

# Ošetrovatelská péče v domově pro seniory se zvláštním režimem

Monika Blažková

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Blažková**

Osobní číslo: **H11010**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Ošetrovatelská péče v domově pro seniory se zvláštním režimem**

Zásady pro vypracování:

**Nastudovat odbornou literaturu v oblasti sociální, psychiatrické a ošetrovatelské péče.  
Vymezit pojmy a teoretická východiska se zaměřením na ošetrovatelskou péči v domově pro seniory se zvláštním režimem.  
Připravit průzkumnou část práce.  
Realizovat průzkum, vypracovat, vyhodnotit a interpretovat získaná data.  
Prezentovat výsledky praktické části v daném zařízení a dle výsledků navrhnout doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**ARNOLDOVÁ, Anna. Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení. 3. rozš. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-802-4618-524.**

**BABIÁKOVÁ, Mira, Eva MARKOVÁ a Martina VENGLÁŘOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 8024711516.**

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

**MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.**

**MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.**

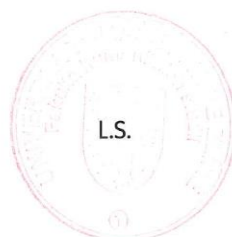
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**  
Ústav zdravotnických věd

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

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

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

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



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 20.2.2014

Blátek Pavel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Tématem mé bakalářské práce je „Ošetrovatelská péče v domově pro seniory se zvláštním režimem“. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zaměřuje na domov pro seniory se zvláštním režimem, psychiatrickými nemocemi ve stáří, které se v tomto zařízení vyskytují a ošetrovatelskou péčí.

V praktické části jsme využily více metod jako je případová studie, rozhovor a pozorování, abychom zjistily, jaká je ošetrovatelská péče zda se dodržují standardy, které mají k dispozici a jak na péči reagují klienti.

Klíčová slova: péče, senior, ošetrovatelství, pozorování

## **ABSTRACT**

The topic of my bachelor thesis is “Nursing Care in the Home for Seniors with a Special Regime “. The thesis is divided into the theoretical and practical part.

The theoretical part focuses on a retirement home facility with special care, psychiatric illnesses in old age, which are often dealt with in this type of institution, and nursing care.

The practical part uses several methods such as a case study, interview and observation to find out about the nursing care provided there, whether it meets the given criteria and how clients react to this kind of care.

Keyword: care, elderly, nursing, observation

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní Mgr. Anně Krátké Ph.D. za vstřícné rady a odborné vedení bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Evě Hrenákové za odborné konzultace a pomoc při výstupu bakalářské práce.

Nakonec bych ráda poděkovala zařízení, kde jsem prováděla praktickou část a to zařízení Domov pro seniory Zastávka u Brna, že mi zde umožnili průzkum a zajištění informací.

Moto:

*„Stáří a bezmocnost jsou smutní druhy posledních let života.“*

Henryk Sienkiewicz

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 DOMOV PRO SENIORY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM</b> .....	<b>12</b>
1.1 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM .....	12
1.2 PODMÍNKY PRO PŘIJETÍ KLIENTA .....	12
1.3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PRÁCE .....	13
1.4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM .....	13
1.4.1 Dobrovolnictví .....	13
1.5 LEGISLATIVA.....	14
<b>2 PSYCHIATRICKÉ NEMOCI VE STÁŘÍ</b> .....	<b>15</b>
2.1 DEMENCE .....	15
2.1.1 Stádia demence.....	15
2.1.2 Rozdělení demence .....	15
2.1.3 Příčiny demence .....	16
2.1.4 Příznaky demence .....	16
2.1.5 Vyšetřovací metody demence .....	16
2.1.6 Léčba demence.....	18
2.2 ALZHEIMEROVA CHOROBA .....	19
2.2.1 Rizikové faktory - příčiny .....	19
2.2.2 Příznaky.....	19
2.2.3 Stádia Alzheimerovy choroby .....	20
2.2.4 Léčba .....	21
2.3 DEMENCE U PARKINSONOVY CHOROBY .....	21
2.3.1 Příznaky demence u Parkinsonovy choroby .....	21
2.3.2 Možnosti terapie demence u Parkinsonovy choroby .....	22
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE</b> .....	<b>23</b>
3.1 FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY .....	23
3.1.1 Psychosociální potřeby.....	25
3.1.2 Rehabilitace.....	25
3.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES .....	27
3.2.1 Anamnéza klienta.....	27
3.2.2 Stanovení ošetřovatelských diagnóz .....	28
3.2.3 Ošetřovatelský plán .....	29
3.2.4 Realizace ošetřovatelského procesu .....	29
3.2.5 Hodnocení ošetřovatelské péče .....	29
3.3 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE .....	30
3.3.1 Zásady komunikace dle konceptu bazální stimulace .....	30
3.3.2 Zásady komunikace s demenčními klienty .....	30
3.3.3 Iniciální dotek.....	31
3.3.4 Prvky bazální stimulace .....	31



<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
<b>4 METODOLOGIE PRÁCE .....</b>	<b>37</b>
4.1 CÍLE PRÁCE .....	37
4.2 METODIKA PRÁCE .....	37
4.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ .....	38
4.4 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ .....	38
4.5 CHARAKTERISTIKA KAZUISTIK .....	38
4.6 CHARAKTERISTIKA POZOROVACÍHO ARCHU .....	39
4.7 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK ROZHOVORU .....	39
<b>5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ .....</b>	<b>40</b>
5.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1.....	40
5.1.1 Kazuistika.....	40
5.1.2 Pozorování.....	43
5.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2.....	46
5.2.1 Kazuistika.....	46
5.2.2 Pozorování.....	49
5.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3.....	51
5.3.1 Kazuistika.....	51
5.3.2 Pozorování.....	53
5.4 ROZHOVOR S KVALIFIKOVANÝM PRACOVNÍKEM .....	55
<b>6 DISKUZE .....</b>	<b>58</b>
<b>7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>60</b>
7.1 STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 1. ....	60
7.2 STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 2. ....	66
7.3 STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 3. ....	73
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>78</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>79</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>81</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>82</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>83</b>

## ÚVOD

Vybrala jsem si vlastní téma „Ošetrovatelská péče v domově pro seniory se zvláštním režimem“. Toto téma mě zaujalo z toho důvodu, že v tomto zařízení mám umístěného rodinného příslušníka a také proto, že se na toto téma nevyskytuje příliš mnoho ucelených prací.

Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly, kde se zabývám domovem pro seniory se zvláštním režimem, psychiatrickými nemocemi ve stáří a ošetrovatelskou péčí.

V první kapitole se věnuji tomu, co to vlastně znamená domov pro seniory se zvláštním režimem, dále řeším podmínky přijetí do tohoto zařízení. V kapitole se také věnujeme multidisciplinární práci a jeho týmu a nakonec nejdůležitější legislativě.

V další kapitole teoretické části definuji psychiatrické nemoci ve stáří a nejčastější choroby jako je demence, Alzheimerova demence, či demence při Parkinsonově chorobě. Zde se zabývám stádiu demence, příčinám, příznakům, vyšetřovacím metodám a léčbě.

V poslední kapitole teoretické části se věnuji ošetrovatelské péči, kterou jsem si rozdělila na tři podkapitoly a to na fyziologické potřeby, kam jsem zařadila i psychosociální potřeby a rehabilitaci, dále jsem popsala ošetrovatelský proces a koncept bazální stimulace.

V praktické části se zabývám průzkumem, abych zjistila, jaká je ošetrovatelská péče v Domově pro seniory v Zastávce u Brna.

Nejdříve se v praktické části zaměřuji na metodologii práce, kde jsme určila tyto cíle.

Cíl 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče v daném zařízení.

Cíl 2: Zjistit dodržování a používání ošetrovatelských standardů na daném pracovišti.

Cíl 3: Zjistit reakce klientů na ošetrovatelskou péči.

Využila jsme kvalitativní metody průzkumu a to případové studie, pozorování a rozhovor. Taky jsem rozebrala charakteristiku respondentů, zařízení, případové studie, pozorovacího archu a rozhovoru.

V diskuzi hodnotím určené cíle a uvádím zde nejzajímavější výsledky této práce.

Poslední kapitola praktické části se zabývá doporučením pro praxi.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DOMOV PRO SENIORY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Domov pro seniory se zvláštním režimem je místo, kde najdou odbornou péči lidé důchodového věku, kteří trpí nevyléčitelnou chronickou duševní nemocí a nemohou zůstat v opatrování rodiny. Tato zařízení jsou zajištěna tak, že klienti jsou v bezpečí a mají své místo, kterému mohou říkat domov. Mají své klíčové pracovníce, které se jim ochotně věnují a snaží se udržet jejich soběstačnost co nejdéle. Vzhledem k tomu, že většina duševních nemocí má zhoršující se prognózu jsou tato zařízení kvalitně vybavena a zajišťují sociální, ošetrovatelskou i lékařskou péči.

### 1.1 Domov se zvláštním režimem

Dříve se těmto zařízením říkalo ústav sociální péče a byl určen pro chronické psychotiky a psychopaty, pro chronické alkoholiky a toxikomany. V současné době se těmto ústavům říká domov se zvláštním režimem. Tato zařízení pomáhají lidem, kteří trpí chronickou duševní nemocí a díky ní mají sníženou soběstačnost a potřebují pomoc při běžných činnostech všedního života. Nejčastějšími onemocněními jsou stařecká demence, Alzheimerova demence a další typy demencí. Zařízení funguje celoročně a poskytuje sociální a zdravotní služby, které klient potřebuje. To je ubytování, zajištění stravy, pomoc při hygieně, pomoc při zvládnutí běžných činností, zajištění sociálních kontaktů, sociálně terapeutické činnosti a aktivizační činnosti a dále pomoc ve věcech právních (Arnoldová, 2011, s. 281-282).

### 1.2 Podmínky pro přijetí klienta

Klient musí mít sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění jako je stařecká demence a ostatní typy demencí, Alzheimerova choroba nebo závislosti na návykových látkách s nutností péče od druhé osoby (Malíková, 2011, s. 65).

Podává se písemná žádost o přijetí do domova pro seniory se zvláštním režimem a přikládají se další dokumenty, které zařízení vyžaduje. Klient nebo zákonný zástupce je písemně informován o přijetí nebo nepřijetí do domova. Žádost o přijetí se podává buď přímo ve vybraném zařízení anebo na sociálním odboru (Malíková, 2011, s. 65).

### 1.3 Multidisciplinární práce

Podstatou multidisciplinární práce je provázanost odborných i laických pracovníků. Tento typ práce se snaží pracovat se schopnostmi klienta a zároveň zvýšit efektivitu práce. Multidisciplinární práce může fungovat, pouze pokud je mezi pracovníky důvěra a ochota spolupracovat i s ostatními. Do této práce se musí zapojit i management zařízení, který pravidelně hodnotí kvalitu péče (Čadková-Svejkovská, 2008, s. 63-64).

### 1.4 Multidisciplinární tým

V multidisciplinárním týmu se nachází mnoho osob s různou odborností. Když to vezme postupně, tak první je praktický lékař, který posuzuje stav nemocného a provádí preventivní prohlídky. Dále je psycholog, který se zabývá konzervativní léčbou, jako je psychoterapie. Psychiatr předepisuje léky a provádí odborná vyšetření na zjištění progresu duševní nemoci. Sestra je s klientem v kontaktu a zajišťuje styk s lékaři a provádí odbornou ošetrovatelskou péči. Dále v týmu pracují terapeuti, kteří zajišťují rehabilitaci, ergoterapii atd. Sociální pracovníci řeší bydlení klientů, jejich finance a celkově sociální péči, patří mezi ně i klíčový pracovník. Do multidisciplinárního týmu patří i rodina klienta a samotný klient (Čadková-Svejkovská, 2008, s. 60-63).

Klíčový pracovník je pracovník sociální péče, který má na starosti skupinu klientů, o které pečuje a nese odpovědnost za koordinaci veškerých aktivit. Dohlíží na dodržení individuálního plánu péče (Staňková, 2010, s. 26).

Do multidisciplinárního týmu může patřit zdravotnický asistent, ošetrovatelka, sanitář i dobrovolník, který podstoupí školení.

#### 1.4.1 Dobrovolnictví

Dobrovolnictví je ustanoveno v zákoně číslo 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě.

Dobrovolník poskytuje pomoc nad rámec kompetencí multidisciplinárnímu týmu. Nenárokuje si žádnou odměnu a nepožaduje finanční ohodnocení. Dobrovolníkem v České republice může být osoba starší 15 let. Dobrovolnictví se musí vykonávat ve volném čase, mimo studijní či pracovní dobu. V sociálních a zdravotnických službách musí dobrovolníci přistupovat citlivěji než v jiných oblastech a musí být na tuto oblast dobře eticky připraveni (Arnoldová, 2011, s. 447-455).

## 1.5 Legislativa

Sociální i zdravotní politika je velmi propojena, a proto je důležité zmínit zákon o sociálních, ale i zdravotních službách.

V zařízeních, jako jsou domovy pro seniory se zvláštním režimem, se vyskytují lidé s duševním onemocněním a mohou být proto omezeni v právních úkonech a proto zde zmiňujeme předpis 89/2012 občanského zákoníku.

Zákon číslo 108/2006 Sbírky o sociálních službách je rozdělen na jedenáct částí. V druhé části se řeší příspěvek na péči, který by měli mít klienti vyřízeny a v třetí části všeobecně sociální služby, kde nás nejvíce zajímá § 50, který definuje pro koho je určen domov se zvláštním režimem. V dalších paragrafech stejného zákona se vyčleňují sociální služby poskytované za úhradu, což je § 73. V následujících částech se řeší: inspekce poskytování sociálních služeb, mlčenlivost, financování sociálních služeb, správní delikty, předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách, akreditace vzdělávacích zařízení a akreditace vzdělávacích programů (Sokol, 2008, s. 340-372).

Zákon číslo 372/2011 Sbírky o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. *Tento zákon upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zapracovává příslušné předpisy Evropské unie* (Česko, 2011, s. 4730).

Omezení svéprávnosti řeší předpis číslo 89/2012 Sbírky v občanském zákoníku v § 55 - § 65. Od 1. ledna 2014 se nedá zbavit svéprávnosti v plném rozsahu, ale pouze omezit na dobu tří let, poté se musí znovu zažádat o prodloužení omezení svéprávnosti. O omezení svéprávnosti rozhoduje soud, který si zajistí podklady a učiní rozhodnutí, zda omezí svéprávnost a v jakém rozsahu (Česko, 2012, s. 1032).

## 2 PSYCHIATRICKÉ NEMOCI VE STÁŘÍ

V seniorském věku jsou nejčastěji vznikající poruchy na podkladě organických změn mozkové tkáně nebo na podkladě somatických faktorů včetně iatropatogenních efektů jako je polypragmazie a psychosociálních faktorů jako je ztráta partnera (Jiráček, 2013, s. 20-27). V naší práci se budeme věnovat největší skupině onemocnění, která vznikají ve stáří a to je demence, Alzheimerova demence a demence při Parkinsonově chorobě. Jelikož toto onemocnění je nejčastější příčinou umístění do domova pro seniory se zvláštním režimem.

### 2.1 Demence

*Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru (Pirdman, 2007, s. 9).*

#### 2.1.1 Stádia demence

**Mírná demence:** nemocný je schopný sám o sebe pečovat, v paměti se vyskytuje častější zapomínání, hledání pojmenování běžných činností a věcí, pokles kognitivních funkcí znamená snížení běžné aktivity nemocného.

**Středně těžká demence:** Střední demence se projevuje významným zhoršením paměti ve všech složkách. Porucha soudnosti, nekritičnost, neschopnost vykonávat běžné aktivity, jako je vaření a nakupování, potřeba pomoci při vykonávání osobní hygieny a oblékání, obtížná komunikace, toulání, bloudění, poruchy chování, halucinace, podezírání, stavy zmatenosti.

**Těžká demence:** Těžká demence se vyznačuje těžkými poruchami paměti. Nemocní si nejsou schopni zapamatovat nové informace. Velmi častá je dezorientace v čase i prostoru. Postižení nepoznávají známé osoby, a to často ani své nejbližší příbuzné (Lužný, 2012, s. 38).

#### 2.1.2 Rozdělení demence

Dle patologicko-anatomického procesu a dle etiopatogeneze dělíme demence na dvě velké oblasti. Za prvé atroficko-degenerativní demence a za druhé na symptomatické demence (Lužný, 2012, s. 39).

U demence atroficko-degenerativní dochází k numerickému úbytku neuronů a změnám na subcelulární a buněčné úrovni. Dále se u toho typu demence dá vysledovat místní či celková atrofie mozku pomocí zobrazovacích metod. Do této skupiny patří například Alzheimerova demence, demence při Parkinsonově chorobě, a další (Lužný, 2012, s. 39).

Symptomatická demence neboli sekundární demence je způsobena druhotným poškozením mozku z jiných příčin, například vaskulárních, infekčních, atd. (Lužný, 2012, s. 40).

### **2.1.3 Příčiny demence**

Příčiny demence mohou být zcela různé. Demence vznikají na mnoha podkladech, jako jsou: poruchy cévního zásobení mozku, infekční činitelé, metabolické a výživové faktory, endokrinní poruchy, neurodegenerativní změny, intoxikace anebo při úrazech hlavy (Ondriášová, 2005, s. 93).

### **2.1.4 Příznaky demence**

U demencí dochází ke kognitivnímu úpadku, který se projevuje zapomětivostí, dyspraxií, sníženou soběstačností, předstírání pracovní činnosti, změnou osobností, chybného vnímání, hypochondrickými symptomy, úbytkem na váze, ztrátou motivace, hyperaktivitou nebo hypoaktivitou, neklidem s rizikem toulání a možnými epileptickými záchvaty (Cohen, 2002, s. 39-40)

### **2.1.5 Vyšetřovací metody demence**

#### **Anamnéza**

Anamnéza nemocné osoby s demencí je velice zajímavá, klient si problém neuvědomuje a nepřipouští si ho. Různě ho bagatelizuje a nepodává přesné informace. Proto je velice důležitá další osoba, která je s klientem v kontaktu, aby upřesnila příznaky (délku trvání, průběh onemocnění a další anamnestické údaje o klientovi). V klientově anamnéze pátráme po možných příčinách, které uvádíme výše, jako jsou úrazy hlavy, onemocnění srdce atd. Dále pátráme po přítomnosti onemocnění v rodině a zjišťujeme, jaké léky klient užívá, protože mohou zhoršovat funkce paměti (Jiráček, 2009, s. 26)



### **Vyšetření kognitivních funkcí**

K vyšetření kognitivních funkcí používáme různé hodnotící testy jako je Mini-Mental State Examination dále jen MMSE (Příloha P I) nebo test kreslení hodin (Příloha P II). MMSE se používá ke zjištění stádia demence při zahájení léčby a v jejím průběhu. Pomáhá určit závažnost nemoci. K objektivnímu zhodnocení se používají další testy spolu s MMSE. V MMSE hodnotíme jak je klient orientovaný jeho krátkodobou paměť, pozornost i počítání, novopaměť i výbavnost, pojmenování předložených věcí, opakování instrukcí, splnění třístupňové instrukce a nakonec čtení i psaní. Test kreslení hodin zjišťuje u klienta jak paměť, tak pozornost, představivost, rozhodování a prostorovou zrakovou paměť. Klient by měl namalovat na čistý list papíru ciferník hodin, doplnit správně číslice a po zadání časové instrukce domalovat ručičky hodin tak, aby byly správně. Nejčastěji se hodnotí dle Shulmana, kde za správné nakreslení je 1 bod a za nepochopení instrukce je 6 bodů. Za patologické hodnocení je bráno 2-3 body dle Shulmana (Lužný, 2012, s. 28-30).

### **Neurologické vyšetření**

Provádí se základní neurologické vyšetření a paraklinické vyšetření. Vyšetření nás má nasměrovat ke správné diagnóze a k možnosti správné léčby (Ondriášová, 2005, s. 25).

### **Psychiatrické vyšetření**

Základem psychiatrického vyšetření je rozhovor s klientem. Lékař pozoruje chování klienta a snaží se vypátrat psychopatologické příznaky, dále pozoruje jeho neverbální komunikaci. Při psychiatrickém vyšetření je důležitá osobní a rodinná anamnéza. Pro úplné informace hovoří lékař i s rodinou klienta. Vypozorované projevy nemoci jsou v oblasti objektivní psychiatrický nález. (Pavlovský, 2002, s. 19-20).

Do psychiatrického vyšetření patří i různé vyšetření kognitivních funkcí, které máme uvedené výše. Hachinského ischemické skóre se měří právě v psychiatrickém vyšetření a pomáhá nám účinně rozdělit, o jaký typ demence se jedná. Zda se jedná o atroficko-degenerativní demenci nebo o vaskulární demenci (Jiráček et al, 2013, s. 67).

### **Laboratorní vyšetření**

Laboratorní vyšetření jsou společné s vyšetřením interním a neurologickým, které se odebírají na průkaznost onemocnění jako je syfilis, borelióza, brucelóza, infekce HIV, hepatitida, mononukleóza a podobně. Dále se laboratorní vyšetření provádí na sledování účinku farmakoterapie a to na koncentraci psychofarmak, koncentraci neurotransmiterů a jejich

metabolitů, neuroendokrinních parametrů, aktivit enzymů podílejících se na syntéze a metabolismu neurotransmiterů, na sledování vlastností receptorových systémů a zpětné vychytávání uvolněných neurotransmiterů (Fišar, 2009, s. 193-194).

### **Zobrazovací metody**

Jsou pomocné zobrazovací metody v psychiatrii, kdy zjišťujeme atrofii mozku, či jiné možné příčiny. Využíváme výpočetní tomografii, magnetickou rezonanci, funkční magnetickou rezonanci, jednofotonovou emisní tomografii, pozitronovou emisní tomografii a magnetickou spektroskopii. Zobrazovací metody máme proto, že mohou hodnotit patofyziologii a účinek psychofarmaka a zároveň nám mohou pomoci v diagnostice a nasazení vhodné léčby (Češková, 2006, s. 44-45).

### **2.1.6 Léčba demence**

Demence je progresivní onemocnění a pomoci léčby nefarmakologické a farmakologické se snažíme prodloužit nemocnému soběstačnost a oddálit přestup do těžších stádií (Pidrman, 2007, s. 93).

#### **Nefarmakologická léčba**

Obsahuje pět základních oblastí péče o dementního klienta a to jeho životní styl, fyzickou aktivitu, psychickou aktivitu, optimalizaci senzorických funkcí a nutrici.

V životním stylu edukujeme klienta a podporujeme soběstačnost. Smyslem je udržet sociální funkčnost.

Při fyzické aktivitě se snažíme zachovat co největší soběstačnost v oblasti pohybu, zařazujeme sem taneční a pohybovou terapii.

Psychická aktivita nemocného je zaměřená na trénování funkcí mozku, zadáváme jednoduché úkoly, které klient musí splnit, klient by měl mít stabilní zázemí a neměl by se častěji přemísťovat a dostávat se do neznámých situací. Řadíme sem i reminiscenční terapii.

Optimalizace senzorických funkcí nám udává do jaké míry je klient schopný vnímat pomocí zraku a sluchu. Můžeme provádět nastavbové prvky bazální stimulace (Pidrman, 2007, s. 93-94).

Péče o nutrici je důležitá, protože u dementních klientů dochází často k malnutrici a k hubnutí. Při demenci musíme dbát hlavně na fyzickou aktivitu a dostatečný energetický pří-

jem. Při výživě dementního klienta musíme dbát na hygienu a kulturu ve stravování, na stav dutiny ústní, příjem tekutin, obštipaci a podávané léky (Pidrman, 2007, s. 156-157).

### **Farmakologická léčba**

Nekognitivní farmakoterapie využívá antipsychotik, která pomáhají při poruchách myšlení, vnímání a podobně a zároveň uklidňují motorickou aktivitu. Demenci léčíme kauzálně a musíme dbát na nežádoucí účinky s ostatními léky (Pidrman, 2007, s. 137).

Dále do nekognitivní léčby farmaky patří antidepresiva. Výběr správného antidepresiva je ovlivněn řadou faktorů a to například snášenlivostí, bezpečností, interakcí s jinými léky, změny léků ve vyšším věku a typu deprese (Pidrman, 2007, s. 143).

Anxiolytika by se při léčbě demencí měla aplikovat pouze v kritické úzkosti, která nereagovala na předchozí skupiny léků (Pidrman, 2007, s. 147).

Kognitivní farmakoterapie, kde využíváme inhibitory cholinesteráz, může být účinná při hustotě a četnosti acetylcholinergních vláken, neuronální síť, při úpravě hladin acetylcholinu, zlepšení psychických funkcí a při necholinergních vlastnostech inhibitorů cholinesteráz. Tuto léčbu musíme brát jako sekundární (Pidrman, 2007, s. 137).

## **2.2 Alzheimerova choroba**

*Alzheimerova demence je nejčastější ze všech demencí vůbec (60 % demencí). Jedná se o chronické, progredující onemocnění, jehož podkladem jsou kortikosubkortikální atrofické a degenerativní změny neuronů mozku (Lužný, 2012, s. 43).*

### **2.2.1 Rizikové faktory - příčiny**

Nejdůležitějším rizikovým faktorem je věk klienta a výskyt demence v rodinné anamnéze. Alzheimerovou demencí dle výzkumu trpí více ženy než muži, tudíž rizikovým faktorem je ženské pohlaví. Rizikové faktory jsou i nízké vzdělání či úrazy hlavy a vaskulární nemoci (Pidrman, 2007, s. 41-42).

### **2.2.2 Příznaky**

Alzheimerova demence začíná plíživě a nenápadně, nemocný postupně zapomíná drobné věci jako je datum narození, či domluvené schůzky. Prvně tedy vzniká porucha paměti, později při rozvíjení Alzheimerovi demence se přidávají poruchy pozornosti. Nemocného příznaky znepokojují, jelikož si je, může uvědomovat. Při opravdu plíživém začátku si

příznaků všimnout nemusí a to, že je nemocný se zjistí až při výrazném příznaku nemoci. Nemocný postupně hledá slova, nemůže přijít na pojmenování věcí. Postupně začíná být nesoběstačný a nedokáže se o sebe sám postarat. Nedokáže si vybavit jména rodiny ani nezná hodnotu peněz a začíná být závislý na pomoci druhé osoby (Ondriášová, 2005, s. 96-97).

### **2.2.3 Stádia Alzheimerovy choroby**

#### **První stádium – lehká demence**

*Hodnoty MMSE se pohybují zpravidla v rozmezí 25 – 18 bodů.* Už v lehké fázi je narušena paměť. Kdy nemocný zapomíná jména příbuzných nebo špatně přiřazuje tváře. Dále ukládá předměty na zvláštní místa. Nedokáže si zapamatovat nové věci. Přestává logicky přemýšlet. A může docházet k emočním poruchám. (Jirák, 2013, s. 103)

#### **Druhé stádium – střední demence**

Demence progreduje a zhoršují se příznaky. Vzniká porucha orientace v místě prostoru i čase. Nemocný bloudí, ztrácí nadhled. Vznikají poruchy řeči, jako je afázie. Nemocný se vzdaluje příbuzným, jelikož ztrácí schopnost správně komunikovat, zmenšuje se mu slovní zásoba. Nastávají potíže v činnostech běžného denního života, jako je oblékání, ztrácí zájmy. Mohou se objevovat bludy a střídavé nálady jako je výraz štěstí a hned na to výbuch vzteku. Nemocní v tomto stádiu přestávají být soběstační a potřebují péči druhé osoby. MMSE je v rozmezí mezi 17 – 11 body (Jirák, 2013, s. 103-104).

#### **Třetí stádium – těžká demence**

Nemocný není schopný běžné činnosti, stává se částečně nebo plně inkontinentním. Dochází k výrazné poruše paměti ve všech složkách. Jsou dezorientováni i v místech, která znají dobře. V tomto stádiu se může nemocný stát imobilní, jelikož vzniká apraxie chůze, nedokáže se sám najíst či napít. Vzniká zde velké riziko pádů a dekubitů. Nemocný je ohrožený různými infekty z důvodu imobilizace. Klient ztrácí schopnost řeči a vydává pouze různé zvuky. V této fázi se vyskytuje euforická nálada s nesystematickými bludy. MMSE je u těžkých demencí 10 – 6 bodů a u velmi těžkých demencí je to 5 – 0 bodů. Alzheimerova demence vede ke smrti nemocného (Jirák, 2013, s. 104-105).

## 2.2.4 Léčba

Vyšetřovací metody u Alzheimerovy choroby jsou shodné jako v podkapitole 2.1.5, a proto se k nim nebudeme vracet.

Alzheimerova demence je nevléčitelná choroba, můžeme léčit pouze symptomy a snažit se zabránit postupu nemoci (Jirák, 2013, s. 109).

### Farmakoterapie

Podáváme léky na ovlivnění kognitivních funkcí ze skupiny inhibitorů acetylcholinesteráz, které ovlivňují glutamátergní neurotransmiterový systém. Na ovlivnění nekognitivních funkcí jako je neklid, poruchy chování apod. podáváme antidepresiva, antipsychotika a thymostabilizátory. U těchto léků musíme dávat pozor na vedlejší účinky terapie (Lužný, 2012, s. 51).

### Nefarmakologická léčba

V nefarmakologické léčbě dbáme na psychoterapeutický přístup a různé kognitivní rehabilitace a terapie. Snažíme se zachovat sociální citění klienta. Léčíme somatické choroby. Dbáme na kvalitní ošetrovatelskou péči, aby byla správná hydratace, nutrice a co nejnižší riziko dekubitů (Lužný, 2012, s. 51).

## 2.3 Demence u Parkinsonovy choroby

*Idiopatická Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění postihující především mozkový kmen – dopaminergní buňky v pars centralis substantia nigra a nigrostriatální spoje (Konrád, 2013, s. 128).*

Parkinsonova choroba způsobuje poruchy pohybu a má motorické příznaky jako je třas, svalová ztuhlost apod. Demence u tohoto onemocnění vzniká u 20 – 40 % nemocných. U Parkinsonovy nemoci jsou typické deprese, úzkosti a záchvaty paniky, poruchy spánku, obstipace, sexuální dysfunkce atd. (Jirák, 2009, s. 40).

### 2.3.1 Příznaky demence u Parkinsonovy choroby

V pozdních stádiích Parkinsonovy nemoci jsou přítomny psychiatrické příznaky. Zhoršují se kognitivní funkce. Patrná je bradylogie (zpomalená řeč) a bradypsychismus (celkové zpomalení psychického výkonu). Nemocný má potíže s výbavností paměti a zapamatová-

ním si nových věcí. Nemocného mohou provázet deliria a halucinace s bludy (Lužný, 2012, s. 55).

### **2.3.2 Možnosti terapie demence u Parkinsonovy choroby**

Demence u Parkinsonovy nemoci je tak jako u ostatních demencí nevyléčitelná. V možnosti terapii máme pouze potlačení a zmírnění příznaků. Progresi demence můžeme zmírnit. Při léčbě antiparkinsoniky můžeme provokovat bludy a halucinace. Tyto příznaky můžeme ovlivnit menší dávkou antiparkinsonik anebo podáním antipsychotik. Z antipsychotik můžeme podat pouze clozapinem a quetiapinem, které neovlivňují motorické příznaky. Při depresi reagují dobře antidepresiva ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu. Při poruchách paměti se nasazují kognitiva, neboli inhibitory cholinesteráz. Při léčbě demence Parkinsonovy choroby byl schválen rivastigmin, který patří právě do skupiny inhibitorů cholinesteráz (Konrád, 2013, s. 129-130).

### 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelská péče v domově pro seniory se poskytuje stejně jako v jiných zařízeních, a to ve formě ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces obsahuje všechny fáze a to posouzení klienta a sběr informací, dále u klienta stanovujeme ošetřovatelské diagnózy, tvoříme ošetřovatelský plán, realizujeme ošetřovatelskou péči a hodnotíme účinnost poskytované péče (Malíková, 2011, s. 205).

Ošetřovatelská péče v domově pro seniory se zvláštním režimem se zaměřuje na všechny klientovi potřeby, jak na základní (fyziologické, psychosociální potřeby), tak na vyšší potřeby (potřeby bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie, potřeba seberealizace).

U klientů v tomto zařízení je zvláštní přístup, hlavně při podávání léků a při komunikaci. Také je zde důležitá trpělivost a zručnost při ošetřovatelských aktivitách, u chodících klientů se používá speciální náramek, jako prevence nedovoleného opuštění zařízení.

#### 3.1 Fyziologické potřeby

##### Výživa

U dementních klientů je velké riziko malnutrice, proto je potřeba zajistit odpovídající složení stravy. Demenci mohou provádět různé formy poruchy výživy, nejčastěji dochází k hubnutí klienta. Pro udržení funkčnosti a zachování tělesné aktivity musíme zohlednit fyzickou aktivitu a dostatečný příjem kalorií (Pidrman, 2007, s. 157).

U klientů s demencí jsou další závislé faktory, které při ošetřovatelské péči musíme brát na vědomí. Lidé v seniorském věku se ve stravování často zanedbávají. A to jak v jídle, kde jde o množství a skladbu jídla tak i ve způsobu stolování (Pidrman, 2007, s. 157). U klientů s demencí dbáme na pestrý jídelníček a snažíme se zachovat kulturní stolování, pokud je to možné. V těžších stádiích demence, kdy musíme převzít tuto péči o klienta a krmit ho případně zavést nasogastrickou sondu, uplatňujeme prvky bazální stimulace.

U klienta, který má farmakoterapii, vždy kontrolujeme užití léků a to po celou dobu, než je polkne, aby je nemohl vyhodit, vyplivnout nebo schovat.

##### Vyprazdňování

Sledujeme pravidelnost vyprazdňování a u ležících klientů přebírá tuto oblast péče sestra. Jelikož, má klient narušené vnímání, je možné, že si nedokáže říct o potřebu. U těchto klientů používáme inkontinenční pomůcky a pleny, které měníme dle potřeby. Dbáme na pre-

venci rizik proti dekubitům a opruzeninám. U klientů, kteří jsou chodící, připomínáme toaletu, aktivně zjišťujeme, zda nemají potřebu vyprázdnit se.

### **Péče o dýchání**

Pomocí konceptu bazální stimulace provádíme kontaktní dýchání a nácvik správného dýchání. Dále zajišťujeme pravidelné větrání pokojů a přísun čerstvého vzduchu.

### **Spánek a odpočinek**

U klientů s demencí může docházet k poruchám spánku, proto musíme monitorovat spánek a všimnout si doby usínání. Klienti s demencí mohou trpět nespavostí. U klientů se snažíme zajistit dostatečné množství spánku i odpočinku. Zároveň se snažíme, aby si klient uvědomoval fáze dne (den a noc).

### **Poloha a pohybový režim**

U imobilních pacientů, používáme postranice, abychom zabránili pádu. Pravidelně je polohujeme, abychom snížili riziko proti vzniku dekubitů. Přes den každé dvě hodiny a v noci každé tři hodiny. U soběstačných klientů s rizikem pádu zajistíme kompenzační pomůcky a při chůzi je doprovázíme. U klientů, kteří jsou zmatení, a dezorientovaní musíme dbát na bezpečnost.

U pohyblivých zmatených klientů používáme speciální náramky, které zajišťují, že klienti neopustí zařízení.

### **Hygienická péče**

U klientů s mírnou nebo střední demencí, se snažíme zachovat co největší soběstačnost při hygienické péči. Praktikujeme nad těmito klienty pouze dohled a slovní podporu v činnosti. Při těžkém stádiu demence, kdy už je klient upoután na lůžko, přebírá péči o hygienu sestra. Při hygieně věnujeme pozornost celému tělu. Můžeme buď klienta umýt v lůžku, nebo ve speciální vaně, nebo ho pomocí zvedáku můžeme dopravit do koupelny a zajistit mu požitek koupele v normální vaně. Při hygienické péči musíme zajistit bezpečnost klienta.

### **Příjem tekutin**

Všeobecně senioři, přestávají mít pocit žízně a proto je tu velké riziko dehydratace. U klientů s demencí musíme neustále kontrolovat bilanci tekutin, neustále jim tekutiny nabízet



(Pidrman, 2007, s. 158). U klientů ležících zavedeme bilanční list a neustále jim chodíme nabízet tekutiny, pokud mají klienti potíže s polykáním tekutiny, přidáváme zahušťovadlo.

## **Bolest**

Bolest je symptom, na který u klientů s demencí často zapomínáme. U klientů, kteří nedokáží o bolesti mluvit, musíme sledovat neverbální projevy a mimiku, signály bolesti. Akutní bolest většinou dobře zaznamenáme, horší je to u chronické bolesti, protože klient může mít stálý výraz bolesti, který nerozeznáme (Jiráček, 2009, s. 136).

### **3.1.1 Psychosociální potřeby**

Klíčové pracovníce se snaží klienty s demencí aktivizovat a dá se říct, že jim nahrazují rodinu. Dále zajišťují klientovi pravidelné střetávání s rodinou. Snaží se o to, aby byl klient maximálně spokojen. Do psychosociálních potřeb, bychom zařadili i koncept bazální stimulace. Důležitá je komunikace s klientem, aby měl pocit bezpečí a důvěru k pracovníkům. Díky prvkům z psychoterapie se klient seberealizuje.

## **Psychoterapie**

Psychoterapie je léčba s použitím psychologických metod, spolu s biologickými léčebnými postupy. Psychoterapii může vykonávat pouze psychoterapeut, to je člověk s vysokoškolským vzděláním v psychologii a má speciální výcvik (Benson, 2005, s. 4-8).

### **3.1.2 Rehabilitace**

Ucelená rehabilitace je kombinované uplatnění lékařských, sociálních, výchovných a pracovních opatření k opětovnému začlenění do aktivního života a do společnosti. Má několik složek:

- Rehabilitace léčebná – provádí jí odborní pracovníci např. fyzioterapeuti
- Rehabilitace pracovní – provádí se například v chráněných dílnách, na starosti ji mají zaměstnavatelé
- Rehabilitace pedagogicko-výchovná – tuto rehabilitaci provádí speciální pedagogové
- Rehabilitace sociální – probíhá se sociálními pracovníky, zajišťují důstojný a hodnotný život (Babková, 2006, s. 137-138).

### **Pracovní terapie**

Slouží k nácviku nebo k uchování pracovních návyků klientů. Provozují se jednoduché pracovní činnosti, jako jsou ruční práce, drobné řemeslné práce, práce v zahradě, v kuchyni atd. Cílem je procvičení rukou a nácvik spolupráce a také pocit uspokojení z dobře provedené činnosti (Kučerová, 2013, s. 140-141).

Úkolem ergoterapie u seniorů je udržet jeho pohybové schopnosti a soběstačnost. Při nástupu do zařízení, necháme klienta aklimatizovat a pak jej nenásilně vtáhneme do aktivizačních programů a různých činností (Klusoňová, 2011, s. 195).

### **Umělecko-výchovná terapie**

Můžeme tuto terapii používat na jednotlivce nebo na celou skupinu klientů. Do této kategorie se řadí arteterapie, muzikoterapie, biblioterapie atd. Tyto techniky slouží jako relaxace nebo k procvičení empatie, dále se pomocí nich může rozvíjet komunikace (Kučerová, 2013, s. 141).

**Muzikoterapie** má schopnost uklidnit i léčit. Hudba může změnit náladu člověka, může ji jak uklidnit tak vzrušit. Hudba je vhodná k relaxaci (Kelnarová, 2009, s. 96).

**Arteterapie** využívá přenesení zážitků na papír pomocí malování, kreslení apod. (Babková, 2006, s. 142).

**Biblioterapie** se věnuje práci s knihou za úmyslem usměrnit myšlenky klienta (Babková, 2006, s. 142).

### **Canisterapie**

Canisterapie je léčba pomocí zvířete, nejčastěji psa. Člověk nemocný demencí na tuto terapii může reagovat velmi dobře, ale musíme znát jeho bibliografickou anamnézu.

### **Reminiscenční terapie**

Je terapie pomocí vzpomínek, klienti se vrací ve své dlouhodobé paměti a vypráví své životní příběhy. Vzpomínky zlepšují psychický, funkční i zdravotní stav klientů. Vzpomínky jsou důležité informace v bazální stimulaci, aby personál věděl co má klient rád a naopak, zároveň se klient orientuje v minulosti a vzpomíná kým je (Matoušek, 2005, s. 188).

## 3.2 Ošetrovatelský proces

### 3.2.1 Anamnéza klienta

Při sběru informací se snažíme vytvořit anamnézu klienta, která bude pravdivá a bude se týkat každodenního života, a jeho biopsychosociální osobnosti, jeho kulturního a náboženského života a hlavně jeho zdravotního stavu. Informace získáváme díky standardním metodám a to zdravotnické dokumentace, rozhovorem s klientem, ale i s jeho rodinou a blízkými osobami, provedením fyzikálního vyšetření a pozorováním klienta. Využíváme funkčních testů, abychom zjistili možné obtíže. Informace zaznamenáváme do ošetrovatelské anamnézy klienta. U klientů v domově pro seniory se zvláštním režimem se anamnéza neustále vyvíjí vzhledem k progredujícím onemocněním, a proto se musí pravidelně obnovovat (Malíková, 2011, s. 205).

### Rozhovor

Než přistoupíme k vlastnímu rozhovoru s klientem, měli bychom si o něm zjistit co nejvíce informací ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace. Pečlivě si naplánovat jak rozhovor povedeme a je třeba si vymezit dostatek času a zajistit klidné místo k rozhovoru. Při prvním kontaktu s klientem je důležité získat si jeho důvěru. Při rozhovoru nesdělujeme informace, které jsme se dozvěděli z dokumentace. Musíme brát na vědomí stav klienta a jeho poruchy. I s nemocným klientem jednáme jako se sobě rovným. Chováme se taktně a citlivě, snažíme se aktivně naslouchat. Hovoříme klidně s trpělivostí, srozumitelně a nepoužíváme odborné termíny. Sledujeme únavu klienta a při viditelné únavě a ztrátě koncentrace rozhovor přesuneme na jiný čas. Vysvětlíme klientovi plánování ošetrovatelské péče a zodpovíme případné dotazy (Malíková, 2011, s. 206).

### Fyzikální vyšetření

Hodnotíme celkový stav klienta, jeho vzhled a stav kůže. Měříme fyziologické funkce a provádíme fyzikální vyšetření celého těla (Malíková, 2011, s. 206).

- **Funkční geriatrické vyšetření**

Toto vyšetření je velmi důležité a provádí se u všech seniorů jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních službách. Vyšetření se provádí podle různých testů a dotazníků a podává nám objektivní informace o fyzických a psychických dovednostech klienta a míru jeho soběstačnosti. Testy nesmí být velmi náročné a zatěžující. Existují dva typy testů. První typ si můžeme vyplnit sami, jsou to tedy testy pro ošetrovatelskou diagnostiku na

základě získaných informací. Druhým typem jsou testy kognitivních funkcí. Nejvíce využívané jsou testy ke zhodnocení soběstačnosti a sebepečce (Malíková, 2011, s. 206).

- **Test základních denních činností podle Barthelové (ADL)**

Aktivita daily living (Příloha P III) je zaměřena na soběstačnost v deseti oblastech a to: na-jezení/napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči, kontinence stolice, schopnost použití WC, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině a chůze po schodech. Maximální počet bodů je sto a minimální počet je nula. Nejvíce bodů znamená nezávislost tedy soběstačného seniora. Pokud senior dosáhne čtyřiceti a méně bodů jedná se o vysokou závislost (Malíková, 2011, s. 206).

- **Test instrumentálních denních činností (IADL)**

Instrumentální aktivita daily living (Příloha P IV) zahrnuje osm oblastí, které zjišťují soběstačnost v běžném životě, jako je telefonování, přemístění, nakupování, vaření, domácí práce a práce kolem domu, zda zvládne sám užívat léky a pracovat s penězi. Maximální bodové hodnocení je osmdesát bodů a princip je stejný jako ADL, čím méně bodů tím méně soběstačný klient je (Malíková, 2011, s. 207).

- **Test MMSE**

Mini-Mental State Examination (Příloha P I, viz s. 17) hodnotí kognitivní funkce seniorů. Tento test obsahuje třicet položek, které se skládají z otázek a požadavků na splnění činnosti. Vyhodnocení je podobné jako u předchozích dvou testů. Čím méně bodů tím větší neschopnost provést požadované úkony (Malíková, 2011, s. 207).

### **3.2.2 Stanovení ošetřovatelských diagnóz**

U stanovení ošetřovatelských diagnóz musíme pracovat se všemi informacemi, které jsme se dozvěděli z posouzení klienta a sběru informací, dále musíme vzít na vědomí výsledky testů. Na podkladě všech informací stanovujeme aktuální ošetřovatelské problémy tedy aktuální ošetřovatelské diagnózy, pokud jsme zjistili možná rizika, stanovujeme takzvané potenciální ošetřovatelské diagnózy. U gerontopsychiatrických klientů je stanovení diagnóz velmi obsáhlé, protože se jedná většinou o polymorbidní klienty, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby, a jejich stav se může neustále měnit. Při stanovování ošetřovatelských diagnóz můžeme použít doporučenou literaturu (Malíková, 2011, s. 207).

Severoatlantická asociace pro sesterské diagnózy (NANDA) vyvinula standartní ošetrovatelské diagnózy, které se obnovují každé tři roky, a s těmito diagnózami pracuje mnoho zařízení pro seniory se zvláštním režimem. NANDA taxonomie obsahuje 13 domén, které se zaměřují na podporu zdraví, výživu, vylučování a výměnu, aktivitu a odpočinek, percepci a kognici, sebepercepci, vztahy mezi rolemi, sexualitu, zvládnání a toleranci zátěže, životní principy, bezpečnost a ochranu, komfort a růst a vývoj. Obsahují nejčastější ošetrovatelské problémy, které personálu ulehčují práci s dokumentací.

### 3.2.3 Ošetrovatelský plán

Ošetrovatelský plán se dělíme na krátkodobý a dlouhodobý, krátkodobý plán je ohraničen menší časovou jednotkou, kdežto u dlouhodobého plánu se předpokládá, že problém budeme řešit delší dobu, například v řádů týdnů až měsíců.

Ošetrovatelské diagnózy řadíme od nejzávažnějších diagnóz po potencionální diagnózy. Pokud je to možné tak cíle stanovujeme spolu s klientem, plán je pro každého klienta individuální. Cíle musí být reálné a dosažitelné. Dále do ošetrovatelského plánu zařazujeme ošetrovatelské intervence, to znamená, že s klientem naplánujeme, co u něj budeme dělat. Snažíme se díky intervencím aktivizovat klienta a podporovat jeho soběstačnost. O ošetrovatelském plánu se podělíme s ostatním personálem, aby se nenarušil celý ošetrovatelský proces (Malíková, 2011, s. 209).

### 3.2.4 Realizace ošetrovatelského procesu

Naplánovaný plán realizujeme a provádíme jednotlivé činnosti v určitém časovém rozmezí a rozsahu. Zároveň dohlížíme, zda plán dodržují i ostatní spolupracovníci. Klienta vždy na prováděnou činnost upozorníme a snažíme se ho aktivně zapojit do procesu. Klient je neustále pozorován a kontrolován zda se jeho zdravotní stav nezhoršuje. Všechny změny v ošetrovatelském plánu a všechny provedené činnosti musíme zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace. Pokud jsou fungující vztahy v rodině, snažíme se ji aktivně zapojit do ošetrovatelského procesu (Malíková, 2011, s. 210).

### 3.2.5 Hodnocení ošetrovatelské péče

Hodnocení bychom měli provádět spolu s klientem, ale v domově pro seniory se zvláštním režimem by to bylo velmi náročné a komplikované, vzhledem ke skladbě klientů. Důvody proč s klientem nelze hodnotit jsou následující: snížení kognitivních funkcí, poruchy pamě-

ti, změny nálad, zhoršující se stádia demence. Při zhoršení kognitivních funkcí jednáme s osobou blízkou nebo se zákonným zástupcem klienta (Malíková, 2011, s. 210-211).

### **3.3 Koncept bazální stimulace**

Bazální stimulace aplikovaná na seniory s demencí, je velmi úspěšná a žádaná. Klienti se díky bazální stimulaci dokáží uvolnit a díky ní se snažíme zachovat jejich vnímání. V této části popíšeme prvky, s kterými jsme se setkali v domově pro seniory se zvláštním režimem.

#### **3.3.1 Zásady komunikace dle konceptu bazální stimulace**

Při vstupu do místnosti se pozdravte vždy stejnými slovy a i při odchodu používejte pokud možno stejná slova. Vyslovujte zřetelně a mluvte pomalu a jasně, také mluvte přirozeným hlasem, nekřičte. Snažte se, aby tón hlasu spolu s gestikulací a mimikou vyjadřoval to, co chcete sdělit. Využívejte metodu komunikace, která klientovi vyhovuje (tykání, vykání, oslovení). Klient je dospělý, neužíváme zdvořilostní výrazy, pokud si to nevyžaduje. Komunikujeme pouze s jednou osobou. Hovořte v tichém a klidném prostředí, zajistěte klidnou atmosféru. Dejte prostor klientovi, aby mohl odpovědět na vaši komunikaci (Friedlová, 2007, s. 39).

#### **3.3.2 Zásady komunikace s dementními klienty**

Pro komunikaci s dementním klientem vytvořte vhodné prostředí, klidné a příjemné prostředí, které je pro klienta známé. Pokud chcete klienta oslovit, nejdříve se k němu pouze připojte a pozorujte jeho činnost, až vás bude klient vnímat, můžete začít hovořit na žádané téma. Nepřicházejte s vlastní iniciativou, pokud to není nutné, snažte se přijímat klientovu iniciativu. Komunikujte v několika rovinách najednou. Pokud dementní klient neporozumí Vašemu sdělení, zjednodušte jej a vyjádřete to jiným způsobem. Můžete přidat i gesta. Klienta povzbuzujte a dejte mu najevo, že koná správně. Zrcadlete slova, která jsou nejčastěji používaná klientem. Komunikujte v krátkých a jednoduchých větách. Informujte klienta o činnosti, kterou vykonáváte a instruujte klienta, co má dělat. Při komunikaci nepřebíhejte z jednoho tématu do druhého, držte se pouze jednoho. Dotazy, které nejsou důležité, vynechejte. Nezapomeňte, že dementní klient je dospělý člověk a zaslouží si jednání s respektem (Friedlová, 2007, s. 39-40).

### 3.3.3 Iniciální dotek

U klientů s těžkou demencí je vhodné užívat iniciální dotek, iniciální dotek je specifický prvek pro každého klienta. Nejčastěji je to rameno.

Klienti s demencí v těžkém stádiu mají snížené vnímání, a proto se doporučuje iniciální dotek. Při příchodu za klientem provedeme iniciální dotek a komunikujeme s klientem verbálně, popisujeme, jaké činnosti budeme provádět a pokud jsme s činnostmi skončili, odcházíme s tím, že se rozloučíme iniciálním dotekem a verbálním rozloučením. Pokud se dotkneme klienta, který je zvyklý na iniciální dotek v jiném místě, můžeme vyvolat silnou reakci strachu, nejistoty a pocitu úzkosti. U klientů, kde se provádí iniciální dotek, je většinou zavěšena tabulka v blízkosti klienta o místě, kde se iniciální dotek provádí (Friedlová, 2007, s. 73).

Moderní trend v iniciálním doteku ustupuje rodině. Multidisciplinární tým provádí iniciální dotek, ale rodina si může dovolit jiný přístup (políbení na tvář, pohlázení).

### 3.3.4 Prvky bazální stimulace

Ne všechny prvky se hodí do ošetřovatelství psychiatrických klientů. Uvedeme si zde ty nejdůležitější.

#### **Somatická stimulace zklidňující**

Somatickou stimulaci můžeme využít kdykoliv během dne, pokud je klient neklidný, nebo ji můžeme provádět při ranní hygieně. U dementních klientů můžeme aplikovat i zklidňující koupel. Voda by měla být o teplotě 37 – 40 °C. Klienta bychom se měli po celou dobu koupele dotýkat. Snažíme se o to, abychom u klienta stimulovali vnímání, navázali komunikaci, navodili pocit tělesného uvolnění a uklidili zmateného a dezorientovaného klienta. Na tuto stimulaci můžeme používat různé prostředky jako žínky, froté materiály a podobně. Tato stimulace se využívá u klientů s Parkinsonovou nemocí a u klientů s různými typy demence. Zklidňující somatická stimulace se provádí po směru růstu chlupů. Začíná se na obličeji, *stimulujeme nejdříve po obvodu současně na obou stranách obličeje*, poté hrudník stimulujeme souměrně od středu do stran a *zvýrazňujeme tlakem rukou hranice trupu*. Horní a dolní končetiny stimulujeme po směru růstu chlupů a ohraničujeme i jednotlivé prsty, nakonec stimulujeme záda stejným způsobem jako hrudník. S klientem po celou dobu komunikujeme uklidňujícím hlasem a komentujeme svoji činnost. Klienta pozorujeme a sledujeme jeho reakce (Friedlová, 2007, s. 76-78).

### **Polohování v konceptu bazální stimulace**

Při nehybném ležení se mění vnímání vlastního těla za třicet minut. Člověk ztrácí vlastní tělesné hranice a u nemocných klientů, kteří jsou dezorientovaní, se stav zhoršuje. Díky polohování umožníme klientovi orientovat se a vnímat své vlastní tělo. Polohování je simulace somatická a také vestibulární. Zároveň stimulujeme i zrak, když změním polohu klienta. Při nedostatku sensorických podmětů a pohybu způsobuje změnu vnímání těla a zároveň způsobuje poruchy orientace na těle a v okolí klienta, zároveň může docházet ke krizi osobní identity. Projevem ztráty orientace na těle je zmatený až agresivní klient. Při polohování dbáme taky na prevenci dekubitů, pneumonií, tromboembolické nemoci. Cílem polohování je zlepšení vnímání vlastního těla, poskytnout informace o těle, zachování orientace, určit hranice těla, podporovat klienta v pohybových aktivitách, podpořit motorické dovednosti, umožnit vizuální stimuly. Při polohování dbáme vždy na komfort klienta (Friedlová, 2007, s. 91-92).

### **Poloha „HNÍZDO“**

Tato poloha umožňuje klientovi pociťovat hranice vlastního těla, v této poloze se klienti cítí dobře. Tuto polohu volíme při odpočinku klienta, během spánku, když se snažíme stimulovat hranice vlastního těla. Dále také pokud je klient dezorientovaný, nebo v terminální fázi nemoci, blahodárny vliv má také u klientů neklidných až agresivních. Princip této polohy je ten, že uložíme nemocného do zvolené polohy a obložíme jej měkkým materiálem, jako je například srolovaná deka, nebo perličkové vaky. Dle zvyklostí klienta jej můžeme přikrýt. U klientů s demencí nám tato poloha pomáhá ke zklidnění klienta, k jeho uvolnění a relaxaci a zároveň klientovi umožňuje orientaci na vlastním těle. I při tomto polohování dbáme na klasické zásady při polohování, jako je podkládání částí těla (Friedlová, 2007, s. 93-99).

### **Poloha „MUMIE“**

Tato poloha se u klientů s demencí provádí, pokud je klient neklidný nebo agresivní. Klient se zabalí do prostěradla, začíná se u nohou a končí se v horní části těla, kde se prostěradlo zahne, a konec podložíme pod tělo klienta. Tato poloha se může kombinovat s polohou „hnízdo“. Polštářem podložíme hlavu a podložíme i lokty, kolena a paty. Klienta o tom, že ho budeme polohovat, informujeme. Záleží, ale na stavu vnímání klienta. Klienta pozorujeme a sledujeme reakce, pokud je mumie příliš pevná, trochu ji uvolníme (Friedlová, 2007, s. 99-100).



### **Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání**

*Dýchání je základní lidská potřeba. Kromě toho nabízí dýchání člověku fascinující zdroje informací o vlastním bytí. Změněné dýchání signalizuje somatické a psychické aktivity nebo také jejich omezení. Nedostatečná ventilace vede ke snížení tělesné síly a nedostatek energie neumožňuje člověku vnímat okolní svět a dění. Stahuje se stále více do sebe a zcela stagnuje aktivní výměna informací mezi ním a jeho sociálním okolím (Friedlová, 2007, s. 102).*

Masáž stimulující dýchání je součástí dechové gymnastiky. Pomocí masáže komunikujeme s klientem. Díky tomuto procesu se ustálí dýchání klienta a může ovlivnit stav zmatenosti. Klidné a rovnoměrné pohyby mohou navodit klientovi pocit jistoty a bezpečí. Tělesné i duševní uvolnění způsobí prohloubené dýchání, které uvolňuje psychosomatické napětí. Touto stimulací pomáháme zvýšit koncentraci a klient může začít opět reagovat na podmínky okolí. Stresové hormony se vyplavují v menší míře (Friedlová, 2007, s. 102-103).

Kontaktní dýchání použijeme u klientů s demencí, kteří dýchají povrchně a mají nepravidelný dech, dále klienti s bolestí, s depresí a s poruchami spánku. Při kontaktním dýchání se terapeut dotýká hrudníku klienta a při nádechu ho pasivně doprovází, ovšem při výdechu aktivně pomáhá pomocí stlačení hrudníku. Při zahlenění můžeme při výdechu přidat vibrace (Friedlová, 2007, s. 103).

Masáž stimulující dýchání provádíme minimálně po dobu tří až pěti minut. Klienta pokud to jde, uvedeme do polohy vsedě a necháme ho, aby zaujal pohodlnou pozici. Tato masáž se dá provádět i vleže, na boku či břiše. Používáme zahřáté tělové mléko nebo dětský olejíček. Po celou dobu se klienta dotýkáme dlaněmi. Ošetřující volí vhodnou techniku masáže, pokud klient začne kašlat, přeručíme masáž a podporujeme jej ve vykašlávání a můžeme jej podpořit vibračními pohyby, které mohou napomáhat ve vykašlávání (Friedlová, 2007, s. 104).

### **Optická stimulace**

Zrak je spolu se sluchem nejčastěji používaným smyslem. Pomocí zraku se můžeme učit, posilovat pocit jistoty, orientovat se, měnit okolní prostředí, poznávat osoby a věci, atd. (Friedlová, 2007, s. 109).

U imobilních klientů s demencí doporučujeme v úrovni očí, umístit známe fotografie, či předměty z jejich předchozí životní etapy tím stimulujeme dlouhodobou paměť a probouzíme vzpomínky.

Pomocí polohování měníme klientovo zorné pole. I při optické stimulaci musíme dodržovat určité zásady. Podměty by měly být dobře rozlišitelné. Klient by měl mít možnost vnímat denní dobu. Do zorného pole bychom měli umístit hodiny. Pokud je to možné zajistit klientovi sluneční světlo. Klient i personál nosí barevné oblečení a volíme i barevné lůžkoviny. Odlišujeme strop se zdí, pro lepší prostorové vnímání. Obrázky, které umísťujeme do zorného pole, musí být dostatečně velké. Dále využíváme obrazy, které stimulují paměť a klientovi se vybavují vzpomínky. Klient by měl obrazy znát. Pokud klient nosí brýle, musíme mu je nasadit. Fotografie, umísťujeme na kraj zorného pole, aby se stimulovala pohybová aktivita a klient se sám snažil. U klientů s poruchou zraku volíme černo-bílé obrazy. U klientů s demencí můžeme využívat i televizoru, kde pouštíme jejich oblíbené pořady. Optickou stimulaci volíme cíleně, ale s mírou, abychom nepřetížili klienta. Zmateným klientům poskytujeme záchytné body v jejich zorném poli. Pozorujeme klienta a snažíme se vyčíst reakce na nabídnuté stimuly (Friedlová, 2007, s. 110-114).

### **Auditivní stimulace**

U klientů s demencí sledujeme při auditivní stimulaci několik cílů a to vyvolání vzpomínek, budování pocitu jistoty, poskytnout klientovi informace o sobě a jeho těle (Friedlová, 2007, s. 114).

V domově pro seniory se zvláštním režimem musíme brát v potaz to, že klient může hůře slyšet a proto zajistit kompenzační pomůcky ve formě sluchátek, anebo pořídit naslouchadlo.

Při auditivní stimulaci, můžeme použít různé techniky, jako je hlas, hudební nástroj, nebo poslech hudby. Vždy bychom měli brát ohled na anamnézu klienta, co rád poslouchal apod. Při komunikaci rodinu upozorňujeme, aby s klientem mluvili tak jak jsou zvyklí. Pro

klienty s demencí, které nejsou schopni porozumět naší řeči, můžeme využít analogování, což jsou karty s různými předměty (Friedlová, 2007, s. 114-117).

### **Orální stimulace**

Ústa jsou pro člověka intimní osobní zóna, která je nejcitlivější a je také nejvíce aktivní tělesnou zónou. Dutina ústní slouží k mnoha věcem, jako je příjem potravy, komunikace, vnímání chutě, vůně. Pomocí úst vnímáme konzistenci, vyjadřujeme emoce, atd. V oblasti okolo úst můžeme zjistit stav vědomí klienta, protože klient při vědomí má většinou ústa zavřená, klienti s nižším vnímáním ústa otevírají, vytéká jim obsah z dutiny ústní a padá jim dolní čelist. Než začneme pečovat o dutinu ústní, musíme ji nejdříve prohlédnout, zda se v ústech nevyskytují defekty či krvácení, apod. Poté dutinu ústní řádně vyčistíme a z anamnézy zjistíme oblíbené jídla klienta a to co má rád, například kávu, čokoládu atd. (Friedlová, 2007, s. 117-120).

Pro úspěšnou stimulaci musíme dbát na polohu klienta, aby byl v příjemné poloze a mohl se soustředit na požitky z orální stimulace. Dále v anamnéze zjistíme oblíbené chutě a ty mu dopřejeme, vždy u klienta sledujeme reakce na daný stimul. Když je klient unavený tak orální stimulaci neprovádíme. S orální stimulací můžeme kombinovat péči o dutinu ústní, nebo připravit klienta na podání stravy. Nikdy nekombinujeme při stimulaci více jak tři chutě a nikdy se nesnažíme do úst dostat násilím. Při orální stimulaci můžeme využít moli-tanové štětičky na pružné tyčince (Friedlová, 2007, s. 120-122).

Při podávání stravy platí to, že klient by měl být vždy v pozici vsedě, aby hlava nebyla v záklonu. Ošetřovatelský personál by měl být níže než hlava klienta, doporučujeme, aby se posadil ke klientovi. Nejdříve zařadit optickou stimulaci, ukázat mu porci jídla, které nijak nemícháme a upravujeme až přímo před klientem. Při podání potravy dáme klientovi nejdříve ochutnat a poté začneme krmit. Stravu podáváme s trpělivostí, nespěcháme na klienta, pokud podáváme další sousto, měla by být ústa prázdná. Nikdy nepřejíždíme kovovou lžičkou po rtech, může to vyvolat nepříjemnou reakci až agresivitu klienta. Ústa utíráme ubrouskem.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE PRÁCE

### 4.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče v daném zařízení.

Cíl 2: Zjistit dodržování a používání ošetrovatelských standardů na daném pracovišti.

Cíl 3: Zjistit reakce klientů na ošetrovatelskou péči.

### 4.2 Metodika práce

Pro praktickou část mé bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní metody získávání informací. Ve vybraném zařízení jsem prováděla pozorování, rozhovor a sběr dat na případové studii.

#### **Pozorování**

Pozorování je vědecká metoda. Kde se jedná o záměrné, cílevědomé a systematické sledování určitých činností (Kutnohorská, 2009, s. 35).

V zařízení jsem prováděla přímé pozorování v měsíci lednu roku 2014, kdy jsem zjišťovala dodržování a používání standardů, které jsem dostala k dispozici v říjnu 2013, seznam poskytnutých standardů je v příloze P IV. Zároveň jsem pozorovala reakce klientů na danou ošetrovatelskou péči.

#### **Analýza dokumentů**

Účelem analýzy dokumentů je zpracovat materiál, který je již vytvořený. Je to písemné svědectví. Jde o klasickou metodu analýzy dat, které nebyly vytvořeny za účelem konkrétního výzkumu (Kutnohorská, 2009, s. 42-43).

Pro sběr dat jsem využila dokumentace tří klientů, kde mi zákonní zástupci umožnili do nich nahlédnout a poskytli mi písemné souhlasy. Tyto data jsem použila do kazuistik a na pozorování.

#### **Standardizovaný rozhovor**

Tento typ rozhovoru probíhá podle předem připravených otázek. Je velmi podobný dotazníku (Kutnohorská, 2009, s. 39).

Pomocí standardizovaného rozhovoru s kvalifikovaným pracovníkem tohoto zařízení, jsem zjišťovala specifika ošetrovatelské péče v daném zařízení, dále reakce klientů na ošetrovatelskou péči a také zda používají ošetrovatelské standardy.

### 4.3 Charakteristika respondentů

Průzkum jsem realizovala v Domově pro seniory Zastávka u Brna, v oddělení se zvláštním režimem, kde jsem vykonávala praxi v měsíci lednu 2014 a zároveň prováděla přímé pozorování. Výběr respondentů byl záměrný, po dohodě s hlavní sestrou jsem si zvolila tři respondentky. Kritéria výběru:

- Omezení právní způsobilosti
- Pobyť v zařízení delší než dva roky
- Různé stupně soběstačnosti v pohybu.

U těchto tří klientek byla zpracována případové studie.

Pro rozhovor jsem si vybrala kvalifikovaného pracovníka z oddělení.

### 4.4 Charakteristika zařízení

Domov pro seniory Zastávka u Brna je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je Jihomoravský kraj. Domov poskytuje zdravotně-sociální služby. Provoz v tomto domově byl zahájen 1. 1. 1993 a do roku 2002 spadal pod vedení Okresního úřadu Brno – venkov. Dne 1. 1. 2003 převzal starost nad tímto zařízením Jihomoravský kraj. Oddělení se zvláštním režimem má kapacitu 40 lůžek. Pracují zde dvě všeobecné sestry a 18 pracovnice přímé péče.

### 4.5 Charakteristika kazuistik

Kazuistiky jsem zpracovala podle domén NANDA, které jsem rozdělila do třinácti oblastí. V úvodu se zabývám nemocným a jeho diagnózou, věkem a fyziologickými funkcemi. V jednotlivých oblastech jsem hodnotila ošetrovatelské diagnózy a problémy, které klienti mají.

#### **4.6 Charakteristika pozorovacího archu**

Do pozorovacího archu jsem zaznamenávala, pozorování ošetrovatelských činností personálem domova u vybraných klientů. Pro pozorování byla stanovena kritéria, a to připravenost pomůcek, dodržování ošetrovatelských standardů, reakce klientů a komunikaci s klientem. Pozorovací arch je v příloze P VII.

#### **4.7 Charakteristika položek rozhovoru**

Rozhovor má celkem 18 otázek, kde jsem se zaměřila v úvodu na respondenta, jak dlouho pracuje v zařízení, jakou pozici zastává. Dále jsem se věnovala ošetrovatelské péči a ošetrovatelským standardům. Dále jsem se tázala na spokojenost s vedením zařízení a na prevenci syndromu vyhoření. Otázky k rozhovoru najdete v příloze P VIII.

## 5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

### 5.1 Případová studie č. 1

#### 5.1.1 Kazuistika

Paní A. se narodila v roce 1943 a nastoupila do zařízení dne 4. 1. 2012. Byla jí diagnostikována demence smíšeného typu. Klientka dále trpí hypertenzí a ischemickou chorobou srdeční. Fyziologické funkce má v normě. Abúzus návykových látek je negativní. Je zbavena svéprávnosti ve všech bodech.

#### Podpora zdraví

Klientka má nedostatek zájmových aktivit. Nevládá psát ani počítat, tudíž nepozná hodnotu peněz. Čte s velkými problémy, ale neporozumí významu slov a složitější slova přeskakuje, musí se jí napovídat. Zúčastňuje se společenských aktivit, ráda vypomáhá v kuchyni. V MMSE získala klienta 11 bodů. Chování klientky je náchylné ke zdravotním rizikům (riziko pádu, riziko aspirace).

#### Výživa

Paní A. má problémy s příjmem potravy, jí velice rychle a předčasně si do úst dává další a další sousta, dle NANDA domén je to klasifikováno jako diagnóza poruchy polykání. Při slovní dopomoci nereaguje a vždy se snaží jíst tak, jako by jí to měl někdo sníst. Dále musíme paní A. nabádat k příjmu tekutin, jelikož hrozí riziko sníženého objemu tekutin v organismu. Na pitný režim velice zapomíná.

#### Vylučování a výměna

Klientka trpí funkční inkontinencí moče a občasnou inkontinencí stolice, je soběstačná v použití toalety. Paní A. potřebuje inkontinentní pomůcky. Na klientku musí být dohled a slovní podpora v činnosti, neustále musíme připomínat toaletu.

#### Aktivita/odpočinek

Klientka nedokáže udržet pořádek ve svých věcech, ale je částečně soběstačná v oblasti hygienické péče, oblékání a svlékání, ve stravování a v použití toalety. Pokud na klientku není dohled a slovní podpora, nedokáže se sama umýt. Zanedbává sama sebe v oblasti hygieny. V režimu dne je i polední odpočinek, to se paní A. nejraději odebere na lůžko a odpočívá. Paní A. má zhoršenou chůzi. Při chůzi potřebuje doprovod zodpovědné osoby. Dí-



ky péči chodí upravená a čistá. V hodnocení závislosti (Bartlův index) získala 55 bodů, což znamená závislost středního stupně.

### **Percepce/kognice**

Klientka má zachovanou kvalitu vědomí, ale již nevnímá svůj zdravotní stav a nechápe své onemocnění. Je orientována pouze osobou. Nezvládá manipulaci s léky, personál jí musí kontrolovat, zda je užila. Klientka má velmi zpomalené myšlení a trpí poruchami paměti jako je amnézie, u paní A. se vyskytují halucinace, které jsou tlumeny medikací. Klientka není příliš koncentrovaná, neudrží pozornost. Neuromentální index (Příloha P V) jsme vyhodnotili na 55 bodů. Chování má společenské. Klientka nezvládá manipulaci s financemi, nákupy ani cestování hromadnou dopravou. Při komunikaci s klientkou dochází k nepřiměřené reakci ze strany klientky, komunikace je obtížná, velice často opakuje dokola ty stejné věty. Je nedůvěřivá a bojácná.

### **Sebepercepce**

Má narušený obraz těla, vnímá se jako starší. Je potencionální riziko narušení osobní identity při progredujícím onemocnění.

### **Vztahy mezi rolemi**

Dříve klientka pracovala v zemědělství, bydlela u syna a starala se o rodinu. Kontakt s rodinou nyní udržuje. Ráda jezdí na výlety, když si ji rodina vezme na víkend. S rodinou tráví Vánoce i narozeniny. Jména rodinných příslušníků plete a zapomíná.

### **Sexualita**

Má 3 děti. Sexualitu jsme vzhledem k věku nezjišťovali.

### **Zvládání/tolerance zátěže**

Paní A. má strach z cizích lidí, blízké osoby poznává. Klientka nezvládá stresové situace. Uklidňuje se pohupováním.

### **Životní principy**

Klientka je věřící, ale do místní kaple nechodí.

**Bezpečnost/ochrana**

Klientka má riziko aspirace z rychlého stravování. Při hodnocení rizika pádů (Příloha P IX.) získala klientka 14 bodů, proto u ní proběhly opatření proti riziku pádu. Klientka má volnou cestu, bezbariérové prostředí, stabilní nábytek. Má snadný přístup k používaným věcem. Na pracovišti jsou suché a udržované podlahy, dostatečné osvětlení obyvatelných prostor, noční osvětlení, dobře nastavitelná výška lůžka, dostatek madel. Klientka má uzavřenou obuv a stabilizační kalhotky jako prevenci proti pádu. Zhodnotili jsme riziko vzniku dekubitů (Příloha P X.) na 23 bodů. Výsledek 25 bodů a méně znamená zvyšující se riziko vzniku dekubitů a je nutné provést opatření. U klientky se provádí dostatečná a správná péče o kůži nedráždivými krémy, úprava lůžka a lůžkového povlečení. Klientka musí být dostatečně hydratovaná, nabízejí se jí tekutiny. Provádí se kontrola predilekčních míst. Klienta je bez známek dekubitu. Při pocitu ohrožení hrozí riziko násilí vůči druhým lidem.

**Komfort**

Paní A. netrpí bolestí a komfort má velice dobrý. Sociální izolace je při momentální stavu klientky mírná.

**Růst/vývoj**

Růst a vývoj je v normě vzhledem k věku.

**Opatření proti riziku pádu**

Klientka A. musí mít bezbariérové prostředí, volnost cesty a stabilní nábytek. Také by měla mít snadný přístup k vlastním používaným věcem. Pomocný personál musí udržovat suché podlahy. Klientka musí nosit uzavřenou, ale pohodlnou obuv. Musíme dbát na dostatečné osvětlení obyvatelných prostor, noční osvětlení. Měla by mít i dobře nastavitelné lůžko. V celém zařízení musí být dostatek madel.

**Opatření proti riziku vzniku dekubitů**

U klientky musíme dbát o dostatečnou a správnou péči o kůži. Dále musíme dbát na správnou úpravu lůžka a lůžkovin, o čisté a správné oblečení. Nezapomeňme, že musíme také dbát na hydrataci klientky.

## Farmakoterapie

Tabulka 1 (Užívaná farmakoterapie u klientky A.)

Název léku	Forma léku	Gramáž	Forma podání	Ráno	Poledne	Večer	Noc (20.00)	Léková skupina
Ramipril	tbl.	2,5 mg	Per os	1	0	0	0	Hypotenzivum
Kalnormin	tbl.	1 g	Per os	1	0	0	0	Minerál
Tiapridal	tbl.	100 mg	Per os	1	1	1	0	Antipsychotikum
Citalec	tbl.	20 mg	Per os	1	0	0	0	Antidepressivum
Tritico AC	tbl.	150 mg	Per os	0	0	0	1	Antidepressivum

## Prognóza

Vzhledem k progresi onemocnění se musíme snažit udržet klientku co nejvíce soběstačnou, provádíme rehabilitaci a při úkonech ošetrovatelské péče se ji snažíme co nejvíce motivovat a povzbuzovat v sebepěči. Klientku povzbuzujeme slovně a kontrolujeme ji v činnostech. Při chůzi ji doprovázíme. Zajišťujeme klientce pomůcky pro inkontinenci, pro prevenci pádu a pro hygienu.

### 5.1.2 Pozorování

Při pozorování, jsem sledovala hlavně připravenost pomůcek, dodržování standardů, reakce klienta, komunikaci s klientem a případné použití konceptu bazální stimulace.

### Hygienická péče

U klientky A. probíhala ranní hygiena v duchu slovní podpory, klientu slovně naváděli k hygienické péči. Hygiena probíhala v koupelně u umyvadla. Ráno šla klientka na WC, během toho personál nachystal oblečení na nový den, a upravil lůžko. Když se klientka vyprázdnila. Personál jí dopomáhal k hygieně, slovně ji podporoval, nesnažil se za ni pře-

vzít péči. Klientka byla roztěkaná, snažila se hygienu odbít, ale personál ji nenechal. Komunikace probíhala na vysoké úrovni, oslovovali ji paní A. a měli klidný hlas. Koncept bazální stimulace se u téhle klientky nepoužívá, jelikož je soběstačná v pohybu a orientovaná v místě.

### **Podávání léků**

Léky chystá staniční sestra na celý den. Léky se podávaly po jídle. U klientky se muselo dohlížet na užití léků a kontrolovat dutinu ústní po zapití. Standard byl dodržen. Komunikace s klientkou probíhala s úctou a klidně. Reakce klientky byly většinou slovní.

### **Prevence dekubitů**

U klientky se prováděla hydratace kůže pomocí krémů, které dodala rodina. Klientka měla dostatek tekutin, ale musely se jí připomínat. Každý den měla čisté věci, a lůžko se pravidelně stlalo. Jelikož je klientka soběstačná v pohybu, nemusela se polohovat, otáčela se sama. Klientka na krém i na čisté oblečení reagovala kladně.

### **Podávání stravy**

Strava se klientce podávala na jídelně. Kde se schází většina klientů. Klientka má svoje určené místo, kam si pravidelně sedá. Personál jí dával plastový hrnek s čajem. Poté se chystala snídaně, každý soběstačný klient dostane snídaní tak, aby si ji mohl například namazat apod. Paní A. dostávala snídaní stejným způsobem. Jednou to zvládla sama, podruhé ne. Personál ji slovně povzbuzoval a radil jí, jak to má být. Snaží se udržet její soběstačnost. Komunikovali s klientkou velmi pěkně. Dodržovali standardy ohledně přípravy stravy. Reakce klientky byla občas taková že si všechno jídlo strčí do úst, musí se vést k tomu, aby jedla pomaleji.

### **Dodržování intimity**

U klientky se intimita dodržovala, jelikož se umývala v koupelně, kde bylo soukromí a nikdo jiný do ní nevstoupí. Zaměstnanci při vstupu do pokoje vždy klepali.

### **Péče o vyprazdňování**

Klienta trpí částečnou inkontinencí. Neustále jí personál připomínal toaletu, klientka potřebovala inkontinenční pomůcky, které personál skladuje ve skříni na pokoji klientky. Klientka přes den používala vložnou plenu a na noc pleny. Standardy se dodržují. Klientka reagovala kladně, občas neustále říkala „Chci jít na záchod“, ale jsou to jen nutkavé myšlenky, jelikož se na toaletě nevyprazdňuje.

**Polohování/aktivizace seniorů**

Klientka po snídani sledovala televizi, má ráda pohádky. Personál se jí snažil aktivizovat, pokud klientka projevila zájem, mohla pomoci v kuchyni s nádobím, nebo se starala o morče Honzika. Každý den se personál snažil, aby se klientka dostala do vestibulu, kde se jí mohla koupit káva, čaj nebo něco sladkého, které má klientka velmi ráda. Při chůzi potřebovala doprovod a nosila stabilizační kalhotky, jako prevenci proti pádu.

## 5.2 Případová studie č. 2

### 5.2.1 Kazuistika

Paní B. se narodila v roce 1927 a nastoupila do zařízení dne 2. 1. 2012. Byla jí diagnostikována Alzheimerova choroba. Fyziologické funkce má v normě. Abúzus návykových látek je negativní. Je omezena ve svéprávnosti.

#### Podpora zdraví

Klientka trpí Alzheimerovou chorobou, uvědomuje si okolí. Má sedavý způsob života, jelikož je upoutána na invalidní vozík. Neprovádí žádné zájmové aktivity. Pouze sleduje televizi, nebo v lůžku pozoruje fotografie na zdi. V MMSE získala klientka 0 bodů, nelze klientku hodnotit kvůli momentálnímu stavu. Vzhledem k chování a nesoběstačnosti má klientka riziko pádu a riziko vzniku dekubitů.

#### Výživa

Paní B. má dietu číslo 3, tedy racionální. Vypije za 24 hodin 1 500 ml tekutin, většinou popijí sladký čaj. Tekutiny se musí před klientku položit, napije se sama. Jídlo zvládá také sama, jí ovšem velice pomalu, musíme jí dát čas, aby se dostatečně najedla. Má ráda sladké.

#### Vylučování a výměna

Klientka je plně inkontinentní v oblasti vyprazdňování stolice i moče. Za klientku přebíráme plnou péči v oblasti vyprazdňování.

#### Aktivita/odpočinek

Paní B. sedí v invalidním vozíku, ale musí mít oporu například stolu, jelikož se předklání. Klientka získala v testu závislosti (Bartlův index) 10 bodů. Klientka je nesoběstačná v oblasti hygieny, vyprazdňování, pohybu i oblékání. Den tráví na lůžku, anebo na invalidním vozíku v jídelně, kde sleduje televizi a poslouchá hudbu.

#### Percepce/kognice

Vzhledem k diagnóze Alzheimerovy choroby je klientka chronicky zmatená. Komunikace je na velmi nízké úrovni, klientka skoro nekomunikuje. Pouze pokud je dostatek času odpoví jednoslovně. Řeči a pokynům rozumí. Neuromentální index jsme klientce změřili a vyšlo nám 40 bodů.

**Sebepercepce**

Klientka je bojácná, doporučuje se iniciální dotek, který je jemný na pravé rameno, aby se nevyděsila. Za klientkou chodí syn, který je zároveň jejím opatrovníkem. Když je znepokojená dává to najevo nespokojenou grimasou.

**Vztahy mezi rolemi**

Klientka má syna, který je jejím zákonným opatrovníkem a pravidelně ji navštěvuje. Vzhledem k nemoci své blízké příliš nepoznává.

**Sexualita**

Klientka nežije sexuálním životem.

**Zvládání/tolerance zátěže**

Paní B. těžce nese, že ji rodina umístila do domova pro seniory což si uvědomuje a má jí to za zlé, neustále se snaží hýbat nohama jako by chtěla utéct. Nad klientkou musí mít personál zvýšený dohled, pokud sedí na invalidním vozíku.

**Životní principy**

Vzhledem ke stavu klientky se nám nepodařilo zjistit, zda je věřící.

**Bezpečnost/ochrana**

U klientky jsme zhodnotily riziko pádu 14 bodů, proto se nastavila opatření proti pádu. Klientka má ordinované postranice, pokud se nachází v lůžku. Jelikož se nachází i na invalidním vozíku musí mít opěru pro horní končetiny (např. stůl). Dále jsme hodnotili riziko dekubitů, které vyšlo taktéž na 14 bodů. Znamená to celkem vysoké riziko vzniku dekubitů, proto má klientka zavedený polohovací plán a kontrolují se predilekční místa, provádí se péče o kůži a správná manipulace při překládání na lůžko i na vozík. Při hygienické péči jsou u klientky viditelné začervenání záda.

**Komfort**

Paní B. netrpí bolestí. Sociální izolaci se snažíme zabránit pobytem v jídelně, kde se nachází televize i rádio. Zde se také provádí různé ergoterapie apod.

**Růst/vývoj**

Vzhledem k věku klientky není tato doména důležitá.

### Opatření proti riziku pádu

Klientka B. musí mít bezbariérové prostředí, pohybuje se pomocí invalidního vozíku a personálu. Pomocný personál musí udržovat suché podlahy. Klientka musí mít obutou uzavřenou, ale pohodlnou obuv. Musíme dbát na dostatečné osvětlení obyvatelných prostor, noční osvětlení. Měla by mít i dobře nastavitelné lůžko, když se klientka nachází v lůžku, musí mít obě postranice, aby nespadla. Pokud je vysazena na vozík, musí mít oporu pod horními končetinami, aby nesjela z vozíku na podlahu.

### Opatření proti riziku vzniku dekubitů

U klientky dbejme o dostatečnou a správnou péči o kůži. Dále musíme zařídit správnou úpravu lůžka a lůžkovin a čisté, pohodlné oblečení. Nezapomeňme, že musíme také dbát na hydrataci klientky. U klientky je zaveden polohovací záznam. Pravidelně tedy polohujeme, pokud je klientka v lůžku. Musíme dbát i na hygienu genitálu, jelikož je v tomto ohledu klienta nesoběstačná.

### Farmakoterapie:

Tabulka 2 (Užívaná farmakoterapie u klientky B.)

Název léku	Forma léku	Gramáž	Forma podání	Ráno	Poledne	Večer	Léková skupina
Ramipril	tbl.	5 mg	Per os	1	0	0	Hypotenzivum
Escital	tbl.	10 mg	Per os	1	0	0	Antidepresivum
Mítrazapin	tbl.	30 mg	Per os	0	0	1	Antidepresivum
Haloperidol	tbl.	1,5 mg	Per os	0	0	1/2	Antipsychotikum



## **Prognóza**

Vzhledem k progresi onemocnění Alzheimerovi choroby se musíme snažit udržet klientku co nejvíce soběstačnou, provádíme rehabilitaci a při úkonech ošetrovatelské péče se ji snažíme co nejvíce zapojit do procesu. U klientky přebíráme péči ve všech činnostech kromě krmení a pití. Zajišťujeme klientce pomůcky pro inkontinenci, pro prevenci pádu a pro hygienu a provádíme prevenci proti vzniku dekubitů. Klientka skoro nekomunikuje a je zde potřeba užívat koncept bazální stimulace, hlavně iniciálního doteku.

### **5.2.2 Pozorování**

Při pozorování, jsem sledovala hlavně připravenost pomůcek, dodržování standardů, reakce klienta, komunikaci s klientem a případné použití konceptu bazální stimulace.

### **Hygienická péče**

U klientky B. probíhala ranní hygiena tak, že personál přebírá plnou péči o tuto oblast. Hygiena probíhala v pokoji, kde se klientka ráno vysazovala na pojízdné WC. Než se klientka vysadila, personál nachystal čisté oblečení na celý den, připravil si veškeré pomůcky k hygieně. Když se klientka vyprázdnila, personál jí umyl dle standardu, slovně s ní komunikoval, informoval ji, co se s paní bude dít. Po kompletní hygieně klientku promazal hydratačním krémem a oblékl ji. Klientka se vyjadřovala pomocí bolestných grimas a nespolupracovala. Po celou dobu co byla klientka na klozetu, měla okolo sebe plentu. Po kompletní hygienické péči byla paní B. umístěna na invalidní vozík a převezena do jídelny ke snídani.

### **Podávání léků**

Léky chystá staniční sestra na celý den. Léky se podávaly po jídle. U klientky se muselo dohlížet na užití léků a kontrolovala se dutina ústní po zapití léků. Standard byl dodržen. Komunikace s klientkou probíhala s úctou a klidně. Reakce klientky byly většinou pomocí mimiky. Klientce se musí vždy vše vysvětlit, protože pokynům rozumí.

### **Prevence dekubitů**

U klientky se prováděla hydratace kůže pomocí krémů. Klientka měla dostatek tekutin, ale musely se před ní položit, napití zvládla sama. Každý den měla čisté věci, a lůžko se pravidelně upravovalo. Jelikož je klientka nesoběstačná v pohybu, musela se polohovat. Klientku polohoval personál, dle polohovacího záznamu každé dvě hodiny Klientka na krém i na čisté oblečení reagovala kladně. Na oblékání reagovala nespokojenou grimasou.

### **Podávání stravy**

Strava se klientce podávala na jídelně. Kde se schází většina klientů. Klientka má svoje určené místo, kam se pravidelně vozí. Personál před ní položil plastový hrnek se sladkým čajem. Poté se chystala snídaně, každý soběstačný klient dostane snídání tak, aby si ji mohl například namazat a podobně. Paní B. dostává snídání stejně, ale poté jí personál stravu upravil, aby ji mohla sníst (např. namazal jí chléb). Jíst zvládala sama, ale musela mít k tomu dostatek času. Pracovníci s klientkou komunikovali velmi pěkně. Dodržovali standardy, ohledně přípravy stravy. Reakce klientky byla zvláštní, neustále pohybovala nohama, jako by chtěla odejít.

### **Dodržování intimity**

U klientky se intimita dodržovala, jelikož se používala zástěna. Při vstupu do pokoje vždy klepali. Po umytí horní části těla, klientku oblékli do trika.

### **Péče o vyprazdňování**

Klienta trpí plnou inkontinencí. Péči o vyprazdňování přebírá personál. Klientka přes den používala vložnou plenu a na noc klasické pleny. Standardy se dodržovaly. Klientka reagovala nespokojenou grimasou. Personál jí pravidelně kontroloval před polohováním. K očištění používali buničitou vatu a Menalind pěnu.

### **Polohování/aktivizace seniorů**

Klientka po snídání dřímala na vozíku, ráda poslouchala hudbu. Pokud se klientka nacházela v lůžku, provádělo se pravidelné polohování a prevence dekubitů, dále měla klientka postranice proti riziku pádu. Personál se jí snažil aktivizovat, pomocí her a navlékání korálků. Reakce klientky byly při aktivizaci kladné, při polohování reaguje nespokojenou grimasou. Pokud byla klientka spokojena, měla na tváři viditelný drobný úsměv.

## 5.3 Případová studie č. 3

### 5.3.1 Kazuistika

Paní C. se narodila v roce 1944 a do zařízení nastoupila 28. 7. 2010. Její diagnóza má název neurčená duševní porucha, způsobená poškozením a dysfunkcí mozku a somatickou nemocí. Fyziologické funkce má v normě, kromě dechu. Klientka má v poloze na boku bradypnoe. Je bývalá kuřačka. Díky dechovým obtížím se v budoucnu uvažuje o zavedení tracheostomie.

#### Podpora zdraví

Klientka získala v MMSE 0 bodů. Je imobilní, nesoběstačná, nemá žádné zájmové aktivity. U klientky dle dokumentace je viditelné postupné zhoršování stavu. Do září roku 2012 byla schopna chůze a od března roku 2013 je klientka zcela imobilní, kdy nedokáže sedět ani s pomocí. U klientky se vyskytují kontraktury, kterým se snažíme zabránit polohováním.

#### Výživa

Tuto doménu za klientku zcela přebíráme. Musí být krmena a proto má dietu číslo 3 v kašovitě úpravě. Za klientku také přebíráme pitný režim proto má zavedený záznam příjmu tekutin i stravy. Vypije přibližně 1 500 ml/24 hodin. Klientka má špatný chrup a deformitu čelistí při podání příliš tekutého jídla nebo pití, klientce z úst potrava vytéká. Na stolku má speciální zahušťovadlo, které se používá na zahuštění čaje. Je zde vysoké riziko aspirace.

#### Vylučování a výměna

Paní C. trpí močovou inkontinencí, používáme u klientky pleny. Ve vylučování stolice mívá paní potíže s občasnou zácpou. U klientky musíme dbát na hygienu genitálu. Dále se klientka zvýšeně potí, musíme dbát na správnou hygienu a pečovat o pokožku.

#### Aktivita a odpočinek

U klientky se provádí iniciální dotek na levé rameno, aby věděla, že s ní budeme provádět různé činnosti. Dále se používají nastavbové prvky bazální stimulace a to orální a taktile haptická stimulace. Paní C. je ležící, číst, psát ani počítat nezvládá. Je zde deficit sebezpečí ve všech bodech. Má zhoršenou spontánní ventilaci při poloze naboku. Očima pozoruje okolí a na hygienickou péči reaguje mimikou.

**Percepce/Kognice**

Paní C. trpí chronickou zmateností, při ošetrovatelských činnostech dává nespokojenými zvuky najevo, že se jí to nelíbí. Má zhoršenou paměť. Komunikuje pouze neverbálně a to mimikou. Paní C. rozumí, co se jí říká, ale nereaguje a oční kontakt neudrží. Neuromentální index jsme vyhodnotily na 25 bodů.

**Sebepercepce**

U klientky se provádí iniciační dotek na pravé rameno, ale bohužel i tak klientka reaguje nepřiměřeně, výkřiky a bolestivou grimasou v obličeji.

**Vztahy mezi rolemi**

Za paní C. chodí pravidelně na návštěvu dcera, která je určena jako opatrovnice v právních úkonech. Vztahy v rodině jsou v pořádku.

**Sexualita**

Vzhledem k imobilitě a špatné komunikaci, jsme sexualitu nezjišťovaly.

**Zvládání/tolerance zátěže**

Na paní C. dobře působí polštářek, který dáváme na objímání, uklidňuje ji. Zátěž ve formě péče zvládá pomocí výkřiků a nesouhlasných grimas. Klientka není nebezpečná svému okolí. Ve stresových situacích si zajíždí rukou do vlasů a trhá si je.

**Životní principy**

Vzhledem ke stavu klientky se nám nepodařilo zjistit, zda je věřící.

**Bezpečnost/ochrana**

Klientka má riziko aspirace, vzhledem k deformitě čelisti. Nemá riziko pádu vzhledem k tomu, že je imobilní a chráněná postranicemi. Riziko vzniku dekubitů jsme vyhodnotily na 12 bodů, provádíme preventivní opatření proti vzniku dekubitů. Klientka má polohovací záznam, ale musí se dávat pozor na dýchání, jelikož v poloze na boku dochází k bradypnoe.

**Komfort**

Klientka netrpí bolestí ani zhoršeným komfortem. Je na pokoji s chodící klientkou.

**Růst/vývoj**

Tato doména není aktuální vzhledem k věku paní C.

**Opatření proti riziku pádu**

Klientka C. je zcela imobilní a proto nemá riziko pádu. U klientky používají postranice.

**Opatření proti riziku vzniku dekubitů**

U klientky musíme dbát o dostatečnou a správnou péči o kůži. Dále musíme dbát na správnou úpravu lůžka a lůžkovin, o čisté a vhodné oblečení. Nezapomeňme, že musíme také dbát na hydrataci klientky. Klientka je plně nesoběstačná a imobilní, proto musíme dbát na správné polohování. Správnou péči o vyprazdňování. Klientka se více potí, proto se musí zajistit dostatek čistého a suchého prádla.

**Farmakoterapie:**

Tabulka 3 (Užívaná farmakoterapie u klientky C.)

Název léku	Forma léku	Gramáž	Forma podání	Ráno	Poledne	Večer	Léková skupina
Oxazepam	tbl.	10 mg	Per os	0	0	1	Anxiolitikum

**Prognóza**

V budoucnu se uvažuje o tracheostomii z důvodu špatné ventilace klientky na boku. Klientka je zcela imobilní a potřebuje plnou ošetrovatelskou péči. Klientka vydává neartikulované zvuky a reaguje bolestivou grimasou, při péči. Zde se používá v plné míře koncept bazální stimulace.

**5.3.2 Pozorování**

Při pozorování, jsem sledovala hlavně připravenost pomůcek, dodržování standardů, reakce klienta, komunikaci s klientem a případné použití konceptu bazální stimulace.

**Hygienická péče**

U klientky C probíhala hygienická péče v lůžku, kde dutina ústní se čistila pouze pomocí Pagavit štětiček. Na hygienickou péči používal personál pouze jeden lavor s vodou. Po umytí zad, je promasírovali a namazali krémem. Klientka na hygienickou péči reagovala

bolestivou grimasou a výkřiky, má kontraktury na levé ruce, nevěnovali se zapařeným místům právě na této končetině. Používali pouze iniciální dotek, ale další prvky bazální stimulace příliš nevyužívali.

### **Podávání léků**

Léky chystá staniční sestra na celý den. Léky se podávaly po jídle. U klientky se musely léky drtit a podávat spolu se stravou. Standard byl dodržen. Komunikace s klientkou probíhala s úctou a klidně, bohužel má klientka změny na dutině ústní a tekutiny často vytékaly z koutku, používali proto zahušťovadlo. Reakce klientky byly většinou bolestivé grimasy, nebo vyjadřuje nesouhlas pomocí pohledu.

### **Prevence dekubitů**

Pravidelně polohovali klientku C., zaznamenávali polohování do polohovacího záznamu. Starali se o predilekční místa, masírovali červená záda po ranní hygieně. Klientka byla celý den v lůžku, měla postranice.

### **Podávání stravy**

Strava se klientce podávala na pokoji, protože se klientka musela krmit. Jídlo se mělo chystat před klientkou do formy, kterou zvládne sníst, ale několikrát se stalo, že jídlo míchovali už na kuchyňce. U klientky personál seděl a měl na ni dostatek času. Klientka si musela mezi sousty dělat přestávky, pila z dětské lahve. Lžičkou personál stíral rty. Další dny pozorování už se to neopakovalo. Krmení probíhalo v klidu a pomalu, jinak klientce vše vyteklo z úst.

### **Dodržování intimity**

U klientky se vyskytlo porušení intimity, a to po ranní hygieně, zůstala odhalená na lůžku zbytečně dlouho. Zástěna se používala, jen pokud byla na pokoji druhá klientka. Reakce klientky byla taková, že jí naskočila „husí kůže“ a dávala svou nespokojenost najevo mimičkou.

### **Péče o vyprazdňování**

Klientka trpí úplnou inkontinencí v oblasti vyprazdňování jak moči, tak stolice. Personál ji pravidelně přebaloval, používal přes den vložnou plenu a na noc klasickou plenu. Plenu kontrolovali vždy při polohování. Klientka se více potí, takže jí personál navoněl deodorantem. Občas si klientka plenu roztrhala.

### **Polohování/aktivizace seniorů**

Klientka ležela v lůžku. Polohuje se podle konceptu bazální stimulace a podle polohovacího záznamu. Musí se polohovat opatrně, vyskytly se poruchy dýchání. Do rukou se jí dávali speciální polštářky, které paní C. držela a jednou rukou si neustále zajížděla do vlasů. Ve dnech pozorování za ní přišla kadeřnice a manikérka.

## **5.4 Rozhovor s kvalifikovaným pracovníkem**

Rozhovor byl veden s kvalifikovaným pracovníkem z Domova pro seniory Zastávka u Brna z oddělení zvláštního režimu.

**1. Kolik je Vám let?**

*Je mi 49 let.*

**2. Jaké máte vzdělání?**

*Vysokoškolské, bakalářské v oboru sociální pedagogika a všeobecná sestra.*

**3. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?**

*V tomto zařízení pracuji 16 let.*

**4. Vzděláváte se dále v tomto oboru? Nebo v jiném?**

*Ne, před rokem jsem ukončila bakalářské studium.*

**5. Pracujete v multidisciplinárním týmu? Jakou pozici zastáváte?**

*Ano, pracujeme v multidisciplinárním týmu, já zastávám pozici vedoucí oddělení. V zařízení pracují sociální pracovníce, všeobecné sestry, pracovníce respitní péče (pečovatelky), poslední jmenovaní jsou zároveň i klíčové pracovníce našich klientů, každá pracovníce má na starosti cca. 3-4 klienty.*

**6. Jak máte rozdělenou ošetrovatelskou péči?**

*Ošetrovatelská péče je individuální dle potřeb klienta. Na ošetrovatelské péči se podílí všichni pracovníci přímé péče dle svých kompetencí.*

**7. Jaké standardy dodržujete? Máte je k dispozici? Myslíte, že chybí ošetrovatelské standardy?**

*Vše máme k dispozici, používáme sociální a ošetrovatelské standardy, které jsou k dispozici na ošetrovně.*

**8. Myslíte si, že má toto zařízení nějaké specifika? Pokud ano, jaká?**

*Poskytujeme službu domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, máme certifikát bazální stimulace, nutriční péče a certifikát vážka.*

**9. Případá Vám poskytovaná péče dostatečná, nebo by se dalo něco zlepšit?**

*Poskytovaná péče je na vysoké úrovni, ale stále je co zlepšovat. Důležité je stále zvyšovat kvalitu péče o všechny klienty, zejména školit nové pracovníky.*

**10. Jaké odborné výkony nejčastěji provádíte?**

*Z odborných úkonů jsou to nejčastěji odběry biologického materiálu, převazy, měření fyziologických funkcí, péče o permanentní katetry, edukace.*

**11. Máte dostatek pomůcek k ošetrovatelské péči? Pokud ne, jaké Vám chybí?**

*Pomůcek k ošetrovatelské péči máme dostatek.*

**12. Jak reagují klienti na ošetrovatelskou péči?**

*Klienti reagují individuálně, velmi záleží na individuálním přístupu.*

**13. Využíváte hodně koncept bazální stimulace?**

*Koncept bazální stimulace je hodně využíván, zejména u klientů s demencí III. stupně.*

**14. Vědí klienti, na koho se mohou obrátit? Kdo je jejich klíčový pracovník?**

*Klienti jsou informováni ústně, mají informační nástěnky, dle potřeby se používají při komunikaci s klientem alternativní způsoby komunikace pomocí piktogramů. Ví, kdo je jejich klíčový pracovník.*

**15. Jste spokojeni s vedením tohoto zařízení?**

*Vedení našeho zařízení je vstřícné, spolupráce je na vysoké úrovni.*



**16. Provádíte prevenci syndromu vyhoření?**

*Jako prevence syndromu vyhoření jsou prováděny pravidelné supervize, schůzky s personálem a odborné semináře.*

**17. Vycházíte se všemi spolupracovníky?**

*S ostatními spolupracovníky je dobrá spolupráce, velmi důležitá je zpětná vazba a společné řešení problémů.*

**18. Máte na pracovišti nějaké konflikty?**

*Občas se nějaký konflikt na pracovišti vyskytne, je potřeba vyslechnout obě strany, snažit se najít kompromis, společné řešení.*

## 6 DISKUZE

*Cíl 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče v daném zařízení.*

K tomuto cíli se vztahuje otázka z rozhovoru číslo 8 a specifika jsem zjišťovala pomocí kazuistik a pozorování.

Průzkumem bylo zjištěno, že zařízení má certifikát bazální stimulace, nutriční výživy a certifikát vážka.

Pomocí pozorování a analýzy dat jsem zjistila, že specifika péče jsou individuální, a koncept bazální stimulace je velmi využíván u klientů s těžkou demencí.

Specifika ošetrovatelské péče jsou nejvíce v zásadách komunikace s klienty a tím, že využívají koncept bazální stimulace.

*Cíl 2: Zjistit dodržování a používání ošetrovatelských standardů na daném pracovišti.*

Tento cíl jsem zjišťovala pomocí pozorování.

Výsledek mě velmi mile překvapil a to proto, že standardy se ve většině případů dodržovaly. Naopak mě zklamaly dodané standardy, které jsem dostala k dispozici od hlavní sestry. Nachází se v nich chyby, které by se měly opravit a standardy aktualizovat.

*Cíl 3: Zjistit reakce klientů na ošetrovatelskou péči.*

Poslední cíl jsem zjišťovala pomocí rozhovoru a to otázky 12 a 14, také jsem prováděla pozorování.

Reakce klientů jsou různé. Klientka, která má zachované verbální komunikační schopnosti se projevovala tím, že opakovala neustále stejná slova, jevila se mi jako zmatená. Příkazům rozuměla, ale byla roztěkaná. Musel nad ní být zvýšený dohled. Měla zmatený a prázdňvý výraz v obličeji.

U klientky, které jsem dávala prostor i k verbální komunikaci jsem zjistila, že dokáže odpovédět v jednoslovných odpovědích. Pokud byla spokojená, projevila se spokojenou mimikou a úsměvem, když jí něco vadilo, projevovala to stažením tváře a pohybem nohou.

Klientka, která byla zcela imobilní a verbálně nekomunikovala, pouze vydávala neartikulované zvuky, se vyjadřovala pouze mimikou a výkřiky. Pokud se jí něco nelíbilo, dávala to najevo staženým výrazem v obličeji. Pokud jí něco bolelo, měla bolestný výraz.

Na tuto problematiku bylo zpracováno mnoho dalších bakalářských a diplomových prací, ale žádná práce se nezabývá obecně ošetrovatelskou péčí v domově pro seniory se zvláštním režimem.

Jedna bakalářská práce, kterou napsala Dolejšová Jarmila má název *Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem z pohledu všeobecné sestry*, v praktické části prováděla kvantitativní výzkum a to formou dotazníků, který byl zaměřen na názory a zkušenosti sester. Cíle práce má naprosto odlišné od této bakalářské práce.

Druhá diplomová práce, kterou napsala Uhlířová Kateřina, se zaměřuje na *Specifika péče o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem*, i zde se autorka zaměřila na kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření a cíle ani hypotézy se neshodují s mojí prací.

Třetí bakalářskou práci napsala Iva Jarošová, s názvem *Problematika péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v Domově pro seniory se zvláštním režimem*. Tato autorka si nepřála zveřejnit svoji práci na internetu a proto, nemohu porovnat cíle.

Další možné bakalářské, diplomové či disertační práce mají odlišné cíle i zaměření práce.

## 7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V rámci doporučení pro praxi jsem vypracovala standard odsávání z dýchacích cest, standard výměny tracheostomie a standard ošetření tracheostomie. Motivovala mě k tomu skutečnost, že u klientky C. se v budoucnu plánuje zavedení tracheostomie a standard tohoto typu v zařízení zcela schází.

Doporučila bych zkontrolovat a aktualizovat všechny dostupné standardy v zařízení Domov pro seniory Zastávka u Brna, jelikož mě velmi zarazily některé údaje. Například ve standardu kardiopulmonální resuscitace, kde má zařízení uvedeno, že 30 stlačení hrudníku a jeden vdech do klienta.

Doporučuji i seminář pro zaměstnance, kde by si znovu obnovili práci dle standardů a to zejména prevenci proti dekubitům.

Doporučuji, aby se v tomto zařízení upustilo od používání buničité vaty na hygienu konečníku. Buničitou vatou, bych používala pouze na hrubé nečistoty a na čištění kůže od stolice bych doporučila použít vlhčené ubrousky, nebo vlhčené jednorázové žinky.

### 7.1 Standard ošetrovatelské péče 1.

#### Odsávání z dýchacích cest při tracheostomii – klient při vědomí

Určeno pro:	Všeobecné sestry
Místo využití standardu:	DS Zastávka
Sestavila:	Monika Blažková
Správnost ověřila:	PhDr. Eva Hrenáková
Podpis:	
Platnost:	Od 1. 7. 2014 do 1. 1. 2015
Kontrola:	1x za 3 měsíce

**Záznam o kontrolách a změnách**

Datum kontroly, změny	Kontrolu, změnu provedl	Podpis

**Cíl standardu:**

1. Zajistit aseptické odsávání z dýchacích cest dle platného standardu.
2. Zabránit vzniku komplikacím

**Kritérium struktury:****S1.** Kompetentní osoby, dle platné legislativy:

- Všeobecná sestra bez odborného dohledu
- Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí
- Všeobecná sestra pod odborným dohledem

**S2.** Pomůcky k odsávání na pokoji klienta:

- Funkční odsávací přístroj
- Odsávací hadice
- Elektrický zdroj
- Stříkačka a jehla
- Sterilní roztok
- Sterilní odsávací cévka – různé velikosti
- Sterilní rukavice
- Sterilní pinzeta
- Štětka na čištění vnitřního pláště
- Funkční ambuvak

**S3.** Ošetřovatelská dokumentace klienta

**S4.** Lůžko přístupné ze tří stran

**Kritérium procesu při odsávání:**

**P1.** Informujte klienta o výkonu (dle zdravotního stavu klienta).

**P2.** Proved'te dezinfekci rukou, nasad'te si rukavice.

**P3.** Přichystejte si pomůcky, včetně funkčního a vyzkoušeného odsávacího zařízení.

**P4.** Uložte klienta do jemu pohodlné polohy, nejlépe vleže s mírně zakloněnou hlavou.

**P5.** Nasad'te si ochranné pomůcky.

**P6.** Napojte sterilní odsávací cévku k odsávací soupravě, konec cévky namočte do sterilního roztoku a proved'te zkoušku funkčnosti odsávačky.

**P7.** Vyzvěte klienta ke kašli (dle zdravotního stavu pacienta).

**P8.** Sterilní cévku uchopte sterilní pinzetou a jemně a rychle zasuňte cévku do průdušnice přes tracheotomickou kanylu. Zavádíme po odpor, ale neodsáváme.

**P9.** Mírně povytáhnout asi 1-2 cm, začněte odsávat, přitom cévku pomalu vytahujte a otáčejte jí. Odsávejte 10 – 15 sekund. V případě potřeby cévku vytáhněte, pokud jste se nikde nedotkli, můžete znovu zavést. Odsávání provádíme přerušovaným podtlakem. Odsávací cévku použijte na jedno odsávání.

**P10.** Nejde-li účinně odsávat, aplikujte 1-5 ml sterilního fyziologického roztoku, popř. jiného ordinovaného roztoku přímo do dýchacích cest. Roztok aplikujte těsně před odsáváním, po stěně kanyly, nechte prodýchat klienta a až potom odsávejte, dojde ke zředění hlenů.

**P11.** Po ukončení odsávání z tracheostomie klienta s poruchou polykacích schopností vždy odsajte novou cévkou oblast dutiny ústní, případně dutinu nosní dle stavu klienta. Pokud je klient schopný se o svoji dutinu ústní postarat, tak jej necháme.

**P12.** Propláchněte odsávací hadici dezinfekčním roztokem (např. naředěným chloraminem).

**P13.** Zkontrolujte klienta a sledujte objektivní potíže, případně se zeptejte na subjektivní potíže. Nasad'te antibakteriální filtr.

**P14.** Uklid'te pomůcky

**P15.** Sundejte rukavice a proveďte dezinfekci rukou.

**P16.** Aplikujte v případě hustého sputa a při neschopnosti vykašlat sputum, konzultovat s lékařem a podat mukolytika inhalačně nebo perorálně.

**P17.** Průběh a výsledky odsávání a charakter sputa, příměsí zaznamenejte do zdravotnické dokumentace klienta. V případě komplikací informujte o stavu lékaře, případně volejte RZP.

**Komplikace:**

- Hypoxémie, hypoxie
- Změny oběhu (arytmie), bradykardie
- Atelektázy
- Bakteriální, virová, mykotická, atd. kontaminace
- Poškození sliznice dýchacích cest
- Dislokace tracheostomické kanyly
- Kolaps alveolů
- Bronchospasmus
- Neprůchodnost tracheostomické kanyly

**Kritéria výsledku:**

**V1.** Odsávání z dýchacích cest je provedeno dle platného standardu.

**V2.** Dýchací cesty klienta jsou čisté.

**V3.** Sestra zkontroluje saturaci kyslíku pomocí oxymetru.

**V4.** Sestra zkontroluje, zda se u klienta nevyskytují komplikace. V případě výskytu komplikací informuje lékaře, či volá RZP.

**V5.** Je proveden záznam o odsávání z dýchacích cest do dokumentace.

<b>Kontrolní kritéria k provedení AUDITU:</b>					
<b>Název ošetrovatelského standardu: odsávání z dýchacích cest při tracheostomii - klient při vědomí</b>					
<b>metoda</b>	<b>Kritérium</b>	<b>ano</b>	<b>ne</b>	<b>část.</b>	<b>Připomínky</b>
<b>Dotazem sestry</b>	Má k dispozici standard ošetrovatelské péče?				
	Má dostatek pomůcek k odsávání z dýchacích cest?				
	Zná možné komplikace?				
	Zná způsoby odsávání z dýchacích cest?				
	Zná vhodnou polohu klienta při odsávání?				
	Umí rozpoznat objektivní potíže?				
	Ví, kolik může aplikovat sterilního roztoku?				
<b>Sledováním</b>	Dodržuje sestra při odsávání z dýchacích cest standardní postup?				
	Kontroluje saturaci kyslíku pomocí oxymetru?				
	Provádí odsávání ve sterilních podmínkách?				
<b>Dotazem klienta</b>	Byl edukován o důvodu odsávání z dýchacích cest?				
	Ví, jak často se z dýchacích cest musí odsávat?				
	Byl edukován o možných komplika-				



	cích?				
	Byl edukován, že v případě subjektivních potíží to musí říct sestře?				
	Ví, proč se musí starat i o dutinu ústní?				
	Je informován o možnosti spolupráce?				
<b>Pohledem do dokumentace</b>	Je v dokumentaci vyznačeno odsávání z dýchacích cest?				
	Jsou zapsány případné komplikace?				
	Je zapsán charakter sputa?				
	Jsou zapsány odběry sputa, nebo odsátého sekretu?				
	Jsou zapsané případní konzultace s lékařem a podaná farmakoterapie?				

**ANO 2 BODŮ**

**ČÁSTEČNĚ 1 BODŮ**

**NE 0 BODŮ**

**CELKEM 42 BODŮ**

**MINIMUM 21 BODŮ**

## 7.2 Standard ošetrovatelské péče 2.

### Výměna tracheostomie

Určeno pro:	Všeobecné sestry
Místo využití standardu:	DS Zastávka
Sestavila:	Monika Blažková
Správnost ověřila:	PhDr. Eva Hrenáková
Podpis:	
Platnost:	Od 1. 7. 2014 do 1. 1. 2015
Kontrola:	1x za 3 měsíce

### Záznam o kontrolách a změnách

Datum kontroly, změny	Kontrolu, změnu provedl	Podpis

### Cíl standardu:

1. Zajistit správně výměnu tracheostomie u klienta za aseptických podmínek, a v intervalech určených lékařem, nebo dle potřeby klienta.
2. Zabránit poškození peristomální kůže.
3. Předcházet vzniku komplikací.

**Kritérium struktury:**

**S1.** U tohoto standardu se jedná o klienty, u kterých nepředpokládáme komplikace u výměny tracheostomie a výměna kanyly se provádí na základě indikace nebo povolení lékaře. V dalších případech se mění tracheostomie v nemocničním zařízení a mění ji lékař a sestra asistuje.

**S2.** Kompetentní osoby, dle platné legislativy:

- Všeobecná sestra bez odborného dohledu
- Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí
- Všeobecná sestra pod odborným dohledem

**S3.** Pomůcky k výměně kanyly:

- Tracheostomická kanyla
- Zavaděč, součást tracheostomické kanyly
- Pasta na ošetření okolí kanyly (není vždy nutná)
- Emitní miska
- Buničitá vata
- Sterilní nástroje (peán, pinzeta, nůžky)
- Sterilní čtverce, tampóny, krytí
- Dezinfekce
- Fixační tkanice, hydrofilní mul nebo tracheostomická páska
- Mesocain gel, vazelína
- Stříkačka, pouze v případě pokud je tracheostomická kanyla s endobronchiální manžetou („fixační balónek“)
- Pomůcky k odsávání
- Pomůcky chránící personál (rukavice, ústenka, popřípadě ochranné brýle)
- Fonendoskop
- Antibakteriální filtr
- Funkční ambuvak

**S4.** Ošetřovatelská dokumentace klienta

**S5.** Lůžko přístupné ze tří stran

**Kritérium procesu při výměně tracheostomické kanyly:**

- P1.** Klient nalačno, nebo minimálně 4 hodiny po jídle, aby nedošlo ke zvracení.
- P2.** Připravte pomůcky k výměně tracheostomické kanyly, zároveň připravte pomůcky k odsávání z dýchacích cest. Proveďte hygienu a dezinfekci rukou. Nasad'te rukavice.
- P3.** Poučte klienta o způsobu provedení výměny tracheostomické kanyly (dle zdravotního stavu pacienta).
- P4.** Poloha vsedě je na zavádění kanyly nejlepší. Pokud klient nemůže sedět z důvodů svého zdravotního stavu, provádíme výměnu ve vodorovné poloze na lůžku bez polštáře. Odhalíme oblast krku.
- P5.** Ke klientovi stojíme vždy z boku, abychom zabránili potřísnění sekretem.
- P6.** Sdělte klientovi, jak má držet emitní misku s buničitou vatou (dle zdravotního stavu klienta), případně položte emitní misku blízko klienta.
- P7.** Klienta vždy před výměnou odsajte z dýchacích cest. U klientů s poruchou vědomí, s poruchou polykání a u klientů s tracheostomickou kanylou s endobronchiální manžetou odsáváme i z dutiny ústní jako prevence aspirace slin nebo obsahu dutiny ústní do dýchacích cest.
- P8.** Odstrihněte fixační tkanici tracheostomické kanyly, pokud má klient tracheostomickou kanylu s obturační manžetou, tak ji odfoukneme a vyjměte kanylu do emitní misky.
- P9.** Použijte přichystanou sterilní kanylu se zavaděčem, zavaděč ponechejte v kanyle, zevně aplikujte sterilní štětíčkou nebo sterilním čtvercem Mesocain gel nebo vazelínu.
- P10.** Při nádechu šetrně zaveďte tracheostomii.
- P11.** Vyndejte ihned po zavedení kanyly zavaděč a kanylu fixujte rukou, aby nevypadla. Pokud je tracheostomická kanyla s endobronchiální manžetou, nafoukněte manžetu a ověřte v ní tlak pomocí manometru.
- P12.** Otřete sterilním tamponem stoma a peristomální kůži, dezinfikujte. Ošetřete okolní kůži dle potřeby prostředkem určeným dle ordinace lékaře a dle stavu peristomální kůže.
- P13.** Upevněte kanylu, pomocí fixační tkanice okolo krku a pod kanylu podložte sterilní čtverec s dezinfekčním roztokem.

**P14.** Ujistěte se, že tkanice není příliš těsná, ideální je pokud pod ni můžeme vložit prst.

**P15.** V případě podráždění pacienta a uvolnění hlenu, klienta důkladně odsajte. Po zavedení tracheostomické kanyly se může vyskytnout krvavé sputum.

**P16.** Pomocí fonendoskopu poslechněte dechové fenomény a pohledem zkontrolujte zvedání hrudníku a barvu kůže, je to kontrola, zda jste zavedli kanylu správně. Nasad'te antibakteriální filtr.

**P17.** Sledovat klienta a informovat ho o možných komplikacích. Zkontrolovat saturaci pomocí oxymetru.

**P18.** Klienta uložte do pohodlné polohy, pokud to sám nezvládne.

**P19.** Proved'te dekontaminaci, mechanickou očistu, dezinfekci, připravit pomůcky ke sterilizaci odolných materiálů.

**P20.** Proved'te hygienickou dezinfekci rukou.

**P21.** Výměnu tracheotomické kanyly zaznamenejte do zdravotnické dokumentace. Proved'te zápis do zdravotnické dokumentace.

**P22.** V případě výskytu komplikací informovat lékaře, nebo volat RZP.

### **Komplikace:**

- Chybné zavedení tracheostomické kanyly
- Stenóza tracheostomického kanálu
- Stenóza trachey
- Krvácení
- Vznik infekce
- Prorůstání granulacemi (operační řešení)
- Mechanické poškození tracheostomické kanyly

### **Preventivní opatření:**

- Dispenzarizace lékařem, případná kontrola pomocí bronchoskopie
- Odběry odsátého sekretu za sterilních podmínek a jejich vyšetření při změně zdravotního stavu – stěry z okolí tracheostomie a z tracheostomického kanálu
- Ochrana při dýchání pomocí antibakteriálního filtru
- Zvlhčování vzduchu

- Oxygenoterapie dle potřeby
- Aplikace léků do dýchacích cest, inhalace dle potřeby a ordinace lékaře
- V případě výskytu bolesti v krku, aplikovat analgetika dle ordinace lékaře

**Kritéria výsledku:**

**V1.** Tracheostomie je vyměněna dle platného standardu.

**V2.** Dýchací cesty klienta jsou průchodné.

**V3.** Sestra zkontroluje saturaci kyslíku pomocí oxymetru.

**V4.** Sestra kontroluje, zda se nevyskytují komplikace a v případě výskytu komplikací informuje obvodního lékaře a při vážných komplikacích zavolat RZP.

**V5.** Je proveden záznam o výměně tracheostomie do dokumentace.

<b>Kontrolní kritéria k provedení AUDITU:</b>					
<b>Název ošetrovatelského standardu: výměna tracheostomické kanyly</b>					
metoda	Kritérium	ano	ne	část.	Přípomínky
<b>Dotazem sestry</b>	Má k dispozici standard ošetrovatelské péče?				
	Má dostatek pomůcek k výměně tracheostomické kanyly?				
	Zná možné komplikace?				
	Umí, správně vyměnit tracheostomickou kanylu?				
	Zná vhodnou polohu klienta při výměně kanyly?				
	Umí rozpoznat objektivní i subjektivní potíže?				
	Ví, kde jsou uloženy pomůcky k výměně tracheostomické kanyly?				
	Umí sestra reagovat při výskytu kritických situací?				
	Ví, jak často se mění tracheostomie?				
<b>Sledováním</b>	Dodržuje sestra při výměně tracheostomické kanyly standardní postup?				
	Kontroluje saturaci kyslíku pomocí oxymetru?				
	Provádí výměnu tracheostomické kanyly ve sterilních podmínkách?				
	Sleduje sestra subjektivní a objektivní				

	potíže a případné komplikace?				
<b>Dotazem klienta</b>	Byl edukován o důvodu vyměňování tracheostomické kanyly?				
	Ví, jak často se provádí výměna tracheostomické kanyly?				
	Byl edukován o možných komplikacích?				
	Byl edukován, že v případě subjektivních potíží to musí říct sestře?				
	Ví, proč se musí starat i o dutinu ústní?				
	Byl edukován o možné bolesti po výměně tracheostomie?				
	Byl informován o možnosti výskytu krvavého sputa?				
	Byl edukován o možnosti spolupráce?				
<b>Pohledem do dokumentace</b>	Je v dokumentaci vyznačena výměna tracheostomické kanyly a její velikost?				
	Jsou zapsány případné komplikace?				
	Je zaznamenán charakter sputa?				
	Jsou zapsány případné konzultace s lékařem a podaná farmakoterapie?				

**ANO 2 BODŮ**

**ČÁSTEČNĚ 1 BODŮ**

**NE 0 BODŮ**

**CELKEM 50 BODŮ**

**MINIMUM 25 BODŮ**



### 7.3 Standard ošetrovatelské péče 3.

#### Ošetřování tracheostomické kanyly

Určeno pro:	Všeobecné sestry
Místo využití standardu:	DS Zastávka
Sestavila:	Monika Blažková
Správnost ověřila:	PhDr. Eva Hrenáková
Podpis:	
Platnost:	Od 1. 7. 2014 do 1. 1. 2015
Kontrola:	1x za 3 měsíce

#### Záznam o kontrolách a změnách

Datum kontroly, změny	Kontrolu, změnu provedl	Podpis

Okolí tracheostomie ošetřujeme dvakrát či třikrát denně a dále dle potřeby při prosáknutí sekretem nebo při znečištění stravou, či koupelí.

#### Cíl standardu:

1. Zajistit správnou ošetrovatelskou péči o tracheostomii u klienta za aseptických podmínek.
2. Zajistit neporušenou peristomální kůži, provádět prevenci macerace.

3. Zabránit zhoršení stavu okolní pokožky v případě výskytu komplikací na peristomální kůži.
4. V případě použití antibakteriálního filtru, pravidelně kontrolovat a vyměňovat dle potřeby.

**Kritérium struktury:****S1.** Kompetentní osoby, dle platné legislativy:

- Všeobecná sestra bez odborného dohledu
- Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí
- Všeobecná sestra pod odborným dohledem

**S2.** Pomůcky k ošetřování kanyly:

- Pasta na ošetření okolí kanyly (není vždy nutná)
- Emitní miska
- Buničitá vata
- Sterilní nástroje (peán, pinzeta, nůžky)
- Sterilní čtverce, tampóny
- Dezinfekce
- Pomůcky chránící personál (rukavice, ústenka, popřípadě ochranné brýle)
- Fixační tkanice
- Prostředky na speciální ošetřování tracheostomie
- Pomůcky na odsávání
- Funkční ambuvak

**S4.** Ošetřovatelská dokumentace klienta**S5.** Lůžko přístupné ze tří stran**Kritérium procesu při ošetřování tracheostomické kanyly:**

**P1.** Připravte pomůcky k ošetření tracheostomie. Sterilními nůžkami nastříhnete sterilní čtverec. Proveďte hygienu rukou. Ruce si poté dezinfikujte a nasadíte rukavice.

**P2.** Poučte klienta o způsobu ošetření tracheostomie (dle zdravotního stavu pacienta).

**P3.** Posadte klienta a odhalte krk, proveďte tento výkon ve vodorovné poloze, vyžaduje-li to stav klienta, tracheostomická kanyla musí být dobře přístupná pro sestru.

**P4.** Sdělte klientovi, jak má držet emitní miskou s buničitou vatou (dle zdravotního stavu klienta). V případě dejte emitní miskou do blízkosti klienta.

**P5.** Odstraňte fixační tkanici v případě znečištění a sejměte znečištěný čtverec, při nastřihávaných čtvercích dbejte zvýšenou pozornost nitkám, které se mohou uchytit v okolí a důkladně očistěte peristomální kůži desinfekčním prostředkem.

**P6.** Pokud je kůže macerována, ošetřete ji obkladovým prostředkem (nezapomeňte na dodržení expozičního času obkladového prostředku) a aplikujte speciální prostředky (např. stříbro).

**P7.** Přiložte na okolí tracheostomie připravený sterilní čtverec případně jiné speciální prostředky. Upevněte fixační tkanici, dbejte na prevenci podráždění a kanylu při výměně fixujte rukou. Tkanici zavažte a ujistěte se, že není příliš těsná.

**P8.** Zkontrolujte a případně odsajte a vyměňte antibakteriální filtr.

**P9.** Kontrola stavu klienta, zjištění subjektivních či objektivních potíží. Při zjištění komplikací informovat lékaře nebo volat RZP.

**P10.** Proveďte dekontaminaci, mechanickou očistu, dezinfekci.

**P11.** Proveďte hygienu rukou a následně desinfekci rukou.

**P12.** Ošetření tracheotomické kanyly zaznamenejte do zdravotnické dokumentace. Zaznamenejte objektivní a subjektivní pocity klienta. Při zjištění závažných změn informujte lékaře (např. macerace, hnisavý obsah, granulace).

**Komplikace:**

- Krvácení
- Ucpání kanyly
- Infekce
- Tracheozofageální píštěl
- Granulomy
- Dekubity
- Emfyzém
- Dekanylace, dislokace kanyly

**Kritéria výsledku:**

**V1.** Tracheostomie je ošetřena dle platného standardu.

**V2.** Peristomální kůže nevykazuje známky komplikací.

**V2.** Sestra zkontroluje saturaci kyslíku pomocí oxymetru.

**V3.** Sestra zkontroluje, zda se u klienta nevyskytují komplikace, v případě zjištění komplikací informuje lékaře nebo volá RZP.

**V4.** Je proveden záznam o ošetření tracheostomie do dokumentace.

<b>Kontrolní kritéria k provedení AUDITU:</b>					
<b>Název ošetřovatelského standardu: ošetřování tracheostomické kanyly</b>					
<b>metoda</b>	<b>Kritérium</b>	<b>ano</b>	<b>ne</b>	<b>část.</b>	<b>Připomínky</b>
<b>Dotazem sestry</b>	Má k dispozici standard ošetřovatelské péče?				
	Má dostatek pomůcek k ošetření tracheostomické kanyly?				
	Zná možné komplikace?				
	Zná způsob ošetření tracheostomické kanyly?				
	Zná vhodnou polohu klienta při ošetření kanyly?				
	Umí rozpoznat objektivní potíže?				
	Ví, kde jsou uloženy pomůcky k ošetřování tracheostomické kanyly?				
	Umí správně odebrat stěry z okolí?				
	Umí posoudit ránu?				
<b>Sledováním</b>	Dodržuje sestra při ošetřování tracheostomické kanyly standardní postup?				

	Kontroluje saturaci kyslíku pomocí oxymetru?				
	Provádí ošetření tracheostomické kanyly ve sterilních podmínkách?				
	Umí zhodnotit ránu a peristomální kůži?				
<b>Dotazem klienta</b>	Byl edukován o důvodu ošetření tracheostomické kanyly?				
	Ví, jak často se provádí ošetřování tracheostomické kanyly?				
	Byl edukován o možných komplikacích?				
	Byl edukován, že v případě subjektivních potíží to musí říct sestře?				
	Ví, proč se musí starat i o dutinu ústní?				
	Byl edukován o možnosti spolupráce?				
<b>Pohledem do dokumentace</b>	Je v dokumentaci vyznačeno ošetření tracheostomické kanyly?				
	Jsou zapsány případné komplikace (zápach, macerace)?				
	Je zaznamenán postup ošetření, případně aplikace speciálních prostředků a datum nejbližší výměny?				
	Je zaznamenán posudek peristomální kůže?				

ANO            2 BODŮ  
ČÁSTEČNĚ    1 BODŮ  
NE              0 BODŮ  
**CELKEM      46 BODŮ**  
**MINIMUM    23 BODŮ**

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče v domově pro seniory se zvláštním režimem. Cílem mé práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče, abych na základě výsledků mohla vytvořit doporučení pro praxi.

Jako průzkumnou metodu jsem použila analýzu dat, které jsem zpracovala do kazuistiky, pozorování a rozhovor s kvalifikovaným pracovníkem. Pomocí případových studií jsem chtěla zjistit potřeby klientů a specifika péče u vybraných klientů. Pomocí pozorování jsem chtěla zjistit dodržování a používání standardů, bohužel mě velice překvapilo, že standardy v daném zařízení nejsou aktualizovány. Pracovníci ve většině případů standardy dodržovali, ovšem našli se i tací, kteří je drobně porušovali. Dále jsem pomocí pozorování chtěla zjistit reakce klientů na ošetrovatelskou péči. Na spolupráci se zařízením si nemůžu stěžovat, vedení zařízení mi vyšlo ve všem vstříc. Na pracoviště jsem docházela během domluvené individuální praxe, která mi byla umožněna naší školou. Pracovala jsem tam jako studentka na praxi a zároveň jsem prováděla průzkumné šetření, spolupráce s ostatními pracovníky přímé péče byla nekonfliktní. Nemohu říct, že by mě přijali mezi sebe, ale necítila jsem z nich nevraživost ani jiné negativní pocity. Praxe v tomto zařízení pro mě byla velkým přínosem a věřím, že moje poznatky zlepší péči minimálně v tomto zařízení.

Z výsledků bakalářského šetření vyplývá potřeba kontrola a aktualizace standardů a do budoucna potřeba standardů odsávání z dýchacích cest, výměna tracheostomie a ošetrování tracheostomie. Proto jsem tyto tři standardy pro zařízení vytvořila a předložila je hlavní sestře i s doporučením pro praxi. Doufám, že moje práce zlepší ošetrovatelskou péči v domově pro seniory se zvláštním režimem.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ARNOLDOVÁ, Anna, 2011. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. 3. rozšířené vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1852-4.
- [2] BABKOVÁ, Alžbieta a Lenka PÍPALOVÁ, 2006. Rehabilitace v psychiatrii. In: MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, s. 129-149. ISBN 80-247-1151-6.
- [3] BENSON, Nigel C a Borin VAN LOON, 2005. *Psychoterapie*. Překlad Silvie Struková. Praha: Portál. Seznamte se... ISBN 80-736-7005-4.
- [4] ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, Michaela, 2008. *Multidisciplinární tým*. In: MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, s. 60-66. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [5] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.
- [6] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [7] JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
- [8] KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2009. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-802-4728-315.
- [9] KLUSOŇOVÁ, Eva. 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-358.
- [10] KONRÁD, Jiří. 2013, *Demence u Parkinsonovy nemoci a onemocnění typu >>Parkinson plus<<*. In: JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, s. 128-131. ISBN 978-80-7262-873-5.
- [11] KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.
- [12] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

- [13] LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-537-2.
- [14] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [15] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [16] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- [17] ONDRIÁŠOVÁ, Mária, 2005. *Psychiatria*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-199-9.
- [18] PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.
- [19] SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ, 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb: výklad je zpracován k právnímu stavu ke dni 1. 1. 2008*. Praha: ASPI. Meritum. ISBN 978-807-3573-164.

#### Internetové zdroje:

- [20] ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 131, s. 4730 [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23497>.
- [21] ČESKO, 2012. Zákon č. 89/2012 ze dne 3. února 2012 občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 33, s. 1032 [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=24084>.
- [22] STAŇKOVÁ, Markéta, 2010. *Role klíčového pracovníka v domově pro seniory a jeho metodické vedení* [online]. Brno, [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: [is.muni.cz/th/289614/fss\\_m/Stankova\\_Marketa\\_Diplomova\\_prace.doc](http://is.muni.cz/th/289614/fss_m/Stankova_Marketa_Diplomova_prace.doc). Magisterská diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Prof. PhDr. Libor Musil, CSc.



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

MMSE	Mini-Mental State Examination.
CNS	Centrální nervová soustava.
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association.
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
tbl.	Tableta
atd.	a tak dále
např.	například
apod.	a podobně

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 ( <i>Užívaná farmakoterapie u klientky A.</i> ).....	43
Tabulka 2 ( <i>Užívaná farmakoterapie u klientky B.</i> ).....	48
Tabulka 3 ( <i>Užívaná farmakoterapie u klientky C.</i> ).....	53

## SEZNAM PŘÍLOH

P I – MMSE

P II – Test kreslení hodin

P III – Test základních denních činností podle Barthelové

P IV – Test instrumentálních denních činností

P V – Neuromentální index

P VI – Seznam standardů

P VII – Pozorovací arch

P VIII – Otázky k rozhovoru

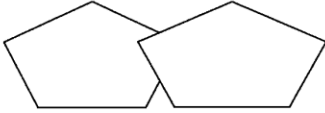
P IX – Hodnocení rizik pádů

P X – Hodnocení rizika vzniku dekubitů

# PŘÍLOHA P I: MMSE

(studijní materiál)

## Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1.Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Který je teď rok?</li> <li>- Které je roční období?</li> <li>- Můžete mi říci dnešní datum?</li> <li>- Který je den v týdnu?</li> <li>- Který je teď měsíc?</li> <li>- Ve kterém jsme státě?</li> <li>- Ve které jsme zemi?</li> <li>- Ve kterém jsme městě?</li> <li>- Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?)</li> <li>- Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)</li> </ul>	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2.Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3.Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4.Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Žádná ale</li> <li>- Jestliže</li> <li>- Kdyby</li> </ul> <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky,<i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného,aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného,aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2 1 1 1 1</p>
	
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

## PŘÍLOHA P II: TEST KRESLENÍ HODIN

(studijní materiál)

### TEST HODIN

Hodnocení:

Skóre	Popis	Příklady
1.	<p>Bezchybné provedení:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>číslice 1 – 12 ve správném pořadí i místě</li> <li>dvě ručičky ve správné poloze</li> </ul>	
2.	<p>Lehká prostorová chyba ciferníku hodin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vzdálenost mezi čísly nerovnoměrně</li> <li>číslice mimo kruh</li> <li>otočení papíru s otočením číslic</li> <li>použití pomocných čar pro lepší orientaci</li> </ul>	
3.	<p>Chybné za znamení času, zachované prostorové uspořádání hodin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pouze jedna ručička</li> <li>čas za znamenan slovně „10 hodin 10 minut“</li> <li>čas vůbec neznamenán</li> </ul>	
4.	<p>Střední stupeň prostorové dezorientace, takže za znamení času není možné:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nepravidelné mezery</li> <li>zapomenutí čísel</li> <li>perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12</li> <li>záměna pravý-levý (čísllice proti směru)</li> <li>dysgrafie – chybějí číselné číslice</li> </ul>	
5.	<p>Těžká prostorová dezorganizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno</li> </ul>	
6.	<p>Chybí zakreslení hodin (cave: vyloučit depresi/delirium):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>žádný pokus zakreslit hodiny</li> <li>ani vzdálená podobnost s hodinami</li> <li>napsáno slovo nebo jméno</li> </ul>	

(Podle: Shulman Kl et al. Clock-Drawing and dementia in the community: A longitudinal study.)

## PŘÍLOHA P III: TEST ZÁKLADNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ PODLE BARTHELOVÉ

(studijní materiál)

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

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

### Hodnocení stupně závislosti

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

## PŘÍLOHA P IV: TEST INSTRUMENTÁLNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ

(studijní materiál)

### Test instrumentálních všedních činností Podle Lawsona a Bodyho (IADL-Instrumental Activity Daily Living)

Činnost:		Hodnocení:	Body:
01.	Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
		Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	05
		Nedokáže používat telefon	05
02.	Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
		Cestuje, je-li doprovázen, vyžaduje pomoc druhé osoby	05
		Speciálně upravený vůz	00
03.	Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
		Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	05
		Neschopen bez podstatné pomoci	00
04.	Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
		Jídlo ohřeje	05
		Jídlo musí být připraveno druhou osobou	00
05.	Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací, provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	10
		Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	05
		Potřebuje pomoc při většině prací nebo s v domácnosti prací neúčastní	00
06.	Práce okolo domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
		Provede pod dohledem	05
		Vyžaduje pomoc, neprovede	00
07.	Užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
		Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	05
		Léky musí být podány druhou osobou	00
08.	Finance	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
		Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	05
		Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	00
<b>Hodnocení</b>			
		Závislí	00-40 bodů
		Částečně závislí	45-75 bodů
		Nezávislí	80 a více

## PŘÍLOHA P V: NEUROMENTÁLNÍ INDEX

(materiál z Domova pro seniory Zastávka u Brna)

1. Vědomí	vědomí zachováno	15
	při vědomí po prvním podnětu	10
	při vědomí po více podnětech	5
	žádná účast	0
2. Schopnost kontaktu	kontakt zachován	15
	kontakt po oslovení navázán	10
	kontakt po oslovení ne vždy navázán	5
	žádná možnost kontaktu	0
3. Orientace (čas, místo, osoba, situace)	bez pomoci	10
	v jednom z bodů nesouhlasí	5
	ve více bodech nesouhlasí	0
4. Paměť	vybavení vzpomínek běžného dne	10
	vybavení vzpomínek jednoduchých činností	5
	žádné vzpomínky	0
5. Emoce	normální emocionální reakce	10
	porucha emocí (např. deprese)	5
	emoce nejsou přítomny	0
6. Chování/pravidla	normální chování / úsudek	10
	málo výrazné	5
	porucha/bez sociální interakce	0
7. Komunikace	normální	10
	mluvení nebo porozumění mluveného obsahu porušeno	5
	žádná / velmi ztížená komunikace	0
8. Vnímání	neporušené	5
	porušené (zraku, sluchu, ...)	0
9. Řešení problémů	neporušené	5
	porušené (potřebuje pomoc)	0
10. Noční klid	normální denní / noční rytmus	10
	porucha spánku v důsledku ošetření (např. polohování, ...)	5
	potřebuje dohled (např. neklid, ...)	0
<b>CELKEM:</b>		

<b>Vyhodnocení:</b>	
0 - 40 bodů	vysoce závislý
45 - 60 bodů	závislost středního stupně
65 - 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý



## **PŘÍLOHA P VI: SEZNAM STANDARDŮ**

1. Standard mytí rukou
2. Profesní profil pracovníka
3. Hygienická péče
4. Podávání stravy
5. Vyprazdňování
6. Podávání léků
7. Prevence dekubitů
8. Péče o dekubity
9. Prevence pádů
10. Výživa sondou
11. Perkutánní endoskopická gastrostomie
12. Standard kardiopulmonální resuscitace
13. Aplikace injekcí
14. Aplikace inzulínu
15. Kompresivní terapie
16. Katetrizace močového měchýře

## PŘÍLOHA P VII: POZOROVACÍ ARCH

### Pozorovací arch

**Téma:** Ošetrovatelská péče v domově pro seniory se zvláštním režimem.

**Místo:** Zastávka u Brna

**Cíl:** Zjistit, rozsah a okolnosti poskytované péče v daném zařízení.

**Pozorovatel:** Monika Blažková

Pozorovaný jev u klienta 1	Připravenost pomůcek	Dodržování standardů	Reakce klienta	Koncept bazální stimula- ce	Komunikace s klientem
Hygienická péče					
Podávání léků					
Prevence dekubitů					
Podávání stravy					
Dodržování intimity					
Péče o vyprazdňování					
Polohování/Aktivizace seniorů					

Podmínky platnosti: pozorovaný jev se bude opakovat každý den. Pozorovací arch bude vyplněn nejméně na 75 %.

## **PŘÍLOHA P VIII: OTÁZKY K ROZHOVORU**

### **Rozhovor s pracovníkem domova pro seniory se zvláštním režimem**

Dobrý den, jmenuji se Monika Blažková a studuji třetím rokem na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, chtěla bych Vás poprosit o vyplnění následujícího rozhovoru a o zaslání zpět, pokud Vás při odpovědích napadnou další souvislosti, prosím dopište jej. Tento rozhovor bude v bakalářské práci jako anonymní.

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké máte vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?
4. Vzděláváte se dále v tomto oboru? Nebo v jiném?
5. Pracujete v multidisciplinárním týmu? Jakou pozici zastáváte?
6. Jak máte rozdělenou ošetrovatelskou péči?
7. Jaké standardy dodržujete? Máte je k dispozici? Myslíte, že chybí ošetrovatelské standardy?
8. Myslíte si, že má toto zařízení nějaké specifika? Pokud ano, jaká?
9. Případá Vám poskytovaná péče dostatečná, nebo by se dalo něco zlepšit?
10. Jaké odborné výkony nejčastěji provádíte?
11. Máte dostatek pomůcek k ošetrovatelské péči? Pokud ne, jaké Vám chybí?
12. Jak reagují pacienti na ošetrovatelskou péči?
13. Využíváte hodně koncept bazální stimulace?
14. Vědí klienti, na koho se mohou obrátit? Kdo je jejich klíčový pracovník?
15. Jste spokojeni s vedením tohoto zařízení?
16. Provádíte prevenci syndromu vyhoření?
17. Vycházíte se všemi spolupracovníky?
18. Máte na pracovišti nějaké konflikty?

## PŘÍLOHA P IX: HODNOCENÍ RIZIKA PÁDŮ

(studijní materiál)

Parametr	Stav/podmínka	Skóre
Úroveň vědomí/duševní stav	Orientovaný	0
	Desorientovaný	2
	Intermitentně deliriósní	4
Záchyt pádů (v posledních 3 měsících)	Žádné pády	0
	1-2 pády	2
	3 nebo více pádů	4
Chůze - samostatnost	Samostatná/kontinentní	0
	Pomocí vozíku	2
	Samostatná/inkontinentní	4
Vizus	Přiměřený	0
	Špatný	2
	Nevidoucí	4
Chůze/rovnováha	Chůze a rovnováha normální	0
	Potíže s rovnováhou při stoji	1
	Potíže s rovnováhou při chůzi	1
	Snížená svalová koordinace	1
	Změna ve způsobu chůze	1
	Trhnutí nebo nestabilita při obratu	1
	Vyžaduje použití pomůcky, opory	1
Systolický krevní tlak	Bez snížení	0
	Snížení < 20 mmHg	2
	Snížení > 20 mmHg	4
Léčba (jaká – vypsát)	Žádná během posledních 7 dnů	0
	Užívá 1-2 během posledních 7 dnů	2
	Užívá 3-4 během posledních 7 dnů	4
	Měněna léčba v současnosti	1
Predispoiční faktory (hypotenze, vertigo, CMP, PN, ztráta končetin, záchvaty, artritida, osteoporóza, fraktury )	Žádné	0
	1-2	2
	3 nebo více	4
<b>Celkové skóre (větší než 10 představuje značné riziko)</b>		_____

## PŘÍLOHA P X: HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ

(studijní materiál)

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
Úplná	4 00-10	4 Normální	4 Žádné	4 Dobry	4 Dobry	4 Úplná	4 Není	4 Chodí
Malá	3 11-30	3 Alergie	3 Horečka Diabetes Anemie Karcinom	Podle závažnosti nemoci 3-1	3 Zhoršený	3 Apatický	3 Částečně omezená	3 Občas
Částečná	2 31-60	2 Vlhká	2 Kachexie Obezita On.cév A jiné		2 Špatný	2 Zmatený	2 Velmi omezená	2 Převážně močová
Žádná	1 nad 60	1 Suchá	1		1 Velmi špatný	1 Bezvědomí	1 Žádná	1 Stolice i moč
								2 Sedačka
								1 Upoután na lůžko

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)