a stanovení diagnózy je bezpochyby odběr osobní anamnézy, při níž lékař zjišťuje, zda pacient neprodělal úraz hlavy, mozkovou příhodu, či netrpí depresemi. Stejně významnou složkou je pak anamnéza sociální, kdy lékař zkoumá rodinnou situaci nemocného a jeho soběstačnost v domácnosti. (Malone et al., 2004) Po zjištění všech důležitých informací pro léčbu pacienta lze provést diagnostiku formou lékařských vyšetření a následným vyplněním neuropsychologických testů, které většinou vykonává ergoterapeut.

2.1 Lékařské vyšetření

Nejvíce užívanou metodou pro diagnostiku nejen Alzheimerovy demence, ale veškerých neurologických onemocnění je bezpochyby magnetická rezonance mozku, která prostřednictvím radiofrekvenčních pulzů umožňuje zjištění změn ve statickém magnetickém poli. (Pfeiffer, 2007) Neméně důležitým vyšetřením je pak počítačová tomografie mozku, neboli CT, jež je prováděno nejen běžnými rentgenovými lampami, ale také speciálními detektory, které pomocí počítačové techniky vyhodnocují množství záření procházejícího tkáněmi mozku. Magnetická rezonance a CT napomáhá k diagnostice úbytku mozkové tkáně, přítomnosti patologických útvarů, či zhoršenému prokrvení mozku. (Pfeiffer, 2007) Stěžejní informace o změně průtoku krve a o kvalitě mozkového metabolismu nám přináší speciální neurologické vyšetření SPECT, neboli jednofotonová emisní tomografie, která významně doplňuje obě výše zmíněné metody. Pro doplnění je pak možné využít i elektroencefalografického vyšetření, zkráceně EEG, jež upozorňuje na sníženou funkční

aktivitu mozku. (Seidl, Obenberger, 2004) V neposlední řadě lze Alzheimerovu demenci diagnostikovat odběrem likvoru prostřednictvím lumbální punkce, kterou provádí lékař pomocí Sprottovy jehly. K odběru dochází v poloze vleže, či vsedě v oblasti třetího až čtvrtého bederního obratle. (Berlit, 2007) Důležitým bodem pro určení demence jsou nejen zobrazovací metody, ale i neuropsychologická vyšetření.

2.2 Neuropsychologické testování

Ergoterapeut, provádějící diagnostiku Alzheimerovy demence, by se měl zaměřit na dvě oblasti testování, a sice na problematiku soběstačnosti, která je důležitým měřítkem pro určení samostatnosti a schopnosti pacienta vykonávat běžné denní činnosti a zároveň na vyšetření úrovně kognitivních funkcí.

První, výše zmíněnou složku lze diagnostikovat základním testem soběstačnosti, takzvaným Barthel indexem, neboli ADL. Tento test, mající stobodové skóre vyjadřuje stupeň závislosti nemocného na okolí a hodnotí základní denní činnosti, od sebesycení, oblékání, hygieny, přes kontinenci moči a stolice, až po chůzi a přesuny z lůžka na židli. (Kolář et al., 2009) Za jakési rozšíření Barthelova testu pak považujeme takzvaný Functional independence measure, zkráceně FIM, který obsahuje 18 položek, rozdělených do oblasti osobní péče, přesunů a kontinence, a který je navíc doplněn testovacími otázkami z oblasti komunikace, sociálních a kognitivních funkcí. Schopnosti vyšetřovaného jsou hodnoceny v sedmibodové stupnici, vyjadřující úplnou závislost, či samostatnost. Pro testování širšího okruhu denních činností, které je pacient schopen zvládnout slouží metoda iADL (Instrumental Activity of Daily Living) zaměřená na oblasti jako je soběstačnost a vedení domácnosti, nakládání s finančními prostředky, mobilita v komunitě, či ochrana vlastního zdraví. (Jelínková J. a kol., 2009)

Důležitou pomůckou pro správnou diagnostiku a následné zaměření terapie jsou standardizované testy, jež poodhalí úroveň kognitivních funkcí. Za jejich zásadní nevýhodu však můžeme považovat zejména to, že hodnotí nemocného v době vyplnění testů. Pro jejich objektivnost je proto nutné provádět vyšetření opakovaně v určitých časových intervalech a zjistit tak, zda je terapie účinná. Jednou z nejpoužívanějších metod pro zhodnocení úrovně kognitivních funkcí je v České republice test Mini Mental

State Examination, zkráceně MMSE, jenž během dvaceti minut dokáže zjistit úroveň paměti, orientace a schopnost verbálních a psaných příkazů. (Krivošíková, 2011) Zrakově prostorové schopnosti napomáhá diagnostikovat Clock completion test, neboli test hodin, který lze provést dvěma způsoby a to testovací metodou dle Watsona, kdy terapeut předkreslí obrys kruhu rozděleného do čtyř kvadrantů, do nichž má pacient zakreslit správné pořadí čísel. Případné chybné vyplnění se následně hodnotí pomocí sedmibodové škály. Druhou alternativou testu je metoda dle Schulmana, při níž je nemocný časově neomezen a jeho úkolem je nakreslit hodiny s údajem 10 hodin a 10 minut. Terapeut zadá pokyn pouze jednou a následně hodnotí dle předlohy pětibodovou škálou. (Schuler, 2010) Kombinací testu hodin a MMSE je hojně využívaný Addenbrookský test kognitivních funkcí, jehož výhodou je přesnější diferencionální diagnostika demencí. Dalšími screeningovými testy jsou kupříkladu i Alzheimer's disease assessment scale, seven-minute screening test, Clinical dementia rating a řada dalších metod. (Preiss a kol., 2006) Testem, který sice nehodnotí úroveň kognitivních funkcí, ale je u Alzheimerovy demence hojně využívaný pro orientační zjištění případné deprese, je geriatrická škála deprese dle Yessavage. (Kalvach, Onderková, 2006)

3. REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Osoby s Alzheimerovou chorobou vyžadují specifickou péči a především opatření, jež chrání jejich zdraví, stav kognitivních funkcí, vykonávání běžných denních činností a sociální vztahy. V dalším textu se zaměříme na výše zmíněné postupy.

3.1 Denní režim u klientů s Alzheimerovou demencí

U klientů s Alzheimerovou demencí, jež jsou umístěni v DZR je zapotřebí dodržení určitého denního plánu. Ze zákona o sociálních službách vyplývá povinnost respektovat přání klienta a stanovit jeho denní režim dle jeho zvyklostí. U pacientů s rozvinutou fází Alzheimerovy demence je však někdy zapotřebí stanovit denní režim direktivně, tak aby se pacient lépe orientoval v čase. Z denních aktivit se pak stane jakýsi rituál, což může vést ke zlepšení krátkodobé paměti. Nikdy však nesmíme klienty nutit do žádné činnosti, kterou sami dělat nechtějí. (Jirák a kol., 2009)

Denní režim u takto nemocných začíná ranní hygienou a následnou snídaní, po jejímž skončení většinou následují dopolední terapie. Důležitým bodem v denním režimu je oběd. Klienti mohou často v rámci tréninku iADL napomáhat při jeho přípravě. Samotná doba oběda by měla být dostatečně dlouhá, aby se všichni pacienti v klidu najedli. Poté následují buď odpolední terapie, či odpočinek na lůžku, který by ovšem neměl trvat příliš dlouho. Klienti totiž v důsledku dlouhého odpoledního spánku mohou mít problém s večerním usínáním, či buzením v noci. Po odpoledních aktivitách a večeři následuje příprava na večer a spánek. Během celého dne je zapotřebí podávat léky dle ordinace lékaře v pravidelném časovém intervalu. Díky dennímu režimu se klienti snáze orientují a pociťují bezpečí a klid. (Jirák a kol., 2009)

3.2 Noční režim a prevence nespavosti

Již v počátcích Alzheimerova onemocnění se zpravidla objevují poruchy spánku. Dochází k jeho zkrácení a k změně jeho cyklu. Celkově se sníží denní bdělost, nemocní pospávají během dne a noční spánek je pak výrazně narušen. Nejen Alzheimerovo

onemocnění samotné, ale i nevhodný denní režim se podílí na poruchách spánku. (Borzová a kol., 2009)

Pro kvalitní spánkový režim je důležité zejména stimulovat klienta k aktivnímu trávení volného času. Lze jej zaměstnat formou terapií, procházkou, či domácími pracemi. Hlavním účelem je donutit nemocného, aby během odpoledne neusínal. Před spaním bychom pak klientovi neměli podávat mnoho tekutin, diuretické léky, či pokrmy s vyšším obsahem cukru, který výrazně zvyšuje energii v jeho těle. Dále je žádoucí upravit lůžko, vyvětrat pokoj a omezit veškeré rušivé stimuly. Pravidelným časem ke spánku pak přispějeme k tomu, že se doba usínání stane pro osobu s Alzheimerovou demencí pravidelným denním rituálem. Díky těmto opatřením lze předejít, či alespoň omezit farmakologickou léčbu ve formě hypnotik. (Benešová, 2001)

3.3 Prevence imobilizace a vzniku dekubitů

Imobilizační syndrom, jenž se velmi často vyskytuje u geriatrických pacientů je způsoben dlouhodobým a podstatným omezením pohybové aktivity, úzce souvisejícím s výraznou hypomobilitou, instabilitou a pády. Snížením pohybu a upoutáním na lůžko hrozí nemocným hned několik komplikací. Může to být již výše zmíněná dehydratace a malnutrice, nebo kupříkladu tromboembolická nemoc. Ta vzniká snížením průtoku krve v dolních končetinách, nečinností a omezením pohybu. Neméně vážné mohou být respirační problémy, projevující se hypoventilací, nebo infekcemi dýchacích cest. Při dlouhodobé imobilizaci se mohou objevit i svalové atrofie, nebo flekční kontraktury. Jednou z nejzávažnějších komplikací dlouhodobého upoutání na lůžko jsou poruchy integrity kůže, které se projevují formou dekubitů, laicky řečeno proleženin. (Kalvach a kol., 2008)

„Dekubitus je ohraničené odumření tkáně jako následek dlouhotrvajícího tlaku způsobující poruchu prokrvení.“² Rizikovým faktorem vzniku dekubitů je nejen dlouhodobá imobilizace, ale svou roli zde hraje i tělesná hmotnost. Častěji přitom hrozí vznik dekubitů u žen, jelikož mají silnější vrstvy podkožního tuku. Dalším rizikovým faktorem pro vznik proleženin je také věk, neboť u geriatrických klientů ztrácí

² Mikula, J., Mullerová, N. *Prevence dekubitů*, 1.vyd. Praha: Grada publishing, 2008. 11 s.

postupem času kůže svou pevnost a elasticitu. Důvodem vzniku dekubitů mohou být i vaskulární onemocnění, jako kupříkladu porucha toku krve v cévách, nebo anémie. V neposlední řadě to může být také inkontinence a s ní spojená i nedostatečná hygiena, jež způsobuje zhoršení integrity kůže macerací. Mnoho lidí se mylně domnívá, že dekubitus postupuje z hloubkové tkáně směrem k podkoží. Je tomu však přesně naopak. Již první viditelný projev, kterým je zčervenání kůže, může signalizovat rozsáhlé poškození tkáně.

Základní prevencí při předcházení vzniku proleženin je především polohování, které napomáhá odlehčit kůži a vede ke zlepšení prokrvení končetin. Alespoň z části lze předejít jejich výskytu také díky četnému množství pomůcek, od pěnových válců a kruhů, přes chrániče pat a loktů, až po moderní antidekubitární matrace. (Topinková, 2005) Pouhé pomůcky však jako režimové opatření nepostačí. „Ani nejmodernější antidekubitární matrace nedokáže zabránit rozvoji dekubitů, pokud se pacient pravidelně nepolohuje.“³

Pokud chceme pacienta náležitě uložit na lůžko, je zapotřebí dbát správných pravidel polohování. Základem je pravidelný interval změny polohy každé dvě až tři hodiny nejen ve dne, ale i v noci. Dále je to pečlivá kontrola míst s malou vrstvou svalové hmoty a podkoží, jakými jsou například sakrum, velké trochantery, kotníky, lopatky, či lokty. Pozornost věnujeme také stavu pokožky, přičemž velmi vysoké nároky jsou kladeny na zvýšenou hygienu především v oblasti genitálu. Také je třeba dbát na stav lůžka. To by vždy mělo být suché, čisté a prostěradlo, či podložka na něm, by měla být napnutá tak, aby nestlačovala pokožku nemocného. To samé platí i pro močový katétr. Základními způsoby polohování jsou supinační poloha, laicky řečeno poloha na zádech, která s sebou nese vyšší riziko stlačení podkožní tkáně v oblasti sakra a pat a následnému nebezpečí výskytu dekubitů, či případnému vzniku pneumonie. Druhou alternativou je poloha na břiše, označována jako pronační. V neposlední řadě je to pak poloha na boku, která se užívá při výskytu a léčbě dekubitů nejčastěji, neboť neohrožuje sakrální část páteře přímým tlakem. (Kolář et al, 2009)

³ Kolář, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*, 1.vyd. Praha: Galén, 2009. 16 s.

Jak již bylo výše zmíněno, pro prevenci imobilizačního syndromu a vzniku následných proleženin, ale i pro zlepšení biologických chodů v organizmu a podpoře kognitivních funkcí je zapotřebí zejména pravidelného pohybu v rámci možností nemocného. Hojně využívaným způsobem jak aktivizovat klienta, je zapojit ho do skupinové terapie. Při ní se v seniorských domech začleňují nemocní do kolektivu a tím trénují nejen mobilitu, ale i vzájemnou komunikaci, koncentraci a spolupráci s ostatními. U Alzheimerovy demence je však zapotřebí brát v úvahu pokles kognitivních funkcí a snažit se proto nemocného zapojit do menší skupiny klientů a zaměřit se na jednoduché úkony a cviky. Pravidelný čas, kdy dochází ke skupinovým terapiím, může vést k lepší orientaci a uchování v paměti klienta. (Hátlová, Suchá, 2005)

3.4 Prevence inkontinence moči a stolice

Stav obecně označovaný jako inkontinence znamená nechtěný, samovolný únik moči a je jedním z nejčastějších geriatrických syndromů. Přestože inkontinence stolice nepředstavuje u seniorů tak výrazný problém, je o to více závažná z hlediska hygieny a režimových opatření. (Topinková, 2005) Inkontinence může být způsobena nejrůznějšími příčinami, kupříkladu infekčním onemocněním močových cest, či nežádoucím účinkem léků, jakými jsou diuretika. U klientů s Alzheimerovou demencí však bývá nejčastěji spojena s deficitem kognitivních funkcí a následnou zmateností. Pacienti si nestihnou včas dojít na toaletu, byť nutkání pociťují, nebo si v horším případě potřebu mikce vůbec neuvědomí. Proto jsou důležitá opatření, která by tomuto problému předcházela.

V případě inkontinence stolice je zapotřebí vyvarovat se užívání laxativ a zaměřit se spíše na podávání stravy s vyšším obsahem vlákniny, abychom podpořili správnou činnost střev a zároveň tím předešli i možné komplikaci v podobě obstipace. U nechtěného úniku moči bychom se měli vyvarovat podávání většího množství tekutin před spaním, čímž omezíme noční inkontinenci. Dalším důležitým opatřením pro podporu kognitivních funkcí je správné, čitelné označení toalety, kupříkladu použitím barevně kontrastní cedule s nápisem a obrázkem na dveřích. Je také potřeba, aby toalety

byly pokud možno bezbariérové. To znamená, aby byly snadno přístupné, dostatečně prostorné, vybavené madly a nástavci na WC.

Při péči o osobu, jež trpí únikem moči, je také nutné uzpůsobit této komplikaci pacientovo oblečení. Je žádoucí, aby nemocný nosil snadno svléknutelné šaty, nevhodné jsou veškeré knoflíky a zipy. Nejdůležitějším režimovým opatřením je v této oblasti především pravidelný nácvik mikce a defekace a to nejlépe ráno po probuzení, během dne, před spaním a je-li potřeba, tak i během noci. Nemocný si tak uvědomí důležitost mikce, která se posléze stane jeho pravidelným rituálem. Pokud má klient závažné problémy s únikem moči, či stolice a žádné z výše uvedených opatření nepomáhá, bývá zapotřebí užívání inkontinenčních pomůcek. (Holmerová, 2009)

3. 5 Výživa a pitný režim

Zvýšenou pozornost je třeba u seniorů věnovat zejména bilanci energetického příjmu a výdeje, neboť tato generační skupina si často neuvědomuje a ani uvědomovat nemůže důležitost pravidelného a optimálně vyváženého příjmu stravy. Důsledkem nepřiměřeného příjmu potravin, který se projevuje snížením celkové tělesné hmotnosti, ztrátou tukové tkáně a v neposlední řadě také závažnými metabolickými změnami v organismu je stav, obecně zvaný jako malnutrice. Ta může u pacientů vést k ohrožení jejich obranyschopnosti, větší náchylnosti k infekcím i ke ztrátě svalové hmoty, jež má zpravidla za následek snížení celkové tělesné výkonnosti, mobility a soběstačnosti. Dalšími klinickými komplikacemi vznikajícími v důsledku malnutrice je riziko těžšího hojení ran a dekubitů, a v neposlední řadě také možný vznik anémie, edémů, obstitací, či v opačném případě průjmovitého onemocnění, jež může vést až k atrofii střevní sliznice. (Topinková, 2005)

Jak dalece je určitá osoba malnutricí ohrožena lze zjistit na základě nutriční anamnézy. Nejčastěji využívanou metodou k jejímu stanovení je přitom výpočet takzvaného Body Mass Indexu, ve zkratce označovaného jako BMI. Ten lze spočítat tak, že tělesnou hmotnost vyšetřované osoby vydělíme její výškou v metrech čtverečních. Výsledek pak konfrontujeme s tabulkami, na jejichž základě stanovíme, zda klient trpí kachexií, či v opačném případě obezitou. Další metodou, kterou můžeme

pro vypracování nutriční anamnézy použít, je antropometrické vyšetření spočívající ve změření obvodu pacientových končetin či trupu, nebo kaliperace, kdy za použití speciálního zařízení zvaného kalipometr zjišťujeme množství podkožního tuku. (Topinková, 2005)

Osoby trpící Alzheimerovou chorobou často nepociťují hlad ani žízeň, díky čemuž důležitost stravy obvykle podceňují. V pokročilém stádiu nemoci pak již pacienti zpravidla nejsou ani schopni sami se nasytit. Je proto velmi důležité nejen podávat jim stravu v malých porcích pětkrát denně, ale také pravidelně kontrolovat zda skutečně dochází k příjmu a výdeji potravin. Jedním z hlavních indikátorů kvalitní péče v této oblasti je takzvaný nutriční screening, který nejen eviduje snížení, či nárůst tělesné hmotnosti, ale také zaznamenává bilanci příjmu a výdeje stravy a tekutin. Pokud se u nemocného projevují známky kachexie způsobené nedostatečným množstvím sněženého jídla, ať už z důvodu nechutenství, nebo obtížné konzumace, lze pro zlepšení jeho stavu využít speciálních nutričních doplňků, takzvaných sippingů. Ty mají tekutou formu a podávají se jako doplněk stravy. Neměly by však být podávány namísto jídla samotného. (Grofová, 2007)

Nejen screeningové testy, ale především správná režimová opatření mohou předcházet vzniku nutričního syndromu. Jedním z nich je kupříkladu podávání stravy vždy ve stejný čas, díky čemuž se pro nemocného stane sebenasyčování rituálem a snáze si proto tuto činnost zapamatuje. Důležitou roli v této oblasti hraje samozřejmě i ergonomický sed klienta a mírný záklon hlavy, tak aby došlo k otevření epiglota a strava se u zpomaleného polykacího reflexu snáze dostala do trávicího traktu. V některých případech je zapotřebí nemocného podněcovat ke správnému polykání a zapíjení tuhé stravy dostatečným množstvím tekutin. V případě snížené schopnosti polykacího reflexu a náchylnosti k aspiracím je pak vhodné podávat klientovi potravu s větší konzistencí, například kašovitou stravu. Jestliže dělá nemocnému příjem jídla, respektive úchop příboru a způsob sebesycení obtíže, pak mu může s jeho svolením pomoci. Pokud však nemocnému sebesycení pouze déle trvá, nebo se díky snížené schopnosti koncentrace a koordinace snadno zašpiní, ale stále je schopen najíst se sám, neměla by ho ošetřující osoba krmit. Klient by tak totiž mohl ztratit poslední zbytky soběstačnosti. Dalším důležitým opatřením souvisejícím s příjmem potravy je i

pravidelná kontrola dutiny ústní a případné odstranění zbytků jídla, které by mohly způsobit aspiraci. (Holmerová a kol. 2002)

Obdobně závažným problémem jakým je malnutrice, je bezpochyby i stav zvaný dehydratace, kdy jedinec trpí nedostatkem tekutin. Jak jsme již výše zmínili, osoby stížené Alzheimerovou nemocí často nepocítují žízeň, a proto i když před ně postavíme sklenici vody, tak ji bez slovního upozornění často nevypijí. Varovnými příznaky signalizujícími nám nižší množství tekutin v těle jsou suchá kůže, měkké oční bulvy, hypotenze a s ní často spojené závratě a poruchy vědomí, snížený turgor s vrásčitou kůží, nebo případné svalové křeče. Abychom se vyvarovali těchto komplikací, je zapotřebí dodržovat pravidelný pitný režim a osobu trpící Alzheimerovou demencí slovně pobízet a kontrolovat, zda režim opravdu dodržuje. U nemocných se sníženou schopností koordinace jsou vhodným opatřením i kojenecké láhve, či speciální hrnky s pítkem, díky kterým se nemocný nepolije a u klientů, kteří jsou již v terminálním stádiu Alzheimerovy nemoci a jsou trvale upoutáni na lůžko, lze takto doplňovat tekutiny i v poloze vleže. V domovech se zvláštním režimem a v seniorských domech se příjem a výdej tekutin denně monitoruje pomocí takzvané denní diurézy. Ta spočívá v zapisování množství tekutin, které nemocný vypije a následně ve formě moči vyloučí. Nejčastěji je měřena prostřednictvím permanentního močového katétru, či v případě těžšího stupně inkontinence pomocí zvážení plenkových kalhotek. Posledním a neméně důležitým opatřením je samozřejmě také pravidelné sledování varovných příznaků dehydratace. (Kalvach a kol. 2008)

3.6 Ergoterapie u Alzheimerovy demence

V každém zařízení, které pečuje o osoby stížené demencí, by krom zdravotnického a ošetrovatelského personálu měl být i ergoterapeut. Ten totiž u klienta záhy po jeho přijetí provede neuropsychologické vyšetření, na jehož základě vypracuje krátkodobý i dlouhodobý plán terapie. U Alzheimerovy nemoci se ergoterapie zaměřuje především na uchování dlouhodobé paměti, podporu kognitivních funkcí a nácvik sebeobslužných činností. (Holmerová a kol., 2008)

Nejčastější metody, jimiž se ergoterapie pokouší zlepšit klientův stav, jsou zejména tyto:

- Reminiscenční a kognitivní terapie.
- Návčik soběstačnosti prostřednictvím opakování problémových činností.
- Muzikoterapie, která může probíhat pasivní formou, kdy klienti relaxují při poslechu hudby, nebo aktivní formou, při níž klienti zpívají známé písně. Není jistě bez zajímavosti, že lidé trpící afázií, vyznačující se výrazným omezením verbální komunikace, jsou schopni při poslechu známé melodie zazpívat i celý text písně.
- Taneční terapie, která klade důraz zejména na zlepšení schopnosti nonverbální komunikace, koordinace a svalové síly.
- Pet-terapie, při níž se k léčbě pacienta využívá domácích zvířat. Při kontaktu s živým tvorem totiž u klientů zpravidla dochází k poklesu krevního tlaku a srdeční činnosti, díky čemuž se zlepšuje jejich psychika, fyzická kondice i komunikace. Zvláštním druhem pet-terapie je takzvaná cannisterapie, při níž se k zlepšení klientova stavu využívá pes.
- Bazální stimulace.
- Arteterapie, neboli léčba uměním, napomáhající k odhalení aktuálního psychického stavu nemocného. U osob trpících Alzheimerovou chorobou se též používá ke smysluplné náplni volného času klienta.

Dalšími metodami, s nimiž se v ergoterapii setkáváme, jsou kupříkladu kinezioterapie, výtvarné a kreativní techniky a ruční práce. (Hátlová, Suchá, 2005)

3.6.1 Reminiscenční terapie

Se zhoršujícím se zdravotním stavem osoby stížené Alzheimerovou nemocí klesá nejen schopnost soběstačnosti, ale také dochází k úbytku paměti a poruchám orientace. I v rozvinutém stádiu demence je však u pacienta relativně zachována dlouhodobá paměť, a proto se zde velmi často uplatňuje reminiscenční terapie, jež je založena na stimulaci dlouhodobých paměťových drah, ožívování zachovalých vzpomínek a zážitků z dávné minulosti. Na podkladě biografické anamnézy, jež je zmíněna v následujících kapitolách, lze ve speciálních zařízeních s pomocí rodiny

sestavít pro klienty životopis a v něm zmínit veškeré důležité momenty jejich uplynulého života. K nim se je pak možné vracet zejména díky reminiscenční terapii, jež spočívá v jejich znovuvyvolávání. (Jirák a kol., 2009) Vhodným prostředkem pro to, aby si klient vybavil důležité mezníky svého života, jsou takzvané vzpomínkové kufříky, v nichž má nemocný uloženy drobnosti připomínající mu jeho mládí, zaměstnání, nebo rodinu. Společně s ergoterapeutem pak může vzpomínat na minulost a trénovat tak dlouhodobou paměť. (Malíková, 2010) S příbuznými klienta lze vytvořit i speciální album označované jako memory book, do něhož se vlepí fotografie pacienta a jeho rodiny. Snímky je možné pro lepší orientaci vybavit i popisky. Ve specializovaných zařízeních je dnes dokonce možné vytvořit takzvané memory room, které svým vnitřním vybavením napomáhají pacientům vyvolat si staré vzpomínky. Reminiscenční terapii lze provádět i banálními činnostmi, jako například sledováním starých filmů, čtením knih, nebo posloucháním oblíbených melodií a písní. Tyto činnosti mohou probíhat nejen individuálně, ale i skupinovou formou, u níž je však zapotřebí zvolit takové téma, které je blízké všem zúčastněným. Ovšem i reminiscenční terapie má své hranice, neměli bychom proto zabíhat k tématům, jež by mohly u klientů vyvolat negativní, či bolestné vzpomínky. (Jirák a kol., 2009) „Platí tedy, že reminiscence není psychoanalýza a že by měla být především příjemným zážitkem a podporou lidské důstojnosti člověka s demencí“⁴

3.6.2 Trénink kognitivních funkcí

„K tomu, abychom jako lidské bytosti byli schopni vytvářet si správné názory, potřebujeme právě kognitivní schopnosti. Musíme umět využít pozornost, postoje a relevantně zpracovávat informace.“⁵ U osob stížených Alzheimerovou demencí postupem času dochází k poklesu a úbytku výše zmíněných schopností. Proto je velmi důležité tyto dovednosti trénovat, tak aby se proces úbytku kognitivních funkcí co nejvíce zpomalil. V prvním stupni Alzheimerovy nemoci lze stimulovat zejména krátkodobou paměť, která zatím není tolik poškozena jako v pozdějších fázích nemoci, kdy se v terapii zaměřujeme spíše na paměť dlouhodobou, jež bývá zachována po relativně delší dobu. (Jirák a kol., 2009) Ve specializovaných zařízeních se nejčastěji trénují kognitivní funkce prostřednictvím skupinové terapie mající svá předem daná

⁴ Jirák R., a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2009. 98 s

⁵ Brannagan, A, Malia, K, *Jak provádět trénink kognitivních funkcí*, 1. vyd. Cerebrum, 2010. 152 s

pravidla. V první řadě je důležité, aby se zúčastněné osoby navzájem představily, ujasnily si účel setkání, a datum, kdy k němu dochází. V průběhu sezení je vhodné opakovaně se jich na tyto údaje tázat, neboť tak dochází k posilování krátkodobé paměti. Terapie by měla probíhat především formou hry, díky které dochází k uvolnění atmosféry a klienti tak nemají pocit nepříjemného zkoušení. Důležité jsou i pozitivní reakce terapeuta a zpětné vazby na vyjádření klientů, podpora a empatie. Trénink kognitivních funkcí patří k jedné z nejdůležitějších terapií u Alzheimerovy demence. (Klucká, Volfová, 2009)

3.6.3 Návik ADL a iADL činností

U osob stížených Alzheimerovou demencí dochází vlivem daného onemocnění k postupné ztrátě schopnosti vykonávat běžné činnosti potřebné ke každodennímu fungování a vede tak často k následnému umístění do specializovaného zařízení. Zde běžné činnosti počínaje hygienou, sebesycením, přes oblékání až po instrumentální činnosti vykonává za nemocného ošetřující personál, čímž pacientovi ubírá poslední zbytky soběstačnosti a omezuje tak jeho svobodu v otázkách volného času a náplně dne. Je proto velice důležité nadále tyto pro zdravého člověka běžné aktivity s klientem trénovat, tak aby byla co nejvíce zachována jeho soběstačnost. (Zgola, 2003)

Na základě výsledků Barthelova indexu, či testu FIM ergoterapeut sestaví plán následné terapie. Pokud klientovi činí problém určitá oblast denních aktivit, lze aplikovat dvojici rozdílných opatření. Za prvé je možné použít alternativní způsob, jak danou činnost zvládnout, či usnadnit si její vykonání pomocí kompenzační pomůcky. V případě, že daná osoba již toho schopna není, je možné přistoupit k druhému opatření, které spočívá v pomoci ošetřující osoby, či jiného zdravotníka. (Holmerová a kol, 2004)

Pod zkratkou ADL (Activity of Daily Living) rozumíme trénink běžných denních činností. Ten spočívá v náviku a opakování řady úkonů, včetně chůze. Pokud má nemocný obtíže s mobilitou, zajistíme mu vždy pevnou obuv s plnou patou, popřípadě i využití kompenzačních pomůcek, jakými jsou čtyřbodová hůl pro lepší stabilitu nemocného, chodítko, či francouzská hůl. V oblasti přesunů je podstatnou částí návik správného stereotypu vstávání. Klient by se při něm měl co nejvíce posunout vpřed, aby přenesl těžiště těla a následně bez větších rizik vstal. Při stereotypu sedání by

se pacient měl zády přiblížit k židli do takové blízkosti, aby pocítoval, že se jí dotýká a získal tak bezpečný dojem, že může dosednout, aniž by upadl. Při osobní hygieně je v lehčím stupni Alzheimerovy choroby zapotřebí slovního pokynu a kontroly. Pokud tato činnost způsobuje pacientovi potíže, či pokud je klient v těžším stupni demence, může mu ošetřující personál, či ergoterapeut s hygienou pomoci. Musí ale dbát na zbytky schopností, které pacient má a nečinit veškeré činnosti místo něj. Další problematickou oblastí, v níž lze trénovat denní aktivity je oblékání. Pro lepší pacientovu orientaci je podstatné připravit mu oblečení v pořadí, v jakém si je má obléci. Pro zlepšení soběstačnosti je pak možné využít oděvů, které se snadněji oblékají, jako například teplákové kalhoty s gumou v pase, tričko a ostatní svršky bez knoflíků a zipů. Při nácviku sebesycení je zapotřebí stolovat ve skupině s ostatními klienty, tedy v jídelnách, či společenských místnostech, kde nemocný vidí, jak se stravují ostatní. Dále je žádoucí, aby personál přizpůsobil podávání jídla, kupříkladu při těžší manipulaci s přístrojem lze jídlo nakrájet, či podat klientovi mletou, nebo kašovitou stravu. Pokud již není nemocný schopen sebesycení s pomocí lžice, podáváme pokrmy, které lze jíst rukama, a nadále tak podporujeme poslední zbytky soběstačnosti. (Holmerová, 2004)

V rámci terapie zkracované písmeny iADL (Instrumental Activity of Daily Living) se lze, ať už individuálně, nebo skupinově zaměřit na nácvik modelových situací, jakými jsou například nákup v obchodě a následná manipulace s penězi, telefonování, či vaření. (Mlýnková, 2011) Při provádění výše zmíněných aktivit je nezbytné vyhradit si dostatek času na vykonání dané činnosti. V žádném případě by ergoterapeut neměl na klienta spěchat. Měl by se především snažit o případnou kompenzaci problému, aby zachoval zbývající soběstačnost nemocného. (Holmerová, 2007)

3.6.4 Využití prvků bazální stimulace u Alzheimerovy demence

Jedním ze základních režimových opatření souvisejících s péčí o osoby postižené Alzheimerovou nemocí je mimo jiné i koncept bazální stimulace, jejímž autorem je profesor Andreas Fröhlich, který se při jejím formulování inspiroval studii z oblasti prenatální vývojové psychologie. Do ošetřovatelské praxe převedla tuto metodu zdravotní sestra Christel Bienstein. „Bazální stimulace je koncept, který

podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam.“⁶ Díky vnímání se lidé mohou pohybovat a komunikovat, což je pro bazální stimulaci základním pilířem pro následnou péči. Každý zdravotník pečující o osobu trpící Alzheimerovou demencí by měl cíleně stimulovat klientovy smyslové orgány. Tímto přístupem pak lze u pacienta podpořit komunikační schopnost, hybnost a v neposlední řadě i vnímání okolního světa.

Často využívanou složkou bazální stimulace u syndromů demence je bezpochyby somatická stimulace, jež se zabývá vnímáním vlastního tělesného schématu. Jedním ze základních prvků tohoto postupu, který by měl každý, kdo je v kontaktu s nemocným dodržovat, je iniciální dotek. U geriatrického pacienta je díky pokročilému věku velmi vysoký předpoklad zhoršení smyslového vnímání v oblasti zrakové, či sluchové kontroly. Pokud však senior nadto ještě trpí Alzheimerovou chorobou, dochází u něj velmi často také k dezorientaci v čase, prostoru a osobě, s níž komunikuje. Proto je důležitým faktorem dát prostřednictvím iniciálního doteku těmto klientům najevo, kdy začíná a končí náš kontakt. Lokalita, kam klademe důraz na iniciální dotek, se odvíjí dle místa, které je pacientovi příjemné, nejčastěji v centrální části těla, jakou je rameno, loket, či ruka. Kurčení správného místa kontaktu poslouží především biografická anamnéza klienta. (Friedlová, 2007)

U dezorientovaných klientů s Alzheimerovou nemocí se často indikuje somatická zklidňující stimulace, kterou lze zařadit i do hygienické péče formou koupelí. Poté nese název somatická zklidňující koupel a jejími hlavními cíly jsou v první řadě redukce neklidných stavů a dezorientace, přes navázání komunikace, až po složku nejdůležitější, kterou je stimulace vnímání. Každou zklidňující stimulaci je nutno zahájit iniciálním dotekem a poté dodržovat přesně daná pravidla, jako kupříkladu provádět koupel a následnou masáž vždy ve směru růstu chlupů a především nikdy nepřerušit slovní i tělesný kontakt s klientem. Jako vhodný způsob zakončení zklidňující stimulace je i správné zaujetí polohy pro odpočinek, relaxaci a především k navození pocitu bezpečí a jistoty. Koncept bazální stimulace vychází z potřeby vnímání vlastního těla a jeho hranic. Často indikovaným způsobem, pro klienty

⁶ Friedlová, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2007. 19 s

s Alzheimerovou demencí, je polohování nazývané hnízdo, kdy končetiny a trup modulujeme pomocí srolovaných dek, nebo polštářů a zajistíme tak u nemocného lepší uvědomění si hranic svého těla. V kontextu biografické anamnézy lze použít klientovu oblíbenou věc, drobnost, jako prostředek pro využití stimulace hmatu. (Friedlová, 2007)

Nejen základem bazální stimulace, ale i veškeré kvalitní ošetrovatelské péče je bezpochyby biografická anamnéza, která nám umožní lepší pochopení toho, co má klient rád, jak žil a jak relaxuje. Pokud je nemocný člověk hospitalizován, nemusí se v cizím prostředí cítit dobře. U klientů s Alzheimerovou nemocí to platí dvojnásob, neboť se hůře orientují v novém, neznámém prostředí. Proto se klade velký význam na odběr biografické anamnézy, na jejímž podkladě zjistíme, jak vypadal denní režim klienta, jaké má rád, případně nerad doteky, co rád jí a pije, jak spí, nebo jak nejradyji usíná. Jelikož každý člověk je originál, je zapotřebí individuální přístup, aby se nemocný cítil co nejlépe. (Friedlová, 2007)

Bazální stimulace je velmi rozšířený postup, který lze využít u jakéhokoli pacienta s poruchou smyslového vnímání, hybnosti, nebo vyjadřování. Je možné ho provádět širokou škálou technik a intervencí. Je však přitom zapotřebí vědomě posilovat klientovy smysly. „Každá ošetrovatelská intervence u pacienta musí být provedena s vědomím cílené stimulace zachovalých ale také oslabených pacientových smyslů.“⁷

3.7 Alternativní a augmentativní komunikace

Jednou z nejdůležitějších životních potřeb, která je společná všem lidem, je komunikace. Ta totiž člověku umožňuje dozvídat se nové informace o světě a prohlubovat tak vlastní poznání. „Účelem komunikace je sociální interakce. Za normálních okolností je navazování a udržování kontaktu zcela přirozené, aniž by si byl člověk vědom toho, jak tento proces probíhá.“⁸ U osob trpících Alzheimerovou chorobou však není tento způsob dorozumívání vždy možný, neboť se u těchto lidí často vyskytují potíže v oblasti krátkodobé, či anterográdní paměti. To vede k poruchám vyjadřování, špatnému zapamatování si textu a tvorbě nesrozumitelných slov. Proto

⁷ FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. SESTRA, 2003, vol. XIII. č.1. s. 15. ISSN 1210-0404

⁸ Janovcová, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace*, 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2003. 15 s

zde svoji nenahraditelnou roli hrají alternativní a augmentativní způsoby komunikace spočívající v jiném než verbálním projevu.

Zatímco augmentativní způsoby komunikace se zaměřují na rozvoj již existujících dorozumívacích schopností a možností, ty alternativní se orientují výhradně na využití prostředků nonverbální komunikace. V praxi tak můžeme rozlišovat tři základní metody, jak s osobou trpící Alzheimerovou nemocí navázat kontakt. Lze toho docílit jednak bez využití pomůcek, tedy prostřednictvím mimiky, či gestikulace, nebo naopak za přispění nejrůznějších předmětů jako například fotografií, obrázků, nebo piktogramů. Třetí varianta pak spočívá v zapojení nejmodernějších soudobých technologií, jakými jsou například speciální klávesnice, nebo dotykové monitory. (Janovcová, 2003)

Práce s osobami trpícími Alzheimerovou nemocí klade na zdravotníky a pracovníky v sociálních službách, kteří o takové klienty denně pečují, zvýšené nároky. „Ošetřující osoba musí hledat jiné způsoby dorozumění, a to s využitím všech smyslů.“⁹ Zajímavé rady v této oblasti poskytuje zejména dokument s názvem Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence, který vytyčuje zásady, jaké by měl zdravotník při dorozumívání s osobami stíženými Alzheimerovou chorobou dodržovat, a který je součástí přílohy této bakalářské práce. Z něj se kupříkladu dočítáme, že ošetřující pracovník by měl zejména zajistit klidné prostředí vhodné ke komunikaci, tedy odstranit veškeré rušivé a rozptylující vlivy. Dále pak přizpůsobit zvolené dorozumívací prostředky klientovým schopnostem a v neposlední řadě se vždy snažit rozvíjet pacientovu orientaci v prostoru a čase. (Pokorná, 2010)

Při nonverbální komunikaci s osobou trpící Alzheimerovou demencí je zapotřebí, nejen aby zdravotník zvolil vhodné prostředky k navázání dialogu, ale také aby bedlivě pozoroval reakce samotného klienta. Důraz je přitom kladen například na oční kontakt, odpovídající výraz obličeje, gestikulaci, postoj, či pohyby paží. „Pozorné vnímání a vyhodnocování těchto nezáměrných, necenzurovaných sdělení je velmi přínosné a může dokreslit mnoho nejasných detailů o příběhu člověka, který si říká o

⁹ Callone, Patricia R. a spol. *Alzheimerova nemoc*, 1. vydání. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. 81 s

pomoc.“¹⁰ Jen tak může ošetřovatel komplexně diagnostikovat klientovy problémy a stanovit správnou formu terapie.

3.8 Specifika komunikace u projevů agrese

Osoba trpící Alzheimerovou nemocí se z důvodu zmatenosti a úzkosti často uchyluje k projevům agrese vůči rodinným příslušníkům, či zdravotníkům, kteří o ní pečují. Pro takto nemocného je agresivita jakousi formou obrany proti něčemu novému a neznámému. „Termín agresivita označuje tendenci, pohotovost k násilnému způsobu reagování. Pojem agrese charakterizuje reálný projev takového chování, který mívá charakter násilí.“¹¹ Každá pečující osoba by proto měla být připravena na případné slovní, či fyzické napadení. Nezbytností je nejen bedlivé sledování slovního vyjadřování nemocného, ale také pozorování jeho nonverbálních projevů, jež mohou signalizovat blížící se atak. Tím je myšlena kupříkladu výrazná gestikulace, semknuté rty, nervózní podupávání, tiky a v neposlední řadě i zrychlené dýchání. (Venglářová, 2007)

Zdravotník, či jiná osoba pečující o takto nemocného by se měla řídit základními pravidly správné komunikace. V první řadě by neměla ztrácet trpělivost, nepouštět se do slovní, či fyzické přestřelky a raději nemocného vyslechnout. „Snažme se neskákat do řeči a nedokončovat za nemocného věty. Může to být pro něho ponižující.“¹² V případě konfliktu je zapotřebí snažit se upoutat pozornost pacienta na jiný objekt, či jej zaměstnat nějakou lehkou činností. Dále je žádoucí neztrácet stálý oční kontakt a vyhnout se přehnaně prudké gestikulaci. Vždy bychom se měli snažit nemocného posadit a vyzvat jej k hlubokému dýchání, čímž se zpravidla zklidní jeho psychika. (Linhartová, 2007)

¹⁰ Matoušek, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, 1. vydání. Praha: Portál s.r.o., 2003, 79 s.

¹¹ Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 3. vydání. Praha: Portál s.r.o., 2004, 757 s.

¹² Callone, P. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, 1. české vydání. Praha: Grada publishing s.r.o., 2008, 48 s.

4. ÚPRAVA PROSTŘEDÍ

4.1 Úprava domácnosti

Osobě trpící Alzheimerovou chorobou bychom měli umožnit co nejdéle setrvat v domácnosti, tedy v prostředí, jež zná, a jež mu napomáhá navodit pocit klidu. U lidí s poškozenou pamětí a chybným úsudkem však v domácnosti hrozí riziko pádů a následných poranění a úrazů. Je tedy žádoucí provést změny v úpravě interiéru, které jsou nezbytné pro zvýšení bezpečí takovýchto osob. Změny je třeba realizovat postupně, v souvislosti s progresí choroby tak, aby nemocný neměl z inovací pocit strachu. (Holmerová, 2008)

Vzhledem k tomu, že osoby s Alzheimerovou chorobou mají tendenci k přemísťování drobných předmětů, je zapotřebí odstranit takovéto věci, jakými jsou například klíče, mobilní telefony a také léky, z jejich dosahu. Dalším důležitým opatřením ke zvýšení bezpečnosti nemocných je zajistit veškeré elektrické zásuvky krytem a odstranit klíče ze dveří, aby se osoba trpící Alzheimerovou demencí nemohla neúmyslně zamknout a uvěznit se tak v pokoji. Okna a přístup na balkon bychom měli zabezpečit zámkem, aby nedošlo k případnému pádu. Stejně tak upravit schody, ať už potažením protiskluzového materiálu, instalací zábradlí a madel, či v případě nutnosti uzamknutelnou brankou. Samozřejmostí je pak zajistit i dostatek osvětlení. (Zgola, 2003)

Režimová opatření by se měla týkat veškerých částí domácnosti. Kupříkladu v kuchyni, jež je jednou z nejnebezpečnějších místností pro vznik nehod, je zapotřebí hned několika preventivních postupů. V první řadě je nezbytné odstranit z dosahu nemocného veškeré dezinfekční prostředky a zabezpečit plynový sporák. Dále je pak žádoucí před osobou stíženou demencí schovat veškeré elektrické spotřebiče, nože a také sirky. (Holmerová, 2008) Místností, jež vyžaduje speciální úpravu, je i koupelna, z níž je zapotřebí odstranit veškeré podložky, koberečky a prací prostředky. Naopak je sem zapotřebí nainstalovat madla a popřípadě i nástavec na WC. V neposlední řadě je nutné zajistit přívod vody, jejíž teplota nepřesahuje 37° Celsia, čímž se vyvarujeme rizika opaření se vařící vodou.

V celé domácnosti je žádoucí vytvořit cedulky s popisky, jimiž označíme lednici, skříňe a také veškeré místnosti, především koupelnu a toaletu. Pro lepší orientaci nemocného lze zakoupit, či vytvořit velký nástěnný kalendář. (Callone, 2006) Vstupní dveře bychom měli opatřit namísto běžné kliky takzvanou koulí a především je vždy zamykat. Zahrada a dvůr musí být dostatečně oplocené. Pokud se stane, že nemocný sám opustí domácnost, například když uteče, je nutné, aby u sebe měl identifikační kartičku, na níž je adresa, či telefonní spojení na nejbližší rodinu. (Holmerová, 2008)

4.2 Domovy se zvláštním režimem

Jak již bylo výše zmíněno, známé domácí prostředí napomáhá k navození pocitu klidu a bezpečí. V případě neúnosnosti situace, ohrožení soběstačnosti a zdraví nemocného, však bývá jediným východiskem umístění dané osoby do specializovaného zařízení, jimiž jsou kupříkladu domovy se zvláštním režimem, ve zkratce DZR. Tato zařízení se zaměřují na chronická duševní onemocnění, jakými jsou závislost na návykových látkách, nebo demence, tedy nemoci vyžadující specifickou péči. K přijetí žadatele do DZR je zapotřebí splnit podmínky stanovené v §50 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. „Žadatel je osoba se stařeckou či Alzheimerovou demencí nebo ostatními typy demencí, se sníženou soběstačností z důvodu těchto onemocnění a jeho situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“¹³

DZR se svým provozním řádem podstatně liší od běžných domovů pro seniory, a to především ve způsobu zajištění bezpečnosti klientů, jež spočívá zejména v bezbariérové úpravě exteriéru a interiéru, díky níž dochází ke snížení rizika poranění a pádů. Dále sem spadá i využití speciálně proškoleného personálu, který zajišťuje neustálou kontrolu nad klienty a dohlíží na dodržení správného denního režimu. Nutná je také spolupráce se specialistou, jakým je psychiatr. Ten napomáhá při řešení urgentních stavů, jakými jsou agresivita, či napadnutí zdravotnického personálu. Žádoucí je také volný pohyb klientů po zařízení, ovšem se zajištěním vstupních dveří před případným útekem. (Malíková, 2010)

¹³ Malíková, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2010. 65 s.

Výše uvedená zařízení se zaměřují na poskytování následujících služeb: V první řadě je to poskytnutí ubytování a stravy, dále pak pomoc při osobní hygieně a zvládnání běžných denních činností. Smyslem domovů se zvláštním režimem je též napomoci svým klientům k sociálnímu začlenění do společnosti a uplatnění jejich práv. V neposlední řadě pak tato zařízení zajišťují aktivizační činnosti ve volnočasových a zájmových aktivitách. (Malíková, 2010)

Podstatným opatřením při zajišťování bezpečnosti klienta v domovech se zvláštním režimem je i speciální úprava prostředí, spočívající nejen v zajištění bezbariérového přístupu a náležité úpravy interiéru, ale především v instalaci lůžka přizpůsobeného potřebám nemocného. Klienti s Alzheimerovou demencí jsou často dezorientováni, a proto je žádoucí opatřit postel postranicemi. Ovšem u pacientů, kteří jsou z části mobilní, je vhodnější instalovat postranice jen v horní části lůžka, jelikož mají kvůli zmatenosti často tendence tyto zábrany přelézat. Tímto opatřením zabráníme případným pádům, které mají v seniorském věku často i tragické následky.

4.3 Prevence pádů

„Jako pád je definována změna polohy, která končí kontaktem těla se zemí; může být doprovázena poruchou vědomí a poraněním“¹⁴ Pády jsou obecně označovány jako nejzávažnější důsledek instability, tedy poruchy koordinace, smyslového a prostorového vnímání. Dle etiologie lze pády rozlišit na dvě skupiny. První kategorií jsou pády způsobené vnitřními příčinami, do kterých řadíme kardiovaskulární poruchy jako je hypotenze, nebo synkopa, dále poruchy pohybového systému, jako například artróza a osteoporóza, neurologická onemocnění zahrnující iktus, Parkinsonovu chorobu, či neuropatie a v neposlední řadě i psychiatrická onemocnění, tedy demence a poruchy pozornosti. Do druhé skupiny, označované jako pády způsobené z vnějších příčin řadíme případy, kdy k úrazu dojde díky bariérovému vybavení domácnosti, nevhodné obuvi, nebo lékům, jež ovlivňují činnost centrální nervové soustavy. (Topinková, 2005)

¹⁴ Topinková, E. *Geriatric pro praxi*, 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 44 s.

Častými následky pádů v seniorském věku jsou zlomeniny rizikových partií, jakými jsou krčky stehenních kostí, distální části předloktí, či pažní kosti. Nezřídka může dojít k poranění měkkých tkání a v neposlední řadě i k vzniku fobie z dalšího pohybu. Výše zmíněné fraktury s sebou často nesou i závažnou prognózu. Senioři se zlomeninou krčku stehenní kosti jsou zpravidla dlouhodobě imobilizováni a hrozí jim komplikace nejen v oblasti omezení soběstačnosti, ale i ve zvýšení rizika onemocnění typu pneumonie, tromboembolické nemoci, či dekubitů.

Nejlepší prevencí v tomto směru je dostatek fyzické aktivity, úprava medikace, nácvik rovnováhy a případné využití kompenzačních pomůcek. U osob stížených Alzheimerovou demencí jsou potřebná především režimová opatření, jelikož takto nemocní mají problém s pozorností a orientací. Je proto žádoucí upravit jejich domácí prostředí odstraněním prahů a malých koberečků. Naopak je vhodné koupelnu a toaletu zajistit protiskluznou podložkou, madly a případným sedákem do vany. Pádům lze předejít i dostatečným osvětlením, vhodnou obuví a kompenzačními pomůckami, tedy chodítkem, či holemi. (Mlýnková, 2011)

5. DOKUMENTY

5.1 Zákon o sociálních službách

Stěžejním právním předpisem upravujícím problematiku hmotného zabezpečení osob s Alzheimerovou nemocí, výkonu povolání sociálního pracovníka a dalších specifických oblastí je od roku 2006 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vstoupil v platnost od 1. 1. 2007. Ten se skládá z celkem jedenácti částí, přičemž finančnímu zajištění osob v nepříznivé sociální situaci, tedy i lidem trpícím neurologickým onemocněním, je věnovaná část druhá nazvaná Příspěvek na péči, kde jsou vytyčeny podmínky, za kterých je možné těmto lidem dávky vyplácet. Nárok na příspěvek na péči mají přitom podle § 7 odst. 2 tohoto zákona výhradně osoby, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zajištění vlastní soběstačnosti. Zákon přitom rozlišuje čtyři typy závislostí, a sice lehkou, středně těžkou, těžkou a úplnou. Pro stanovení stupně závislosti je rozhodující, jak je daná osoba schopna zvládat běžné denní a instrumentální činnosti taxativně vymezené zákonem.

V případě osob stížených Alzheimerovou chorobou pak právní předpis umožňuje jejich umístění do tzv. domovů se zvláštním režimem. K tomu je možné přistoupit, jestliže osoba vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby, tedy v případech těžšího stupně demence, kdy nemocný není schopen sám o sebe se postarat. Domovy se zvláštním režimem jsou totiž personálně a technicky přizpůsobeny specifickým potřebám těchto klientů a mohou jim tak díky bezbariérovým vstupům, postranicím u lůžek, madlům na toaletách a dalším úpravám prostředí umožnit kvalitnější prožití života. Na druhou stranu však nedokážou nikdy navodit takový pocit bezpečí, jaký nabízí jen rodinné prostředí. (Malíková, 2011)

5.2 Standardy kvality sociálních služeb

Ke zkvalitnění poskytování sociální péče v souladu s Deklarací základních lidských práv a svobod jsou takzvané Standardy kvality sociálních služeb. Ty sice Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo již v roce 2002, právě závaznými předpisy

se však staly až od 1. 1. 2007, tedy od nabití účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Výchozí myšlenkou je snaha o setrvání osob, nacházejících se v nepříznivé životní situaci, v přirozeném prostředí a v udržení jejich sociálních vazeb. Kvalitu péče lze hodnotit pomocí kritérií, jež se zaměřují jak na splnění cílů a potřeb uživatele, tak na plánování a naplnění sociální péče a dodržování lidských práv. Sociální služby mohou být poskytovány čtrnácti rozdílnými druhy subjektů, od pomoci ve formě osobní asistence, či pečovatelské služby, přes centra služeb a chráněných bydlení, až po denní stacionáře, domovy pro seniory, nebo domovy se zvláštním režimem. Ve všech výše zmíněných zařízeních je potřeba dodržovat tři základní druhy standardů. Prvním z nich jsou takzvané procedurální standardy, stanovující náplň a kvalitu poskytnutí péče, dále pak personální standardy, zajišťující vzdělávání pracovníků v sociálních službách a v neposlední řadě pak standardy provozní, jež se soustřeďují na ekonomické zajištění a dostupnost služeb. (Herman a kol., 2008)

Standardy kvality sociálních služeb můžeme definovat jako soubor norem upravujících kvalitu sociálních služeb, jež jsou vymezeny ve stejnojmenném zákoně. „Hlavním smyslem standardů kvality sociálních služeb je zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo práva jak těch, kteří služby přijímají, tedy uživatelů, tak lidí, kteří jí poskytují – pracovníků.“¹⁵ Standardy kvality sociálních služeb jsou základními pravidly, principy při poskytování sociálních služeb, a též i měřítkem pro jejich plnění a následné hodnocení. Každý standard má svá kritéria, která posuzují inspektoři sociálních služeb v souladu s Metodikou inspekce. (Bicková a kol., 2011) Právním předpisem je vymezeno celkem patnáct typů standardů, z nichž jedním z nejdůležitějších je standard číslo 2, vymezující ochranu práv uživatelů sociální péče. Ten se zabývá oblastmi, v nichž nejčastěji může dojít k porušení základních lidských práv, jakými jsou ochrana soukromí, osobní svobody a údajů a brání před jejich zneužíváním. Důležitý je také standard číslo 9, jež pro osoby se specifickou péčí zajišťuje profesionálně vyškolený personál. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002)

¹⁵ Kolektiv autorů, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*, 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. 54 s.

PRAKTICKÁ ČÁST

6. CÍL PRÁCE

Cílem této práce je zjistit důležitost režimových opatření a úpravy prostředí u klientů s I. stupněm Alzheimerovy demence.

7. HYPOTÉZY

Předpokládám, že:

7.1 Klienti s I. stupněm Alzheimerovy demence, kteří se aktivně zapojují do terapií, se lépe orientují v čase a denním režimu, než klienti pasivně přihlížející.

7.2 Znamé prostředí a kolektiv napomáhá navodit u klientů s I. stupněm Alzheimerovy demence pocit klidu a bezpečí, na rozdíl od nového prostředí a kolektivu.

8. CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro zpracování praktické části mé práce jsem dlouhodobě spolupracovala s klienty a zaměstnanci Prácheňského sanatoria o.p.s na Louckém mlýně. Vytvořila jsem kazuistiku, z jejíchž závěrů potvrdím, či vyvrátím stanovené hypotézy. V závěru práce se zaměřuji i na problematiku zbavení svéprávnosti klienta, etické kodexy a spolupráci s rodinou v oblasti písemného souhlasu k poskytování osobních údajů klienta.

9. KAZUISTIKY

9.1 Kazuistika č. 1

9.1.1 Úvod, základní informace

Pohlaví: XX

Hlavní Dg.: G30.9 - Alzheimerova nemoc

Věk: 82 let

Anamnéza

Odběr anamnézy proběhl 5.5.2011 během souvislé odborné praxe ve 4 semestru studia.

OA:

- G30.9 - Alzheimerova nemoc
- Běžné dětské onemocnění
- Bez alergií

Ostatní Dg:

- F00 - Demence u Alzheimerovy choroby (středně těžká demence)
- Dezorientace všemi směry
- Hypertonická nemoc
- Ischemická choroba srdeční
- Chronická bronchitida
- Spondylosis deformans cervicallis et lumbalis
- Třes rukou
- Přechodná hematurie, léčena Warfarinem

RA:

- Bezvýznamná

PA:

- Dnes ve starobním důchodu
- Dříve šička

SA:

- Dříve žila klientka ve společné domácnosti s dcerou
- Pro časté projevy poruchy paměti a snížení soběstačnosti v oblasti iADL a ADL umístěna do DZR
- Od r. 2010 žije klientka v bezbariérovém DZR, Prácheňském sanatoriu o.p.s na Louckém mlýně
- V kontaktu s rodinou, jež jí často navštěvuje

FA:

- Geratam 1200 mg., tbl., 1-1-0
- Yasnal 10 mg., tbl., 0-0-1
- Buronil 25 mg. tbl., 1-0-1

Lateralita:

- Vpravo

KP:

- Brýle na čtení
- Zubní protéza

ZKPÚ:

- Ano

9.1.2 Vstupní vyšetření

Provedeno dne 6.5.2011 během souvislé odborné praxe ve IV. ročníku studia. Provedeny testy Barthel index, FIM, ACE-R, MMSE, Test hodin a Škála deprese pro geriatrické klienty. Testování provedla – Markéta Texlerová.

FIM

- Oblast sebesycení: Klientka je schopna sebesycení. Zvládá přijímat stravu přiborem, zná kulturu stolování, jež dodržuje. Pomoc v oblasti podání stravy a pobídnutí ke stravování.
- Oblast osobní hygieny a koupání: Klientka si zvládne sama umýt obličej a ruce, nasadit zubní protézu, učesat se. V oblasti koupání je zapotřebí z preventivních důvodů dohled zdravotnického personálu.

- Oblast oblékání horní a dolní poloviny těla: Klientka se sama zvládne obléci. Tato oblast nečiní potíže.
- Oblast kontinence moči a stolice: Klientka nemá problémy s inkontinencí stolice. Inkontinence moči je spíše sporadická. Jako inkontinenční pomůcku používá běžné dámské vložky.
- Oblast mobility: Klientka je plně mobilní, neužívá žádné kompenzační pomůcky. Pro přesun do vany, či sprchy zapotřebí z preventivních důvodů dohled personálu.
- Oblast lokomoce: Klientka zvládá chůzi po rovině i do schodů. Výtahu neužívá, ubytována v druhém patře DZR, chůzi po schodech zvládá bez dohledu.
- Oblast komunikace: Klientka plně vnímá a komunikuje s okolím. Problematickou oblastí je vyjadřování, těžší výbavnost vhodných slov, časté opakování slov. Nesnáze a projevy úzkosti a třesu při neznalosti odpovědi, emoční labilita.
- Oblast sociální adaptability: Neschopnost řešení problémů, projevy úzkosti při neznalosti odpovědi, častá plačtivost. Problém s pamětí, viz. test ACE- R aj.
- Výsledek FIM testu 105 bodů.

Barthel index

- Viz. test FIM.
- Výsledek 85 bodů – lehká závislost.

ACE-R

- Oblast pozornosti a orientace: V oblasti pozornosti nejsou výrazné problémy. Klientka dokáže zopakovat požadovaná slova. Oblast orientace je výrazně narušena, klientka se neorientuje v čase ani místě.
- Paměť: Krátkodobá a anterográdní paměť činí výrazné potíže. Naopak v retrográdní paměti potíže nejsou. Po několikanásobném zopakování informací je i oblast rekognice zlepšena.
- Oblast slovní produkce: Klientka má obtíže s vyjadřováním, hledáním vhodných slov. Oblast slovní produkce výrazně omezena časovým intervalem. Pro

nalezení vhodných slov je zapotřebí delší časový interval. Projevy nervozity a úzkosti při vědomí minutového časového intervalu.

- Jazyk: Oblast jazykového vyjádření nečinní problém, klientka zvládá provést daný úkol, dokáže napsat jednoduchou větu obsahující podmět a přísudek. S pomocí KP dokáže správně přečíst i požadovaná slova.
- Oblast zrakově- prostorové orientace: Požadované nákresy geometrických tvarů bez problému. Součástí ACE-R testu je i Test hodin, jež činní výrazné potíže (viz. Test hodin).
- Výsledek testu ACE-R 38b./100b.

MMSE

- Viz. test ACE- R.
- Výsledek 13b./30b. - středně těžká demence.

Test hodin

- Zapomínání čísel.
- Čas zaznamenám pouze slovně.
- Nutnost několikanásobného opakování požadovaného úkolu.
- Zakreslena pouze jedna ručička.
- Výsledek stupeň č. 3 - chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin.

Škála deprese pro geriatrické klienty

- Výsledek 4 body - normální afekt bez deprese

Psychosociální funkce:

Klientka je schopna sama stanovit cíle, kterých chce v rámci ergoterapie dosáhnout, aktivně se zúčastňuje terapií a spolupracuje s ergoterapeutem. Spontánně projevuje své city, je velmi úzkostlivá. Při neúspěchu časté projevy plačtivosti a bezmoci.

Role a zájmy:

Klientka pracovala celý život jako šička. Jejím koníčkem jsou ruční práce, dále pak četba knih. I přes účast na skupinové terapii raději upřednostňuje individuální komunikaci s terapeutem. Nynější zdravotní stav i nadále umožňuje vykonávat její dřívější koníčky.

Resumé:

Silnými stránkami klientky je motivace a dobrá spolupráce s ergoterapeutem. Potenciál pro zlepšení slabých stránek a problémových oblastí a taktéž podpora rodiny. Slabými stránkami klientky je především problematika v oblasti krátkodobé paměti a slovní produkce. V neposlední řadě pak i strach z neúspěchu, mající za následek snížené sebevědomí klientky a strach z veřejného vystupování před ostatními klienty.

9.1.3 Ergoterapeutický plán

Zaměřen na podporu a rozvoj kognitivních funkcí. Především na zlepšení orientace v čase a místě, podporu a trénink anterográdní paměti a prostorové představivosti. Důraz kladen především na individuální trénink, před zapojením klientky do skupinové terapie. Ergoterapeutický plán sestaven na dobu šesti měsíců, od května roku 2011, do října roku 2011. Využit biomechanický rámec vztahů s přístupem ADL.

KEP

- Návčik kognitivních funkcí, především orientace v čase a místě
- Individuální návčik kognitivních funkcí – příprava na zapojení do skupinové terapie
- Návčik iADL činností

DEP

- Pokračovat v KEP, návčikem ADL a iADL činností - snaha o zachování soběstačnosti po co nejdelší dobu
- Zapojení a udržení klientky ve skupinové terapii
- Návčik anterográdní paměti, snaha o zachování úrovně a stavu paměti po co nejdelší dobu
- Edukace klientky a zdravotnického personálu

Využívané pomůcky a podoby terapií

- Sada pro trénink kognitivních funkcí
- Materiál pro trénink kognitivních funkcí
- Hlavalamy, křížovky, hádanky, pexeso, karty
- Stolní hry, knihy
- Slovní fotbal, hudební nástroje pro muzikoterapii
- Tužka, papír, pastelky pro nácvik grafomotoriky

Terapeutická jednotka

Cílem terapeutických jednotek bylo u klientky zlepšení krátkodobé paměti a orientace. Terapie prováděny individuálně, později skupinově pod vedením terapeutů.

Náplň terapeutických jednotek

Trénink prováděn individuálně pod dohledem ergoterapeuta. Zaměřen na trénink kognitivních funkcí pomocí speciální sady. Na začátku každé terapeutické jednotky seznámení s datem, místem a adresou zařízení, pro zlepšení orientace. Poté byly terapie zaměřeny na nácvik krátkodobé paměti a prostorové orientace. Nejvíce využívanými pomůckami byly pastelky a tužky pro nácvik grafomotoriky. Dále pak knihy a novinové články, jejichž obsah měla za úkol klientka po přečtení reprodukovat. Hojně využívanou se stala i sada pro trénink kognitivních funkcí, kde klientka skládala puzzle a hrála pexeso. Pro trénink retrográdní paměti využit i materiál pro trénink kognitivních funkcí, tedy křížovky, doplňovačky a jiné. Během terapií nebyly vždy pomůcky využity, klientka hrála kupříkladu slovní fotbal, zkoušela uhodnout hádanky, či doplnit pořekadla a básničky. Během terapií a k jejich závěru kladeny otázky na zodpovězení data a místa konání terapií.

Průběžné zhodnocení, realizace

První spolupráce s klientkou započala v květnu roku 2011, během měsíční souvislé praxe v Prácheňském sanatoriu o.p.s na Louckém mlýně. Ergoterapie nejprve probíhala individuálně během celého měsíce mé souvislé praxe, a to jednou denně, 5 dní v týdnu, po dobu 40 minut. Poté jsem za klientkou docházela 2x týdně na dobu 60 minut. V terapii jsem se zaměřila na problematické oblasti klientky. Po 2 měsících

individuální terapie se klientka pomalu začala zapojovat do skupinových terapií pod vedením ergoterapeutek.

9.1.4 Výstupní vyšetření

Výstupní vyšetření bylo provedeno dne 14.10.2011 během pátého semestru studia. Hodnocení provedla – Markéta Texlerová.

Výsledky testů:

- FIM - 107 b. - klientka je v oblasti ADL činností celkem soběstačná. Zlepšení v oblasti komunikace s okolím a v oblasti řešení problémů. U klientky přesto stále přetrvává strach z neúspěchu, avšak se již aktivně zúčastňuje terapií a komunikuje s okolím.
- Barthel index - 85 b. - stav nezměněn
- ACE-R - 41b. - zlepšení v oblasti orientace. Klientka se lépe orientuje v místě a čase, především díky pravidelným terapiím a tréninku paměti.
- MMSE - 15 b. - viz. test ACE-R
- Test hodin - 3 b. stav nezměněn.
- Škála deprese pro geriatrické klienty - 4 body. Stav nezměněn.

Tabulka č. 1 Vstupní a výstupní vyšetření kazuistiky č. 1

		Kazuistika č. 1		
Vstupní vyšetření:	Body:		Výstupní vyšetření:	Body:
FIM	105		FIM	107
ADL	85		ADL	85
MMSE	13		MMSE	15
ACE- R	38		ACE-R	41
Test hodin	3		Test hodin	3
Škála deprese	4		Škála deprese	4

Závěrečná zpráva ergoterapeuta

V oblasti orientace došlo k výraznému zlepšení. Klientka se sice dle ACE-R testu stále neorientuje v čase a místě, avšak díky pravidelné účasti na terapiích se orientuje v denním režimu. Ví, že po probuzení následuje ranní hygiena, poté snídaně a následně dopolední skupinová terapie pod vedením ergoterapeutky, jež je zaměřena na

paměťová cvičení a muzikoterapii. Poté již nemusí být pobízena ke stravování, jelikož ví, že ihned po zakončení terapie se podává oběd a po něm následují odpolední individuální terapie. Díky pravidelnému dennímu režimu ví, že po večeři se má odebrat do svého pokoje a chystat se k spánku. Pro klientku trpící Alzheimerovou demencí není natolik podstatné vědět název zařízení, či datum a přesný čas, ale pomocí účasti na terapiích zná denní režim a lépe se orientuje. V oblasti krátkodobé paměti nedošlo k výrazným změnám. Klientka dokáže ihned reprodukovat daná slova, ovšem po uplynutí určitého časového intervalu již tuto činnost nedokáže. Díky individuálnímu tréninku se již nebojí skupinových terapií. Je si vědoma toho, že i ostatní klienti mají problém s krátkodobou pamětí. Strach z neúspěchu však i nadále přetrvává.

9.2 Kazuistika č. 2

9.2.1 Úvod, základní informace

Pohlaví: XY

Hlavní Dg.: Alzheimerova nemoc

Věk: 70 let

Anamnéza

Odběr anamnézy proběhl 10.5.2011 během souvislé odborné praxe ve čtvrtém semestru studia.

OA:

- G30. 9 - Alzheimerova nemoc
- Běžné dětské onemocnění
- Bez alergií

Ostatní Dg:

- F03 neurčená demence
- F09 neurčená organická, nebo symptomatická duševní porucha
- Esenciální hypertenze
- Chronická ischemická choroba srdeční
- Komorová tachykardie
- Hyperlipidémie

RA:

- Bezvýznamná

PA:

- Dnes ve starobním důchodu
- Dříve voják z povolání

SA:

- Dříve žil klient ve společné domácnosti s dcerou a její rodinou.
- Od r. 2000 žije klient v bezbariérovém DZR, Prácheňském sanatoriu o.p.s na Louckém mlýně.
- V kontaktu s rodinou, často propouštěn z DZR na víkend, či dovolené k rodině.

FA:

- Geratam 1200 mg., tbl., 1-1-0
- Apo- donepezil 10 mg., tbl., 0-0-1

Lateralita:

- Vpravo

KP:

- Brýle na čtení

ZKPÚ:

- Ano

9.2.2 Vstupní vyšetření

Provedeno dne 11.5.2011 během souvislé odborné praxe ve 3. ročníku. Provedeny testy Barthel index, FIM, MMSE, Test hodin a Škála deprese pro geriatrické klienty. Testování provedla – Markéta Texlerová.

FIM

- Oblast sebesycení: Klient je schopen sebenasycení. Zvládá přijímat stravu příborem, zná kulturu stolování, jež dodržuje. Pomoc v oblasti podání stravy a pobídnutí ke stravování.
- Oblast osobní hygieny a koupání: Klient si zvládne sám umýt obličej a ruce, zvládá se samostatně učesat. V oblasti koupání je zapotřebí dohled

zdravotnického personálu. Spíše z preventivních důvodů, jako prevence před případným pádem.

- Oblast oblékání horní a dolní poloviny těla: Klient se sám zvládne obléci. Tato oblast nečiní potíže.
- Oblast kontinence moči a stolice: Klient nemá problém s inkontinencí moči, ani stolice. Neužívá pomůcky pro inkontinentní.
- Oblast mobility: Klient je plně mobilní, neužívá žádné kompenzační pomůcky pro přesuny. Pro přesun do vany, či sprchy je pouze zapotřebí z preventivních důvodů dohled personálu.
- Oblast lokomoce: Klient zvládá chůzi po rovině i do schodů. Výtahu neužívá, ubytována v prvním patře DZR, chůzi po schodech zvládá bez dohledu.
- Oblast komunikace: Klient plně vnímá a komunikuje s okolím. Tato oblast nečiní potíže.
- Oblast sociální adaptability: Schopen řešení problémů. Problematika kognitivních funkcí v oblasti orientace, viz. test MMSE
- Výsledek FIM testu 110 bodů

Barthel index

- Viz. test FIM
- Výsledek bodů - 90 lehká závislost

ACE- R

- Oblast pozornosti a orientace: V oblasti pozornosti nejsou výrazné problémy. Klient dokáže zopakovat požadovaná slova, vzhledem k onemocnění dokáže alespoň z části využít logického myšlení. Oblast orientace je výrazně narušena, klient se neorientuje v čase ani místě. Tvrdí, že dny mu přijdou stále stejné a stereotypní.
- Paměť: Anterográdní, ani retrográdní paměť nečiní obtíže.
- Oblast slovní produkce: Tato oblast je bezproblémovou, klient nemá potíže při hledání vhodných slov. Během krátkého časového limitu dokáže vymyslet velké množství slov.

- Jazyk: Oblast jazykového vyjádření nečinní problém, klient zvládá provést daný úkol, dokáže napsat jednoduchou větu obsahující podmět a přísudek. S pomocí KP dokáže správně přečíst i požadovaná slova.
- Oblast zrakově- prostorové orientace: Požadované nákresy geometrických tvarů bez problému. Součástí ACE-R testu je i Test hodin, jež činí obtíže (viz. Test hodin)
- Výsledek testu ACE-R 90 b./100b.

MMSE

- Viz. test ACE-R
- Výsledek 26 bodů – norma

Test hodin

- Správné uspořádání ciferníku
- Správně zakreslený čas pouze jednou ručičkou
- Výsledek 4 body

Škála deprese pro geriatrické klienty

- Výsledek 4 body
- Normální afekt bez deprese

Psychosociální funkce:

Klient není ochoten stanovit si cíle, jichž by měl v rámci terapií dosáhnout. Pasivně přihlíží k terapiím, nezúčastňuje se skupinových ani individuálních cvičení, pouze výletů po okolí. Je uzavřený, nekomunikativní. Spíše naslouchá.

Role a zájmy:

Klient pracoval celý život u armády jako voják. Jeho koníčkem jsou tedy především knihy, či filmy s vojenskou a válečnou tematikou. Rád čte a sleduje televizi. Krom výše zmíněných zájmů rád rybaří. V rámci individuální terapie má možnost společně s ergoterapeutkami občas rybařit u nedalekého rybníka. Nynější zdravotní stav tedy nemá vliv na vykonání jeho koníčků.

Resumé:

Silnou stránkou klienta je především dobrý stav kognitivních funkcí, taktéž oblast soběstačnosti mu nečiní potíže. Důležitá je i podpora rodiny, jež klienta velmi často navštěvuje v DZR. Slabými stránkami klienta je především jeho uzavřenost. Komunikuje sporadicky, nezúčastňuje se terapií. I přes skvělé výsledky v testech ACE - R a MMSE se nedokáže orientovat v čase a místě. Klient nepřilíš rozumí nástěnným hodinám, nedokáže určit kolik je hodin a především nezná denní řád DZR. Většinu času tráví v pokoji sledováním televize a je zapotřebí jej často upozorňovat na denní režim a vyzývat jej k činnostem a spolupráci.

9.2.3 Ergoterapeutický plán

Zaměřen na podporu a rozvoj kognitivních funkcí. Především na zlepšení orientace v čase a místě. Důraz kladen především na individuální trénink a snaha následného zapojení do skupinové terapie. Ergoterapeutický plán sestaven na dobu šesti měsíců, od května roku 2011, do října roku 2011. Využit kognitivně – percepční rámec vztahů.

KEP

- Návčik grafomotoriky
- Návčik kognitivních funkcí, především orientace v čase a místě
- Individuální terapie
- Snaha o zapojení do skupinových terapií
- Rybaření
- Četba a reprodukce textu jako součást návčik krátkodobé paměti a naplnění koníčků

DEP

- Snaha o zapojení a případné setrvání ve skupinové terapii
- Edukace klienta i zdravotnického personálu

Využívané pomůcky a podoby terapií

- Sada pro trénink kognitivních funkcí
- Materiál pro trénink kognitivních funkcí

- Tužka, papír, pastelky pro nácvik grafomotoriky
- Pomůcky pro rybaření
- Knihy s válečnou tematikou

Terapeutická jednotka

Cílem terapeutických jednotek bylo u klienta zlepšení orientace v čase a místě. Trénink grafomotoriky, především nácvik kreslení hodin. A v neposlední řadě i pro vykonávání koníčků. Terapie prováděny individuálně. Klient často terapie odmítal, dával přednost samotě a televizi. Zapojení do skupinové terapie klient též odmítl.

Náplň terapeutických jednotek

Trénink prováděn individuálně pod dohledem ergoterapeuta. Zaměřen na trénink kognitivních funkcí pomocí speciální sady a materiálu pro trénink orientace. Na začátku každé terapeutické jednotky seznámení s datem, místem a adresou zařízení, pro zlepšení orientace. Poté byly terapie zaměřeny na nácvik prostorové orientace a grafomotoriky. Nejvíce využívanými pomůckami byly pastelky a tužky. Dále pak knihy a novinové články, jejichž obsah měl za úkol klient číst, či po přečtení reprodukovat obsah a povídat o svých vlastních zkušenostech. Po třikrát využito i rybářské náčiní pro uskutečnění klientovo koníčků. Během terapií a k jejich závěru kladeny otázky na zodpovězení data a místa konání terapií.

Průběžné zhodnocení, realizace

První spolupráce s klientem započala taktéž jako u kazuistiky č.1 v květnu roku 2011, během měsíční souvislé praxe v Prácheňském sanatoriu o.p.s na Louckém mlýně. Ergoterapie probíhala individuálně a sporadicky. Klient často neměl na terapii náladu a odmítal ji. Od června roku 2011 jsem za klientem docházela 2x týdně na dobu 30 minut. V terapii jsem se zaměřila na problematické oblasti.

9.2.4 Výstupní vyšetření

Výstupní vyšetření bylo provedeno dne 14.10.2011, během pátého semestru studia. Hodnocení provedla – Markéta Texlerová.

Výsledky výstupního vyšetření:

- FIM - viz. vstupní vyšetření - 110 b.

- Barthel index - viz. vstupní vyšetření - 90 b.
- ACE-R - nezměněno, viz. vstupní vyšetření. Výsledek 90 b.
- MMSE - taktéž beze změny. Výsledek 26 b.
- Test hodin - Obdobně jako u vstupního vyšetření. Výsledek 4 b.
- Škála deprese pro geriatrické klienty - 3 body, normální afekt bez deprese

Tabulka č. 2 Vstupní a výstupní vyšetření kazuistiky č. 2

		Kazuistika č. 2		
Vstupní vyšetření:	Body:		Výstupní vyšetření:	Body:
FIM	110		FIM	110
ADL	90		ADL	90
MMSE	26		MMSE	26
ACE- R	90		ACE - R	90
Test hodin	4		Test hodin	4
Škála deprese	4		Škála deprese	3

Závěrečná zpráva ergoterapeuta

V oblasti prostorové orientace nedošlo k výraznému zlepšení. Klient stále nerozumí hodinám. Dle testu hodin sice dokáže správně nákres ciferníku s rozložením čísel, nedokáže však zakreslit ručičky a správný čas. Problémem tak zůstává neznalost denního režimu. Klient se během terapií odmítal zapojit do skupinového cvičení. Velmi pasivně se stavěl i k individuální terapii. Valnou část dne tráví ve svém pokoji a sleduje televizi, nebo si čte. Často tedy musí být upozorňován na režim dne, respektive na dobu oběda, svačiny, či večeře.

9. 3 Kazuistika č. 3

9.3.1 Úvod, základní informace

Pohlaví: XX

Hlavní Dg.: G30.0 Alzheimerova nemoc (presenilní)

Věk: 71 let

Anamnéza

Odběr anamnézy proběhl 13.5.2011 během souvislé odborné praxe ve 3 ročníku studia.

OA:

- F00.0 - Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
- Běžné dětské onemocnění
- Bez alergií

Ostatní Dg:

- G30.0 - Alzheimerova nemoc s časným začátkem
- Čistá hypercholesterolemie
- Esenciální hypertenze
- Dyspepsie
- Nemoc slinivky břišní NS

RA:

- Vdova
- 2 synové - zdraví

PA:

- Dnes ve starobním důchodu
- Dříve knihovnice

SA:

- Dříve žila klientka ve společné domácnosti se synem a jeho rodinou
- Od r. 2010 žije klientka v bezbariérovém DZR, Prácheňském sanatoriu o.p.s na Louckém mlýně
- V kontaktu s rodinou, často ji navštěvují

FA:

- Tiapridal 250 mg., tbl., 0-0-1
- Aricept 250 mg., tbl., 0-1-1

Lateralita:

- Vpravo

KP:

- Brýle na čtení

ZKPÚ:

- Ne

9.3.2 Vstupní vyšetření

Provedeno dne 17.5.2011 během souvislé odborné praxe ve 3. ročníku. Provedeny testy Barthel index, FIM, MMSE, Test hodin a Škála deprese pro geriatrické klienty. Hodnocení provedla – Markéta Texlerová.

FIM

- Oblast sebesycení: Tato oblast nečiní klientce potíže. Zvládá přijímat stravu příborem, zná kulturu stolování. Pomoc je zapotřebí pouze v oblasti podání stravy a pobídnutí ke stravování.
- Oblast osobní hygieny a koupání: I tato oblast nečiní větší potíže. Pro klientku není těžké sama se umýt. Zná a dodržuje základní pravidla hygieny. Pouze v oblasti koupání, či sprchování je zapotřebí dohledu, spíše z preventivních důvodů.
- Oblast oblékání horní a dolní poloviny těla: Není zapotřebí pomoci, pouze případné kontroly u správné posloupnosti oblékání.
- Oblast kontinence moči a stolice: Klientka nemá problémy s inkontinencí stolice. Lehká inkontinence moči během noci. Pomůckou jsou noční vložky.
- Oblast mobility: Klientka je plně mobilní, neužívá žádné kompenzační pomůcky pro přesuny. Pro přesun do vany, či sprchy zapotřebí z preventivních důvodů dohled personálu. Těž jako u oblasti hygieny.
- Oblast lokomoce: Klientka zvládá chůzi po rovině i do schodů. Výtahu neužívá, ubytována v prvním patře DZR, chůzi po schodech zvládá bez dohledu.
- Oblast komunikace: Horší výbavnost vhodných slov, komunikace se známým okolím. Problém při seznamování, obtíže při navázání nových kontaktů.
- Oblast sociální adaptability: Nesnáze při řešení problému. Problematika též v oblasti kognitivních funkcí, zejména v oblasti orientace a anterográdní paměti.
Viz. test MMSE
- Výsledek FIM testu 108 bodů

Barthel index

- Viz. test FIM
- Výsledek bodů - 85 lehká závislost

ACE-R

- Oblast pozornosti a orientace: V oblasti pozornosti se objevují výrazné problémy. Pro klientku je obtížné zopakovat zadaná slova. I oblast orientace je výrazně narušena, klientka se neorientuje v čase ani místě.
- Paměť: Anterográdní paměť - narušena, klientka není schopna zopakovat požadované údaje. Retrográdní paměť – neporušena
- Oblast slovní produkce: Problémová oblast, klientka nedokáže během krátkého časového intervalu vyjmenovat požadované množství slov, zapomíná zadání úkolu.
- Jazyk: Oblast jazykového vyjádření nečiní problém, klientka zvládá provést daný úkol, dokáže napsat jednoduchou větu obsahující podmět a přísudek. S pomocí KP dokáže správně přečíst i požadovaná slova.
- Oblast zrakově - prostorové orientace: Požadované nákresy geometrických tvarů bez problému
- Součástí ACE-R testu je i Test hodin, jež však činí obtíže (viz. Test hodin)
- Výsledek testu ACE-R 36b./100b.

MMSE

- Viz. test ACE-R
- Výsledek 13 b./30 b.

Test hodin

- Nepravidelné mezery, zapomínání čísel
- Střední stupeň prostorové dezorganizace
- Výsledek 4 stupeň

Škála deprese pro geriatrické klienty

- Výsledek 3 body
- Normální afekt bez deprese

Psychosociální funkce:

Klientka je schopna s pomocí ergoterapeutů stanovit reálné cíle, jichž chce prostřednictvím terapií dosáhnout. Je komunikativní ve společnosti známých lidí a personálu, jinak je uzavřená. Denně se aktivně zúčastňuje terapií.

Role a zájmy:

Klientka pracovala celý život jako knihovnice. Jejími zálibami je především četba románů, dále sledování televize a v neposlední řadě pak komunikace s přáteli. Nynější zdravotní stav tedy nemá vliv na vykonání těchto koníčků.

Resumé:

Silnou stránkou klientky je především spolupráce a aktivní zapojování do terapií. Taktéž podpora rodiny, jež jí velmi často navštěvují v DZR. Slabými stránkami je především závislost na konstantním prostředí. V cizím prostředí komunikuje spíše sporadicky.

9.3.3 Ergoterapeutický plán

Zaměřen na podporu a rozvoj kognitivních funkcí. Především na zlepšení orientace v čase a místě a na trénink anterográdní paměti. Ergoterapeutický plán sestaven na dobu šesti měsíců, od května roku 2011, do října roku 2011. Použit kognitivně – percepční rámec vztahů s přístupem ADL.

KEP

- Návuk grafomotoriky
- Návuk kognitivních funkcí, především orientace v čase a místě
- Četba a reprodukce textu
- Návuk iADL činností

DEP

- Pokračování v KEP, návukem ADL a iADL činností, snaha o zachování soběstačnosti po co nejdelší dobu
- Návuk anterográdní paměti, snaha o zachování úrovně a stavu paměti po co nejdelší dobu

- Edukace klientky a zdravotnického personálu

Využívané pomůcky a podoby terapií

- Sada pro trénink kognitivních funkcí
- Materiál pro trénink kognitivních funkcí
- Tužka, papír, pastelky pro nácvik grafomotoriky
- Knihy
- Cvičná kuchyňka, pomůcky pro vaření

Terapeutická jednotka

Cílem terapeutických jednotek bylo v první řadě zlepšení orientace v čase a místě, trénink grafomotoriky a v neposlední řadě i nácvik iADL činností pro zlepšení a co nejdélejší možné udržení soběstačnosti klientky. Terapie prováděny individuálně i skupinově. Klientka se terapií pravidelně účastnila.

Náplň terapeutických jednotek

Trénink prováděn individuálně i skupinově pod dohledem ergoterapeuta. Zaměřen na trénink kognitivních funkcí pomocí speciální sady a materiálu pro trénink orientace. Na začátku každé terapeutické jednotky seznámení s datem, místem a adresou zařízení, pro zlepšení orientace. Poté byly terapie zaměřeny na nácvik prostorové orientace, grafomotoriky a nácviku iADL činností. Nejvíce využívanými pomůckami byly pastelky a tužky, dále pak knihy pro účel četby a následné reprodukce textu. Reminiscenční terapie, povídání o životě a klientčinych koníčcích. A v neposlední řadě byla využita i cvičná kuchyňka pro trénink iADL činností. Během terapií a k jejich závěru kladeny otázky na zodpovězení data a místa konání terapií.

Průběžné zhodnocení, realizace

První spolupráce s klientkou započala taktéž jako u kazuistik č. 1 a č. 2 v květnu roku 2011, během měsíční souvislé praxe v Prácheňském sanatoriu o.p.s na Louckém mlýně. Ergoterapie probíhala individuálně i skupinově. Od června roku 2011 jsem za klientkou docházela 2x týdně na dobu 30 minut. V červenci r. 2011 jsem s klientkou strávila týden v zařízení Alzheimer centrum v Průhonicích na tzv. relaxačním pobytu. Během tohoto týdne došlo ke zhoršení psychického stavu klientky (viz. test Škála

deprese pro geriatrická klienty z 18.7.2011). Odmítala se účastnit terapií s neznámými lidmi (klienty Alzheimer centra v Průhonicích), neorientovala se v čase ani místě, byla zmatená a odmítala komunikovat i s mou osobou, byť mně velmi dobře znala.

9.3.4 Výstupní vyšetření

Výstupní vyšetření bylo provedeno dne 14.10.2011 v pátém semestru studia.

Hodnocení provedeno Markétou Texlerovou.

- Test FIM - výsledky totožné se vstupním vyšetřením. Tj. 108 b.
- Barthel index - výsledky taktéž totožné - 85b.
- ACE-R - 38b. Stále přetrvává problematika v oblasti anterográdní paměti. Došlo k mírnému zlepšení v oblasti orientace v místě, díky pravidelným terapiím.
- MMSE - 14 b. Viz. test ACE- R
- Test hodin - nezměněno - 4 b.
- Škála deprese pro geriatrické klienty - 3 b.

Tabulka č. 3 Vstupní a výstupní vyšetření kazuistiky č. 3

Kazuistika č. 3				
Vstupní vyšetření:	Body:		Výstupní vyšetření:	Body:
FIM	108		FIM	108
ADL	85		ADL	85
MMSE	13		MMSE	14
ACE- R	36		ACE- R	38
Test hodin	4		Test hodin	4
Škála deprese	3		Škála deprese	3

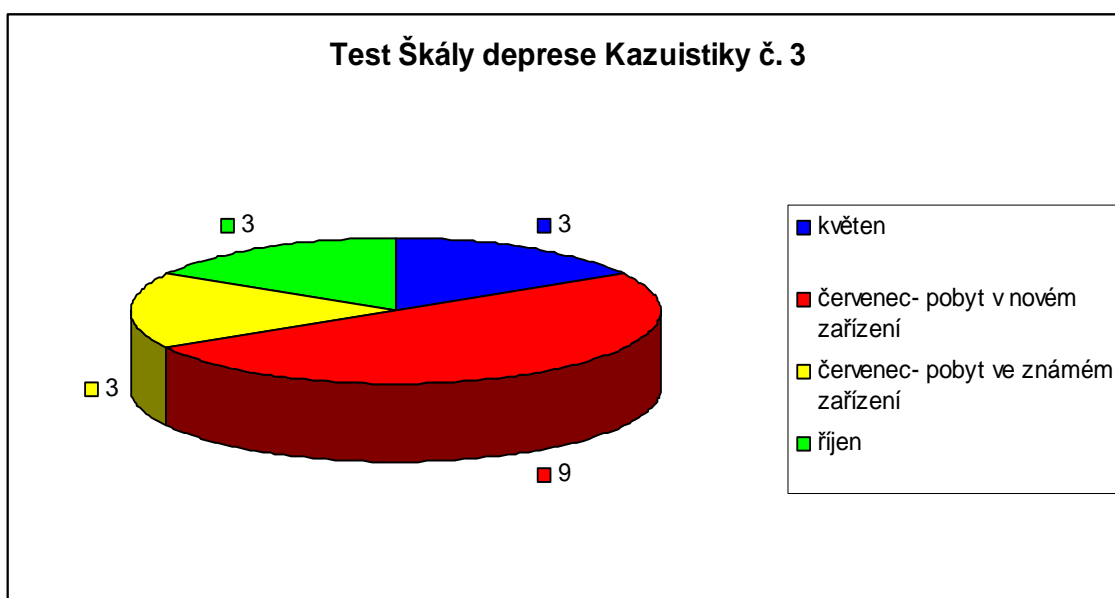
Pro lepší zhodnocení psychického stavu klientky byl proveden test škály deprese pro geriatrické klienty během týdenního pobytu v novém zařízení a poté bezprostředně po příjezdu zpět do známého prostředí.

- Škála deprese pro geriatrické klienty - ze dne 18.7.2011 - výsledek 9b. - klientka byla v novém prostředí zmatená, smutná a plačtivá. Dožadovala se převozu domů, nebo alespoň návštěvy rodiny.

- Škála deprese pro geriatrické klienty - ze dne 25.7.2011 - výsledek 3 b. - normální afekt bez deprese, totožný s výsledkem vstupního vyšetření z května r. 2011 a výstupního vyšetření z října r. 2011

Tabulka č. 4 Test Škály deprese kazuistiky č. 3

Test Škály deprese - kazuistiky č. 3	
Datum vyšetření:	Počet bodů:
květen	3
červenec- pobyt v novém zařízení	9
červenec- pobyt ve známém zařízení	3
říjen	3



Graf č. 1 Test Škály deprese kazuistiky č. 3

Závěrečná zpráva ergoterapeuta

S klientkou se velmi dobře spolupracuje ve známém prostředí mezi klienty, jež se dobře znají. Velmi ráda tráví čas s jinými klientkami a povídají si. V oblasti anterográdní paměti nedošlo k výrazným změnám, přesto se klientka lépe orientuje v místě a čase. Návčik iADL nečinní problémy, slouží spíše jako preventivní opatření k co nejdelšímu zachování soběstačnosti. Poukazují na zhoršenou spolupráci a komunikaci v neznámém prostředí. Klientka se během týdne v zařízení Alzheimer centrum v Průhonicích odmítala zapojovat do terapií. Znatelné projevy úzkosti a zmatenosti. Souhlasila s pouze individuální terapií na pokoji, odmítala zapojit se do

skupinových terapií s neznámými lidmi. Během dne se neorientovala v novém prostředí a dožadovala se transportu zpět do zařízení Alzheimer centrum na Louckém mlýně. Během dne zmateně bloudila po neznámém zařízení. Během noci nespala a zmateně bloudila po chodbách nového zařízení. Klid projevila pouze, když zahlédla mou, již známou tvář. Po převozu zpět do známého prostředí se uklidnila a ihned začala vyprávět o uplynulém týdnu.

9. 4 Kazuistika č.4

9.4.1 Úvod, základní informace

Pohlaví: XY

Hlavní Dg. : G30.0 - Alzheimerova nemoc (presenilní)

Věk: 84 let

Anamnéza

Odběr anamnézy proběhl 3.5.2011 během souvislé odborné praxe ve 3. ročníku studia.

OA:

- F00.0 - Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
- Běžné dětské onemocnění
- Stav po kardiostimulaci pro fibrilaci síní (rok 2010)
- Alergie neuguje

Ostatní Dg:

- F00.0 - Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
- Primární hypertenze
- Hypotyreóza
- Fibrilace a flutter síní
- Přítomnost kardiostimulátoru

RA:

- Vdovec
- Syn a dcera - zdraví

PA:

- Dnes ve starobním důchodu
- Dříve obchodní příručí

SA:

- Dříve žil klient ve společné domácnosti s manželkou
- Po ovdovění v roce 2010 žil sám
- Po diagnostice Alzheimerovy nemoci na přání dětí a se svým souhlasem umístěn do DZR
- Od května r. 2010 žije klient v bezbariérovém DZR, Prácheňském sanatoriu o.p.s na Louckém mlýně
- V kontaktu s rodinou, často jej navštěvují

FA:

- Tiapridal 100 mg., tbl., 0-0-1
- Aricept 10mg., tbl., 0-1-1

Lateralita:

- Vlevo

KP:

- Brýle na čtení

ZKPÚ:

- Ano

9.4.2 Vstupní vyšetření

Provedeno Markétou Texlerovou, dne 5.5.2011 během souvislé odborné praxe ve 3. ročníku. Provedeny testy Barthel index, FIM, ACE-R, Test hodin a Škála deprese pro geriatrické klienty.

FIM

- Oblast sebesycení: Oblast sebesycení nečiní klientovi potíže. Zvládá přijímat stravu přiborem, zná kulturu stolování. Stravuje se na jídelně s ostatními klienty. Pomoc je zapotřebí pouze v oblasti podání stravy a pobídnutí ke stravování.
- Oblast osobní hygieny a koupání: Oblast hygieny a koupání je vcelku bezproblémová. Klient si zvládne omýt obličej, zvládá samostatně hygienu o

dotyky ústní. Klient se sám oholí pomocí elektrického holicího strojku. Potřeba dohledu pouze při sprchování, z preventivních důvodů.

- Oblast oblékání horní a dolní poloviny těla: Není zapotřebí pomoci, pouze případné kontroly pro správnou posloupnost oblékání.
- Oblast kontinence moči a stolice: Klient nemá problém s inkontinencí stolice ani moči.
- Oblast mobility: Klient je plně mobilní, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky pro přesuny jako hůl, či berle. Pro přesun do vany, či sprchy zapotřebí pouze z preventivních důvodů dohled personálu stejně jako u všech klientů DZR.
- Oblast lokomoce: Klient zvládá samostatně a bez dohledu chůzi po rovině i do schodů. Výtahu neužívá, ubytován v prvním patře DZR.
- Oblast komunikace: V oblasti komunikace není problém. Klient je komunikativní a velmi společenský, ale pouze ve známém prostředí. Problém nastává při seznamování, projev obtíží při navázání nových kontaktů.
- Oblast sociální adaptability: S pomocí klient zvládá vyřešit problém. Problematika spíše v oblasti kognitivních funkcí, zejména v oblasti orientace a anterográdní paměti. Viz. test ACE-R.
- Výsledek FIM testu 114 bodů

Barthel index

- Viz. test FIM
- Výsledek - 95 b. - lehká závislost

ACE-R

- Oblast pozornosti a orientace: Klient se neorientuje v čase ani místě. Oblast pozornosti nenarušena.
- Paměť: Anterográdní paměť - Narušena, klient není schopen zopakovat požadované údaje. Retrográdní paměť - Nečiní obtíže.
- Oblast slovní produkce: Omezena časovým limitem. Klientovi nečiní obtíže slovní zásoba a produkce slov, ale omezuje jej vědomí časového limitu.

- Jazyk: Oblast jazykového vyjádření nečiní problém, klient je schopen provést daný úkol. Zvládne napsat jednoduchou větu obsahující podmět a přísudek. S pomocí KP dokáže správně přečíst i požadovaná slova.
- Oblast zřetelově - prostorové orientace: Klient zvládne bez problému zakreslit požadované geometrické tvary. Součástí ACE-R testu je však i Test hodin, jež činí obtíže. (viz. Test hodin)
- Výsledek testu ACE-R 36b./100b.

Test hodin

- Nepravidelné mezery
- Zapomínání čísel
- Těžká prostorová dezorganizace
- Výsledek Testu hodin 4. stupeň

Škála deprese pro geriatrické klienty

- Výsledek 4 body
- Normální afekt bez deprese

Psychosociální funkce:

Klient je schopen za podpory ergoterapeutů stanovit reálné cíle, jichž chce prostřednictvím terapií dosáhnout. Je komunikativní a společenský, ale pouze ve společnosti známých lidí a personálu. Jinak je uzavřený a obtížně navazuje nové kontakty. Denně se aktivně zúčastňuje terapií.

Role a zájmy:

Klientovými zálibami je především četba knih, posezení s přáteli nad kávou a sledování televize. Během jara a léta rád s ergoterapeutkami pracuje na zahrádce. Jeho nynější zdravotní stav nemá vliv na vykonání výše zmíněných koníčků. Pro četbu knih používá KP- brýle.

Resumé:

Silnou stránkou klienta je především jeho otevřenost, komunikační schopnosti a také spolupráce a aktivní zapojování do terapií. Taktéž má velkou podporu ve své rodině, jež ho často navštěvuje.

Slabými stránkami je především závislost na konstantním prostředí. V cizím prostředí komunikuje spíše sporadicky. V nesnázích při navazování nových kontaktů časté projevy agrese.

9.4.3 Ergoterapeutický plán

Zaměřen na podporu a rozvoj kognitivních funkcí. Především na zlepšení orientace v čase a místě a na trénink anterográdní paměti. Ergoterapeutický plán sestaven na dobu šesti měsíců, od května roku 2011, do října roku 2011. Využit biomechanický rámec vztahů s přístupem ADL.

KEP

- Návčik kognitivních funkcí, především orientace v čase a místě
- Četba a reprodukce textu
- Reminiscenční terapie

DEP

- Návčik ADL činností, snaha o zachování soběstačnosti po co nejdelší dobu
- Návčik anterográdní paměti, snaha o zachování úrovně a stavu paměti po co nejdelší dobu
- Edukace klienta

Využívané pomůcky a podoby terapií

- Sada pro trénink kognitivních funkcí
- Materiál pro trénink kognitivních funkcí
- Knihy pro četbu a reprodukci textu
- Hudební nástroje pro muzikoterapii

Terapeutická jednotka

Cílem terapeutických jednotek bylo jako u výše zmíněných klientů zlepšení orientace v čase a místě, trénink krátkodobé paměti a v neposlední řadě i návčik ADL a

iADL činností pro zlepšení a co nejděší možné udržení soběstačnosti. Terapie prováděny individuálně i skupinově. Klient se terapií pravidelně aktivně účastnil.

Náplň terapeutických jednotek

Trénink byl prováděn individuálně i skupinově pod dohledem ergoterapeuta. Zaměřen především na trénink kognitivních funkcí pomocí speciální sady a materiálu pro trénink orientace. Na začátku každé terapeutické jednotky provedeno seznámení s datem, místem a adresou zařízení, pro zlepšení orientace. Poté byly terapie zaměřeny na nácvik prostorové orientace, krátkodobé paměti a dále i nácviku ADL a iADL činností. Nejvíce využívanými pomůckami byly knihy pro účel četby a následné reprodukce textu. Prováděna taktéž i reminiscenční terapie, ve formě povídání o životě, zaměstnání, rodině a koníčcích. Během terapií a k jejich závěru kladeny otázky na zodpovězení data a místa konání terapií.

Průběžné zhodnocení, realizace

První spolupráce s klientem započala taktéž jako u výše zmíněných kazuistik v květnu roku 2011, ve 4. semestru studia, v rámci měsíční souvislé praxe v Prácheňském sanatoriu o.p.s na Louckém mlýně. Ergoterapie probíhala individuálně i skupinově. Od června roku 2011 jsem za klientem docházela 2x týdně na dobu 30 minut. V červenci r. 2011 jsem s klientem strávila taktéž jako s klientkou kazuistiky č. 3 týden v zařízení Alzheimer centrum v Průhonicích na tzv. relaxačním pobytu. Během tohoto týdne došlo taktéž jako u klientky ke zhoršení psychického stavu (viz. test Škála deprese pro geriatrické klienty z 18.7.2011). Klient se odmítal zúčastňovat terapií s neznámými lidmi (klienty Alzheimer centra v Průhonicích). Vázla orientace v čase a místě. Klient byl zmatený, odmítal komunikovat a velmi často projevoval slovní agresivitu.

9.4.4 Výstupní vyšetření

Výstupní vyšetření provedeno Markétou Texlerovou, dne 20.10.2011 během pátého semestru studia.

- Test FIM - nezměněno. Výsledek 114 b.
- Barthel index - Stav taktéž nezměněn. Výsledek 95 b.

- ACE- R- zlepšení v oblasti slovní produkce. Výsledek 40 b.
- Test hodin - nezměněno
- Škála deprese pro geriatrické klienty - 3b.

Tabulka č. 5 Vstupní a výstupní vyšetření kazuistiky č. 4

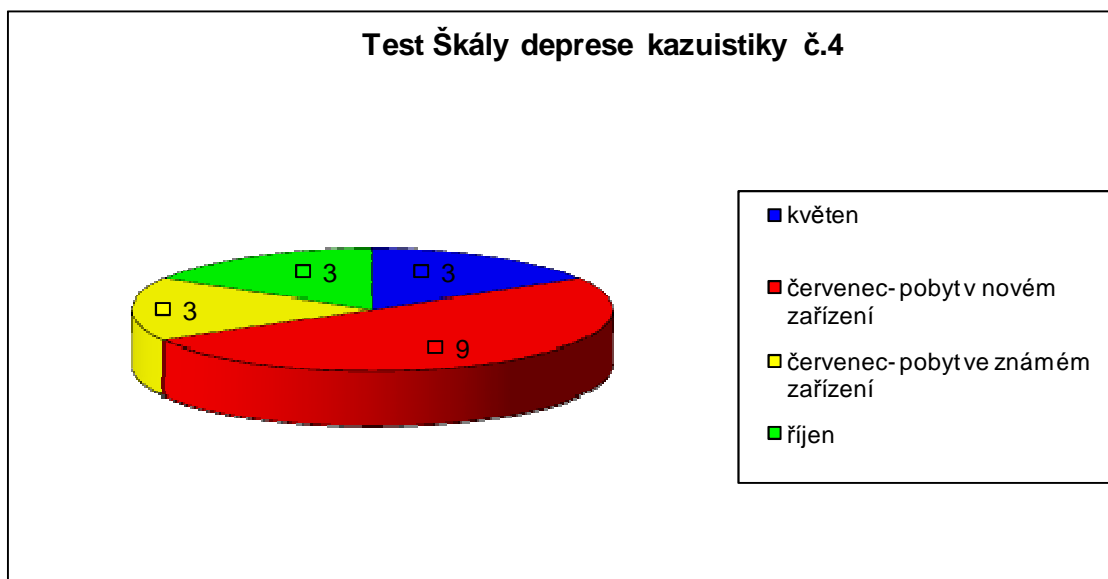
		Kazuistika č. 4	
Vstupní vyšetření:	Body:	Výstupní vyšetření:	Body:
FIM	114	FIM	114
ADL	95	ADL	95
ACE- R	36	ACE- R	40
Test hodin	4	Test hodin	4
Škála deprese	4	Škála deprese	3

Pro lepší zhodnocení psychického stavu klienta bylo provedeno testování pomocí Škály deprese pro geriatrické klienty v červenci r. 2011 během týdenního pobytu v novém zařízení a poté bezprostředně po příjezdu do známého prostředí.

- Škála deprese ze dne 18.7.2011 - výsledek 9b. - mírná deprese
- Škála deprese ze dne 25.7.2011 - výsledek 3 b. - totožný výsledek se vstupním vyšetřením z května r. 2011 a výstupním vyšetřením z října r. 2011

Tabulka č. 6 Test Škály deprese kazuistiky č. 4

Test Škály deprese kazuistiky č. 4	
Datum vyšetření:	Počet bodů:
květen	3
červenec- pobyt v novém zařízení	9
červenec- pobyt ve známém zařízení	3
říjen	3



Graf č. 2 Test Škály deprese kazuistiky č. 4

Závěrečná zpráva ergoterapeuta

S klientem se taktéž jako s klientkou kazuistiky č. 3 velmi dobře spolupracuje ve známém prostředí mezi klienty, jež dlouhodobě zná. Velmi rád tráví čas s ostatními klienty nad kávou a komunikuje. V oblasti kognitivních funkcí došlo k mírnému zlepšení. Klient si i v krátkém časovém intervalu lépe vybavuje požadovaná slova. Orientace v čase a místě taktéž zlepšena i přes stálou neznalost hodin. V závěrečné zprávě bych ráda poukázala na zhoršenou spolupráci a komunikaci v neznámém prostředí. Klient se během týdne v zařízení Alzheimer centrum v Průhonících odmítal zapojit do terapií. Neznalost prostředí a nového kolektivu se projevovala především uzavřeností, negativním postojem k terapiím a sníženou komunikací nejen s novými lidmi, ale taktéž se známými osobami, tedy mnou a zdravotnickým personálem ze zařízení Loucký mlýn. Klient se odmítal zapojovat do skupinových terapií i do individuální spolupráce s mou osobou. Většinu času trávil v novém pokoji, kde byl ubytován. Při komunikaci často projevoval slovní agresi. Během dne se neorientoval v novém prostředí a dožadoval se taktéž jako klientka kazuistiky č. 3 transportu zpět do zařízení Alzheimer centrum na Louckém mlýně. Během dne i noci zmateně bloudil po neznámých prostorách nového zařízení. Po převozu zpět do známého zařízení se uklidnil a ihned začal vyprávět o uplynulém týdnu.

10. DISKUZE

Prostřednictvím bakalářské práce jsem se dopodrobna seznámila s problematikou Alzheimerovy demence. Díky nesčetnému množství literatury jsem si rozšířila teoretické obzory v oblasti péče o takto stížené osoby, nutnosti tréninku kognitivních funkcí a také s tématem, na které se v celé své práci zaměřuji, a to sice na potřebu a nutnost režimových opatření a specifické úpravy prostředí. Díky souvislé odborné praxi a především možnosti dlouhodobě spolupracovat s takto nemocnými lidmi jsem zakusila i nutnost péče, úpravy prostředí a režimových opatření v praxi. V praktické části bakalářské práce jsem si stanovila dvě hypotézy, jež jsem zpracovala formou kazuistik.

První hypotézou byla oblast denního režimu a jeho nutnosti u klientů s Alzheimerovou demencí. Z výsledků vstupního a výstupního vyšetření u kazuistiky č. 1 je patrné, že u pozorované klientky dochází k dezorientaci v čase a místě. Úroveň stavu jejích kognitivních funkcí není tak kvalitní jako u klienta z kazuistiky č. 2. Problematika společná u obou pacientů je zejména neznalost hodin. I přes tuto neznalost a horší úroveň kognitivních funkcí se však klientka z kazuistiky č. 1 daleko lépe orientuje v místě a v čase, a to především proto, že dodržuje speciální denní režim pro DZR a aktivně se účastní veškerých terapií. Klient z kazuistiky č. 2 se do terapií odmítá zapojovat. Veškerý volný čas tráví ve svém pokoji, či pasivně přihlíží. Do terapií jej však nelze nutit. Dle literatury: „Do jednotlivých aktivit nemůžeme klienty nutit, pokud to sami nechtějí. Dobré ale je, když setrvávají s ostatními pokud možno co nejvíce ve společném prostoru a dění alespoň sledují. Nicméně pacienti ve fázi rozvinuté demence potřebují být systematicky vedeni k určitým aktivitám a k dennímu režimu, a to jak v domácím prostředí, tak i v zařízení.“¹⁶

U kazuistiky č. 1 lze potvrdit důležitost denního režimu. Klientka, ač s horší úrovní kognitivních funkcí, než klient kazuistiky č. 2 se lépe orientuje v čase. Dle testu hodin má sice horší prostorovou orientaci a stav anterográdní paměti je taktéž více stížen než u kazuistiky č. 2. Ale pro klientku není v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem a pobytem v DZR rozhodující znát přesné datum, nebo určit dle hodin aktuální

¹⁶ Jiráček R. a kol., *Demence a jiné poruchy paměti*, 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 93s.

čas. Je pro ni zásadní orientovat se v denním režimu. Díky aktivní spolupráci a účasti na terapiích již ví, že po probuzení následuje snídaně, poté dopolední trénink paměti, po němž následuje pomoc při přípravě oběda, následné společné stolování s ostatními klienty a poté v rámci nácviku iADL i úklid jídelny a mytí nádobí. Díky striktně danému režimu si je vědoma, na rozdíl od klienta kazuistiky č. 2 toho, že odpoledne tráví společně s ergoterapeuty, poté večeří a ví, že pak následuje čas spánku. Klient kazuistiky č. 2 je pravým opakem. I přes velmi dobré výsledky testu ACE-R, MMSE a testu hodin není orientován v čase tak dobře jako klientka. Na důležité mezníky dne, jakými jsou oběd, svačina, večeře a s nimi spojené užívání léků musí být upozorňován. Den a noc rozezná jen dle tmy, která je za okny. Klientka kazuistiky č. 1 naopak ví, že když se podává oběd je doba mezi 11:15 až 11:30, že doba kdy pravidelně trénuje paměť je v časovém rozmezí mezi 9:30 až 11:00 atd.. Dle odborné literatury je taktéž aktivizace klientů velmi důležitá a podstatná. „Aktivity jsou, zjednodušeně řečeno, věci, které konáme. Pacienti se jich mohou aktivně zúčastňovat, ale také je jen pasivně pozorovat. Mohou je vykonávat samostatně, ale častěji s terapeutem nebo ve skupině. Aktivity posilují lidskou důstojnost a sebeuvědomění, protože dávají účel a smysl životu člověka obecně, to platí také a zejména pro pacienty s demencí. Aktivity vytvářejí také mezníky času, strukturují den každého jedince.“¹⁷ Dle vlastních poznatků mohu souhlasit s danou literaturou a potvrdit naplnění hypotézy č. 1.

Hypotézu č. 2 jsem zaměřila na problematiku aklimatizace v novém prostředí. Na klientech kazuistik č. 3 a č. 4 se týdenní pobyt v Alzheimer centru v Průhonicích výrazně podepsal. Prakticky s každou změnou prostředí u dezorientovaných lidí, jakými nemocní a Alzheimerovou demencí bezpochyby jsou, souvisí i následné projevy strachu a obav z něčeho nového a neznámého. Typickým projevem se pak stává uzavřenost, úzkost a často následující deprese (jako u kazuistiky č. 3), či v opačném případě projevy agresivity (viz. kazuistika č. 4).

Již při příjmu do DZR bylo u obou výše zmíněných klientů zapotřebí uspořádat prostředí pokoje dle jejich zvyklostí. „Pokud nový pokoj nemocného zařídíte stejně, jako byl pokoj ve starém bytě, či domě, výrazně tak snížíte jeho problémy. Buďte si

¹⁷ Holmerová I. a kol., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2008, 139- 140 s.

jistí, že nemocný na svůj dřívější pokoj brzy zapomene a sžije se s novým,¹⁸ radí odborná literatura. Na noční stolky u lůžek klientů proto byly umístěny fotografie jejich rodin. Také vybavení pokojů bylo přizpůsobeno vzhledu jejich předchozích domácností. Po několika týdnech po příjmu do zařízení se klienti z kazuistik č. 3 a č. 4 zaklimatizovali a DZR se pro ně stal novým domovem. Během týdne stráveného v jiném zařízení ovšem došlo k dezorientaci. Oba, jak klient, tak i klientka se neorientovali v čase ani místě. Byli uzavření, nekomunikativní a u klienta kazuistiky č. 4 se projevovala i občasná slovní agresivita. Na změnu prostředí poukazuje i literatura. „Lidé trpící demencí jsou velmi citliví na změny prostředí, a proto každé umístění do instituce (hospitalizace, překlad) vede ke zhoršení příznaků. Setkáváme se s tzv. adaptačním syndromem. Můžeme pozorovat zhoršení nálady, zmatenost, neklid, poruchy vnímání a myšlení.“¹⁹

U obou klientů vážla i vzájemná komunikace. Nejen že se odmítali bavit s neznámými klienty nového zařízení, ale pasivně se stavěli i k mé osobě, byť mě velmi dobře znali. U klientky z kazuistiky č. 3 se objevoval pocit úzkosti a bezmoci. Odmítala se zapojovat do skupinových terapií. Souhlasila pouze s individuální léčbou. Též klient z kazuistiky č. 4 se odmítal zapojovat do společného programu. Osoby stížené Alzheimerovou chorobou se hůře zapojují do neznámého kolektivu. Mají strach z nových, neznámých tváří. Jak poukazuje literatura: „Nemocný v mírném stádiu nemoci nemusí rozumět všemu, co se děje v sociální rovině. Možná by chtěl být s ostatními kontaktu, ale neví, jak jednat, a tak se uzavře anebo prostě sedí a dívá se do prázdna. Zmatené prostředí nebo příliš mnoho podnětů může také způsobit, že se nemocný stáhne do ústraní.“²⁰

Během noci, kdy se klientka z kazuistiky č. 3 po určitých časových intervalech budila, odcházela na chodbu a zmateně bloudila po prostorách nového zařízení. Byla velmi neklidná a plačtivá. Dožadovala se návratu domů k rodině. K mírnému zklidnění stavu došlo v okamžiku, kdy v mé osobě poznala známou tvář. Poté byla ochotna znovu ulehnout na lůžko a pokračovat ve spánku. Tato situace se během noci několikrát opakovala. Osoby stížené Alzheimerovou nemocí obtížně určují čas a prostor, v němž

¹⁸ Holmerová I. a kol., *Alzheimerova nemoc v rodině*, 1. vyd. Praha: Pfizer spol. s.r.o., 2004, 70s.

¹⁹ Venglářová M., *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 24- 25 s.

²⁰ Callone P. et al., *Alzheimerova nemoc*. 1. české vyd., Praha: Grada, 2008, 69 s.

se nachází nejen během dne, ale především v noci, kdy se po krátkém spánku a následném probuzení do tmy nedokáží orientovat. Na tuto problematiku též poukazuje literatura. „Toulání a bloudění je dalším problematickým důsledkem demence. Může jít o vyjádření potřeby pokračovat v zaběhlém stereotypu, o snahu utéct z prostředí, které nepoznává, či potřebu najít něco známého, blízkého.“²¹ Dle literatury a vlastních poznatků mohu též souhlasit s hypotézou č. 2.

²¹ Jiráková R. et al., *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009, 76 s.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo vyzdvihnout nutnost režimových opatření a úpravy prostředí u klientů v I. stupni Alzheimerovy demence, tedy v době kdy jsou relativně soběstační v oblasti ADL činností a stávající úroveň kognitivních funkcí lze s pomocí pravidelných terapií a farmakologické léčby udržovat. Za pozitivní považuji velké množství literatury, z níž jsem měla možnost čerpat a především dlouhodobou spolupráci s takto nemocnými. Během několikaměsíční součinnosti jsem se s klienty sblížila a vytvořila si s nimi přátelské vztahy. Kazuistiky uvedené v praktické části mé práce jsou příkladem toho, že u klientů s prvním stupněm Alzheimerovy nemoci je velmi důležitý denní režim a především stále prostředí, jež se co nejvíce podobá jejich dřívější domácnosti.

Bohužel i kazuistická studie u klientů s Alzheimerovou demencí má své negativní stránky. Především pak písemný souhlas rodiny, v situaci kdy je klient zbaven způsobilosti k vykonávání právních úkonů. Pak je k nahlédnutí do zdravotní dokumentace a následnému zpracování údajů zapotřebí písemný souhlas osoby oprávněné k vykonávání právních úkonů, s čímž přirozeně některé rodiny nemusí souhlasit. To se stalo i v mém případě a proto jsem mohla zpracovat pouze čtyři kazuistiky. Součástí mé bakalářské práce je i příloha č. 6 a č. 7, tedy formulář pro souhlas k nahlédnutí do zdravotní dokumentace jak u osob svéprávných, tak i těch, jež byly zbaveny způsobilosti k vykonávání právních úkonů.

S postupnou prevalencí Alzheimerovy choroby se stále více zkvalitňuje péče o takto nemocné. Nejen ve specifčnosti domovů se zvláštním režimem, ale též i využitím velkého množství nejrůznějších ergoterapeutických metod a samozřejmě i přístupem zdravotnického a ošetřujícího personálu. Alzheimerovu nemoc bohužel není možné v současné době vyléčit, proto ani nejlepší a nejmodernější ergoterapeutické postupy a metody nemohou dlouhodobě zlepšit úroveň kognitivních funkcí. Jedním z nejdůležitějších přístupů při péči o osobu stíženou Alzheimerovou nemocí je chránit bezpečnost klienta prostřednictvím specifické úpravy prostředí a smysluplným naplněním volného času, tak aby se i přes kognitivní deficit pacienti snáze orientovali.

Literatura:

Knižní publikace:

1. ATCHINSON, J. Ben et al. *Conditions in occupational Therapy*. 3. edition ., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins , 2007, 385 s., ISBN 978-0-7817-5487-3
2. BENEŠOVÁ, Věra. *Poruchy chování ve stáří, co s tím*. 1. vyd., Praha: Galén, 2001, 20 s., ISBN 80-86257-33-9
3. BERLIT, Peter. *Memorix neurologie*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 464 s., ISBN 978-80-247-1915-3
4. BICKOVÁ, Lucie a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1.vyd., Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České Republiky, 2011, 272 s., ISBN 978-80-904668-1-4
5. BORZOVÁ, Claudia et al. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009, 144 s., ISBN 978-80-247-2978-7
6. CALLONE, Patricia. et al. *Alzheimerova nemoc*. 1.české vyd., Praha: Grada, 2008, 120 s., ISBN 978-80-247-2320-4
7. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 168 s., ISBN 978-80-247-1314-4
8. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 248 s., ISBN 978-80-247-1868-2
9. HÁTLOVÁ, Běla a SUCHÁ, Jitka. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd., Praha: Triton, 2005, 108 s., ISBN 80-7254-564-7
10. HERMAN, Jiří et al. *Základy managementu sociálních služeb*. 1. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 158 s., ISBN 978-80-7013-477-1
11. HOLMEROVÁ, Iva et al. *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer spol. s r.o., 2008. 114 s. Dostupné na WWW:
http://www.gerontologie.cz/files/alzheimerova_nemoc_v_rodine.pdf
12. HOLMEROVÁ, Iva et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost a gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.
13. HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Alzheimerova nemoc v rodině*, 1. vyd. Praha: Pfizer spol. s.r.o., 2004, 70s.

14. JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vyd., Brno: Masarykova univerzita, 2003, 48 s., ISBN 80-210-3204-9
15. JELÍNKOVÁ, Jana et al. *Ergoterapie*. 1. vyd., Praha: Portál s.r.o. , 2009, 272 s., ISBN 978-80-7367-583-7
16. JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009, 176 s., ISBN 978-80-247-2454-6
17. KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd., Praha: Grada, 2008, 336 s., ISBN 978-80-247-2490-4
18. KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Andrea. *Stáří*. 1. vyd., Praha: Galén, 2006, 44 s., ISBN 80-7262-455-5
19. KLUCKÁ, Jana a VOLFOVÁ, Pavla. *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009, 160 s., ISBN 978-80-247-2608-3
20. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd., Praha: Galén, 2009, 713 s., ISBN 978-80-7262-657-1
21. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd., Praha: Grada, 2011, 364 s., ISBN 978-80-247-2699-1
22. KUČEROVÁ, Hana. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006, 112 s., ISBN 80-247-1491-4
23. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 152 s., ISBN 978-80-247-1784-5
24. MALIA, Kit a BRANNAGAN, Anne. *Jak provádět trénink kognitivních funkcí*. 1. vyd., Praha: Cerebrum, 2010, 414 s., ISBN 978-80-904357-3-5
25. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd., Praha: Grada, 2010, 328 s., ISBN 978-80-247-3148-3
26. MALONE, Laurie K. et al., *Management guidelines for nurse practitioners working with older adults*. 2. edition., Philadelphia: F. A. Davis Copany, 2004, 465 s., ISBN 978-0-8036-1120-7
27. MATOUŠEK, Oldřich et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál s.r.o., 2003, 384 s., ISBN 80-7178-548-2
28. MIKULA, Jan a MÜLLEROVÁ, Nina. *Prevence dekubitů*. 1. vyd., Praha: Grada, 2008, 104 s., ISBN 978-80-247-2043-2
29. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. 1. vyd., Praha: Grada, 2011, 192 s., ISBN 978- 80-247-3872-7

30. NEČAS, Emanuel. *Obecná patologická fyziologie*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2000, 376 s., ISBN 80-246-0051-X
31. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 352 s., ISBN 978-80-247-1135-5
32. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 192 s., ISBN 978-80-247-1490-5
33. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd., Praha: Grada, 2010, 160 s., ISBN 978-80-247-3271-8
34. PREISS, Marek et al. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006, 368 s., ISBN 80-247-0843-4
35. SHULER, Matthias a OSTER, Peter. *Geriatric od A do Z*. 1. české vyd., Praha: Grada, 2010, 336 s., ISBN 978-80-247-3013-4
36. SEIDL, Zdeněk a OBENBERGER, Jiří. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd., Praha: Grada, 2004, 364 s., ISBN 80-247-0623-7
37. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd., Praha: Galén, 2005, 270 s., ISBN 80-7262-365-6
38. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., Praha: Portál s.r.o., 2004, 870 s., ISBN 80-7178-802-3
39. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 96 s., ISBN 978-80-247-2170-5
40. ZGOLA, Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd., Praha: Grada, 2003, 226 s., ISBN 80-247-0183-9

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

Příloha č. 2: Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

Příloha č. 3: Biografická anamnéza

Příloha č. 4: Piktogramová tabulka pro činnosti

Příloha č. 5: Formulář pro souhlas s nahlédnutím do zdravotní dokumentace osoby způsobilé k vykonávání právních úkonů

Příloha č. 6: Formulář pro souhlas s nahlédnutím do zdravotní dokumentace u osob zbavených způsobilosti k vykonávání právních úkonů

Příloha č. 1: Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

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





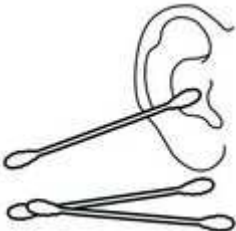






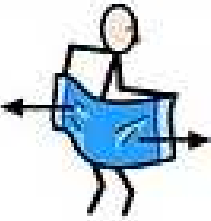




Příloha č. 2: Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence




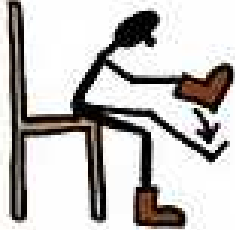











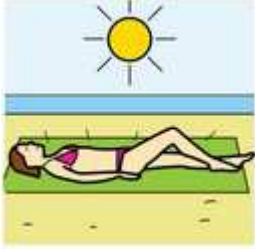
1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům; používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
5. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
6. Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
7. Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
8. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit; během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
9. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme důstojně jménem a nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje.

Příloha č. 3: Biografická anamnéza

- Sociální situace, zaměstnání
- Kdo může a kdo nemůže navštěvovat
- Jaký je typ
- Jak slyší
- Jak vidí, potřebuje brýle?
- Denní rytmus
- Pravák, levák
- Doteky, které má rád
- Doteky, které má nerad
- Jak spí, poloha, přikrývky
- Jak si čistí zuby, jak se holí, jakou kosmetiku používal
- Co jí rád / nerad
- Co pije rád / nerad
- Které zvuky poslouchá rád
- Upřednostňuje některé materiály?
- Oblíbené vůně
- Co dělá, když má bolesti
- Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, osoby, klid, káva...)
- Ostatní sdělení
- Důležitý zážitek v poslední době

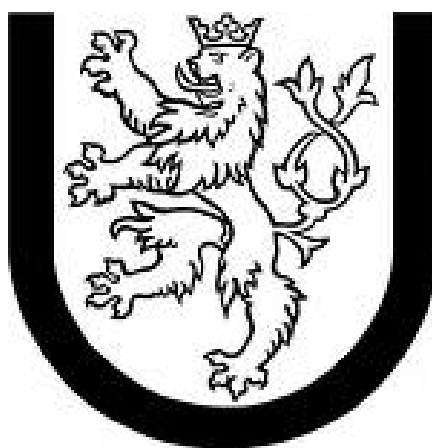
Příloha č. 4: Piktogramová tabulka činností

 <p>KOUPAT SE</p>	 <p>UMÝT RUCI</p>	 <p>OHOLIT SE</p>	 <p>UMÝT SE</p>
 <p>VYČISTIT UŠI</p>	 <p>VYČISTIT ZUBY</p>	 <p>DOJÍT SI NA ZÁCHOD</p>	 <p>DOJÍT SI NA ZÁCHOD</p>
 <p>JÍT SPÁT</p>	 <p>NALÍČIT SE</p>	 <p>UČESAT</p>	 <p>OSUŠIT SE</p>
 <p>KLEPAT NA DVEŘI</p>	 <p>VYMĚNIT POMŮCKU</p>	 <p>OBLÉKNOUT</p>	 <p>VYSVLÉKNOUT</p>

 <p>NAPÍT SE</p>	 <p>NAJÍST SE</p>	 <p>MLSAT</p>	 <p>OBOUT SE</p>
 <p>OSOLIT JÍDLO</p>	 <p>OBEJMOUT</p>	 <p>MÍT RÁD</p>	 <p>VYZOUT SE</p>
 <p>MÍT RÁD</p>	 <p>JÍT VEN</p>	 <p>SLAVIT</p>	 <p>OTEVŘÍT OKNO</p>
 <p>SPOŘIT</p>	 <p>OTEVŘÍT DVEŘE</p>	 <p>ZAVŘÍT DVEŘE</p>	 <p>SLUNIT SE</p>

**Příloha č. 5: Formulář pro souhlas s nahlédnutím do zdravotní dokumentace
osoby způsobilé k vykonávání právních úkonů**

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**



**PÍSEMNÝ SOUHLAS K POSKYTNUTÍ OSOBNÍCH INFORMACÍ
KLIENTA**

Já, níže podepsaný klient (ka), souhlasím s nahlédnutím do své zdravotní dokumentace a následným zpracováním svých osobních údajů pro účely bakalářské práce žadatelky Markéty Texlerové, s názvem „Význam režimových opatření a úpravy prostředí u klientů s Alzheimerovou demencí“.

KLIENT/KA

Příjmení a jméno, titul:..... RČ.:

Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla obeznámena s mým rodným číslem.

ŽADATELKA

Příjmení a jméno, titul:..... RČ.:

Ve dne.....

Podpis klienta

Podpis žadatelky

.....

.....

Příloha č. 6: Formulář pro souhlas s nahlédnutím do zdravotní dokumentace u osob zbavených způsobilosti k právním úkonům

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**



**PÍSEMNÝ SOUHLAS K POSKYTNUTÍ OSOBNÍCH INFORMACÍ
KLIENTA**

Já, níže podepsaná osoba, způsobilá k vykonávání právních úkonů za pana/paní , souhlasím s nahlédnutím do jeho/ její zdravotní dokumentace a s následným zpracováním osobních údajů pro účely bakalářské práce žadatelky Markéty Texlerové, s názvem „Význam režimových opatření a úpravy prostředí u klientů s Alzheimerovou demencí“.

OSOBA ZPŮSOBILÁ K VYKONÁVÁNÍ PRÁVNÍCH ÚKONŮ

Příjmení a jméno, titul: RČ.:

Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla obeznámena s mým rodným číslem.

ŽADATELKA

Příjmení a jméno, titul: RČ.:

Ve dne.....

Podpis klienta

Podpis žadatelky

.....

.....