



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**

**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**POSTOJE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ  
K POUŽÍVÁNÍ OMEZUJÍCÍCH OPATŘENÍ U KLIENTŮ  
S LÉKAŘSKOU DIAGNÓZOU ALZHEIMEROVA  
DEMENCE**

Bakalářská práce

Autor práce: **Jaroslava Šimková**  
Vedoucí práce: **Bc. Alan Maria Uhura, R.N.**

2007

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE  
**SCHOOL OF MEDICINE IN HRADEC KRALOVE**

DEPARTMENT OF SOCIAL MEDICINE

NURSING SUBDEPARTMENT

**APPROACHES OF HEALTH WORKERS TO  
RESTRAINING PROCEDURES IN CLIENTS WITH  
ALZHEIMER DISEASE**

Dissertation thesis

Author of thesis: **Jaroslava Šimková**  
Supervisor of thesis: **Bc. Alan Maria Uhura, R.N.**

2007

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem v ní všechny literární prameny a zdroje, které jsem použila

V Přelouči 26.4.2007

**Poděkování:**

Děkuji vedoucímu práce Bc. Alanu Maria Uhurovi, RN. za cenné rady, připomínky a vedení práce.

**Motto:**

**Vědecká práce je naší jedinou cestou k poznání okolní reality.**

**Sigmund Freud**

## **OBSAH:**

### **Úvod**

1.	Teoretická část .....	9
1.1	Alzheimerova demence .....	9
1.1.1	Historie Alzheimerovy demence .....	9
1.1.2	Alzheimerova demence dnes.....	10
1.1.2.1	Epidemiologie .....	10
1.1.2.2	Neurobiologické změny .....	11
1.1.2.3	Diagnostika .....	11
1.1.2.4	Terapie Alzheimerovy nemoci .....	14
1.1.2.5	Ošetrovatelská péče o klienta s Alzheimerovou chorobou .....	19
1.1.2.6	Ošetrovatelská péče o klienta s Alzheimerovou chorobou podle Majory Gordonové.....	19
1.1.2.7	Prevence syndromu vyhoření.....	27
1.2	Omezující prostředky .....	28
1.2.1	Omezující prostředky v psychiatrii .....	28
1.2.2	Omezující prostředky v ústavech sociální péče .....	34
1.2.3	Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti.....	35
2.	Empirická část.....	37
2.1	Použitá metoda .....	37
2.2	Vzorek respondentů .....	37
2.3	Analýza dat.....	38
2.4	Diskuse.....	70
Závěr .....		74
Anotace .....		75
Použitá literatura a zdroje.....		76
Seznamy .....		78
Přílohy .....		81

## Úvod

Důvodem k volbě tématu užívání omezujících prostředků u klientů s diagnózou Alzheimerova demence bylo mé dvanáctileté působení v domově důchodců na uzavřeném oddělení (oddělení se zvýšeným dohledem).

Za tuto dobu jsem měla možnost se seznámit s bohatou škálou projevů klientů v posledních stádiích Alzheimerovy choroby i s reakcemi zdravotnicko-pečovateľského personálu na ně. Bez zmínky nemohu ponechat ani vzájemnou interakci klientů na oddělení.

Z vlastní zkušenosti vím, že práce na tomto oddělení je psychicky i fyzicky vyčerpávající. Situace, které zde vznikají, kladou velké nároky na osobnost zdravotnicko-pečovateľského personálu.

Občas se stává, že některý z klientů obtěžuje okolí svým chováním (budí ostatní klienty, narušuje jejich soukromí, obtěžuje svými projevy, např. se svléká, olizuje se, vyjímá si z úst zubní náhradu před ostatními). Ostatní klienti reagují na takové chování mnohdy podrážděně až agresivně.

Bloudící klienti navštěvují pokoje, lůžka, skříně a noční stolky dalších obyvatel oddělení. Vznikají kolizní situace, kdy si klient, jehož kognitivní funkce nejsou ještě tolik narušeny, hájí své soukromí a „pachatel“ zase své, protože už nerozezná své od cizího. Jediná spolehlivá zábrana jsou zamčené dveře (pokoje, skříně) a zamčená zásuvka. Bohužel si většina klientů klíč nedokáže opatrovat a manipulace s ním v zámku bývá také často problematická. I když se vyřeší problematika zavírání pokojových dveří a stolků, stále ještě existuje možnost, že se na jednom pokoji sejdou společně klient s rozvinutou demencí a klient méně postižený. Nelze mít 24 hodin všechny osobní věci pod zámek. Hovořím zde o takových předmětech, jako jsou různé vystavené fotografie a drobnosti přinesené z původního domova, které slouží ke zútulnění prostředí. Poškození nebo přemístění předmětů, k nimž má klient citový vztah, ho zasáhne na citlivém místě.

Všechny tyto situace se lépe řeší ve dne, kdy většina klientů bdí a zdravotnicko-pečovateľského personálu je více. Co však dělat v noci, když klient postižený poruchou kognitivních funkcí vstává z lůžka, bloudí po pokojích, stěhuje obsah cizích skříní a nočních stolků? Navíc je v noci přítomno daleko méně personálu (v našem domově důchodců 1 člověk na více jak 30 klientů). Jak být potom k dispozici zbytku klientů, když váš čas vyplní z 50-90% jeden klient?

Co udělat s takovým klientem? Utlumit ho léky? Ale to se často odrazí na jeho schopnostech sebeobsluhy a sebezpečí. Stává se také, že tyto léky u geriatrických pacientů působí jinak (z důvodu změn v organismu způsobených involucí ve stáří, multimorbiditě a z ní plynoucí polypragmazií), než je žádoucí.

Je správné nechat ho rušit spánek a soukromí svých spoluobyvatel (klientů/pacientů)? Na zaplacení pobytu a s ním spojených nákladů padne většina jejich starobních důchodů. Klienti právem očekávají, že v rámci zajištění kvality služeb jim bude také zajištěno soukromí a nikým nerušený spánek. Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena Listinou základních práv a svobod.

Lze použít nějaký způsob omezujícího opatření vůči „narušiteli“? Jak to ale provést, když omezující opatření nejsou v souladu s Listinou základních práv a svobod? Navíc většinu omezujících opatření musí ordinovat lékař. Volat k takovému stavu LSPP? Leckde není pohotovost v noci dostupná. Lékařská péče je ošetřena záchrannou službou, která vyjíždí pouze ke stavům ohrožujícím život.



Vyřešil by problém telefonický kontakt s psychiatrem či praktickým lékařem oddělení po dobu 24 hodin?

Všechny tyto otázky mě napadají, kdykoli se mi „vydaří“ noční služba. Je pravda, že se takové situace nestávají každý den, ale dokážou pěkně potrápít. Mnohokrát během takové noční služby zatoužím po bezpečně zařízeném pokojíčku, kam bych mohla onoho „výtržníka“ odvést, aby si tam mohl v klidu „pracovat“ a nerušil svou činností zbytek oddělení. Myslím, že by se tak předešlo mnoha vyhroceným situacím, které končí agresivitou, nebo dokonce úrazem klienta.

Osobu, která je v ohnisku mého zájmu, nazývám ve své práci klientem, protože s pacienty se setkáváme pouze v nemocnicích a lékařských ordinacích. O uživateli sociálních služeb se hovoří jako o klientovi.

## **Cíl**

Cílem teoretické části je soustředit poznatky o Alzheimerově demenci, neboť Alzheimerova demence je nejčastější ze skupiny atroficko-degenerativních demencí, jež tvoří 50-60% všech demencí, a vymezit pojem omezující prostředky a možnosti jejich použití v nemocnicích i v zařízeních poskytujících sociální služby.

Cílem empirické části práce je zjistit, jak se k použití omezujícího opatření staví zdravotnický, ošetrovatelský a pečovatelský personál, který pečuje o klienty s demencí, zvláště s demencí při Alzheimerově chorobě. Jaké používá techniky ke zvládnutí situací, kdy odchylky v chování dementního člověka narušují kolektivní život na oddělení.

Případné nedostatečné ošetření těchto situací by mohlo vést ke vzniku a používání standardu pro zvládnání stavů neklidu, bloudění a agrese. To by mohlo pomoci ke zkvalitnění sociálních služeb v oblasti péče o klienty s diagnózou demence.

# 1. Teoretická část

## 1.1 Alzheimerova demence

### Co je demence?

Slovo demence pochází z latinského *de mens*, označujícího pokles úrovně kognitivních funkcí.

Demence (F00-F03) je podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: „syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kdy dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“

Uvedené symptomy mají hluboký psychologický a sociální dopad na pacienta, jeho rodinu a společenské prostředí.

Demence je nejčastější psychiatrickou poruchou ve stáří. Vzhledem k pokračujícímu stárnutí populace narůstá počet demenčních osob a demence se stává nejzávažnějším zdravotně-sociálním problémem ve vyšším věku. Hovoří se o „tiché epidemii“.

Dělení demencí:

1. Atroficko-degenerativní demence 50-60%. Nejčastější z nich je demence Alzheimerova typu. Dále sem patří demence u Pickovy choroby, demence u Creutzfeldt-Jakobovy choroby, demence u Huntingtonovy choroby.
2. Demence ischemicko-vaskulární 15-20%. Nejčastější z nich je multiinfarktová demence.
3. Sekundární demence (symptomatické) 10-15% (poúrazová, hypoxická, toxická, metabolická, při vitamínové karenci).
4. Smíšené formy 13 - 17%.

Z uvedeného přehledu tedy vyplývá, že Alzheimerova demence zastupuje největší skupinu všech demencí ve stáří.

### 1.1.1 Historie Alzheimerovy demence

V roce 1906 referoval poprvé německý lékař Alois Alzheimer na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu o případu demence 51leté paní Auguste D. v přednášce: „O svérázném onemocnění mozkové kůry“. Alzheimer při vyšetřování mozku zemřelé paní Auguste D. zjistil, že senilní plaky (usazeniny amyloidu na synapsích mezi neurony) prostupují horní vrstvy kůry tak masivně, že jsou viditelné i v nebarvených preparátech. Jeho vlastním objevem byly „Alzheimerovy změny neurofibril“ (neuronální klubka = tangles, která našel ve třetině až čtvrtině neuronů). Případ byl publikován v roce 1907. Tato publikace je základním kamenem pojmu Alzheimerovy nemoci. Oficiálně pojmenoval Alzheimerovu nemoc roku 1910 Kraepelin ve své učebnici.

Počátek výzkumu Alzheimerovy choroby se obvykle počítá od Alzheimerovy přednášky v roce 1906. Předcházel mu však objev senilních plak, která popsali v roce 1892 Blocq a Marinesco.

Za ukončení vývoje pojmu Alzheimerova nemoc je považována Katzmanova práce z roku 1976, v níž sloučil presenilní Alzheimerovu nemoc a senilní demenci Alzheimerova typu do jediné nozologické jednotky.

Věda dosud nezodpověděla všechny dotazy týkající se této nemoci. Dodnes nemůže nikdo s jistotou prohlásit, co je hlavní příčinou Alzheimerovy nemoci. V současné době je předmětem výzkumu genetická stránka nemoci.

Ošetrovatelská péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí spočívala v minulosti v umístění pacienta na uzavřené psychiatrické oddělení. Zde strávil pacient zbytek svého života v odloučení od společnosti. Tento postup je dnes zcela překonán moderními ošetrovatelskými metodami.

### **1.1.2 Alzheimerova demence dnes**

Dnes rozeznáváme 2 formy tohoto onemocnění:

a) Raná forma, při které se počáteční příznaky objevují před 60. rokem života, tedy ve středním věku (průměrně okolo 47. roku života). U této formy onemocnění byl zaznamenán familiární výskyt a závažnější průběh. V některých pramenech je tato forma nazývána presenilní demencí Alzheimerova typu.

b) Pozdní forma Alzheimerovy nemoci se vyznačuje nástupem počátečních příznaků po 65. roce života

Až donedávna se definitivní diagnóza Alzheimerovy choroby určovala až post mortem (při pitvě). Nedávno bylo zjištěno, že diagnostickým indikátorem u žijících lidí je (A-68) protein, který se našel v mozku obětí této nemoci. Nachází se také ve spinálním likvoru žijících pacientů, u nichž se předpokládá Alzheimerova choroba.

Nejnovější výzkum je zaměřen na identifikaci genů souvisejících s Alzheimerovou nemocí. Jako příčina časně nastupující Alzheimerovy choroby jsou známy dva chromozomální geny a třetí se označuje za příčinu pozdně vznikající choroby. Pravděpodobně existuje vztah mezi chorobou a dědičným krevním proteinem, který transportuje cholesterol v krvi. U lidí, kteří zdědí protein po obou rodičích, vzniká až 8krát vyšší pravděpodobnost, že se u nich vyvine Alzheimerova choroba. Ne však všichni pacienti s Alzheimerovou chorobou mají tento gen. Onemocnění má pravděpodobně více příčin.

#### **1.1.2.1 Epidemiologie**

Prevalence (počet případů v celé populaci) všech demencí se počíná 62,5. rokem věku, kdy činí 0,7%, každých 5 let zdvojnásobuje. Prevalence Alzheimerovy demence se zdvojnásobuje každého 4,5 roku a je příčinou přibližně 2/3 všech případů demence.

Ve věku nad 65 let trpí Alzheimerovou demencí přibližně 10 % populace, ve věkové skupině nad 85 let tato choroba postihuje necelou polovinu populace. Ve vyšším věku jsou ženy častěji postiženy než muži.

Rizikem pro vznik Alzheimerovy demence je věk, familiární nakupení případů, genové mutace a nosičství alely  $\epsilon_4$  genu pro apolipoprotein E. Možným rizikem je poranění hlavy, mozku a nízká úroveň vzdělání. Vztah mezi Alzheimerovou nemocí, kouřením cigaret, hliníkem, zinkem a protizánětlivě působícími léky není vyjasněn.

Vztah mezi nižším výskytem Alzheimerovy demence a vyšší hladinou estrogenů u žen užívajících náhradní hormonální terapii v postmenopauze je předmětem výzkumu.

### 1.1.2.2 Neurobiologické změny

#### Makroskopické změny.

Hmotnost i velikost mozku se zmenšují jak v průběhu normálního stárnutí, tak v průběhu Alzheimerovy nemoci. U obou stavů se rozšiřují mozkové komory a ztenčuje mozková kůra. U Alzheimerovy nemoci bývá postižení větší a nápadnější hlavně u presenilní formy choroby. Tato forma se vyznačuje globální atrofií mozku, zatímco pozdní forma je doprovázena hlavně atrofií temporálního laloku. Čím větší je objem mozku premorbidně, tím větší jsou rezervy pro uchování kognitivních funkcí při postižení Alzheimerovou nemocí.

#### Mikroskopické změny.

Úbytek mozkové hmoty je způsoben numerickým úbytkem. Numerická atrofie neuronů v průběhu Alzheimerovy nemoci převyšuje numerickou atrofii doprovázející stárnutí jak v mozkové kůře, tak v podkorových oblastech. Úbytek neuronů probíhá i v centrálních oblastech sítnice a v jádrech čichových nervů, což se projeví poruchou rozlišování pachů. Mechanismus zániku neuronů v průběhu Alzheimerovy nemoci není jasný.

Vývoj Alzheimerovy nemoci provázejí také změny na dendritech a synapsích. Čím větší jsou tyto změny, tím větší je postižení kognitivních funkcí. Postižení synapsí není v celém mozku rovnoměrné. Je různé na vrcholech závitů a v rýhách a čelní kůra je postižena více, než kůra týlní. Přítomnost senilních plak v histologických řezech.

Nález tangles (neuronálních klubek). Jedná se o změny neurofibril popsané Alzheimerem. Tato klubka bývají také někdy nazývána náhrobními kameny neuronů Amyloidový  $\beta$ -protein v jádrech senilních plak a stěnách tepének. Mechanismus jeho neurotoxicity není dosud objasněn. Apolipoprotein E4 (ApoE4). Vyskytuje se u 16-17% lidí. Nosičství alely pro ApoE4 je význačným rizikovým faktorem

### 1.1.2.3 Diagnostika

Rozlišení příznaků Alzheimerovy nemoci od projevů klinicky normálního stárnutí nebývá jednoduché. Nemoc se vyvíjí plíživě, preklinické stádium (vývoj choroby do manifestace klinických příznaků) trvá několik let.

Nejčastějším prvním příznakem bývají poruchy recentní epizodické paměti se zapomínáním každodenních událostí („Co jsme dnes měli k obědu?“). V této době bývá ještě zachována krátkodobá paměť (lze ověřit počtem zapamatovaných číslic = digit span)

Diagnózu Alzheimerovy nemoci předcházejí o 2–5 let změny v mentálním stavu, které jsou měřitelné pomocí MMSE (Mini-Mental State Examinatoin) a poklesem skóre v testu slovní plynulosti (verbal fluency).

V mírném stupni vývoje nemoci (mild) se objevuje porucha vybavování čerstvě uložených dat (delayed recall) a porucha konfrontačního pojmenovávání (confrontation naming). Obojí lze zjistit pomocí neuropsychologických testů.

Jazyk bývá zpočátku nemoci rovněž uchován, chování nemocných se proto pojmenovává sociální fasádou. Řeč je sice plynulá, ale obsahově prázdná. Nemocní často hledají slova a adresát slovního sdělení musí hledat význam slovních spojení. V této době se projevují poruchy zrakoprostorové orientace. Nemocní začínají bloudit, nenalézají cestu domů, zapomínají, jak se jde do míst, která navštěvovali desítky let, např. cesta do obchodu.

U řady nemocných se v různé míře začínají objevovat poruchy exekutivních funkcí vázaných na čelní laloky. Přestávají být schopni plánovat i velmi jednoduché činnosti.

Asi u 40% nemocných se začnou projevovat poruchy dalších (ne-kognitivních) funkcí: deprese, halucinace, agresivita. Běžná je anozognozie – jsou přesvědčeni, že jim nic není a odmítají léčbu. Čím pokročilejší je choroba, tím menšího náhledu jsou pacienti schopni.

S postupující nemocí se projevují u většiny nemocných poruchy chování způsobené neklidem a blouděním. V menším počtu případů se vyskytují záměny předmětů za osoby a paranoidní bludy a halucinace. Bludy bývají obvykle přechodné a nemocní často přijmou od pečujících osob korekci. Vzácně se objevují deprese s vegetativními příznaky. Výskyt psychopatologických příznaků je známkou, že nemoc postoupila z mírného do středního stupně.

U rané formy Alzheimerovy nemoci bylo zaznamenáno větší poškození jazyka a apraxie a vyšší výskyt deprese.

Doba trvání nemoci je přímo úměrná kvalitě ošetrovatelské péče.

U některých pacientů se mohou ostrůvkovitě zachovat některé dovednosti. Hra na hudební nástroj, skládání hlavolamu, hra společenských her, přestože byla neuropsychologickými testy potvrzena demence. Z vlastní praxe si vzpomínám na paní, která nedokázala odpovědět na otázku, jak se jmenuje, nedokázala se sama najít, ale ovládala malou i velkou násobilku takovým způsobem, že její rychlost nepřekonal nikdo z pečujícího a ošetrovatelského personálu domova důchodců. Dalším případem byl pán, který nebyl schopen sebepéče z důvodu postižení kognitivních funkcí, dokázal však dobře jezdit na kole. Zvláštností bylo i to, že mu byla zachována velmi dobrá znalost německého jazyka, ač s vyjadřováním v češtině měl značné problémy. Tento klient domova důchodců ovlivnil moji známku z němčiny ve II. ročníku studia, protože naše konverzace během ošetrovatelských úkonů probíhala právě v tomto jazyce.

Alzheimerova choroba trvá průměrně 3-8 let. Muži umírají většinou dříve, než ženy. V pokročilé fázi onemocnění přestávají pacienti komunikovat s okolím, bývají apatičtí a nepoznávají své bližní a přátele, nejsou schopni udržet oční kontakt s pečujícími, neudrží se v sedě, jsou inkontinentní a němí. Část pacientů v průběhu choroby hubne i při adekvátním přísunu stravy, někdy i přes nadměrný přísun stravy. Tato ztráta hmotnosti souvisí se změnami v hypotalamu.

### **Diagnostika klinická a neuropsychologická**

Pravděpodobná diagnóza (probable) = onemocnění s typickými klinickými příznaky

Možná diagnóza (possible) = onemocnění s atypickými příznaky, nebo v případě souběhu s dalšími současně probíhajícími systémovými chorobami

Definitivní diagnóza (definite) = jistá = histologická

Kritéria pravděpodobné (probable) diagnózy:

1.

- a) Diagnóza demence stanovená klinickým vyšetřením a doložená testem demence (např. MMSE) a potvrzená neuropsychologickým vyšetřením.
- b) Porucha dvou nebo více poznávacích funkcí.
- c) Progresivní horšení paměti.
- d) Není přítomna porucha vědomí.
- e) Začátek nemoci ve věku 40-90 let, nejčastěji však po 65. roce života.

- f) Není přítomno jiné systémové onemocnění, nebo onemocnění mozku, které by mohlo vysvětlit poruchu poznávacích funkcí.

2.

Diagnózu pravděpodobné Alzheimerovy nemoci podporuje důkaz postupující deteriorace poznávacích funkcí (afázie, apraxie, agnózie), porucha každodenní životní aktivity (testy: ADL, IADL, Barthelův test), změněné chování, rodinná anamnéza a laboratorní výsledky: v likvoru nejsou známky zánětu nebo krvácení, normální nebo nespecificky změněný EEG (např. zpomalení aktivity), důkaz postupující atrofie mozku při opakovaném vyšetření výpočetní tomografií.

3.

Dalšími klinickými znaky pravděpodobné Alzheimerovy nemoci jsou: dočasně setrvalý stav při jinak postupujícím průběhu nemoci, deprese, nespavost, inkontinence, bludy, iluze, halucinace, verbální, emoční a fyzické výbuchy, poruchy sexuality a ztráta hmotnosti. Mohou se objevit neurologické příznaky zvláště v pokročilých stádiích, např. myoklonus, poruchy chůze, epileptické příznaky. Nález výpočetní tomografie může být přiměřený věku.

4.

Proti diagnóze Alzheimerovy nemoci svědčí náhlý začátek, ložiskové neurologické příznaky jako je hemiparéza, epileptické projevy a poruchy chůze vyskytující se od počátku onemocnění

5.

Klinická diagnóza možné (possible) Alzheimerovy nemoci se stanoví na základě diagnózy syndromu demence za současného vyloučení jiných příčin demence (neurologická, psychiatrická, systémová onemocnění...)

6.

Kritéria jisté (definite) diagnózy Alzheimerovy nemoci jsou:

- a) kritéria pravděpodobné Alzheimerovy nemoci,
- b) histologické vyšetření biopsické, nebo nekropsické

Součástí diagnostiky a diferenciální diagnózy Alzheimerovy nemoci je také neuropsychologické vyšetřování, jehož cílem je srovnání premorbidního a současného stavu kognitivních funkcí a osobnosti včetně hodnocení emoční adaptace na probíhající mozkové postižení.

K vyšetřování kognitivních funkcí se používají standardní neuropsychologické testy a bodovací stupnice. Nejrozšířenější je MMSE, který je rychlý a spolehlivý, odhalí však pouze střední a těžký stupeň demence.

Standardizované testy hodnotící chování nemocných zatím nebyly vyvinuty, používá se Rohrschachův test, test kreslení lidské postavy a Minnesotský test (MMPI - Minnesota Multiphasic Personality, Inventory).

### **Zobrazovací metody a EEG**

Výpočetní tomografie a magnetická rezonance se zaměřují na ložiskovou nebo celkovou atrofii mozku, dále na výskyt a stupeň postižení bílé hmoty. Výpočetní tomografie odhalí zmenšení temporálních laloků, rozšíření postranních komor, fissura lateralis a anterior. Tyto změny jsou výraznější u rané formy onemocnění.

Magnetická rezonance určuje spolehlivý diagnostický znak Alzheimerovy choroby: výrazné zmenšení hipokampu a rozšíření spánkového rohu postranní komory. Dále doloží i změny v bílé hmotě.

EEG má doplňující význam při diferenciální diagnostice při rozlišení depresivní formy AN (výrazně abnormální EEG) a pseudodemence z důvodu deprese (lehce abnormální EEG).

### **Definitivní diagnóza Alzheimerovy nemoci**

Histologická

Alzheimerova choroba je vyvíjející se proces, v jehož průběhu rozeznávají patologové 6 stupňů neuropatologických změn, které korelují s neuropsychologickými změnami.

### **Diferenciální diagnóza Alzheimerovy nemoci**

Klinická diagnóza začíná rozhodnutím, zda pacient je, nebo není dementní.

Obecná kritéria diagnózy demence:

**A.** Rozvoj mnohotných poruch poznávacích funkcí, které se projevují:

1. poškozením paměti (poškozením schopnosti naučit se nové informace, nebo vybavit si dříve naučené informace)

2. jednou nebo větším počtem následujících kognitivních poruch:

a) afázií (porucha jazyka)

b) apraxií (neschopnost výkonu hybných funkcí vyššího řádu při zachované motorice)

c) agnózii (neschopnost poznávat nebo určovat předměty přes zachovalé smyslové funkce)

d) poruchou exekutivních funkcí (plánování, organizování, sekvencování, abstrahování)

**B.** Defekty poznávacích funkcí uvedené jak v kritériu 1, tak v kritériu 2, jsou příčinou významného poškození funkce v zaměstnání nebo ve společnosti a v porovnání s předchozí úrovní představují významný pokles.

Klinické vyšetřování postupuje následujícím způsobem:

Zjišťuje se rodinná a osobní anamnéza, status praesens, provádí se testování a laboratorní vyšetření.

Dementní jedinci často nemají náhled na svůj stav, proto je nutné vyslechnout rodinné příslušníky, popř. jiný doprovod nemocného.

Vyšetření duševního stavu zahrnuje vyhodnocení kognitivních funkcí a afektivity. Standardizovaným nástrojem je MMSE (mini-mental state examination, viz příloha)

### **1.1.2.4 Terapie Alzheimerovy nemoci**

Terapie Alzheimerovy nemoci by měla být komplexní: farmakoterapie, psychosocioterapie (kognitivní trénink, behaviorální postupy), léčba přidružených onemocnění, rehabilitace tělesných funkcí, práce s rodinou a dalšími pečovateli o nemocného.

#### **Kognitivní farmakoterapie**

Příznivým ovlivněním kognitivních funkcí působí protidemence. V současnosti není zcela známa etiopatogeneze Alzheimerovy nemoci, proto není možná kauzální terapie. Je však možné farmakologicky ovlivnit více patogenetických článků, které se na poruchách kognitivních funkcí podílejí.

## Porucha neurotransmírových systémů

Látky ke zlepšení funkce centrálního acetylcholinergního systému nazýváme kognitiva:

- Substituce prekurzory acetylcholinu- *lecitin*, z něhož se uvolňuje cholin pro syntézu acetylcholinu. Používá se sojový lecitin, jenž je třeba podávat ve vysokých dávkách (desítky gramů denně). Podává se současně s inhibitory acetylcholinesterázy.
- Použití inhibitorů acetetylcholinesterázy – zablokováním odbourávajícího enzymu se zvýší množství acetylcholinu schopného vazby na své receptory.
  - Karbamáty- *fyziostigmin*, *rivastigmin* (Exelon) – podávají se perorálně 2krát denně.
  - Piperidinové přípravky - *donepezil* (Aricept)- pro svůj dlouhý poločas se podává 1krát denně.
  - Akridinové přípravky – *takrin* (Cognex) – je lehce hepatotoxický.
  - Deriváty organofosfátů – *metrifonat*
  - Alkaloidy - *galantamin*, *huperzin*
- Použití agonistů muskarinových i nikotinových acetylcholinergních receptorů– *xanomelin*, *milamelin*
- Ovlivnění acetylcholinergního systému pomocí jiných neurotransmírových systémů ( inhibice GABA receptorů – *beta-karboliny*, inhibice serotonergních receptorů  $S_3$  – *ondansetron*)
- Jiné způsoby ovlivnění acetylcholinergního systému – *indoloxazin* zvyšuje uvolnění acetylcholinu z presynaptického zakončení, *acetyl-L-karnitin* zlepšuje příjem prekurzorů acetylcholinu do neuronu

## Tvorba patologických proteinů

Tvorbu a ukládání beta-amyloidu není schopna současná věda ovlivnit, zmírňuje ho podávání kognitiv. Provádějí se výzkumy v oblasti genové terapie a podávání apolipoproteinu E2, který by měl působit protektivně.

Ovlivnění procesu degenerace  $\tau$ -proteinu je rovněž ve stádiu experimentů

Existuje hypotéza (Higaki a sol.), která říká, že neuroleptika oslabují formování  $\beta$ -amyloidu. Tato hypotéza vychází z pozorování, že schizofrenici léčení haloperidolem onemocní Alzheimerovou chorobou méně často než srovnatelná kontrolní skupina

## Pokles neuronálního metabolismu

Proti poklesu neuronálního metabolismu se používají nootropika - tzv. zvyšovače mozku metabolismu – zvyšují odolnost nervové tkáně k hypoxii, oxidativní metabolismus glukózy a neuronální proteosyntézu. Některá mají ještě další efekty jako např. zlepšení plasticity membrány erytrocytů, nebo odstraňování volných radikálů.

Nootropika jsou dobře snášena a mají minimum vedlejších účinků. Nejpoužívanějším nootropikem je *piracetam* (Piracetam AL, Nootropil, Oikamid, Kalicor, Pyramem, Geratam). Měl by se užívat v dávkách nejméně 3x800 mg denně v kombinaci s kognitivou.

*Aniracetam*, *pramiracetam* jsou novější deriváty piracetamu *Pyritinol* (Eenerbol, Encephabol) je derivát pyridoxinu likviduje volné kyslíkové radikály. *Meklofenoxat* (Cetrexin, Lucidril) má psychostimulační účinky, snižuje obsah lipofuscinu (degradační produkt) v mozku, ale zároveň také ovlivňuje převodní srdeční systém, proto se nemůže podávat kardiakům.



*Naftidrofuryl* (Enelbin) působí vazodilatačně.

*Etyl apovinkamin* (Cavinton) se u Alzheimerovy choroby příliš neosvědčil.

*Směs dihydrovaných námelových alkaloidů – dihydroergotoxin* (Secatoxin, Hydergin, Ersilan), zvyšují toleranci k hypoxii a snižují permabilitu vén.

*Nicergolin* (Sermion) je nootropikum odvozené od námelových alkaloidů, působí proti hypoxii a snižuje agregaci krevních destiček, může ale způsobit hypotenzi.

*Extrakt ginkgo biloba* (Tebokan, Tanakan) je nootropikum rostlinného původu, likviduje volné kyslíkové radikály, snižuje agregaci krevních destiček a má neuroprotektivní účinek.

### **Další patologičtí činitelé**

V rozvoji Alzheimerovy nemoci se uplatňuje působení volných kyslíkových radikálů. K jejich likvidaci se používají tzv. scavengery (zametači), jimiž jsou *vitamin E*, *vitamin C*, *retinol*, *melatonin*, některá nootropika, lazaroidy (látky odvozené od steroidních hormonů), *tirizalad* (Freedox) a přípravky obsahující selen. Velké množství kyslíkových radikálů vzniká při odbourávání dopaminu. Odbourávání dopaminu snižuje inhibitor monoaminoxidázy B *selegilin* (Jumex, Sepatrem).

Dalším patologickým činitelem u Alzheimerovy nemoci je vyšší obsah monoaminoxidázy B. K jeho snížení se používají selektivní inhibitory MAO-B (*selegilin* nebo *lazabemid*).

Excitotoxicita. U Alzheimerovy nemoci se vyskytuje nadměrné působení neuromediátorových excitačních aminokyselin (glutamát, aspartát). Jejich působením dochází k nadměrnému průniku kalcia do neuronu, jehož působením neuron zaniká. Ze zaniklého neuronu se uvolňují další excitační aminokyseliny a dochází tak ke kaskádové reakci. Tento jev se nazývá excitotoxicita. K potlačení tohoto jevu se podává *selegilin*, extrakt z ginkgo biloby aj.

Úlohu v patogenezi Alzheimerovy nemoci mají i neuronální kalciové kanály. K jejich inhibici se používá *nimodipin* (Nimotop), *cinarizin* (Cinabene, Stugeron). Více než u Alzheimerovy nemoci se ale využívají u vaskulárních demencí.

### **Terapeutické působení nervových trofických faktorů**

Tato terapie je zatím ve stádiu pokusů a zatím naráží na úskalí obtížného prostupu neurotrofinů hematoencefalickou bariérou.

Ve stádiu pokusů je rovněž neurochirurgická implantace embryonální mozkové tkáně. Tyto implantace zatím nebyly příliš úspěšné z důvodu špatného ujímání implantované tkáně.

Stimulace některých nikotinových receptorů pravděpodobně vede též k uvolnění trofických nervových faktorů.

Jako stimulant uvolnění trofických nervových faktorů pravděpodobně působí také *selegilin*.

### **Preventivní působení protizánětlivých látek a estrogenů**

Bylo prokázáno, že podávání nesteroidních antirevmatik procházejících hematoencefalickou bariérou působí jako ochranný faktor proti vzniku Alzheimerovy nemoci a zároveň průběh Alzheimerovy nemoci oslabují.

U žen působí preventivně proti Alzheimerově nemoci estrogení substituční léčba po menopauze.

### **Farmakoterapie obecně**

Léčba onemocnění se většinou zahajuje inhibitory achetylcholinesteráz, doplňuje se lecitinem (prekurzor acetylcholinu), dále se podávají neuroprotektivní látky (selegilin), nootropika a zametači volných kyslíkových radikálů.

### **Nekognitivní farmakoterapie Alzheimerovy nemoci**

Tato terapie se používá se k léčení přidružených nekognitivních symptomů Alzheimerovy nemoci. Patří sem paranoidně-halucinatorní stavy, stavy neklidu, poruchy spánku, depresivní nebo úzkostné stavy.

### **Farmakoterapie poruch spánku**

Nespavost se často vyskytuje jako přidružený příznak Alzheimerovy nemoci. Častější než nedostatek spánku bývá posun cyklu spánek - bdění, může dojít až k inverzi spánku.

Hypnotika se používají co nejméně pro možnost nepříznivého ovlivnění paměti.

Přednost se dává nebenzodiazepinovým hypnotikům, jako jsou *zolpidem* (Stilnox) a *zopiclon* (Imovane).

K léčbě spánkových poruch u starých a demenčních pacientů se používají i léky nepatřící do skupiny hypnotik. Patří sem psychofarmakum *clomethiazol* (Hemineurin) a hlavně neuroleptika. Neuroleptika se podávají pacientům, jejichž spánek je rušen neklidem a delirantními stavy.

Neuroleptika užívaná k terapii spánkových poruch u Alzheimerovy nemoci:

*Tiaprid* (Tiapridal) je atypické neuroleptikum, které se u spánkových poruch může podávat jen v jedné dávce před spaním. Působí protidelirantně.

*Melperon* (Buronil) je typické neuroleptikum, ale má jen slabé vedlejší příznaky typu extrapyramidového hypertonického-hypokinetického syndromu.

*Haloperidol* je typické neuroleptikum, ve vysokých dávkách a u vnímavých osob působí extrapyramidový hypertonicko-hypokinetický syndrom. Vzhledem k těmto účinkům se podává až po selhání tiapridu a melperonu.

*Risperidon* (Risperdal) je atypické neuroleptikum v poslední době často využívané u nemocných s Alzheimerovou nemocí.

### **Farmakoterapie agitovanosti**

Jako agitovanost se označují poruchy chování často se vyskytující v průběhu Alzheimerovy choroby. Tyto poruchy jsou spojeny s podrážděností, výbojností a slovní či fyzickou agresivitou. K ovlivnění agitovanosti se používají stejně jako u spánkových poruch neuroleptika, avšak ve vyšších dávkách, s podáváním 3 až 4 krát denně.

*Tiaprid, melperon, haloperidol, risperidon*

Ostatní neuroleptika se podávají výjimečně pro nepříznivé působení na kognitivní funkce, kardiotoxicitu, útlum a ospalost, útlum psychomotoriky a kolapsové stavy. Kolapsové stavy vyvolává i jinak hojně užívaný chlorprothixen.

### **Farmakoterapie paranoidních a halucinatorních syndromů**

Tyto syndromy se občas vyskytují jako přidružené symptomy. K jejich léčbě se opět využívají neuroleptika.

Patří sem výše zmiňovaná neuroleptika *risperidon, melperon, haloperidol, tiaprid* a dále:

*pimozid* (ORAP)

*fluspirilen* (IMAP) retardované injekční neuroleptikum

*clozapin* (Leponex, Alemoxan) atypické neuroleptikum, zvládající paranoidně-halucinatorní symptomy, které nezvládnou jiná neuroleptika  
nejnovější atypická neuroleptika: *olanzapin* (Zyprexa) a *sertindol* (Serdolect)

### **Farmakoterapie přidružené deprese**

Klasická tricyklická antidepresiva se pro své anticholinergní účinky nepodávají. Užívají se thymoleptika I. a II. generace: *Dibenzepin* (Novéril), *mianserin* (Lerivon), *maprotilin* (Ludiomil), *viloxazin* (Vivalan).

Ještě častěji se používají selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu: *fluoxetin* (Deprex, Prozac, Portal), *fluvoxamin* (Fevarin), *citlopram* (Seropram, Citalec), *sertralín* (Zoloft), *paroxetin* (Seroxat).

Další skupina antidepresiv bez závažnějších vedlejších příznaků zahrnuje inhibitory MAO: *moklobemid* (Aurorix), *selegilin* (Sepatrem, Jumex, Nion)

Perspektivní jsou nová antidepresiva, která selektivně inhibují zpětné vychytávání noradrenalinu a serotoninu: *venlafaxin* (Efexor).

### **Farmakoterapie přidružené úzkosti**

Úzkost je tlumena malými dávkami neuroleptik, nejčastěji jsou využívána atypická neuroleptika : *tiaprid*, *sulpirid*, *risperidon*.

### **Nebiologické terapeutické přístupy**

Neméně důležitou součástí léčby Alzheimerovy nemoci je vedle farmakoterapie také psychoterapie. Psychoterapeutický přístup vyžaduje velkou trpělivost personálu a rodiny. Vždy se zaměřuje na určitý problém, nikoli na změnu klientovy osobnosti. Čím je demence těžší, tím je méně možné použít složitější psychoterapii. Psychoterapie má být zaměřena na uchování běžných denních aktivit a návyků. Je třeba udržovat a rozvíjet ty funkce, které pacientovi zůstaly nebo jsou jen málo postižené.

Do terapeutických skupin není ale možno zařazovat klienty s těžkým stupněm demence, afatiky, klienty s těžkým sensorickým postižením a klienty s výraznějšími poruchami chování. Procvičují se zde různé dovednosti, které postižení z důvodu demence zapomínají, provádí se zde muzikoterapie, arteterapie, reminiscenční terapie.

Důležitá je terapie pomocí kontroly realitou: dobře čitelné kalendáře, označení místností (WC), označení postelí.

Jsou vyvinuty počítačové reedukační programy, které mají význam hlavně pro klienty s počínající Alzheimerovou chorobou.

Dalším druhem individuálního přístupu k nemocnému je petterapie tj. péče o živé zvíře.

Osoby s Alzheimerovou nemocí špatně snášejí změny prostředí, a proto je pro ně nejlepší, mohou-li zůstat ve svém původním prostředí. Je tedy důležitá podpora a práce s pečovateli a rodinnými příslušníky nemocného. Péče o nemocného vede často k vyčerpání pečujícího rodinného příslušníka. Lidé pečující o člověka s Alzheimerovou nemocí mají možnost se sdružovat a vzdělávat v Alzheimerovských společnostech (např. ČALS, tzv. „vážka“), které zároveň spolupracují se zdravotními a sociálními institucemi. Kontakty na tyto společnosti lze získat v ordinacích geriatrů, praktických lékařů a psychiatrů. Bohatým zdrojem informací je internet. Uvádím zde jen některé z mnoha kontaktů: [www.pecujici.cz](http://www.pecujici.cz) (odborným garantem této poradny je Mudr. Tamara Tošnerová, [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz)

(stránky ČALS=České alzheimerovské společnosti), [www.alzheimerforum.cz](http://www.alzheimerforum.cz), [www.stari.cz](http://www.stari.cz), [www.ordinace.cz](http://www.ordinace.cz).

V případě, kdy rodina již nezvládá péči o svého Alzheimerovou nemocí postiženého člena, lze na internetu najít cenné kontakty na pečovatelské služby a sociální instituce.

### **1.1.2.5 Ošetrovatelská péče o klienta s Alzheimerovou chorobou**

Současná společnost je otevřenější a tolerantnější než předešlé generace. Spoluobčané, kteří onemocněli demencí, v ní mají své místo a právo na spokojený život. Jediným řešením už není hospitalizace na gerontopsychiatrickém oddělení, ale existuje široká nabídka sociálních služeb a zařízení sociální péče se zvláštním režimem, které jsou zaměřeny na zvláštnosti péče o člověka s demencí.

Ještě před rozhodnutím umístit klienta s Alzheimerovou nemocí do zařízení sociální péče mohou pomoci postiženým rodinám různá sdružení a svépomocné skupiny, které poskytují cenné rady a informace.

Ve chvílích, kdy rodina nezvládá celodenní péči o svého člena postiženého demencí, lze využít nabídky respitních pobytů na různě dlouhou dobu.

Pokud už není v silách rodiny postarat se o svého nemocného člena, je třeba jí podat pomocnou ruku a postupovat s maximálním ohledem a citlivostí, neboť se nezdá stává, že tyto rodiny mají pochybnosti o správnosti svého rozhodnutí a trápí je výčitky svědomí.

### **1.1.2.6 Ošetrovatelská péče o klienta s Alzheimerovou chorobou podle Majory Gordonové**

Problematika ošetrovatelské je vypracována podle ošetrovatelského modelu M.Gordonové, který poskytuje možnost systematicky posoudit klienta komplexně.

#### **1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Klienti s Alzheimerovou chorobou v počátečních fázích onemocnění si uvědomují svůj kognitivní deficit, a leckdy z tohoto důvodu propadají depresím. Někteří si naopak nechtějí onemocnění připustit, popírají jakékoliv problémy a k léčení se staví negativně. Oba případy vyžadují citlivý psychoterapeutický přístup pečovateli. Klienta je nutno respektovat, prokazovat mu úctu a zainteresovat ho na spolupráci v péči o jeho zdraví. Je dobré připravit klienta a jeho rodinu na dobu, kdy nemocný nebude schopen rozhodovat o své osobě. Měly by se klást otázky, jak si přeje být ošetřován a zároveň by se měla zvažovat i otázka plné moci pro příbuzné, která usnadní péči o klienta v pokročilých stádiích onemocnění.

Někteří klienti v rámci paranoidně halucinatorního syndromu jsou přesvědčeni, že provádění určitých rituálů, nebo způsob stravování jim pomůže zlepšit jejich stav. S těmito klienty je dobré na jejich komunikační úrovni pohovořit a pokusit se ho orientovat v situaci. Pokud ale nechtějí akceptovat naše argumenty, není důvod jim jejich víru brát, pokud tyto „procedury“ nemají vliv na jejich zdraví nebo neohrožují ostatní. Vzpomínám si na klienta domova důchodců, který byl skálopevně přesvědčen o léčivé moci mléka. Pokud měl denně svůj šálek mléka, byl spokojený, že pro své zdraví udělal maximum.

V konečných fázích Alzheimerovy nemoci klient není schopen zájmu o svůj zdravotní stav. Není schopen ani pojmenovat své potíže, takže zdravotní stav spíše odhadujeme z jeho držení těla a chování (úlevové polohy - bolest, zvýšení stavů

zmatenosti – dekompenzace interního onemocnění, nykturie – dekompenzace kardiálního onemocnění). Zkušený ošetrovatelský a pečovatelský personál dokáže svým empatickým přístupem odhalit potřeby, které není klient schopen formulovat.

## **2. Výživa a metabolismus**

Podáváme racionální vyváženou stravu, nebo dietu dle ordinace lékaře. Pokud to provoz kuchyně umožní, respektujeme zvláštnosti ve stravování, na které byl klient celý život zvyklý (např. polévky k večeři). Přispějeme tak k pohodě a lepší adaptaci na nemocniční, či ústavní pobyt. Strava bývá jedním z mála pozitivů, které jsou klientovi s Alzheimerovou nemocí dopřávány. Snažme se proto, aby tento požitek byl příjemný. Odrazí se to pozitivně na psychickém stavu klienta.

Všímáme si také konzistence stravy, kterou je klient schopen konzumovat.

Pozornost musíme věnovat zároveň stavu chrupu, či zubní náhrady, všímáme si jak se klient s náhradou nají. Existuje totiž riziko dušení špatně rozkousanou potravou. Nebezpečí zadušení představuje i uvolněná zubní náhrada.

V souvislosti s chrupem si všímáme i úrovně ústní hygieny.

Někteří klienti s Alzheimerovou chorobou nepocítují pocit sytosti a jsou schopni konzumovat všechny potraviny a tekutiny, které se nacházejí v jejich blízkosti. V důsledku změn v hypotalamu ale většinou netrpí obezitou, spíše naopak, chátrají a ubývají na váze, ztrácí cennou svalovou hmotu, a pokud se přidruží onemocnění, které je přechodně upoutá na lůžko, je úbytek svaloviny ještě rychlejší. V těchto situacích je dobré doplnit stravu o doplňky výživy (Protifar, Nutridrinky, Diasipp).

V závěru onemocnění mohou klienti trpět dysfagií, u Alzheimerovy nemoci to bývá často dysfagie tekutin. V tomto případě je třeba zabezpečit dostatečný přísun tekutin v podobě kašovitě konzistence stravy. V případě dysfagie se lékař může rozhodnout o zavedení PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie). Jedná se o výkon, který klienta příliš nezatěžuje. PEG umožní klienta s dysfagií dostatečně alimentovat i hydratovat a zároveň ho nepřipraví o chuťové požitky, protože pokud je klient schopen některý druh stravy polykat, může ji pozřít perorálně (čokoláda).

Dodržujeme také pitný režim. Snažíme se, aby příjem tekutin nebyl nižší než 2 litry za den. V souvislosti se sníženým pocitem žízně ve stáří a dysfagií tekutin vyžaduje dodržování pitného režimu velikou trpělivost a vynalézavost pečovatelského personálu. Úroveň hydratace má vliv na úroveň kognitivních funkcí. Při dehydrataci může tedy dojít ke zhoršení kognitivních funkcí, ke zmatenosti, bloudění, agresi.

Do položky „výživa a metabolismus“ patří také stav kůže, kožních adnex a sliznic. Kůže většiny seniorů bývá suchá, někdy se hovoří o „papírové kůži“. Tato kůže bývá náchylná k poranění a také jí ve větší míře prostupují látky obsažené v mastech a krémech, proto je třeba dávat pozor hlavně u mastí s kortikoidy. Pokud ošetřujeme kožní defekt u klienta s Alzheimerovou chorobou, musíme mít na paměti možnost, že mu bude obvaz (sutura, náplast) vadit a bude se ho snažit odstranit. Při ošetření hledáme způsob, který je pro klienta nejlépe snesitelný. I v tomto případě pak ještě musíme klienta ve zvýšené míře kontrolovat, aby se nepoškodil.

### 3. Vylučování

Inkontinence moči a stolice bývá jedním z nejčastějších důvodů k umístění klienta do instituce.

Možným řešením inkontinence, pokud neexistuje organická příčina, je zavedení stálého rozvrhu vyprazdňování a používání inkontinentních pomůcek.

V počátečním stavu nemoci je dobré tyto pomůcky používat jako pojistku a klienta pravidelně vodit na toaletu. Nesmí se stát, že klienta s plenkovými kalhotkami odmítneme doprovodit na WC se slovy : „Máte pleny, tak to pusťte do nich“. Takto odbylý klient se právem může cítit ponížen.

S postupující nemocí se ale klienti stávají plně inkontinentní a závislí na výměně pomůcek personálem. Personál si během výměny pomůcek musí počínat citlivě, diskrétně a přesvědčit klienta, že inkontinence nesnižuje jeho důstojnost a lidskou hodnotu.

Klient s Alzheimerovou nemocí může v počátečním stupni onemocnění trpět funkční zácpou, zvláště při změně prostředí. Klient pocítuje potřebu, ale z důvodu dezorientace v prostředí, neví, kde ji má vykonat, a proto ji zadržuje. Ze stejných příčin se objevuje i chování, které může být laicky vnímáno jako společensky nepřijatelné. Mám na mysli digitální vybavování stolice a její odkládání na rozličná místa (zásuvka, hrnek....). Pokud dokážeme včas rozpoznat potřebu klienta a odvedeme ho na toaletu, vyprázdnění se uskuteční tam. Klient může potřebu signalizovat zvýšeným neklidem. Pokud se nám včas nepodaří potřebu určit a klient ji provede po svém, nesmíme ho ještě více traumatizovat výčitkami. Je třeba diskrétně situaci napravit a nevystavovat ho posměchu a hněvu ostatních.

Při plné inkontinenci moči a stolice vede ošetrovatelský personál záznamy o stolici, stará se o její pravidelnost, sleduje močení a jeho odchylky od normálu (nykturie, polyurie, anurie, retence).

Do položky vylučování náleží i pocení. Pokud se klient potí ve zvýšené míře, nebo je jeho pot zapáchající, informujeme lékaře.

### 4. Aktivita, cvičení

Do této položky patří sebezpečí, mobilita a soběstačnost (schopnost najíst se, omýt, vykoupat, obléci se, upravit se, schopnost pohybu na lůžku, dojít si na toaletu, celková pohyblivost, vaření, nakupování, udržování domácnosti, aj.). Všechny výše jmenované aktivity klient s Alzheimerovou nemocí pozvolna přestává zvládat. Nejprve je schopen je provádět s pomocí pečující rodiny či personálu, v pozdní fázi nemoci je klient zcela nesoběstačný a veškerou péči musí převzít pečovatelé.

Problémy s vratkou chůzí u stále chodících neklidných klientů pomáhají řešit madla podél stěn. Madla jsou bezpečnostní prvek, který by neměl být v žádném zařízení pro seniory opomenut.

Ne všechny oblasti sebezpečí jsou postiženy stejnoměrně, některé jsou zachovány déle a ty je třeba posilovat, pomáhat zvládnout, ev. dokončit. Nemá význam zneschopňovat klienta tím, že všechnu „práci“ uděláme za něj, i když je to mnohdy pro nás obtížné. Úkony prováděné ošetrovatelským personálem bývají sice provedeny kvalitněji a v kratší době, ale bohužel tím ale přivodíme klientovi ztrátu další funkce.

Prvním krokem v zjišťování informací pro položku „aktivita, cvičení“ je zjištění stupně soběstačnosti. K tomu sestra využívá standardizovaných nástrojů jako jsou: Test běžné denní aktivity – ADL - Activities of Daily Living (schopnost uspokojovat základní lidské potřeby, např. najíst se), Test instrumentální aktivity denního života –

IADL- Instrumental Activity of Daily Living (schopnost vykonávat instrumentální aktivity denního života, např. shánění a příprava stravy), Barthel index aj.

Ošetrovatelská péče je zaměřena na podporu a zachování soběstačnosti pokud možno co nejdéle, dále pak na vykonávání všech úkonů sebez péče, které klient nezvládne a zároveň na zajištění bezpečnosti klienta i ostatních klientů.

S položkou „aktivita“ souvisí také pohyb a chůze. Pohyb a chůze bývají narušeny jednak degenerativním onemocněním pohybového a nosného aparátu a jednak samotnou poruchou kognitivních funkcí. Na druhou stranu se u těchto klientů vyskytují stavy neklidu a bloudění. Výsledkem je klient s posturálními problémy, který se nestabilní chůzí vydává na cesty. Tito klienti jsou ve zvýšené míře ohroženi úrazem. Ošetrovatelský personál se někdy snaží pádům a uklouznutím předcházet používáním omezujících (restriktivních) opatření. Přikurtování jedince k lůžku nebo ke křeslu je kontroverzní a dávno překonané. Přináší klientovi emocionální a fyzické utrpení (tlakové bolesti, svalovou atrofii, inkontinenci, zácpu, poškození periferních nervů) a vyloučení z kolektivu (ostatní klienti s přivázaným člověkem přestávají komunikovat).

Vytvořit pro klienta prostředí bez omezení není jednoduché a vyžaduje kreativní přístup. Úpravy prostředí jsou uvedeny v následující položce vnímání poznávání v odstavci věnujícímu se problematice bloudění.

Alternativní způsoby omezení:

Zařízení k sezení se speciálním vybavením (křesla pro kardiaky) - měkké, pohodlné, polohovatelné, mobilní, zaklapnutý stolek vykonává zároveň funkci zábrany.

Sklápěcí lehátka.

Naporcovaná potrava.

Klínové polštáře, boční podpěry a polohovací polštáře.

Žlutá stuha přes přední část křesla.

Nožní alarmy.

Podlahové matrace.

Na zklidnění lze využít i některý z prvků bazální stimulace:

Uklidňující masáž (ve směru růstu ochlupení, pozor: masáž v opačném směru má stimulační účinky).

Uklidňující koupel, která obsahuje i prvky uklidňující aromaterapie (příjemně teplá voda, příjemné vůně, klidné, příjemné prostředí, tlumené světlo).

Zabalení klienta do deky s jeho souhlasem poslouží jednak jako jednoduchý omezující prostředek a zároveň působí uklidňujícím účinkem. Tento účinek je vyvolán dotykem přikrývky, který způsobí uvědomění si celého vlastního těla.

Poskytnutí klientovi dostatek podnětů, které ho zaujmou, uklidní a unaví: barvy (šátky, úprava prostředí), zvuky (muzikoterapie), vůně (aromaterapie), chutě.

## **5. Spánek, odpočinek**

Problémy se spánkem bývají časté. Zhoršení metabolismu a prokrvení mozku má za následek poruchy usínání, mělký přerušovaný spánek a noční stavy zmatenosti. Tyto problémy se řeší podáváním hypnotik a antipsychotik, jejichž podávání s sebou nese bohužel další problémy. Doznívání léků v denních hodinách vede k nestabilitě a snížení mobility, riziku pádů a s tím spojenými komplikacemi se zlomeninami (imobilizační syndrom).

Dalšími důvody nespavosti jsou různé somatické potíže (inkontinence) a bolesti.

Ošetrovatelský personál by se měl snažit hlavně o nefarmakologické řešení nespavosti, jako je dobře upravené lůžko, odstranění rušivých vlivů, správná teplota pokoje, omezení častějšího podřimování ve dne, dodržování individuálních spánkových rituálů – hygienické úkony, masáž zad, bazální stimulace, volba správné polohy a výšky podhlavníku, vyprázdnění před ulehnutím.

## **6. Vnímání, poznávání**

Poruchy v této oblasti jsou podstatou onemocnění. Patří sem poruchy paměti a poznávání, behaviorální poruchy, narušené vnímání reality, porušený úsudek, poruchy komunikace, ztráta schopnosti sebepěče a sociálních dovedností. Nástrojem ke zhodnocení úrovně klientovy paměti a schopnosti poznávat je MMSE, který je spolehlivý hlavně v pozdějších fázích onemocnění Alzheimerovou chorobou.

### **Poruchy paměti**

Na počátku nemoci porucha paměti ovlivňuje schopnost čtení, zacházení s kreditní kartou, hledání směru a problémy se složitější konverzací. Později klient nedokáže samostatně vykonávat jednoduché úkony (jídlo, koupání, oblékání, použití WC), protože si nedokáže vzpomenout na časovou posloupnost jednotlivých kroků.

Na počátku onemocnění se doporučuje vykonávat běžné jednoduché rutinní činnosti a vyhýbat se složitějším situacím, které klienta stresují. Opakováním aktivit se u něho zvyšuje schopnost zapamatovat si vzorce činností.

Ztrátu paměti se klient snaží vyrovnat, např. konfabulací (vyplnění paměťových mezer vymyšleným příběhem), nebo může odbíhat od tématu. Oba pokusy jsou snahou o adaptaci na problémovou situaci

Prohlubující se ztráta paměti je zdrojem stresu a úzkosti a klient se z tohoto důvodu může projevovat až agresivně.

### **Kognitivní a behaviorální poruchy**

Tyto poruchy mají za následek bizarní a iracionální chování (hromadění věcí, perseverace = opakování slov a chování, neposednost, přemísťování a hlazení předmětů, bloudění, neustálé naléhání na ošetrovatele s různými požadavky).

Klienti s Alzheimerovou nemocí si nejsou schopni zapamatovat dlouhou myšlenku, aby dokončili cílený pohyb, proto vykonávají opakující se aktivity (otvírání a zavírání tašky, balení a rozbalování...).

Klienti mohou mít zrakové a sluchové halucinace. Mohou vidět a slyšet vetřelce v domě nebo zemřelé příbuzné. Bludy a halucinace mívají za následek nejistotu a podezřívavost.

Kognitivní poruchy způsobují, že klient nepoznává svůj domov, předměty a blízké osoby. Signály, které přicházejí ke klientovi z okolního prostředí nedokáže dešifrovat. Dokonce se stává, že nepozná vlastní obraz v zrcadle.

Klient přemístěný do jiného prostředí (byt dětí, sociální instituce), má situaci ještě zhoršenou adaptací na nové prostředí.

Neschopnost zpracovat přicházející informace může spustit „katastrofické reakce“, které se projevují aktivizací sympatiku, apatií, úzkostí, stažením se do sebe, zmateností, násilným nebo sebedestruktivním chováním.

Klientovi s kognitivními poruchami hrozí vysoké riziko úrazu v každém prostředí. Pečovatel na něj musí stále dohlížet a být stále ve střehu, což je velice zatěžující.

Prevencí problémového chování je zájem o klienta, předvídání (anticipace) jeho potřeb a nabídka příležitostí ke smysluplným činnostem.



## **Bloudění**

U klientů s poruchou kognitivních funkcí je velkým ošetrovatelským problémem bloudění. To může mít více příčin : nuda, hlad, bolest, dezorientace, touha poznat okolí. Může pramenit i z úzkosti vyvolané pocitem samoty a odloučení a jeho cílem je znovunabytí pocitu jistoty a bezpečí. Bloudění může mít aktivní podobu (klient vypadá, jako by něco hledal), nebo pasivní podobu (bezcílné). Pasivní typ bloudění je lépe zvladatelný.

Snaha zabránit bloudění vyvolává u klienta pocit úzkosti, zmatenost a někdy i násilnické chování.

Bloudivé chování je spojeno s rizikem vzniku úrazu a porušováním práv ostatních klientů. Řešením by měla být podpora kontrolovaného bloudění. Vytváření bloudivých chodníků, které klientovi umožňují bloudění bez slepých uliček.

### **Pro bezpečnost bloudivého klienta je nutná úprava prostředí:**

Dveřní alarmy.

Natření východových dveří barvou jakou mají stěny (dveře splývají se zdí).

Žlutý pás na dveřích místností, do kterých by klienti neměli vstupovat.

Černý pás na podlaze před dveřmi místností, do kterých by klienti neměli vstupovat (černá barva vytváří dojem jámy).

Podél bloudivých chodníků vytvořit oddechová místa, obrazy, pestré stěny které klienta svádějí k odpočinku.

Zakryté hořáky na sporáku.

Kryty na elektrických zásuvkách.

Uzamčení léků a nebezpečných předmětů.

Nábytek rozmístěný tak, aby umožnil bloudění dokola.

Zamknutí místností nebezpečných k bloudění.

Na zahradě: Odstranění kamenů a předmětů, které mohou způsobit pády.

Ohrazený prostor na zahradě.

Úprava trávníku (odstranit vyčnívající drny).

Pokud je ohrožena bezpečnost bloudícího klienta nebo ostatních lidí, podávají se neuroleptika v malých dávkách.

### **Porušené vnímání reality**

Degenerativní proces v mozku společně s úzkostí vyvolanou projevy nemoci způsobují, že si klienti méně uvědomují okolní svět. Pokud jsou klienti umístěni do neznámého prostředí, je dezorientace ještě větší.

Realitu se snažíme posilovat použitím 24hodinových technik orientace klienta na skutečnost. Úprava prostředí (orientační tabule, značky na dveřích, na lůžkách, kalendáře, hodiny), časté připomínání času, místa a osoby. Dodržujeme pevný režim dne a při komunikaci s klientem spojujeme vzpomínky s denními aktivitami (snídaně, oběd, večeře, ukládání ke spánku). K vyvolání vzpomínek z minulosti je dobré použít osobních věcí a fotografií. Vzpomínková terapie se nazývá reminiscenční terapie.

Pokud ale naše snažení orientovat klienta v realitě vyvolává úzkost, není vhodné v něm pokračovat. Pro klienta je důležitější pocit jistoty a bezpečí, než úzkost ze sdělení, že není tam, kde si myslel že je v jiném čase s neznámou osobou.

### **Poruchy úsudku**

Klient přestává být schopen zvážit účinky svého chování vůči sobě i okolí. Chová se sociálně nepřijatelně, např. agresivně. Takového člověka vždy oslovíme klidným, hlubším hlasem, přibližujeme se k němu pomalu v jeho zorném úhlu a snažíme se ho nepolekat, protože by mohlo dojít k jeho násilnému chování. Opatrně zacházíme

i s dotykem. Pro někoho je dotyk známkou podpory a akceptace, jiný se po něm stává bojovným.

### **Porucha komunikace**

Zhoršuje se chápavost a výbavnost slov, objevují se problémy s řazením slov do věty. Časem se slovní projev může stát zcela nesrozumitelným (slovní salát). Komunikační proces bývá ještě zhoršován presbyakusí a presbyopíí.

Pokud bychom s klientem přestali komunikovat, popřeli bychom jeho existenci. Musíme s ním hovořit na úrovni jeho schopnosti porozumění. Během ošetrovatelské péče s ním vždy rozmlouváme o tom, co právě provádíme, slovní sdělení podpoříme gesty a mimikou. Správnou komunikací přispíváme k vytváření sebeúcty.

Klienti s Alzheimerovou demencí jsou velmi vnímaví na neverbální komunikaci a afektivní reakce ostatních. Jejich nálada koresponduje s náladou ošetrovatelského personálu.

V komunikaci se často objevuje opakování otázek (resp. jedné otázky stále dokola). Klient ji může opakovat z pocitu úzkosti a vyžadování pozornosti, ne z potřeby informovat se, proto na ni nemusíme vždy odpovídat.

Ošetrovatel, který dobře zná klienta, je z jeho celkového projevu schopen vyplnit mezery v nesouvislých sděleních. Pokud má klient problém s hledáním slov, může ošetrovatel nahrazovat slova a zároveň z jeho reakce usuzovat na správnost pochopení.

Pokud verbální komunikace nedává smysl, je potřeba reagovat na emocionální potřeby. Někdy nám význam klientova sdělení přinese pouhá poznámka, pronesená pouze okrajově.

I klient, který zdánlivě není schopen komunikovat, vysílá do svého okolí neverbální signály o svém stavu. U těchto klientů je třeba odhadovat jejich potřeby a sledovat jejich pohodlí a bezpečnost.

Zásady komunikace s klientem s Alzheimerovou chorobou (Mace a Rabins 1981):

1. Vyloučit rozptylující hluk a jiné činnosti. Podle možnosti komunikovat s klientem v tichém, bezpečném a dobře osvětleném prostředí.
2. Díváme se přímo na klienta, který by měl být v takové pozici, aby viděl tvář a ruce komunikujícího.
3. Snížit tón hlasu.
4. Používat krátká slova a krátké, jednoduché věty.
5. Nepokládat více otázek najednou.
6. Hovořit pomalu, počkat na klientovu reakci.
7. Na posílení používat mimo slov i prvky nonverbální komunikace
8. Při selhání všech možností použít fyzické projevy (objetí, stisk ruky, přisednutí si ke klientovi)

### **7. Sebepojetí, sebeúcta**

Ubývající schopnosti klienta zneklidňují a mají negativní vliv na jeho sebehodnocení a ztrátu pocitu jistoty a bezpečí. S tím souvisí pocity nervozity, obav, strachu, úzkosti, zlosti, vzteku, deprese, které mohou vyústit ve stažení se do sama sebe, nebo k agresí obrácené k sobě či navenek.

Klient s Alzheimerovou nemocí musí z jednání ošetrovatelského personálu pociťovat respekt a akceptaci vlastní osoby.

### **8. Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Sdělení diagnózy Alzheimerova nemoc přináší klientovi a jeho rodině spoustu těžkostí. Musí se vyrovnat se skutečností, že stav nemocného se bude stále

a nezvratně zhoršovat. Nemoc ovlivní fungování celé rodiny a sociálního prostředí, v němž klient žije.

V oblasti mezilidských vztahů má sestra významnou roli, neboť vystupuje jako ochránkyně klientových práv a zároveň plní funkci edukátora pro klientovu rodinu. Během adaptace na nemoc můžeme u klienta i rodiny sledovat změny psychického stavu, jako fáze vyrovnávání se ztrátou (negace nemoci, agrese – hněv, smlouvání – snaha najít zázračné řešení, deprese, smíření – akceptace onemocnění). Pokud dojde k akceptaci onemocnění, není stále vyhráno. Stačí malé zhoršení stavu a kterákoli fáze se kdykoli může objevit znovu.

Rodiny mívají často negativní pocity z klientova chování, nemoc s sebou přináší změny rolí v rodině, což může vyústit až do napětí a nenávisti. To se stává především v případech, kdy se členové rodiny cítí být přetíženi novými povinnostmi. Krajnými situacemi, které souvisí s péčí o člověka s kognitivní poruchou, mohou být případy násilí v rodině, týrání a zanedbávání starého člověka (syndrom špatného zacházení se starými lidmi – Elder Abuse and Neglect - EAN ).

Pečovatelé mohou pociťovat ambivalentní pocity týkající se očekávaného úmrtí klienta. Rodinný pečovatel by měl pochopit, že hněv, který pociťuje je přirozenou reakcí na frustraci. Hněv je síla, která pokud je zaměřená správným směrem, umožňuje sebezprosažení. Pokud je ale zaměřený na člověka, který není za své chování odpovědný, stává se silou destruktivní. Pečovatel by se měl naučit svůj hněv ovládat a používat, ale v první řadě musí být schopen pochopit své vlastní potřeby.

Dalším problémem může být soupeření a nenasytost mezi sourozenci. Z praxe znám nemálo případů, kdy na návštěvu za klientem přicházejí sourozenci pouze v určité dny, aby se vzájemně nesetkávali. Za těmito rozkoly v rodině stojí většinou majetkové spory, kdy se „šikovnější a rychlejší“ sourozenec obohatil na majetku svého rodiče.

S postupujícím onemocněním se může stát pro rodinu náročná 24 hodinová péče o postiženého vysilující a rozhodne se proto pro umístění svého nemocného člena v instituci sociální péče. Toto rozhodnutí s sebou mnohdy nese pocit viny, slabosti a selhání. Taková rodina potřebuje povzbuzení a ujištění, že se k rodiči nezachovali špatně, že umístění rodiče v ústavu sociální péče není známkou nedostatečné lásky.

## **9. Sexualita, reprodukční schopnost**

Zhoršený úsudek má na svědomí nepřiměřené sexuální chování (odhalování se na veřejnosti, masturbace). V takovém případě je potřeba citlivý přístup, anticipace potřeb a upoutání klientovy pozornosti na jinou činnost.

Klientova rodina bývá těmito projevy zaskočena, manželské protějšky se mohou cítit zrazeny a podváděny. Pokud dojde k takové situaci, musí sestra edukovat rodinu o tom, že klient není za své chování odpovědný. Zároveň musí dbát na zachování klientovy důstojnosti.

V oblasti sexuality a reprodukční schopnosti zjišťujeme také problémy s prostatou u mužů a gynekologické potíže u žen (např. pokles a výhřez vnitřních pohlavních orgánů).

## **10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**

Uvědomování si svého stavu a zároveň vědomí o nezadržitelnosti postupu nemoci, je velkým stresem . U klienta se může objevit smutek, stažení se do sebe, agrese. Únik ze stresující reality může hledat v alkoholu.

Při pokročilé nemoci je pro nemocného zdrojem stresu celý okolní svět, s jehož podněty se obtížně vyrovnává.

Vyrovnaní se se stresem napomáhají bazální stimulace, psychoterapeutické postupy a techniky práce s klienty postiženými demencí (muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, petterapie, canisterapie...).

Ke snížení stresu napomáhá citlivý psychoterapeutický přístup pečovatelského a ošetrovatelského personálu, akceptace a úcta ke klientovi. Vhodné jsou všechny aktivity, které zlepšují klientovo sebehodnocení a sebevědomí.

### **11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Věřícím klientům pomáhá jejich víra překonávat svízelné situace, proto se snažíme, aby neztratili kontakt se svou vírou a náboženskou komunitou. V praxi to většinou vypadá tak, že náboženská komunita svého člena neopustí. Podporuje ho, jednotliví členové klientovi pomáhají a vykonávají u něho návštěvy, čímž posilují jeho sebehodnocení.

V ústavech sociální péče pro seniory jsou dnes již běžně k dispozici kaple, které slouží církvím k vykonávání bohoslužeb. Za ležícími klienty dochází představitelé církve k lůžku.

Horší pozici mají církevní představitelé v nemocnici. Tam jsou mnohdy chápáni jako vetřelci a rušivý element.

Sestra jako ochránkyně klientových práv musí vědět, že pastorační péči poskytuje nejen duchovní, ale i členové církve podle svého vzdělání a poslání. Doprovázet umírajícího, modlit se, donášet svátosti a jiné... Sestra může být nejen prostředníkem zajištění takové péče, zavolání duchovního, nabídnutí náboženské literatury. Dokonce můžete pokřtít budoucího katolíka. Pokud to chce provést a bude postupovat podle jasných pravidel. Nezáleží na tom, jakého je sama vyznání nebo zda je komunist, ateista, heretik.

Nevěřící klienti mají také své životní hodnoty, cíle a tužby. Jejich hodnoty bychom měli znát a respektovat je. Prokážeme tím klientovi úctu, kterou on ke svému životu velmi potřebuje.

### **12. Jiné**

Jakékoli jiné otázky a problémy o kterých jsme nehovořili. Zeptáme se klienta i rodiny. Můžeme objevit problém, který je trápí a o němž se báli pohovořit.

Je možné, že se pod dojmem ukončení rozhovoru klient, nebo jeho rodina, rozpovídá o problému, který je trápí nejvíce. V tomto případě pak problém pojmenujeme a zařadíme ho do plánu ošetrovatelské péče.

#### **1.1.2.7 Prevence syndromu vyhoření**

Péče o klienta s kognitivní poruchou může u pečovatele vyvolat až pocity marnosti, vyčerpání, hněvu, syndromu vyhoření. Pečovatel o člověka s Alzheimerovou demencí (profesionál i rodinný příslušník) musí mít toto vše na paměti. Musí si najít způsob relaxace a dobíjení vlastní energie. Informace k této problematice jsou přístupné na internetových adresách uvedených v části práce: „Nebiologické terapeutické přístupy“.

Vyčerpaný pečovatel nemůže být prospěšný ani sobě, ani osobě, o kterou pečuje. Ztrácí trpělivost, nedokáže odhadnout potřeby a klientovo chování jej mnohdy provokuje. Od takových pocitů je už jen krůček k bezohlednému užívání restriktce, zanedbávání péče a ohrožení klientova zdraví a života. Souhrnně lze tyto projevy selhání péče zařadit do syndromu EAN (syndrom špatného zacházení se starými lidmi). Bližší informace k tomuto tématu lze získat na [www.gerontocentrum.cz](http://www.gerontocentrum.cz).

## 1.2 Omezující prostředky

### 1.2.1 Omezující prostředky v psychiatrii

Pojmem omezující prostředky v psychiatrii rozumíme:

a) terapeutická a preventivní opatření a prostředky omezující volný pohyb a jednání klienta.

b) terapeutická a preventivní opatření a prostředky uplatňované bez souhlasu klienta. Přestože se jedná o prostředky zasahující do lidských práv a důstojnosti, mají tato opatření v psychiatrii své nezastupitelné a nezbytné místo.

Užívání omezujících prostředků je ošetřeno právně: Listinou základních práv a svobod, Úmluvou o lidských právech a biomedicíně (zákon 96/2001), Zákonem o péči o zdrav lidu (20/1966, resp. § 23 a 24 zákona ČNR 86/1992) a Občanským soudním řádem (OSŘ 240/1993 § 191 a-g) a Metodickým opatřením Ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků u klientů v psychiatrických zařízeních České republiky (Věstník Ministerstva zdravotnictví číslo 1/2005).

Zásadní principy pro používání omezujících prostředků v psychiatrii:

- Zásady pro zvládnání neklidných a agresivních nemocných jsou shodné pro všechna zařízení a platí za všech okolností.
- Každé psychiatrické zařízení má mít přesně popsány způsoby zvládnání neklidných nemocných (standarty). Zpracované standarty ošetrovatelské péče lze nalézt v brožuře: Restriktivní metody v psychiatrii, standardizace ošetrovatelské péče. Jejimi autory jsou Bc. Tomáš Petr a MUDr. Tibor Miklós.
- Pro každého nemocného má být použito co nejméně restriktivních a ovládacích prostředků a opatření.
- Léčení neklidných a násilných klientů vyžaduje multidisciplinární přístup.
- Léčebné strategie musí být bedlivě sledovány, kontrolovány a vyhodnocovány.
- Velká pozornost musí být věnována předcházení a minimalizaci agresivního jednání klientů.
- Komplexní ošetrovatelská péče o nemocné, u nichž jsou použity omezovací prostředky, má zásadní význam jednak z hlediska prevence komplikací, jednak pro zachování terapeutického vztahu mezi personálem a klientem.
- Ošetrovatelský personál v rámci zdravotnického týmu spolupracuje s lékaři a je zodpovědný za plnění jejich ordinací a poskytování odpovídající ošetrovatelské péče. Pro efektivní spolupráci je důležité vzájemné předávání informací a jejich zpracování ve prospěch klienta.

#### Obecné zásady

Důvodem k použití omezovacích prostředků je bezprostřední ohrožující jednání klienta vůči sobě či svému okolí. Jde o případy, kdy nelze nalézt odstranitelnou příčinu chování klienta a v situacích, kdy je riziko chování pro klienta či jeho okolí příliš vysoké. Pokud se rozhodujeme pro použití omezujících prostředků, musíme vždy přesně v zdravotnické dokumentaci definovat důvod našeho rozhodnutí. Jejich přínos musí být vždy větší než riziko.

Jsou používány pouze z terapeutických a nikoli výchovných důvodů (výjimky jsou možné, ale netýkají se geriatrie).

K použití omezujících opatření přistupujeme až po vyčerpání všech dostupných nerestriktivních opatření.

Rozhodnutí o použití omezujících prostředků je vždy v kompetenci lékaře. K zvládnutí akutních stavů může omezení použít i školený ošetrovatelský personál. Lékař, který je v takových případech informován okamžitě po zvládnutí situace, pak rozhodne o dalším postupu.

Zdravotní sestra zodpovídá za správné provedení omezení a zajištění komplexní péče o nemocného.

Použití omezovacích prostředků je omezené na dobu nezbytně nutnou. Použití musí být šetrné a co nejméně narušující důstojnost klienta.

Klient musí být úměrně ke svému aktuálnímu stavu poučen o důvodech, prostředcích a době trvání opatření.

V průběhu trvání omezujícího opatření je klientovi věnována zvýšená pozornost a ošetrovatelská péče.

Důležitější než zvládnutí stavů neklidu a agrese, je prevence těchto stavů. Proto je nutné znát okolnosti, za kterých se tyto stavy vyvinuly.

Personál oddělení, kde jsou používány omezující prostředky musí být minimálně 1krát za rok proškolen v péči o nemocného v omezení.

Personál by měl mít možnost ventilovat své prožitky s neklidnými a nespolupracujícími klienty, např. na Bálintovských skupinách.

Klienti by měli být informováni o možnosti použití omezujících prostředků na oddělení. Součástí individuálního plánu péče o nemocného by mělo být stanovení způsobu, jakým lze zvládnout klientovo ohrožující chování.

### **Postup při aplikaci omezujícího prostředku**

Každé oddělení musí mít vypracován postup, kterým se zajistí dostatečný počet personálu. Pro zvládnutí klienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.

Vlastní omezení řídí lékař nebo kompetentní zdravotní sestra.

Je-li to možné, vyloučíme přítomnost ostatních klientů a návštěv.

Nejprve je klientovi nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně.

Při nutnosti fyzického nátlaku by se měl personál vyvarovat používání bolestivých hmatů a neprofesionálního chování. Musí být respektována důstojnost klienta.

Omezení musí být pro klienta co nejméně stresující a zatěžující (vypodložené popruhy, napolohované lůžko, tepelná a světelná pohoda, klidné a nerušené prostředí).

Klient se musí nacházet mimo dosah ostatních klientů.

O ukončení opatření rozhoduje lékař nebo všeobecná sestra.

Fyzické omezovací prostředky je možno použít pouze u klientů, držených v zařízení bez jejich souhlasu.

### **Ošetrovatelská péče o klienta v omezení**

Po celou dobu je klientovi věnována zvýšená péče. Lékařem nebo vnitřním předpisem je stanovena frekvence, účel kontrol a způsob zápisů v dokumentaci.

Oblasti ošetrovatelské péče:

Péče o hydrataci (min. 2000 ml) a alimentaci.

Péče o vyprazdňování.

Péče o hygienu.

Minimalizace psychické zátěže – zajištění pocitu bezpečí, snadná dostupnost ošetrovatelského personálu.

Po dobu omezení personál s klientem musí komunikovat, aby nedošlo k narušení terapeutického vztahu.

Dokumentace omezení:

Stav a důvody vedoucí k omezení klienta.

Čas počátku omezení.

Průběžné sledování a zhodnocení stavu klienta, včetně důvodů k pokračování, nebo ukončení omezení.

Ošetrovatelské intervence.

Návštěvy u klienta.

Čas ukončení omezení včetně popsání stavu klienta.

### **Omezovací prostředky v psychiatrii**

A. Přijetí do lůžkového psychiatrického zařízení bez souhlasu nemocného.

B. Fyzické omezení klienta v pohybu.

C. Aplikace psychofarmak bez souhlasu klienta.

A. Přijetí do lůžkového psychiatrického zařízení bez souhlasu nemocného.

Zadržení klienta je upraveno Listinou základních práv a svobod, Úmluvou o lidských právech a biomedicíně (zákon 96/2001), Zákonem o péči o zdraví lidu (20/1966, resp. § 23 a 24 zákona ČNR 86/1992) a Občanským soudním řádem (OSŘ, 240/1993, § 191 a-g).

Podle Zákona o péči o zdraví lidu se u nás provádějí vyšetřovací a léčebné úkony se souhlasem nemocného, nebo pokud lze souhlas předpokládat. §23 tohoto zákona stanoví i výjimky:

1. Je-li neodkladné provedení výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte, nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu.
2. Jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení.
3. Jestliže osoba jevící známky duševní nemoci nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí.
4. Není-li možné vzhledem k zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony, nutné k záchraně života či zdraví.
5. Jde-li o nosiče ve smyslu § 53 zákona číslo 258/2000 Sb.o ochraně veřejného zdraví.

Pravidla pro přijetí osob do psychiatrických zařízení bez jejich souhlasu.

Tato pravidla se týkají také osob, které byly přijaty dobrovolně (se souhlasem), ale v průběhu pobytu splnily kritéria pro nedobrovolné přijetí a byly omezeny ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem:

K přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného lze přistoupit až po vyčerpání všech dostupných možností.

Vždy se zaznamenají informace o chování nemocného, důvod a okolnosti přijetí.

Klient je vyšetřen lékařem a seznámen s dalším postupem. Je seznámen s podstatou dobrovolného a nedobrovolného přijetí.

Nemocný je informován o právech a možnosti právní pomoci.

Přijetí nemocného bez jeho písemného souhlasu je povinno zdravotnické zařízení oznámit soudu do 24 hodin, pokud nemocný dodatečně do 24 hodin neprojeví

souhlas s ústavní péčí. Soud do 7 dnů posoudí, zda přijetí bez souhlasu bylo v souladu se zákonnými důvody a dále posoudí přípustnost dalšího držení občana ve zdravotnickém zařízení (do 3 měsíců).

Nemocnému je umožněn kontakt s okolím (rodinou). U nezletilých a nesvéprávných osob je o zadržení informován zákonný zástupce, který vydává souhlas s hospitalizací nemocného.

Ke zjištění zdravotního stavu ustanoví soud znalce z oboru psychiatrie (nesmí se jednat o lékaře pracujícího v tomto ústavu). Soud pak do 3 měsíců rozhodne o přípustnosti převzetí do ústavní péče a na jak dlouhou dobu.

Legislativně není u nás řešena otázka léčení osob s duševní nemocí v případě jejich nesouhlasu. Použití omezovacích prostředků nebo aplikaci léků proti vůli nemocného je možná jen v případě, že během hospitalizace ohrožuje sebe nebo své okolí. V tomto případě může lékař informovat a dohodnout se na způsobu léčby s příbuznými. Lze také požádat soud o souhlas s nedobrovolným léčením, z časových důvodů to ale obvykle není možné.

Na uzavřené oddělení psychiatrického zařízení (omezení volného pohybu klientů a jejich kontaktu s vnějším světem) mohou být přijímáni i nemocní, kteří nesplňují kritéria pro nedobrovolné přijetí. V dokumentaci musí být písemně vyjádřen souhlas s pobytem na uzavřeném oddělení a s omezením svobodného pohybu. A to i v případě, že je klient na uzavřené oddělení přeložen z otevřeného oddělení a s přijetím souhlasí.

Za uzavřená oddělení se nepovažují ta, která musí být kvůli ochraně nemocných přechodně uzamčena, nejdéle 60 minut, anebo oddělení s určitými omezeními, která jsou stanovena v domácím řádu zařízení. Rovněž karanténní opatření nedělá z otevřeného oddělení uzavřené.

## B. Fyzické omezení klienta v pohybu

Účelem je zabránit nemocnému v sebepoškození, v ohrožení druhých osob a v poškození věcí.

1. Umístění klienta v ochranném (síťovém) lůžku.
2. Umístění klienta v izolační místnosti.
3. Ochranné pásy (kurty) na horních nebo dolních končetinách, břišní pás, svěrací kazajka, připoutání (v lůžku, v křesle, k nosítkům, ke kočárku).
4. Manuální fixace.

Fyzické omezení není:

1. Pobyt klienta v síťovém lůžku nebo v izolační místnosti, pokud nejsou uzavřeny.
2. Fixace pro udržení stability.
3. Připoutání končetiny při aplikaci infuze.

## Dokumentace fyzického omezení klienta v pohybu

Lékař: popis duševního stavu, důvod a druh omezení, doba, kdy k omezení došlo, frekvence kontrol vitálních funkcí, jméno lékaře. Pokračující omezení reviduje lékař nejpozději ve tříhodinových intervalech.

Sestra: výsledek kontrol, změny duševního a tělesného stavu, vymizení důvodu omezení, doba ukončení omezení. Rozhodnutí dodatečně potvrdí v dekurzu písemně vedoucí lékař oddělení.

Při ukončení se v dekurzu popíše stav klienta, doba ukončení a podpis lékaře/sestry.

Během fyzického omezení je nutno dbát o hydrataci, výživu, vylučování, tepelný komfort, hygienu, aktivaci a prevenci somatických komplikací (dekubity,



pneumonie, otlaky). Dále je sledována bezpečnost klienta a je znemožněn přístup ostatních klientů k klientovi v omezení.

Dodatečně se s nemocným diskutují důvody a příčiny fyzického omezení. To je velmi důležité pro snížení emočního náboje spojeného s omezením, zmírní se nepříznivé vzpomínky a upevní se vztah mezi nemocným a zdravotníky.

Závažnější incidenty musí být projednány a zhodnoceny v kolektivu pracovníků oddělení.

Zdravotničtí pracovníci pracující s fyzickými omezeními procházejí pravidelně teoretickým a praktickým školením.

Umístění klienta v síťovém lůžku

Důvod použití opatření: opakované či dlouhodobé, farmakologicky nezvládnutelné projevy psychomotorického neklidu, tj. stavy dezorientace a zmatenosti spojené s rizikem poranění (např. u gerontologických klientů).

Ošetrovatelská péče:

Aktivizace klienta, tj. pravidelné vyvádění klienta ze síťového lůžka (hygiena, stravování, procházky, rehabilitace, kondiční cvičení). Forma aktivizace je závislá na stupni mentálního postižení klienta.

Ošetrovatelský personál se snaží dobu pobytu v síťové lůžku minimalizovat. Zároveň hledá alternativní způsoby ke zvládnutí ohrožujících projevů nemocného.

Lůžko musí být udržováno čisté a upravené.

Umístění klienta v izolační místnosti. Omezení volného pohybu klienta po oddělení ve speciální k tomuto účelu vybavené místnosti.

Důvod: výrazně obtěžující projevy klienta vůči okolí, projevy klienta výrazně snižující jeho důstojnost, projevy ohrožující zdraví klienta (nadměrný příjem tekutin, příjem nepoživatelných předmětů, projevy psychomotorického neklidu ohrožujícího okolí, závažné porušování hygienických norem a režim u infekčních a parazitárních onemocnění, eventuálně v odůvodněných případech na vlastní požadavek klienta.

Ošetrovatelská péče:

Před umístěním do terapeutické izolace jsou klientovi odebrány předměty, kterými by se mohl poškodit.

Je provedena prohlídka místnosti izolace za účelem odstranění všech nebezpečných předmětů.

Personál domluví s klientem způsob komunikace a způsob přivolání personálu. Klientovi jsou v pravidelných intervalech nabízeny tekutiny.

Klientovi jsou průběžně poskytovány srozumitelné informace, je podporován v orientaci místem časem a osobou a jsou aktivně uspokojovány jeho základní potřeby.

Imobilizace popruhy, pásy, svěrací kazajka

Krátkodobé omezení klienta v lůžku anebo při transportu za použití popruhů na horních nebo dolních končetinách, břišního pásu, svěrací kazajky.

Důvod: psychomotorický neklid ohrožující okolí, autoagrese s rizikem sebepoškození či suicidia.

Ošetrovatelská péče:

Měření fyziologických funkcí. Omezování může vést ke stresu a fyzickému zatížení klienta.

Neurčí-li lékař jinak, je krevní tlak a puls změřen na počátku omezení a pak v pravidelných jednogodinových intervalech.

Napoprvé se většinou nepodaří kvůli aktivnímu odporu nemocného optimálně upravit a vypodložit všechny popruhy. Omezení jednotlivých končetin je nutné postupně upravit, aby bylo účelné a co nejméně nepohodlné.

Riziková místa musí být vypodložena. Používají se rovněž antidekubitní pomůcky a je kladen důraz na péči o kůži.

Správně přiložené, vypodložené omezení končetin musí být pravidelně uvolňováno. Musí se provádět pravidelná kontrola prokrvení a masáže fixovaných končetin.

Pozornost je věnována také dýchacím cestám (zahlenění, riziko aspirace).

#### Fixace klienta

Opatření k ochraně před poraněním. Klient je omezen břišním pásem v lůžku nebo v křesle, nebo je mu fixována pouze jedna končetina. Smyslem je předejít pádu, vytržení kanyly u gerontopsychiatrických či zmatených klientů. Ve srovnání s jinými postupy je tato metoda šetrná a méně omezující, proto je rozhodnutí o fixaci klienta ponecháno zdravotní sestře. Lékař dohlíží na její průběh a posuzuje její vhodnost. Sleduje, zda probíhá v souladu se standardem.

Fixace je opatření používané i v nepsychiatrických zařízeních. Jeho užívání by mělo být ošetřeno standardem.

K fixaci je vhodné využít šetrnější pomůcky než kurty. Existují pomůcky, které jsou šetrnější, pohodlnější a umožňují velký rozsah pohybu (popruhy na suchý zip, vesty k fixaci klienta v křesle, speciální břišní pásy).

Fixaci nelze použít u neklidného klienta. Mohla by ho poškodit.

#### Manuální fixace

Zadržení a omezení klienta s cílem znehybnit jej a eventuálně umožnit aplikaci nedobrovolné medikace (metoda Control a Restraint – ovládnutí a omezení).

Provádí jí 3 – 5 vyškolených pracovníků s situacích, kdy selhaly ostatní techniky a je zapotřebí akutního zákroku.

#### C. Aplikace psychofarmak bez souhlasu klienta

Je sporné, zda podání psychofarmaka proti vůli, resp. bez souhlasu klienta, je omezovacím prostředkem. Tento postup lze spíše označit za léčebný prostředek.

Ve většině případů se podávají psychofarmaka ke zklidnění a pacifikaci nemocného při zahájení terapie při anosognózi.

K parenterální aplikaci přistupujeme až poté, jestliže se nám nepodařilo klienta přesvědčit k perorálnímu užití.

Důvodem pro podání psychofarmak bez souhlasu klienta jsou aktuální psychopatologické příznaky.

Podávat pravidelnou medikaci proti vůli klienta je možné pouze u klientů, u kterých je k dispozici souhlasné usnesení soudu o splnění podmínek pro nedobrovolnou hospitalizaci (zadržení klienta v léčebném zařízení). Jinak lze podávat medikaci proti vůli klienta jen v situacích, které si žádají okamžité řešení (akutní a intenzivní psychomotorický neklid, auto či heteroagresivita, agitovanost, úzkost, epileptický záchvat).

Dokumentace: uvést důvody podání a podpis odpovědné sestry.

Změřit fyziologické funkce (TK, P, dechová frekvence, T, eventuálně saturace kyslíkem), zvážit lékové interakce a rizika.

Užívají se benzodiazepiny (*diazepam, clonazepam*), nebo antipsychotika (*haloperidol, metotrimeprazin, zuclopenthixol, chlorpromazin, suliprid, olanzapin, ziprasidon*).

Další dávky léků se podávají dle možnosti perorálně.

Při podávání parenterální medikace je zapotřebí nejméně 4 pracovníků ke spolehlivé manuální fixaci klienta. Na straně zdravotníků musí být jednoznačná silová převaha. Pokud ji nemůžeme z jakýchkoli důvodů zajistit, požádáme o spolupráci policii.

Po dosažení farmakologického útlumu monitorujeme psychický a somatický stav a provádíme kontroly fyziologických funkcí.

Omezovací prostředky jsou využívány hlavně v psychiatrii, kde bývají předmětem její kritiky. Ta však pramení většinou z nedostatku znalostí dané problematiky.

Jsou situace, kdy se bez jejich použití nelze obejít. Jedná se o prostředky výjimečné, užívané až po vyčerpání všech dostupných technik.

### **1.2.2 Omezující prostředky v ústavech sociální péče**

Celosvětově se řeší problém stárnutí populace. Lidé se dožívají vysokého věku, s nímž přicházejí i nemoci spojené se stářím a dlouhověkostí. Demence bývá pro svůj vysoký výskyt v pozdním věku nazývána skrytou epidemií. Čím vyšší věk, tím větší procento nemocných. Náročnou a vyčerpávající péčí o demenčního člověka často rodina nemůže samostatně zvládnout, a proto volí umístění svého demencí postiženého člena v zařízení sociální péče.

Péče v zařízení sociální péče je poskytována na základě Zákona o sociálních službách (zákon číslo 108/2006 Sb.). Tento zákon začal platit od ledna 2007 a přinesl do ústavů sociální péče mnoho změn. Teprve čas ukáže, nakolik budou tyto změny prospěšné. V § 89 tohoto zákona jsou zahrnuta pravidla pro použití omezujícího prostředku.

Od ledna 2007 by se v Ústavech sociální péče na Pardubicku neměla vyskytovat žádná síťová a klecová lůžka. Měla by být nahrazena místnostmi zřízenými k bezpečnému pobytu ([www.zdn.cz](http://www.zdn.cz). Článek ČTK z 22.11. 2006, „Do konce ledna zmizí z ústavů Pardubického kraje klecová lůžka“).

Dalším nástrojem k řešení problematiky spojené s použitím omezujícího prostředku v ústavech sociální péče jsou standardy kvality péče, které by měly být přístupné v psané i elektronické formě. Sociální péče si vytkla 15 oblastí, které korespondují s 15 standardy sociální péče. Standardy kvality péče řeší problematiku fungování celého zařízení, tedy péče o klienty, personál, provoz celého zařízení a jiné.

Pro všechna zařízení sociální péče jsou společné pouze ony vytčené oblasti, vlastní standardy si vytváří každé zařízení individuálně.

Problému užívání omezujících prostředků a ochrany práv klientů je se týkají následující standardy:

1. STANDARD 1. Cíle a způsoby poskytování služeb Zařízení sociálních služeb má písemně vypracovány poslání, cíle, cílovou skupinu uživatelů a principy poskytovaných služeb, které chápe jako veřejný závazek.
2. STANDARD 2. Ochrana práv uživatelů. Zařízení ve své činnosti respektuje základní lidská práva uživatelů služeb, jejich nároky vyplývající z dalších platných obecně závazných norem a pravidla občanského soužití.
3. STANDARD 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb. Uživatelé si mohou stěžovat na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb, aniž by tím byli jakýmkoli způsobem ohroženi. Zařízení za tímto účelem má stanovená a uplatňuje vnitřní pravidla, se kterými jsou seznámeni uživatelé i pracovníci.

### 1.2.3 Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti

Protože používání omezujících prostředků se v oblasti péče o seniory týká hlavně nemocných s Alzheimerovou chorobou, vyjádřila se k němu i Evropská alzheimerovská společnost v Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o klienty s demencí. Tato doporučení přeložila do češtiny MUDr. Iva Holmerová, Ph.D, která stojí v čele ČALS (České alzheimerovské společnosti).

Omezující prostředky je možno použít jen tam, kde je to nezbytně nutné pro ochranu klienta. Je to krajní řešení po vyčerpání všech ostatních možností. Je třeba pátrat po příčinách problémového chování. Důvodem pro použití nikdy nesmí být pouhý neklid či usnadnění péče o klienta.

Vždy je třeba dbát na to, aby přínos tohoto opatření byl větší než jeho možné riziko. Pokud se rozhodneme použít omezující prostředky, musíme klientovi jemu srozumitelnou formou vysvětlit, co se děje, proč a jak dlouho bude opatření trvat. Klient musí vědět, jakým způsobem se dovolá personálu. Klient, u něhož jsme použili omezovací prostředky, nesmí zůstat bez dozoru.

Je nezbytné, aby alespoň jeden z členů ošetrovatelského týmu byl s klientem v trvalém vizuálním a verbálním kontaktu po celou dobu trvání omezujícího opatření. Proto je důležité přijmout opatření umožňující navýšení členů ošetrovatelského personálu, včetně nočních směn.

Každý člen týmu by měl být dostatečně zaškolen v používání omezujících prostředků, ale také v metodách péče, které klienty neomezují, v komunikaci a technikách, které pomáhají předcházet problémovému chování.

Pouze v naprosto výjimečných případech se na omezení ženy může podílet muž.

#### **Mechanické omezení**

Používání speciálního nábytku, oblečení či dalších pomůcek, které mohou omezit pohyb v prostoru (židle se zvedacími podnožkami, kurty a pásy, rukavice, postranice, bezpečné spací pytle ap.).

Mechanické omezení nesmí být použito pouze z důvodu neklidu klienta. Musíme vyčerpat veškeré neomezující postupy a možnosti:

- zvýšené množství pohybu v rámci pohybové terapie
- zvýšit počet ošetřujícího personálu
- změnit denní režim, čas ukládání k spánku
- různé aktivizační metody a nefarmakologické přístupy k klientům s demencí
- tvořivá zaměstnání v rámci ergoterapie
- přizpůsobení prostředí klientům s demencí, prostředí určené speciálně pro terapeutické přístupy (snoezelen)

Pozornost je třeba věnovat také prostředí (teplota, hluk, osvětlení, počet osob).

Při používání křesel se zvednutou podnožkou pro omezení je třeba brát zřetel na jejich pohodlnost a umístění v prostoru dle přání klienta s demencí.

V žádném případě nesmí být klient s demencí připoután k židli (ani za ruce či nohy) nebo znehybněn svěrací kazajkou.

Při použití postranic u lůžka je třeba brát ohled na to, aby je klient nepřekonal a nevystavil se tak ještě většímu nebezpečí pádu. Jako alternativu pro tyto případy lze použít velmi nízké lůžko nebo matraci přímo na podlaze v prostředí, které je útulné, důstojné a dostatečně teplé.

#### **Fyzické omezení**

Pomocí rukou zabránit, aby klient učinil pohyb, který by jej mohl ohrozit.

Pro tyto případy je nutné zaškolení ošetřujícího týmu v manuálních postupech. Předjdeme tak poranění klienta či pečujícího. Personál se musí vyvarovat

nepřiměřených gest, aby nedošlo k dalšímu provokování klienta a vyhrocování situace.

### **Zamykání dveří**

Klienti s demencí nesmí být v žádném případě zamykáni v jedné místnosti.

V zájmu jejich bezpečnosti je však účelné, aby pobývali ve společném prostoru pro ně uzavřeném, kde probíhá péče a kam mají přístup rodinní příslušníci a další pečující.

Dveře nemají být zbytečně zamykány. Při projektování zařízení pro klienty s demencí by se mělo myslet na to, aby dveře byly umístěny tak, aby zbytečně nepoutaly pozornost klientů. Klienti, kteří nejsou ohroženi blouděním, nemají být omezováni v uzamčených prostorách.

### **Elektronické dohlížecí systémy**

Elektronické zařízení na hranicích prostoru pro klienty s demencí, které signalizuje, že se někdo přiblížil (např. že prošel dveřmi). Na klientově oděvu či náramku je umístěno zařízení vyvolávající alarm. Podobná zařízení lze využívat k lokalizaci bloudících klientů.

Tyto systémy mohou být používány pouze u bloudících klientů v případě, že ostatní metody byly neúčinné. Systém nesmí klienta rušit, ponižovat a musí být pro klienta pohodlný.

### **Dohled prostřednictvím videa**

Sledování určitých prostor prostřednictvím videokamer. Mělo by se jednat o chodby a společné místnosti, pouze ve výjimečných případech o soukromý prostor klientů.

S použitím tohoto systému musí klienti či jejich rodinní příslušníci (zákonní zástupci) souhlasit.

Nelze ho použít v soukromých obytných prostorách, koupelnách, toaletách. Důvody dohledu prostřednictvím videa je třeba denně prověřovat a zanást je do individuálního plánu péče.

### **Pasivní alarmy**

Užití podložek pod matracemi, infračervených čidel a zvukových monitorů k detekci pohybu osoby v prostoru. Jedná se o možnou alternativu uzamykání prostoru.

Systémy nesmí být bezdůvodné a nesmí klienta rušit nebo obtěžovat.

### **Medikace jako omezující prostředek**

Užívání léků ke zmírnění neklidu či poruch chování (nikoli pro léčbu příčiny poruchy), a to zejména z toho důvodu, že chování klienta obtěžuje ostatní nebo vyžaduje větší nároky na pečující.

Před preskripcí léku, který by mohl klienta utlumit, je třeba zvážit a aplikovat nefarmakologické metody managementu demence.

V průběhu terapie sledujeme vedlejší účinky léků. O důvodu, výhodách a nežádoucích účincích poučíme členy ošetrovatelského týmu a rodinné příslušníky.

Poruchy chování mívají přechodný charakter, proto je důležité, aby terapie byla po úpravě stavu klienta vysazena.

### **Psychologické omezování**

Používání verbálních a neverbálních pokynů, zákazů a příkazů omezujících pohyb a jednání klientů s demencí.

Zbytečné zákazy a příkazy mohou vést u klientů s demencí k dezorientaci.

Ošetrovatelský tým musí respektovat práva a lidskou důstojnost klientů s demencí.

## **2. Empirická část**

### **2.1 Použitá metoda**

Ke zjištění cíle jsem použila metodu dotazníku. Dotazník jsem vypracovala samostatně s přihlédnutím ke zkušenostem, které jsem získala během práce na uzavřeném oddělení domova důchodců.

Dotazníky, zaslané na jednotlivá pracoviště, byly vyplňovány anonymně, individuálně, bez časového omezení.

Návratnost dotazníků byla 80 % (rozdáno 150, návrat 120)

### **2.2 Vzorek respondentů**

Pro svůj výzkum jsem zvolila 6 pracovišť, vzorek 120 respondentů.

Respondenty byl zdravotnický, ošetrovatelský a pečovatelský personál.

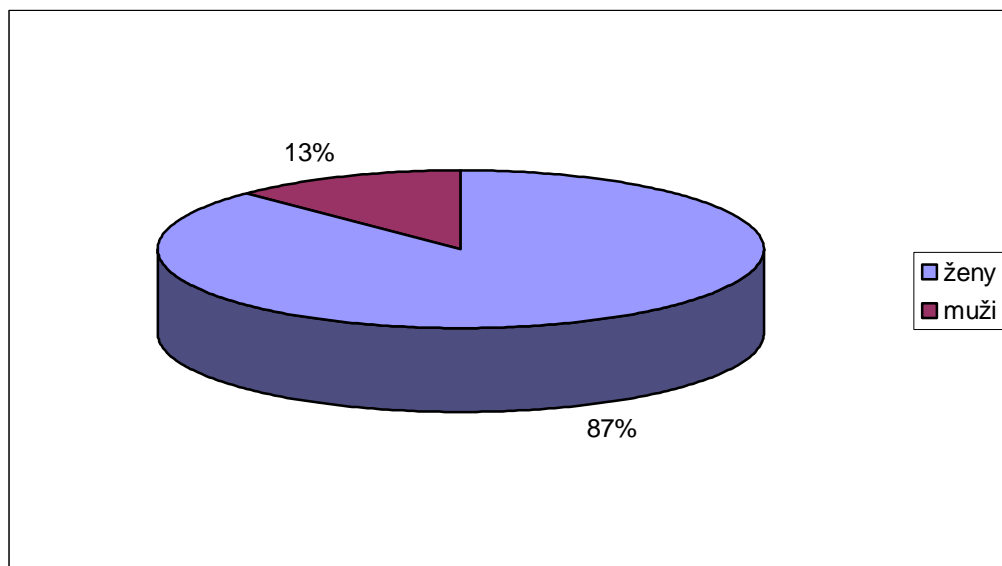
Výběr byl dán ochotou pracovišť a respondentů ke spolupráci.

15 respondentů	DD Přelouč
30 respondentů	DD Pardubice
20 respondentů	DD Jindřichovice Pod Smrkem
15 respondentů	DD Třebíč
10 respondentů	LDN Rybitví
30 respondentů	Geriarie Pardubice

## 2.3 Analýza dat

### 1. Pohlaví

Graf 1 Pohlaví respondentů



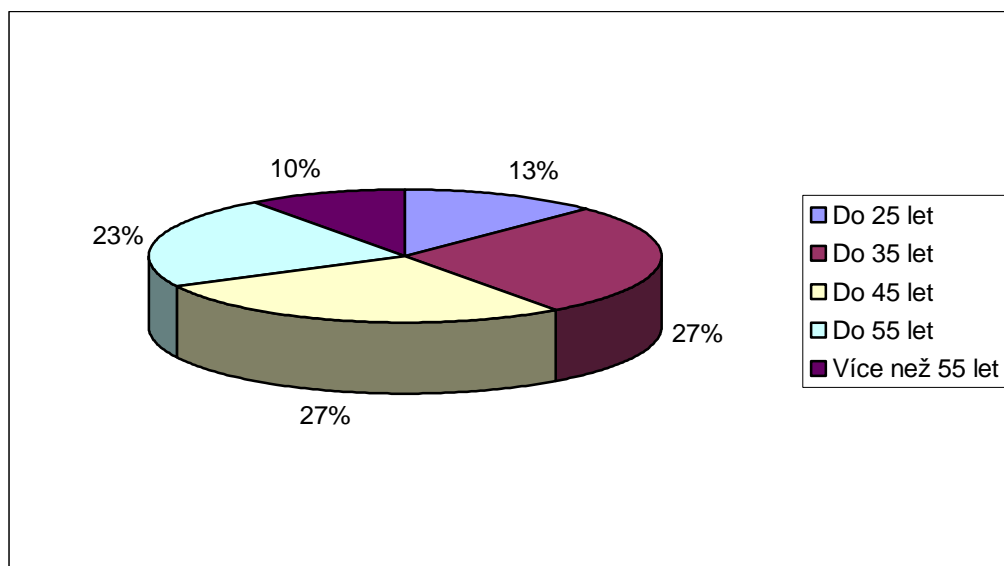
Tab. 1 Pohlaví respondentů

ženy ♀	105
muži ♂	15

Poměr mezi zastoupením mužů a žen odpovídá předpokládanému poměru mužů a žen ve zdravotnictví a sociálních službách.

## 2. Věk respondentů

**Graf 2 Věk respondentů**



**Tab. 2 Věk respondentů**

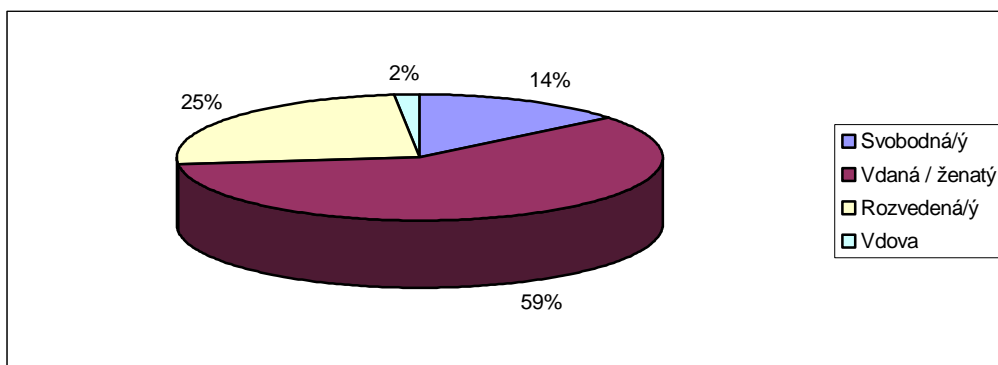
do 25 let	15
do 35 let	33
do 45 let	33
do 55 let	27
více než 55 let	12

Ve vzorku respondentů byly zastoupeny všechny věkové kategorie od 20 let po důchodový věk.



### 3. Stav

**Graf 3 Rodinný stav respondentů**



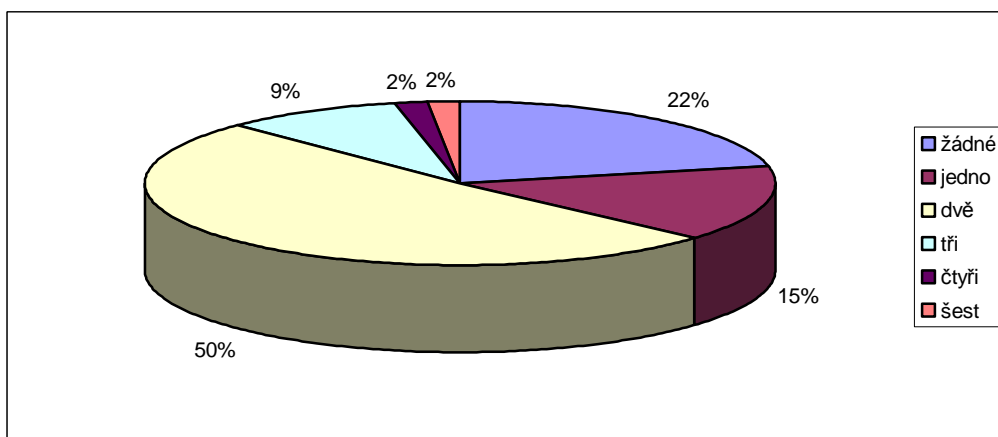
**Tab. 3 Rodinný stav respondentů**

svobodná/ý	17
vdaná / ženatý	71
rozvedená/ý	30
vdova	2

Rodinný stav nemá žádnou souvislost se vztahem k omezujícím prostředkům.

### 4. Počet dětí

**Graf 4 Počet dětí respondentů**



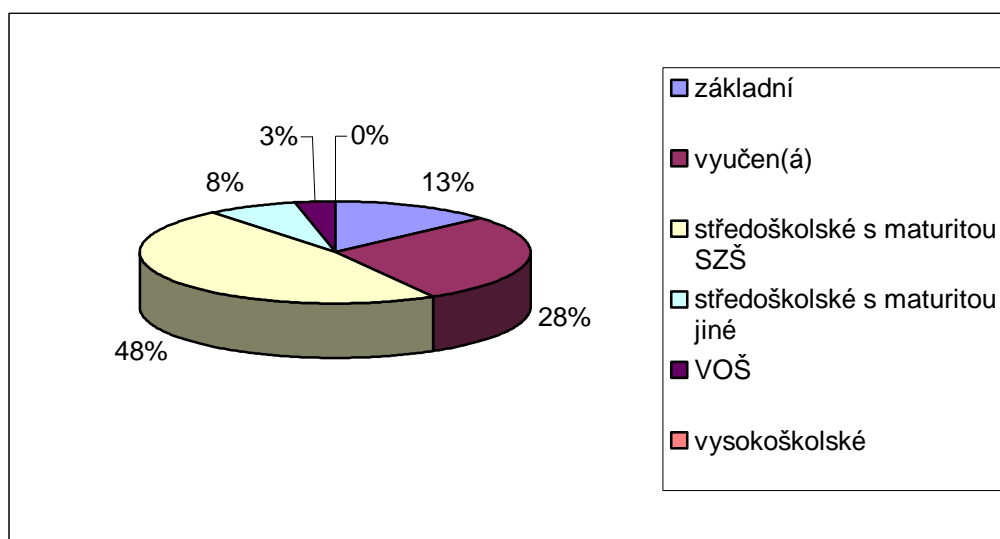
**Tab. 4 Počet dětí respondentů**

žádné	26
jedno	18
dvě	61
tři	11
čtyři	2
šest	2

78 % respondentů má alespoň 1 dítě, čili je u nich předpoklad, že mají zkušenosti s chováním batolete, které má stejně nevypočitatelné chování a problémy s koordinací pohybu a rovnováhou jako člověk postižený demencí.

## 5. Dosažené vzdělání

**Graf 5 Vzdělání respondentů**



**Tab. 5 Vzdělání respondentů**

základní	16
vyučen(á)	34
středoškolské s maturitou SZŠ	57
středoškolské s maturitou jiné	9
VOŠ	4
vysokoškolské	0

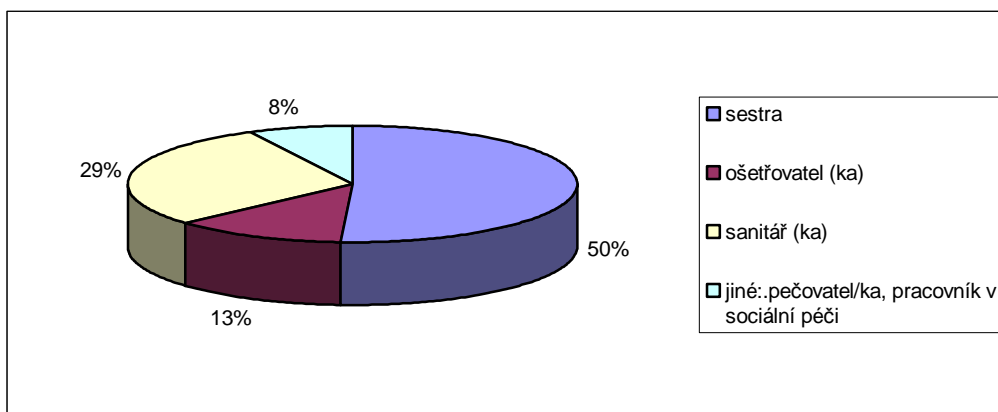
**Tab. 6 Kursy, specializace**

specializace geriatric	11
kursy sanitář/ka	24
kursy pečovatel/ka	4

Vzdělání respondentů: nadpoloviční většina má maturitu.

## 6. Pracovní zařazení

**Graf 6 Pracovní zařazení respondentů**



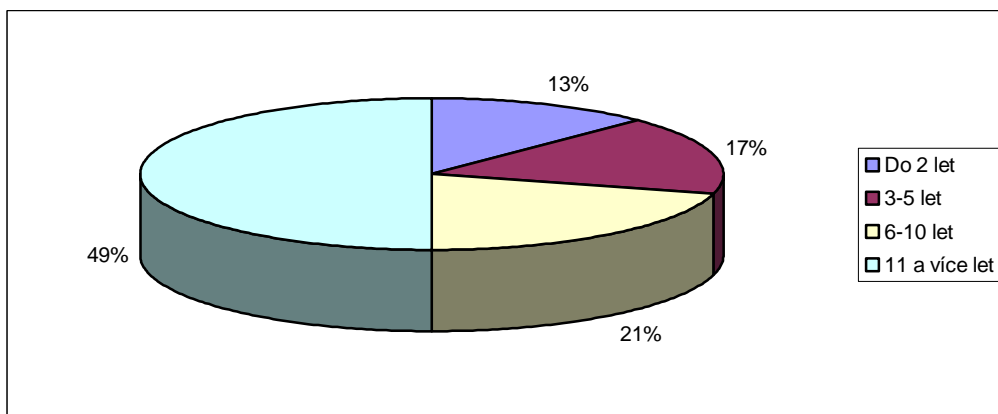
**Tab. 7 Pracovní zařazení respondentů**

sestra	61
ošetřovatel (ka)	15
sanitář (ka)	35
jiné: pečovatel/ka, pracovník v sociální péči	9

Poměr středního a nižšího zdravotního personálu je zastoupen zhruba stejně 61 : 59.

## 7. Délka odborné praxe

**Graf 7 Délka odborné praxe**

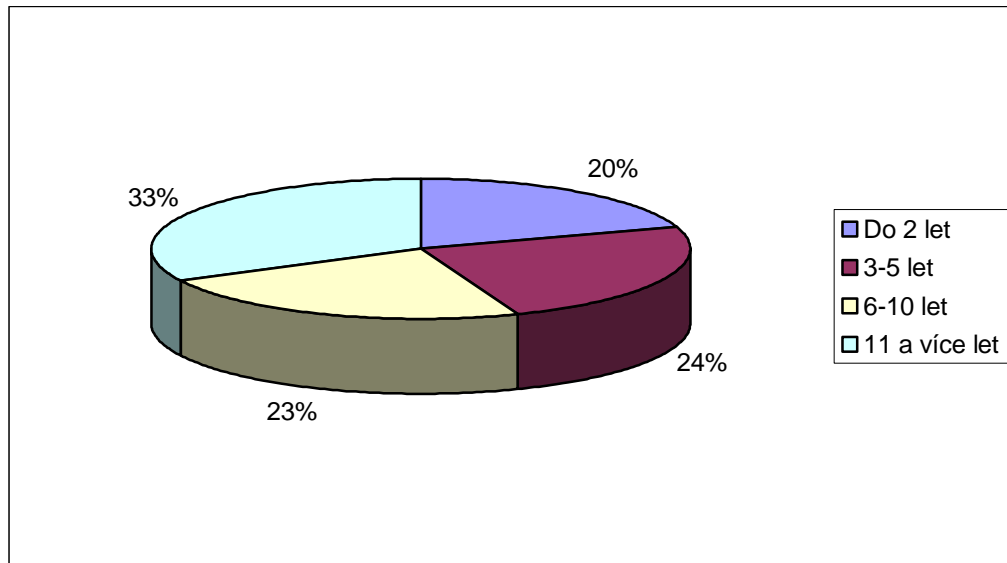


**Tab. 8 Délka odborné praxe**

do 2 let	15
3-5 let	20
6-10 let	25
11 a více let	60

Téměř ½ respondentů pracuje ve zdravotnictví 11 a více let .

**Graf 8 Léta praxe s klienty postiženými demencí**



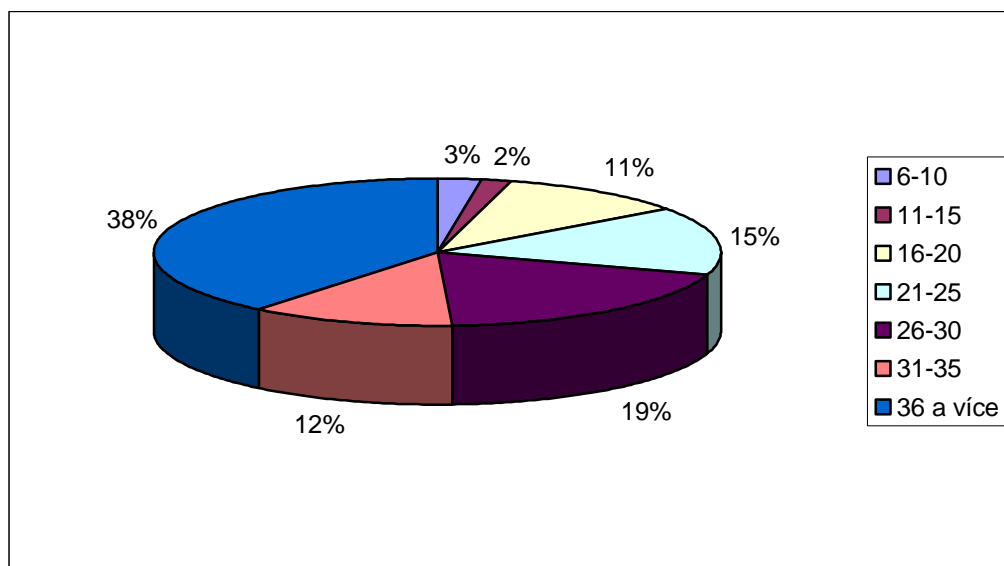
**Tab. 9 Léta praxe s klienty postiženými demencí**

do 2 let	24
3-5 let	29
6-10 let	28
11 a více let	39

Praxe s klienty postiženými demencí byla rozvržena rovnoměrně mezi mnou vybrané skupiny. Největší skupinu tvořili respondenti pracující s demenčními klienty více než 11 let. Tak dlouhá doba je riziková vzhledem k syndromu vyhoření.

8. O kolik klientů/pacientů během své služby pečujete?

**Graf 9 Počet klientů, o něž respondent během služby pečuje**



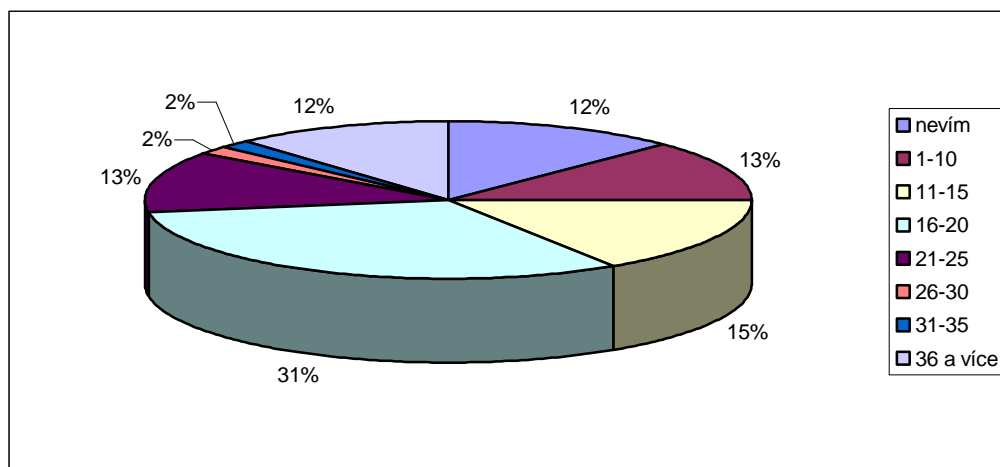
**Tab. 10 Počet klientů, o něž respondent během služby pečuje**

6-10	3
11-15	2
16-20	13
21-25	18
26-30	23
31-35	14
36 a více	47

97 % respondentů pečuje o více než 11 klientů.

- 9 a) Kolik klientů/pacientů z tohoto množství je postiženo Alzheimerovou demencí?  
 9 b) Kolik klientů/pacientů z tohoto množství (otázka 8) je postiženo jakýmkoli jiným druhem demence?

**Graf 10 Počet klientů s demencí**



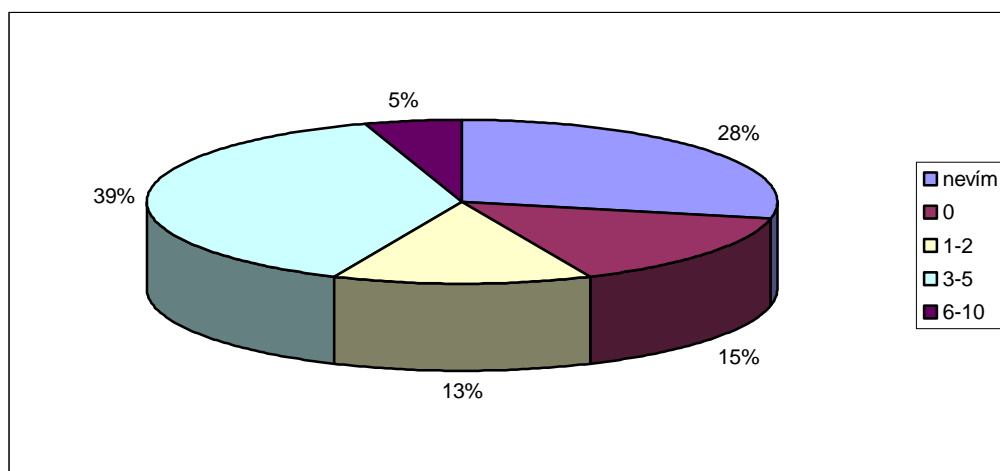
**Tab. 11 Počet klientů s demencí**

nevím	15
1-10	15
11-15	19
16-20	38
21-25	15
26-30	2
31-35	2
36 a více	14

$\frac{3}{4}$  (12+2+2+13+31+15 %) respondentů se stará o více než 11 klientů s demencí. Protože všechny demence ve stáří bývá většinou smíšeného typu, nehodnotila jsem Alzheimerovu demenci a ostatní druhy demencí samostatně, ale vytvořila jsem pouze 1 graf.

10. Kolik klientů/pacientů je zbaveno způsobilosti k právním úkonům (jakéhokoli stupně)?

**Graf 11 Klienti zbavení způsobilosti k právním úkonům**



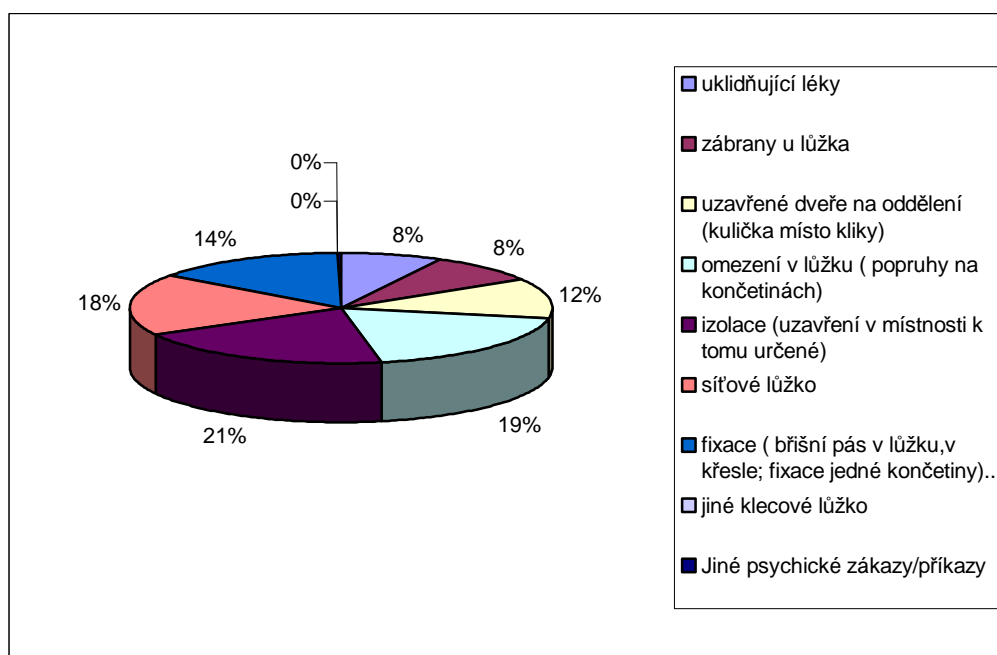
**Tab. 12 Klienti zbavení způsobilosti k právním úkonům**

nevím	34
0	18
1-2	16
3-5	46
6-10	6

28 % respondentů neví, zda jsou jejich klienti zbaveni některým stupněm způsobilosti k právním úkonům.

11. Označte všechna opatření, která považujete za omezující.

**Graf 12 Opatření považovaná respondenty za omezující**



**Tab. 13 Opatření považovaná respondenty za omezující**

	celkem
uklidňující léky	39
zábrany u lůžka	42
uzavřené dveře na oddělení (kulička místo kliky)	58
omezení v lůžku ( popruhy na končetinách)	95
izolace (uzavření v místnosti k tomu určené)	99
síťové lůžko	90
fixace ( břišní pás v lůžku,v křesle; fixace jedné končetiny)..	72
jiné klecové lůžko	1
jiné psychické zákazy/přikazy	1

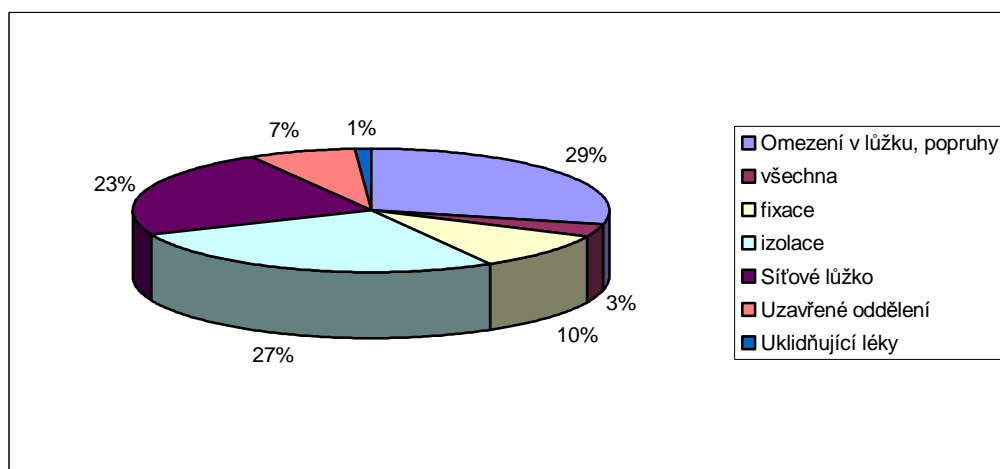
Nejvíce respondentů vnímá jako omezující izolaci, omezení v lůžku, síťové lůžko a fixaci.

Pouze jediná respondentka se zmínila o psychickém omezování, které je zmíněno také v doporučeních Evropské alzheimerovské společnosti.



12. Uved'te, která z opatření vyjmenovaných v předcházejícím bodě jsou pro Vás nepřijatelná.

**Graf 13 Opatření pro respondenty nepřijatelná**



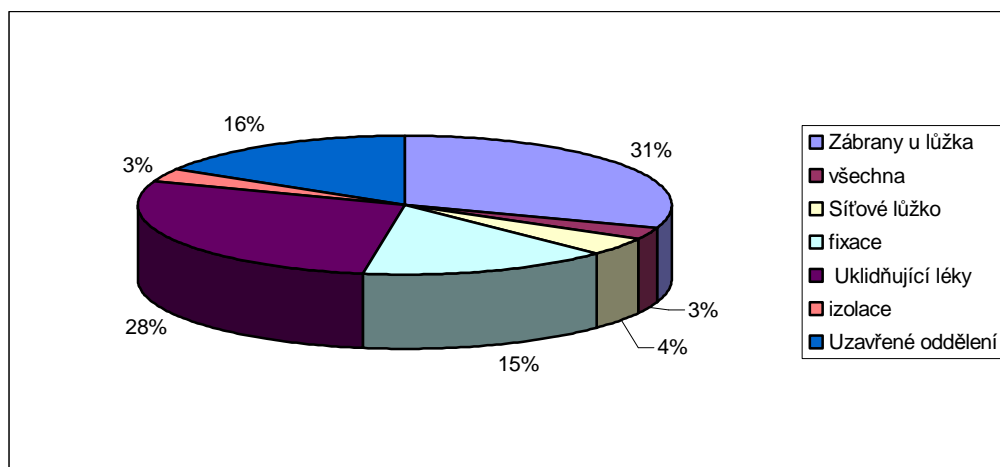
**Tab. 14 Opatření pro respondenty nepřijatelná**

omezení v lůžku, popruhy	52
všechna	6
fixace	18
izolace	49
síťové lůžko	42
uzavřené oddělení	13
uklidňující léky	2

Pro 29 % respondentů je nepřijatelné omezení v lůžku, 27 % izolace, 23 % respondentů připadá nepřijatelné síťové lůžko.

13. Která z uvedených opatření se Vám zdají přijatelná?

**Graf 14 Opatření pro respondenty přijatelná**



**Tab. 15 Opatření pro respondenty přijatelná**

zábrany u lůžka	67
všechna	6
síťové lůžko	9
fixace	34
uklidňující léky	62
izolace	7
uzavřené oddělení	36

3 % respondentů se zdá přijatelná izolace . Tato hodnota se mi zdála dost nízká vzhledem ke skutečnosti, že 62 % respondentů si myslí, že místnost zřízená k bezpečnému pobytu by vyřešila stavy, kdy klient ohrožuje sebe nebo okolí na zdraví či životě a 48 % respondentů se domnívá, že by byla řešením i pro poruchy chování.

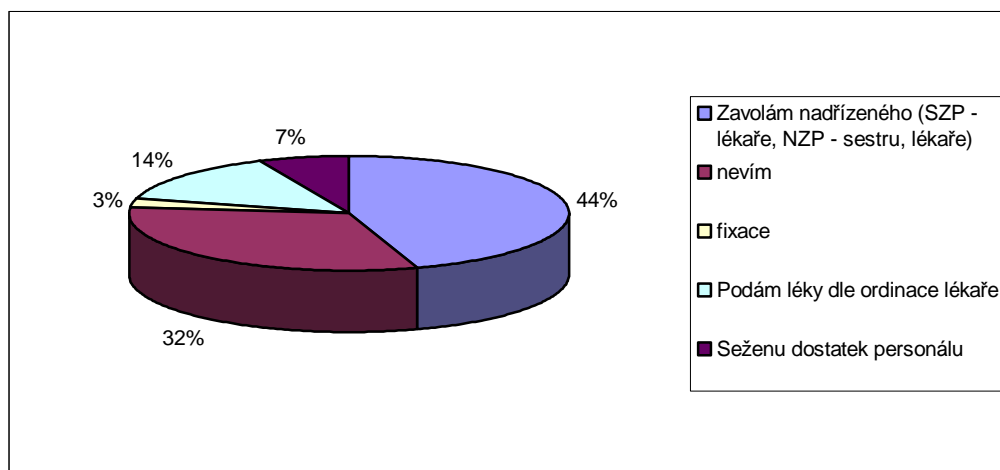
Místnost zřízená k bezpečnému pobytu je zmiňována také v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v § 89 odstavec 4.

14. Jak řešíte případy, kdy klient/pacient postižený Alzheimerovou demencí ohrožuje zdraví své, nebo ostatních klientů/pacientů (po vyčerpání všech možností – psychologický přístup, odvedení pozornosti, kontrola potřeb, dotyková terapie, canisterapie...)?

Napište prosím Vaše osobní zkušenosti.

První uvedená možnost

**Graf 15 První řešení v situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo okolí**

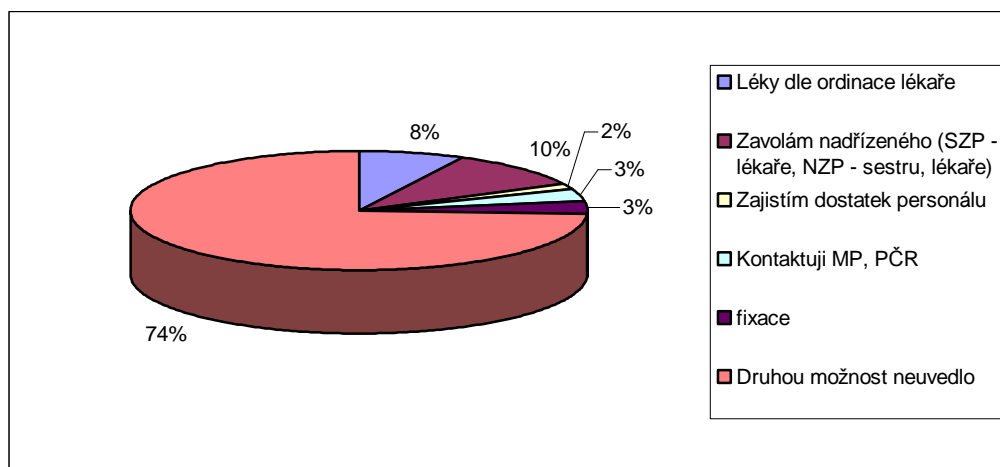


**Tab. 16 První řešení v situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo okolí**

zavolám nadřízeného (SZP - lékaře, NZP – sestru, lékaře)	54
nevím	38
fixace	3
podám léky dle ordinace lékaře	17
seženu dostatek personálu	8

## Druhá uvedená možnost

**Graf 16 Druhý způsob řešení v situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo okolí**



**Tab. 17 Druhý způsob řešení v situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo okolí**

léky dle ordinace lékaře	9
zavolám nadřízeného (SZP – lékaře, NZP – sestru, lékaře)	12
zajistím dostatek personálu	2
kontaktuji městskou policii, policii České republiky	4
fixace	4
druhou možnost neuvedlo	89

## Třetí uvedená možnost

**Tab. 18 Třetí způsob v situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo okolí**

kontaktuji městskou policii/Policii České republiky	3
---	---

Pokud dojde k situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo své okolí, volají nejčastěji respondenti svého nadřízeného. Sestry lékaře; nižší zdravotní personál sestru nebo lékaře (44 %).

Poměrně hodně respondentů se s takovou situací ještě nesetkalo. Nikoho nenapadlo umístění klienta v místnosti zřízené k bezpečnému pobytu.

Omezující prostředky (léky + fixace) by použilo 21 % respondentů. Fyzické omezující prostředky (fixace) by v těchto případech použila 3 % respondentů.

Jen málo respondentů se shání po dostatečném personálním zajištění. Na pomoc policie si respondenti vzpomněli až na druhém a třetím místě.

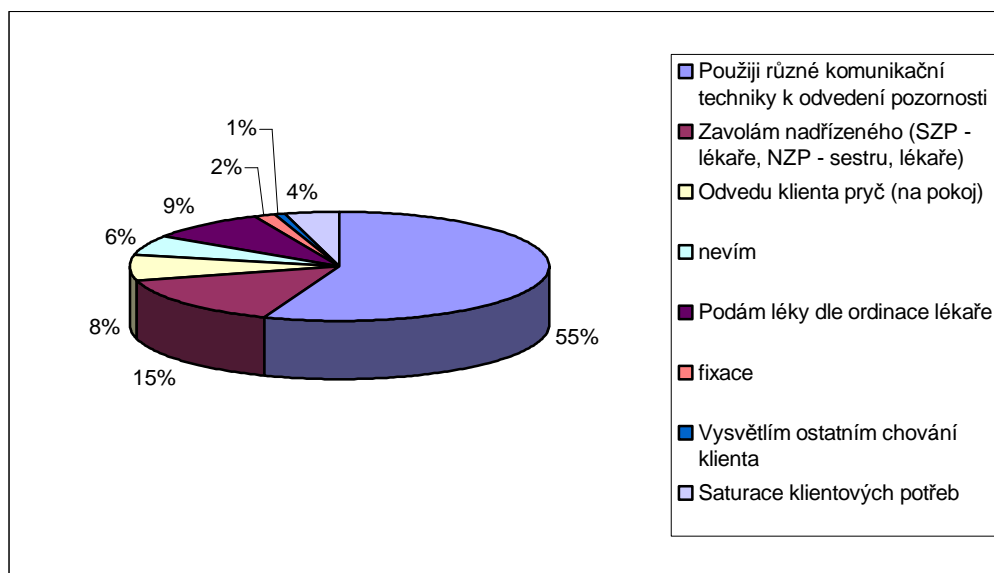
Většina respondentů chce tedy nejprve zvládnout situaci a na vlastní bezpečnost (dostatek personálu, policie) myslí až v druhé řadě.

15. Jak řešíte případy, kdy klient/pacient postižený demencí obtěžuje svým chováním svoje okolí?

Napište prosím Vaše osobní zkušenosti.

První uvedená možnost

**Graf 17 Závažné poruchy chování u klienta, první řešení**

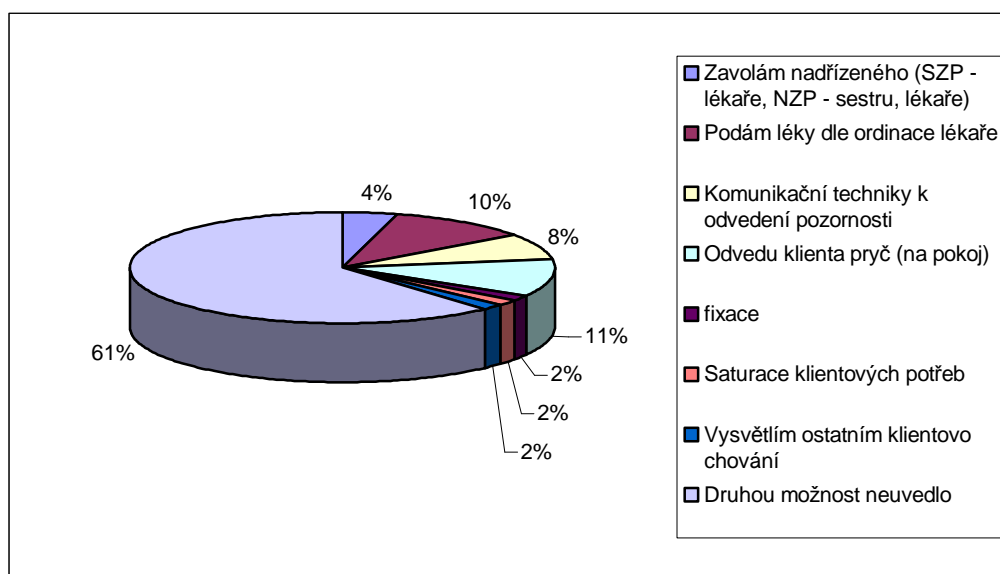


**Tab. 19 Závažné poruchy chování u klienta, první řešení**

použiji různé komunikační techniky k odvedení pozornosti	67
zavolám nadřízeného (SZP - lékaře, NZP – sestru, lékaře)	18
odvedu klienta pryč (na pokoj)	9
nevím	7
podám léky dle ordinace lékaře	11
fixace	2
vysvětlím ostatním chování klienta	1
saturace klientových potřeb	5

Druhá uvedená možnost

**Graf 18 Závažné poruchy chování u klienta, druhé řešení**



**Tab. 20 Závažné poruchy chování u klienta, druhé řešení**

zavolám nadřízeného (SZP - lékaře, NZP – sestru, lékaře)	5
podám léky dle ordinace lékaře	13
komunikační techniky k odvedení pozornosti	9
odvedu klienta pryč (na pokoj)	13
fixace	2
saturace klientových potřeb	2
vysvětlím ostatním klientovo chování	2
druhou možnost nevedlo	74

Třetí uvedená možnost

**Tab. 21 Závažné poruchy chování u klienta, třetí řešení**

dotyková terapie	1
fixace	1
třetí možnost nevedlo	118

Při poruchách chování, kdy klient obtěžuje své okolí, používá nadpoloviční většina respondentů komunikační techniky, kterými se snaží odvést pozornost klienta k něčemu jinému. Na saturaci klientových potřeb si vzpomnělo 5 % respondentů, 1 % se snaží situaci řešit edukací okolí.

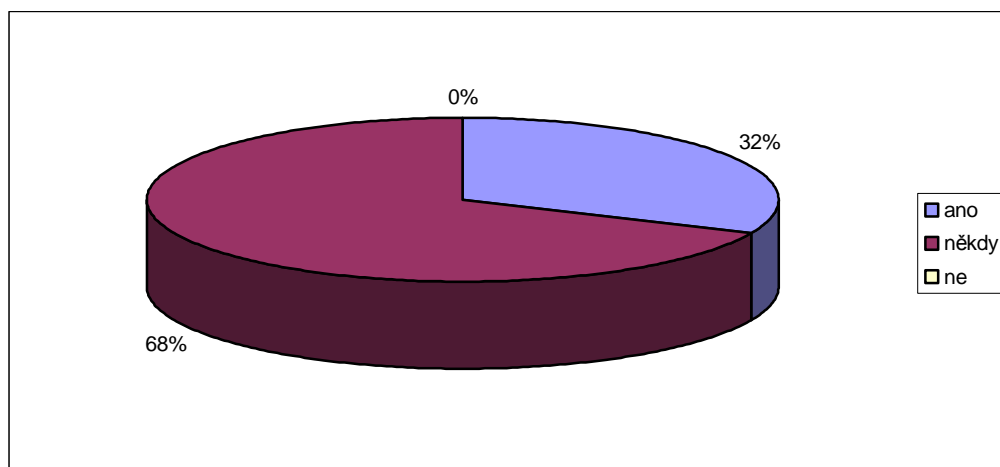
Omezující prostředky volí (léky, fixace) 11 % respondentů. Z toho jen malá část respondentů, 2 %, si vzpomněla na fyzické omezení, fixaci.

Jako druhou možnost řešení poruch chování volí 10 % respondentů omezující prostředek, podání tlumících léků podle ordinace lékaře, stejný počet odvádí klienta na pokoj, 8 % respondentů se snaží použít komunikační techniky k přenesení pozornosti klienta na něco jiného, 2 % použije fyzické omezení - fixaci, 2 % naplňuje klientovy potřeby, 2 % edukuje okolí (ostatní klienty).

61 % respondentů druhou možnost nevedlo.

16. Dokážete poznat potřeby klienta/pacienta postiženého demencí?

**Graf 19 Rozpoznání potřeb dementního klienta respondenty**



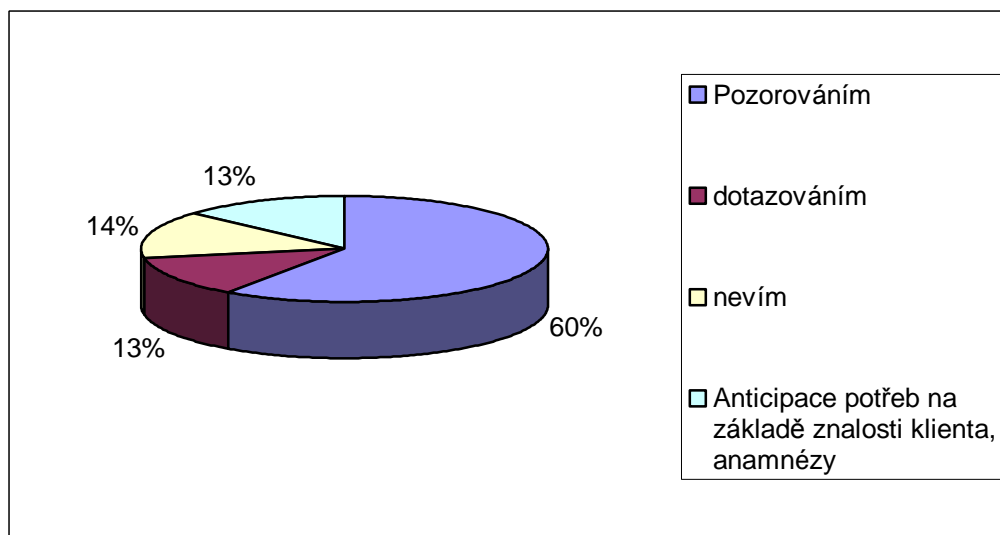
**Tab. 22 Rozpoznání potřeb klienta postiženého demencí respondenty**

ano	38
někdy	82
ne	0

32 % respondentů je přesvědčeno, že dokážou poznat potřeby postiženého demencí, 68% se domnívá, že potřeby dokáže identifikovat jen někdy. Nikdo si nemyslí, že potřeby nedokáže určit vůbec

17. Uveďte prosím, jak poznáte potřeby klienta/pacienta postiženého demencí. První uvedená možnost

**Graf 20 Způsob poznávání potřeb klienta postiženého demencí respondenty**

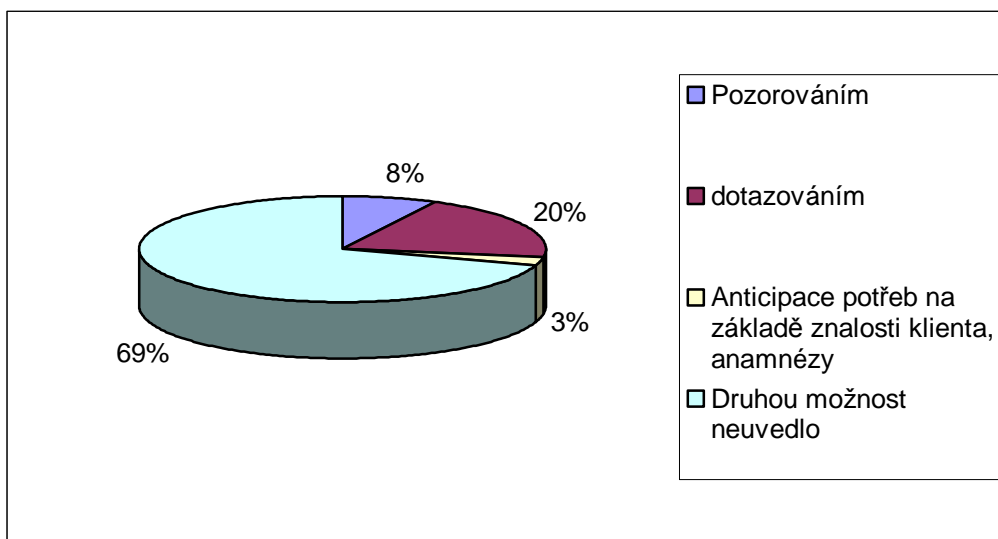


**Tab. 23 Způsob poznávání potřeb klienta respondenty**

pozorováním	71
dotazováním	15
nevím	17
anticipace potřeb na základě znalosti klienta, anamnézy	16

## Druhá uvedená možnost

**Graf 21 Způsob poznávání klienta postiženého demencí respondenty, druhý způsob řešení**



**Tab. 24 Způsob poznávání potřeb klienta postiženého demencí respondenty, druhý způsob řešení**

pozorováním	9
dotazováním	24
anticipace potřeb na základě znalosti klienta, anamnézy	3
druhou možnost nevedlo	84

60 % respondentů indikuje potřeby klienta pozorováním, 13 % dotazováním 14 % na dotaz neodpovědělo, 13 % předvídá potřeby na základě znalosti klienta a jeho anamnézy.

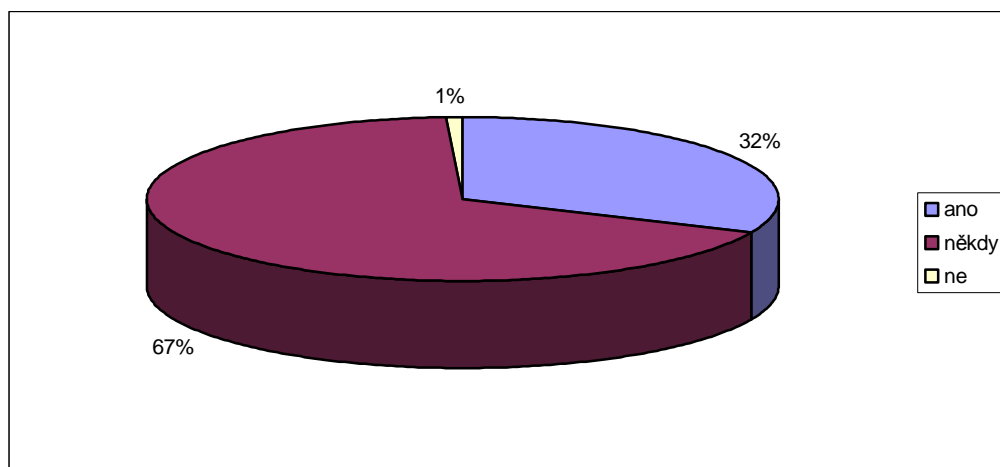
Jako druhou možnost uvedlo 20 % respondentů dotazování, 8 % pozorování a 3 % anticipaci potřeb na základě znalosti klienta a jeho anamnézy 69 % respondentů druhou možnost nevedlo.

Velice lidská mi připadala poznámka jedné sestřičky, která na okraj dotazníku připsala větu: „Oboustranně se snažíme, a když to nakonec vyjde, jsme šťastné obě.“



18. Daří se Vám odpoutat pozornost klienta/pacienta postiženého demencí?

**Graf 22 Úspěšnost při odvádění pozornosti u klienta postiženého demencí respondentem**



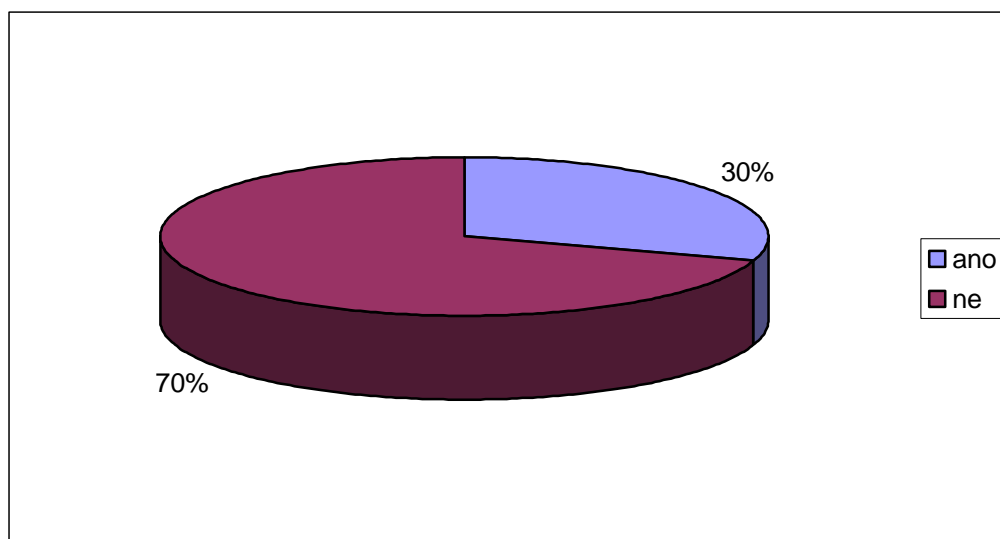
**Tab. 25 Úspěšnost při odvádění pozornosti u klienta postiženého demencí respondentem**

ano	38
někdy	81
ne	1

Odpoutat pozornost dementního klienta se daří 32 % respondentů, 67 % respondentů se to daří jen někdy a 1 % se nedaří pozornost odpoutat.

19. Využíváte ve své práci uklidňující prvky bazální stimulace? Napište prosím které.

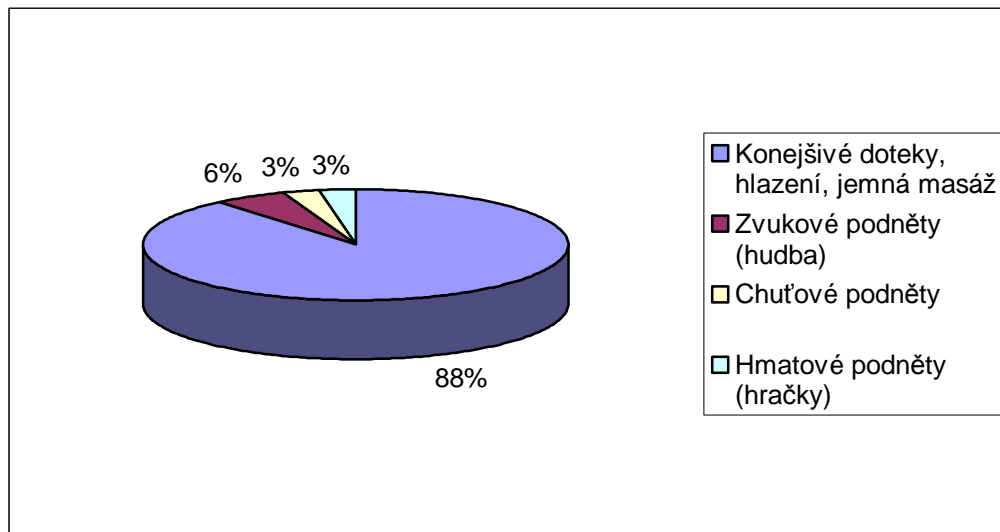
**Graf 23 Využívání prvků bazální stimulace v práci**



**Tab. 26 Využívání prvků bazální stimulace v práci**

ano	36
ne	84

**Graf 24 Druhy užívaných prvků bazální stimulace**



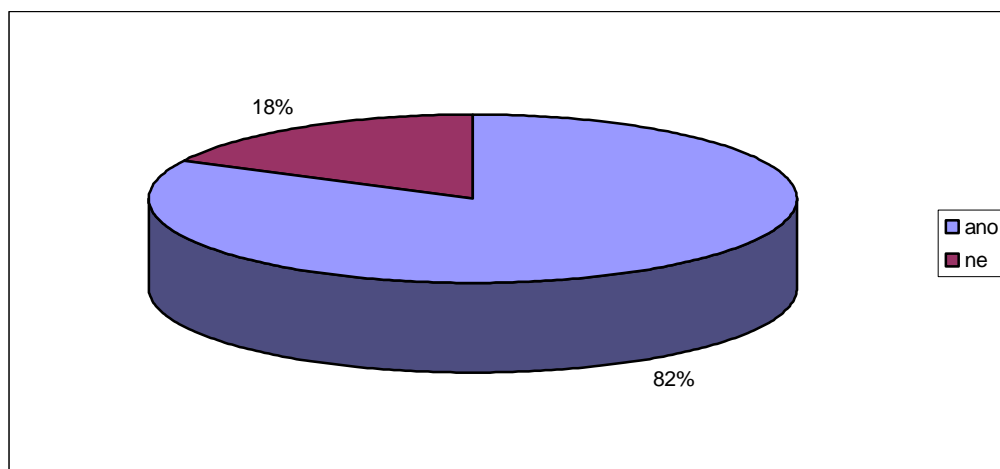
**Tab. 27 druhy užívaných prvků bazální stimulace**

konejšivé doteky, hlazení, jemná masáž	32
zvukové podněty (hudba)	2
chuťové podněty	1
hmatové podněty (hračky)	1

30 % respondentů užívá při své práci prvky bazální stimulace, nikdo ji neprovozuje na profesionální úrovni, spíše je využíváno konejšivé působení jemného doteku, masáže a hlazení. Malá část respondentů se zmínila i o zvukových hmatových a chuťových podnětech. 70 % respondentů prvky bazální stimulace nepoužívá.

20. Víte, v jaké situaci můžete použít omezující opatření?

**Graf 25 Znalost situace pro použití omezujícího opatření**



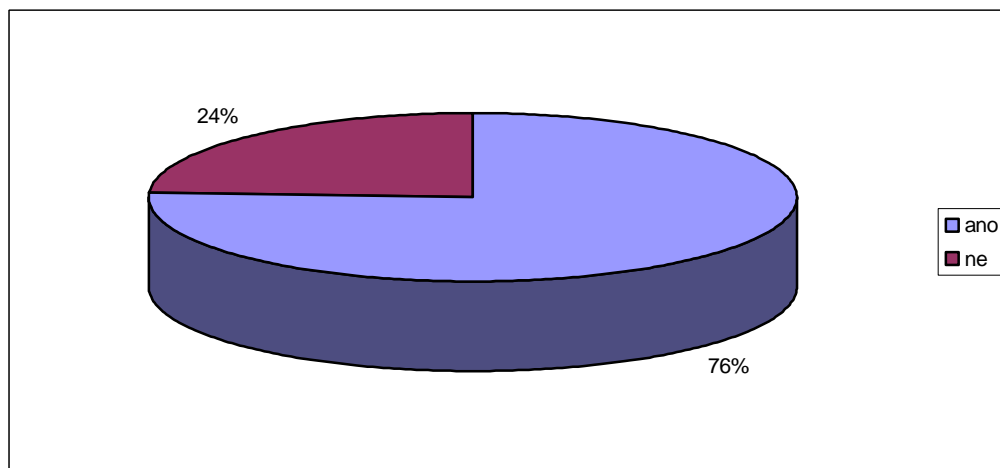
**Tab. 28 Znalost situace pro použití omezujícího opatření**

ano	99
ne	21

82 % respondentů ví, v jaké situaci může použít omezující opatření, 18 % to neví.

21. Víte, jaké podmínky musí být splněny pro použití omezujícího opatření?

**Graf 26 Znalost podmínek pro použití omezujícího opatření**



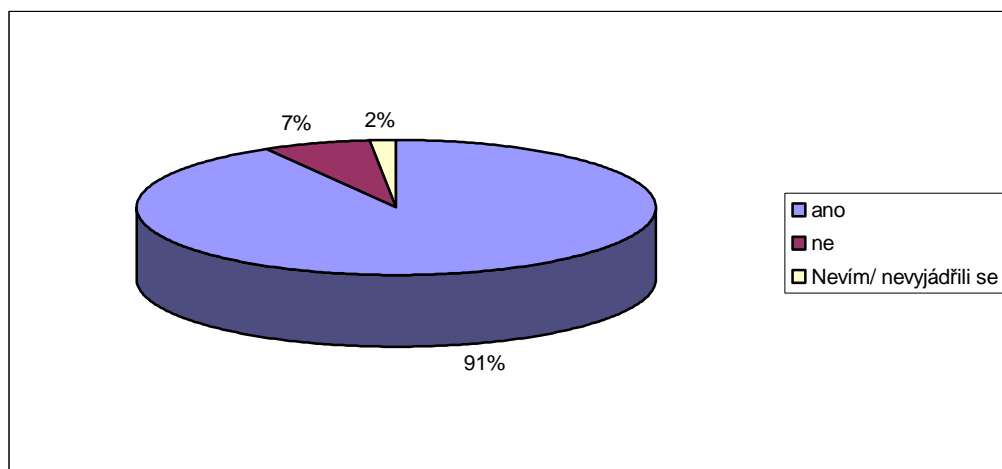
**Tab. 29 Znalost podmínek pro použití omezujícího opatření**

ano	91
ne	29

76 % respondentů ví, jaké podmínky musí být splněny při použití omezujícího opatření, 24 % to neví.

22. Pomohlo by Vám školení týkající se užití omezujících opatření při orientaci v této oblasti?

**Graf 27 Potřeba školení**



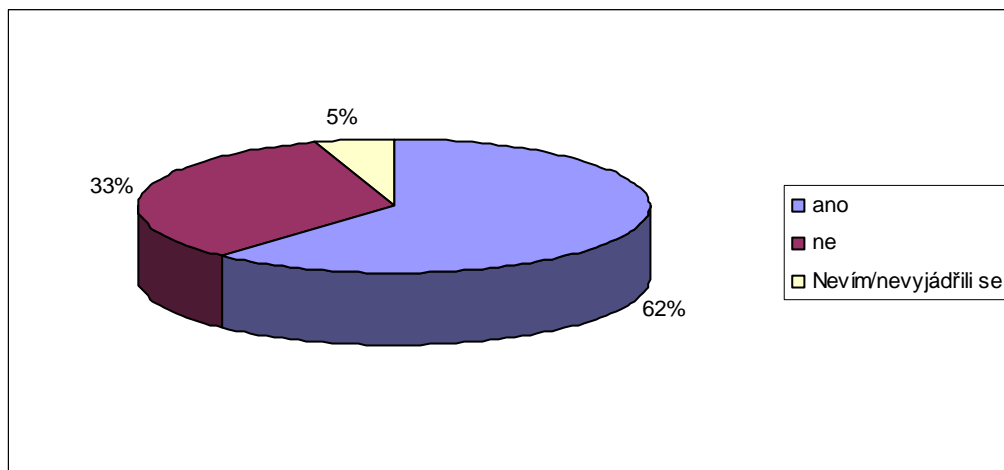
**Tab. 30 Potřeba školení**

ano	110
ne	8
nevím/ nevyjádřili se	2

Školení týkající se omezujících opatření by uvítali téměř všichni respondenti (91 %).  
Poznámka jedné SZP: „Školitel by měl na oddělení odsloužit denní i noční službu.“

23. Domníváte se, že izolace/místnost zařízená k bezpečnému pobytu na dobu nezbytně nutnou, by vyřešila situace, kdy klient postižený demencí ohrožuje svým chováním svůj život či zdraví nebo život či zdraví ostatních klientů/pacientů?

**Graf 28** Názor respondentů na využití zřízení k bezpečnému pobytu pro klienty ohrožující sebe nebo okolí



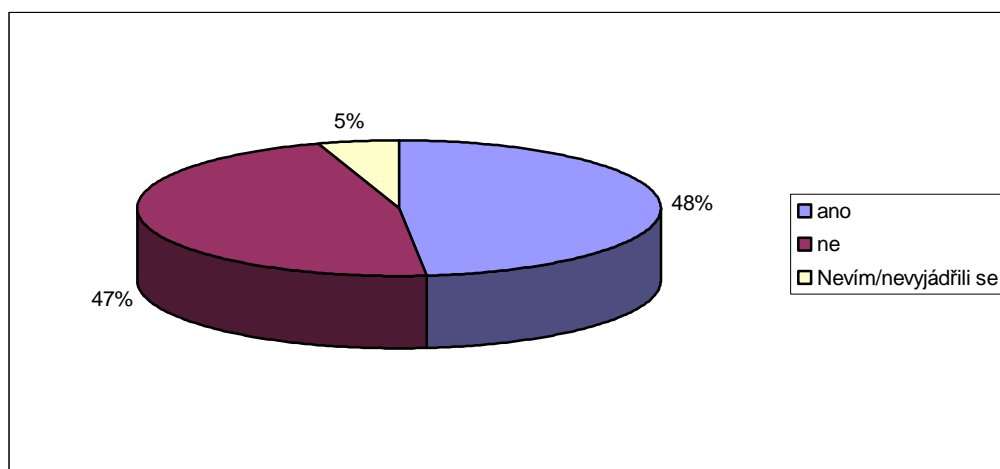
**Tab. 31** Názor respondentů na využití zřízení k bezpečnému pobytu pro klienty ohrožující sebe nebo okolí

ano	74
ne	40
nevím/nevyjádřili se	6

Místnost zřízenou k bezpečnému pobytu by uvítalo 62 % respondentů, 33 % respondentů si nemyslí, že by místnost zřízená bezpečnému pobytu nevyřešila situace, kdy klient postižený demencí ohrožuje sebe nebo okolí. 5 % nemělo názor nebo se nevyjádřilo.

24. Myslíte si, že tato místnost mohla být využita i v případech kdy klient/pacient obtěžuje okolí projevy svého chování?

**Graf 29** Využití místnosti zřízené k bezpečnému pobytu u klienta se závažnou poruchou chování



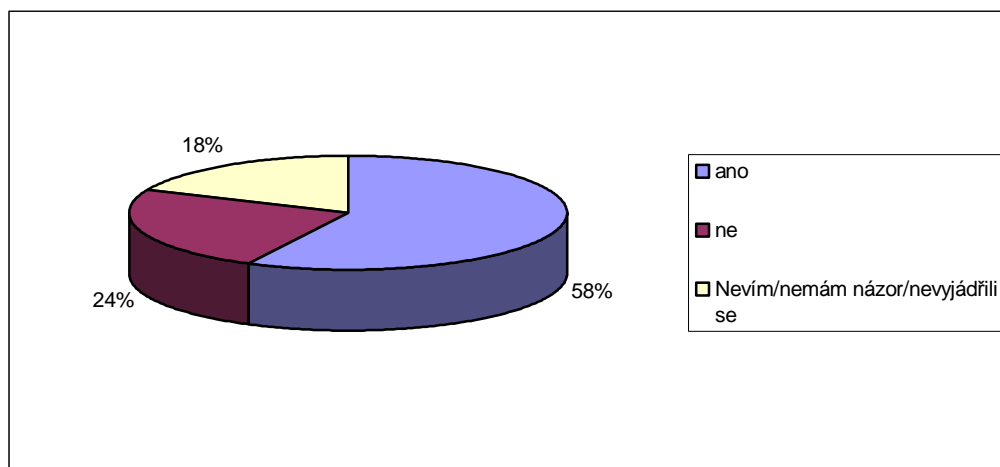
**Tab. 32** Využití místnosti zřízené k bezpečnému pobytu u klienta se závažnou poruchou chování

ano	58
ne	56
nevím/nevyjádřili se	6

48 % respondentů by použilo tuto místnost i pro okolí obtěžující poruchy chování, 47 % si to nemyslí, 5% nemá názor nebo se nevyjádřili.

25. Myslíte si, že standard pro použití omezujícího prostředku poskytuje vodítko pro řešení stavů, kdy klient/pacient ohrožuje svým jednáním zdraví či život svůj nebo zdraví či život ostatních klientů/pacientů?

**Graf 30** Jak respondenti vnímají potřebu standardu pro použití omezujícího prostředku

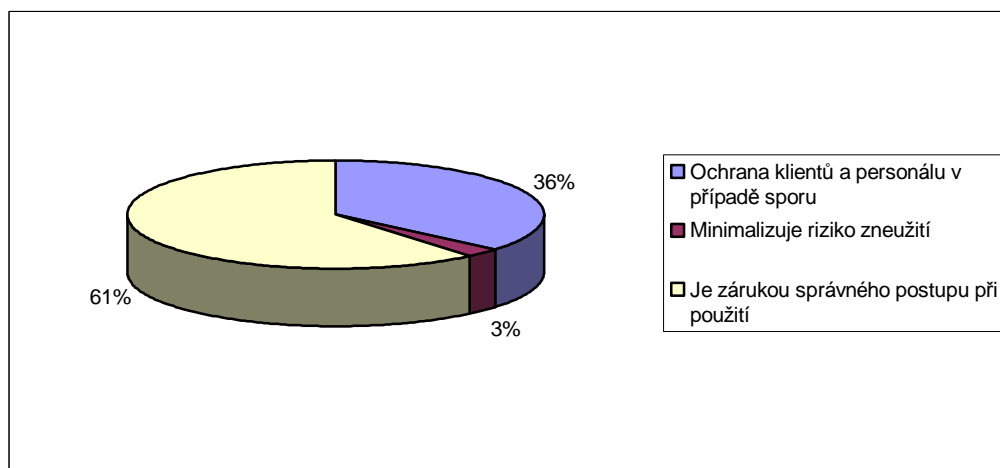


**Tab. 33** Jak respondenti vnímají potřebu standardu pro použití omezujícího prostředku

ano	69
ne	29
nevím/nemám názor/nevyjádřili se	22

Proč ano

**Graf 31** Důvody pro kladné přijetí standardu pro použití omezujícího opatření

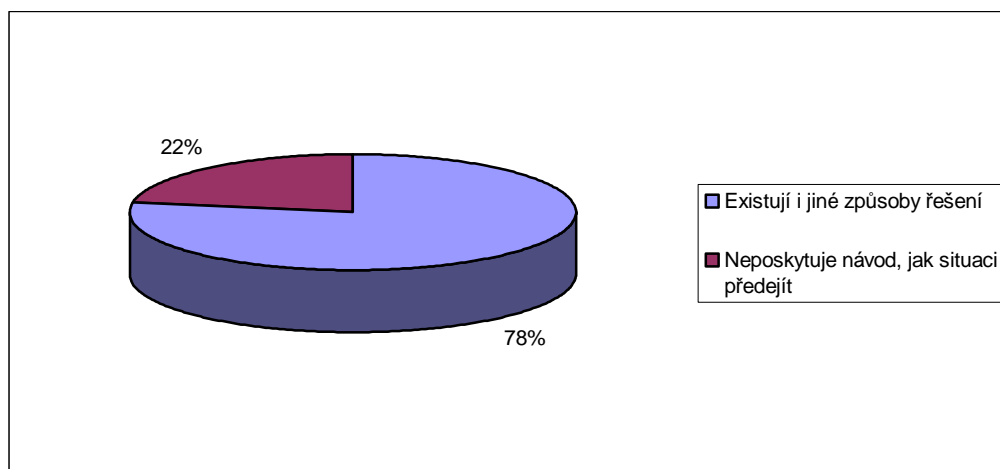


**Tab. 34** Důvody pro kladné přijetí standardu pro použití omezujícího opatření

ochrana klientů a personálu v případě sporu	13
minimalizuje riziko zneužití	1
je zárukou správného postupu při použití	22

Proč ne

**Graf 32 Důvody pro odmítavý přístup ke standardu pro použití omezujícího opatření**



**Tab. 35 Důvody pro odmítavý přístup ke standardu pro použití omezujícího opatření**

existují i jiné způsoby řešení	14
neposkytuje návod, jak situaci předejít	4

**Tab. 36 Respondenti, kteří nevedli žádný důvod**

svoji odpověď nespécifíkovali	66
-------------------------------	----

Standard pro použití omezujícího prostředku by přivítalo 58 % respondentů, 24 % ne, 18 % se nevyjádřilo.

Důvody pro kladné přijetí: záruka správného postupu (22 respondentů), ochrana klientů i personálu v případě sporu (13 respondentů), minimalizace rizika zneužití (1 respondent).

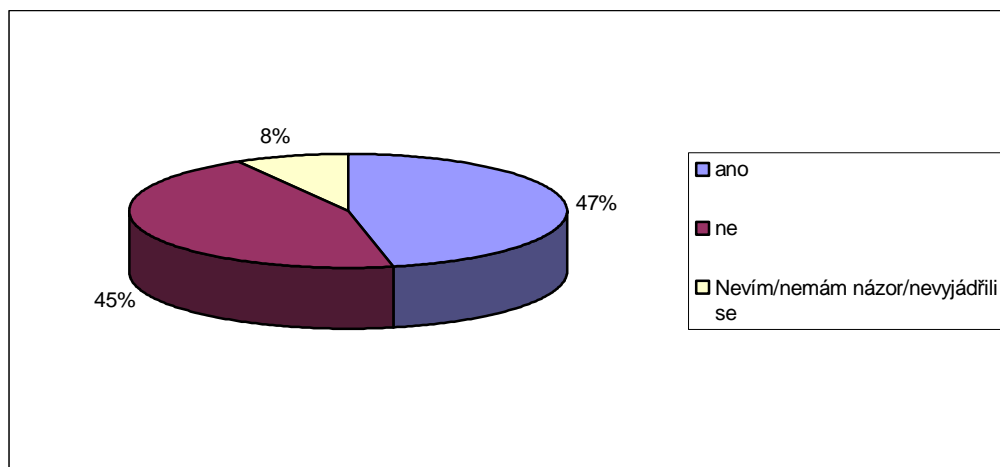
Důvody pro odmítavý přístup: existují i jiné způsoby řešení (14 respondentů), neposkytuje návod, jak situaci předejít (4 respondenti).

Svoji odpověď nespécifíkovalo 55 % respondentů.



26. Domníváte se, že by problém užití omezujícího opatření pomohla řešit plná moc vystavená osobě, které klient/pacient důvěřuje v době, kdy je schopen kontrolovat své jednání?

**Graf 33** Názor respondentů na plnou moc blízké osobě v souvislost s použitím omezujícího prostředku



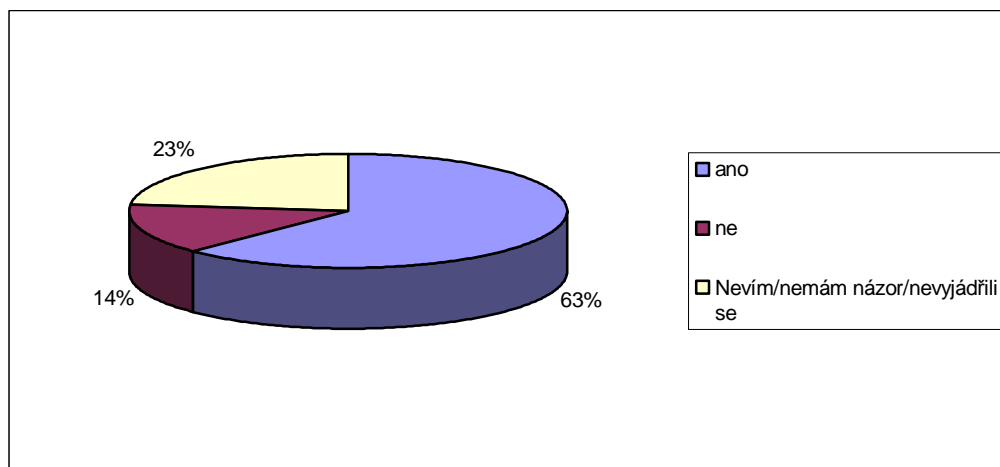
**Tab. 37** Názor respondentů na plnou moc blízké osobě v souvislost s použitím omezujícího prostředku

ano	56
ne	54
nevím/nemám názor/nevyjádřili se	10

Plnou moc vystavenou blízké osobě by přivítalo 47 % respondentů, 45 % si myslí, že plná moc by nic nevyřešila a 8 % se nevyjádřilo.

27. Myslíte si, že použití omezujícího opatření v indikovaných případech je v souladu s Listinou základních práv a svobod, zdravotnickou etikou a právy duševně nemocného?

**Graf 34** Názor respondentů na soulad omezujícího opatření s právy pacienta a etikou zdravotníka

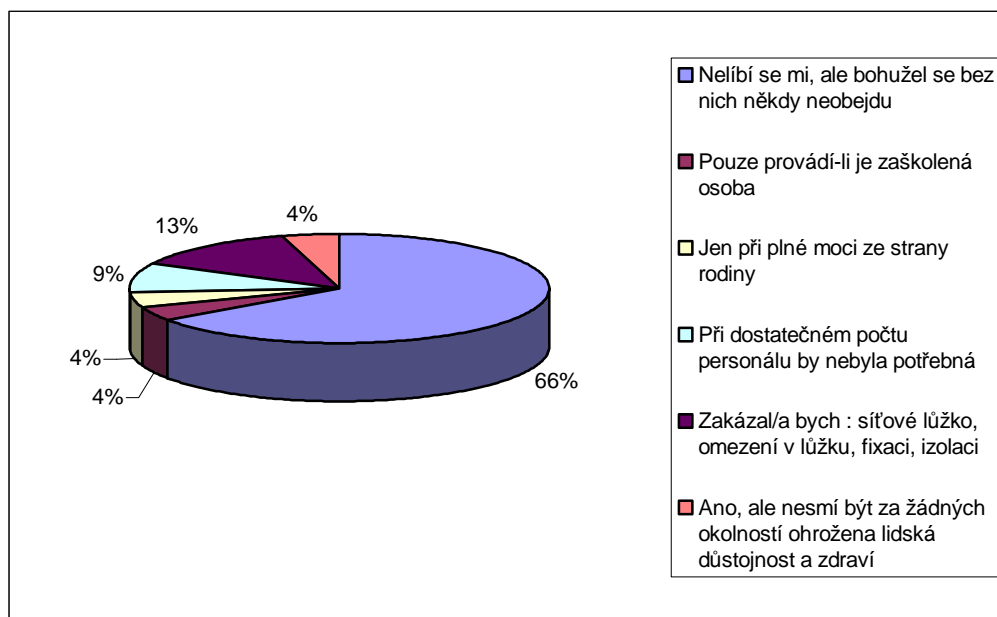


**Tab. 38** Názor respondentů na soulad omezujícího opatření s právy pacienta a etikou zdravotníka

ano	75
ne	17
nevím/nemám názor/nevyjádřili se	28

## Uváděné výhrady

**Graf 35 Výhrady týkající se souladu omezujícího opatření s právy klienta a etikou zdravotníka**



**Tab. 39 Výhrady týkající se souladu omezujícího opatření s právy klienta a etikou zdravotníka**

nelíbí se mi, ale bohužel se bez nich někdy neobejdu	15
pouze provádí-li je zaškolená osoba	1
jen při plné moci ze strany rodiny	1
při dostatečném počtu personálu by nebyla potřebná	2
zakázal/a bych : síťové lůžko, omezení v lůžku, fixaci, izolaci	3
ano, ale nesmí být za žádných okolností ohrožena lidská důstojnost a zdraví	1

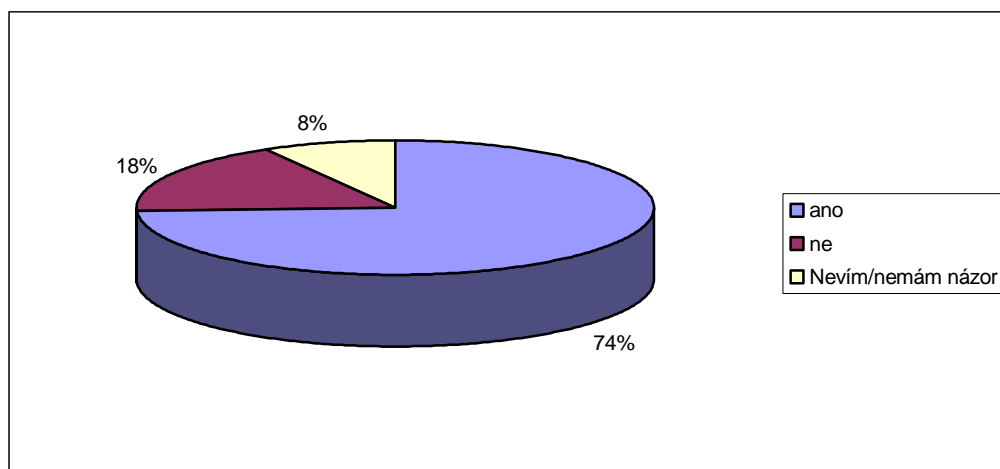
**Tab. 40 Respondenti, kteří svou odpověď nespécifikovali**

svou odpověď blíže nespécifikovali	97
------------------------------------	----

63 % respondentů si myslí, že použití omezujícího prostředku v indikovaných případech je v souladu s právními i etickými hledisky, 14 % je přesvědčeno o opaku, 23 % respondentů se nevyjádřilo.

28. Domníváte se, že omezující opatření patří do moderního ošetrovatelství a pečovatelství?

**Graf 36** Názor respondentů na použití omezujících opatření v moderním ošetrovatelství a pečovatelství



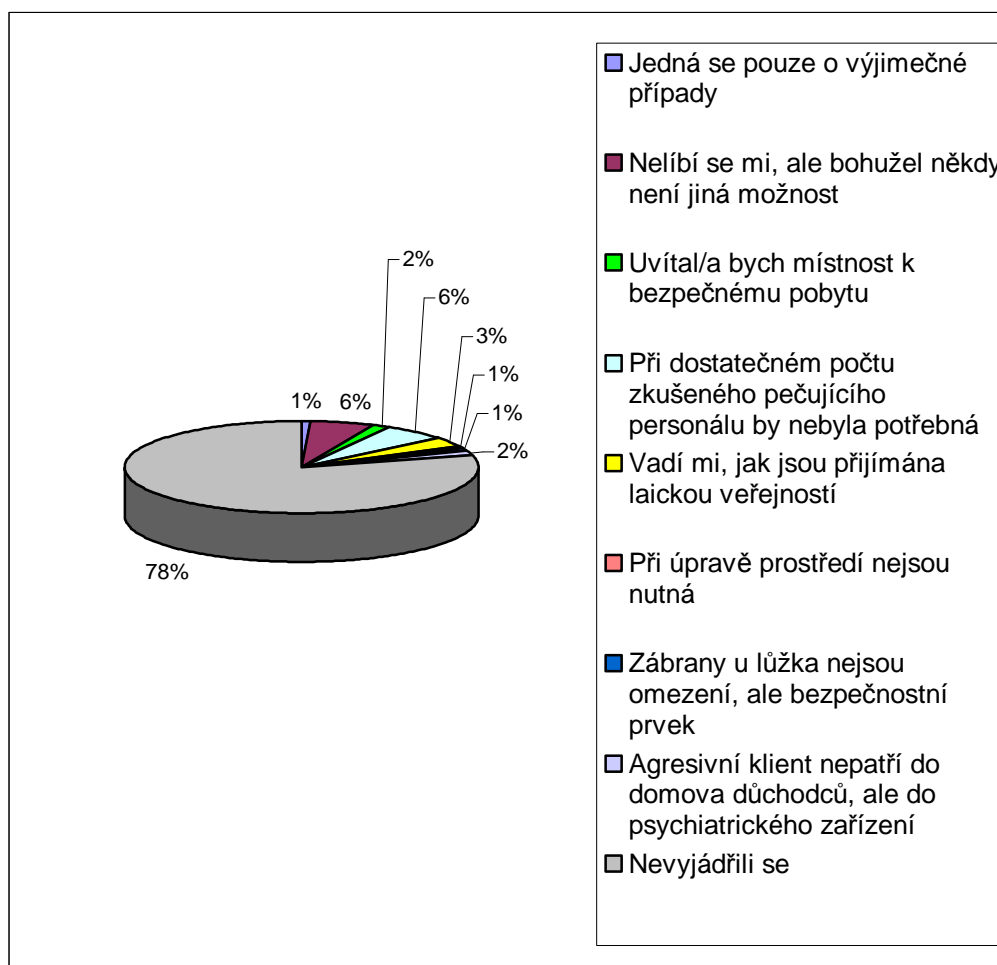
**Tab. 41** Názor respondentů na použití omezujících opatření v moderním ošetrovatelství a pečovatelství

ano	89
ne	21
nevím/nemám názor	10

74 % respondentů se domnívá, že omezující prostředky patří do moderního pečovatelství a ošetrovatelství, 18 % si myslí, že ne a 8 % se nevyjádřilo.

29. Zde můžete uvést své připomínky, názory, náměty a myšlenky k tématu používání omezujících opatření u klientů s diagnózou Alzheimerova demence.

**Graf 37** Názory, připomínky a náměty respondentů



**Tab. 42** Názory, připomínky a náměty respondentů

jedná se pouze o výjimečné případy	1
nelíbí se mi, ale bohužel někdy není jiná možnost	7
uvítal/a bych místnost k bezpečnému pobytu	2
při dostatečném počtu zkušeného pečujícího personálu by nebyla potřebná	7
vadí mi, jak jsou přijímána laickou veřejností	4
při úpravě prostředí nejsou nutná	1
zábrany u lůžka nejsou omezení, ale bezpečnostní prvek	1
agresivní klient nepatří do ústavu sociální péče, ale do psychiatrického zařízení	2
nevyjádřili se	95

78 % respondentů se nevyjádřilo

Nelíbí se mi, ale bohužel někdy není jiná možnost (6 %).

Při dostatečném počtu zkušeného personálu by nebyla potřebná (6 %).

Vadí mi, jak jsou přijímána laickou veřejností (3 %). Veřejnost je zkresleně informována médii.

Agresivní klient nepatří do ústavu sociální péče ale do psychiatrického zařízení (2 %). Tento názor je sice pravdivý, ale skutečnost je leckdy jiná. Psychiatrická zařízení bývají předimenzována a na umístění v nich se leckdy dlouho čeká.

Uvítal/a bych místnost zřízenou k bezpečnému pobytu (2 %). Místnost zřízená k bezpečnému pobytu je zmiňována také v Zákoně o sociálních službách v § 89 odstavec 4.

Při úpravě prostředí nejsou omezující opatření nutná (1%.) Architektonické úpravy prostředí stojí nemalé peníze, které nejsou vždy k dispozici.

Jedná se pouze o výjimečné případy (1 %). To je sice pravda, nicméně pokud se vyskytnou, je potřeba si s nimi poradit.

Zábrany u lůžka nejsou omezení, ale bezpečnostní prvek (1 %). S tímto názorem by se dalo polemizovat, neboť všechna omezující opatření jsou používána jako bezpečnostní opatření pro klienta nebo jeho okolí.

## 2.4 Diskuse

1.

Nejvíce respondentů vnímá jako omezující izolaci, omezení v lůžku, síťové lůžko a fixaci (Graf 12/Tab. 13).

Pouze jediná respondentka se zmínila o psychickém omezování, které je zmíněno také v doporučeních Evropské alzheimerovské společnosti.

Jako omezující jsou zde uváděny také zábrany u lůžka. Zábrany nejsou obsaženy v psychiatrickém pojetí omezujících prostředků (Restriktivní metody v psychiatrii, Bc. Tomáš Petr a MUDr. Tibor Mikláš). Jako omezující jsou vnímány pouze v oblasti sociální péče.

2.

23 % respondentů připadá nepříjemné síťové lůžko, 9 % respondentů jej zvolilo jako přijatelný prostředek (Graf 13/Tab. 14). Jedná se tedy o prostředek, který je přijímán spíše záporně.

V práci Restriktivní metody v psychiatrii. Standardizace ošetrovatelské péče-zpracované standardy ošetrovatelské péče, jejímiž autory jsou Bc. Tomáš Petr a MUDr. Tibor Mikláš, se síťové lůžko doporučuje pro zvládnutí stavů zmatenosti spojených s rizikem úrazu u geriatrických pacientů. Sociální ústavy se od používání síťového a klecového lůžka pro distancují ([www.zdn.cz](http://www.zdn.cz) . Článek ČTK z 22.11. 2006., „Do konce ledna zmizí z ústavů Pardubického kraje klecová lůžka“)

Laická veřejnost ovlivněná médii se k síťovému lůžku také staví záporně. Zvláště když se do věci vložila britská spisovatelka Joanne Kate Rowlingová, která zaslala v roce 2004 kritizující dopis prezidentovi Václavu Klauausovi a tehdejšímu premiérovi Vladimíru Špidlovi ([www.novinky.cz/domaci/klaus-odpovedel-rowlingove/](http://www.novinky.cz/domaci/klaus-odpovedel-rowlingove/) a článek: „Klaus debatoval s odborníky o problému síťových lůžek“) Negativní dojem zesílila ještě v dubnu 2006 smrt klientky v síťovém lůžku v Psychiatrické léčebně Bohnice (soubor článků k problematice síťových lůžek na [www.cchr.cz](http://www.cchr.cz)).

Pokud není na oddělení k dispozici místnost zřízená k bezpečnému pobytu, prostor ke kontrolovanému bloudění a nebo dostatečné personální zajištění, mohlo by být síťové lůžko asi nejšetrnějším řešením stavů, nespavosti spojených s blouděním během noci. Klienti nejsou zbytečně zatěžováni hypnotiky a neuroleptiky, takže jsou během dne v lepší kondici. Ostatní klienti pak mohou nerušeně spát. To vše za předpokladu, že jsou dodržena pravidla standardu pro pobyt v síťovém lůžku. A důrazňuji, že se jedná o výjimečné a ojedinělé případy .

3.

Pro 27 % respondentů je nepříjemná izolace (Graf 13/Tab. 14), 3 % respondentů se zdá izolace přijatelná (Graf 14/Tab. 15). Tudíž se izolace jeví spíše jako nepříjemná. Ale 62 % respondentů si myslí, že místnost zřízená k bezpečnému pobytu by vyřešila stavy, kdy klient ohrožuje sebe nebo okolí na zdraví či životě (Graf 28/Tab. 31) a 48 % respondentů se domnívá, že by byla řešením i pro poruchy chování (Graf 29/Tab. 32).

Místnost zřízená k bezpečnému pobytu je zmiňována také v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v § 89 odstavec 4. Tento zákon však neukládá poskytovateli sociální služby její zřízení.

Pokud dojde k situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo své okolí, volá 44 % respondentů svého nadřízeného: sestry lékaře; nižší zdravotní personál sestru nebo lékaře (Graf 15, Graf 16/Tab. 16, Tab. 17, Tab. 18). Tato možnost je problematická pro sestru v zařízení sociální péče. Sanitář, pečovatel nebo ošetrovatel

ji volají k problémové situaci, kterou musí řešit ona sama, protože nemá bezprostředně k dispozici nadřazenou profesní kategorii. Lékař navštěvující zařízení jen na pár hodin denně, někdy dokonce i pouze 2 hodiny týdně, nebývá většinou ihned v dosahu. Pokud se krizová situace vyskytne v odpoledních nebo nočních hodinách, nelze volat záchrannou službu ke stavům, které přímo neohrožují život. Lékařská služba první pomoci zase mnohdy nebývá v noci v blízkém dosahu. Sestra musí situaci řešit samostatně a lékaře informuje dodatečně.

4.

Při závažných poruchách chování upřednostňují respondenti před omezujícími prostředky komunikační techniky, kterými se snaží odvést pozornost klienta k něčemu jinému (Graf 17, Graf 18/Tab. 19, Tab. 20, Tab. 21).

Při těchto poruchách chování, kdy klient obtěžuje své okolí, používá omezující prostředky (léky, fixace) 11 % respondentů. Z toho jen malá část respondentů, 2 %, si vzpomněla na fyzické omezení, fixaci.

Jako druhou možnost řešení poruch chování volí 10 % respondentů omezující prostředek - podání tlumících léků podle ordinace lékaře, 2 % použije fyzické omezení – fixaci (Graf 18/Tab. 20).

Fixace je v práci Restriktivní metody v psychiatrii vykládána jako nejmírnější fyzicky omezující prostředek. Lze ho použít k prevenci úrazů. Rozhoduje o něm jako o jediném omezujícím prostředku sestra. Lékař posuzuje jeho vhodnost.

5.

Prevencí vyhrocených situací je včasné rozpoznání potřeb klienta. Většina respondentů si s tímto problémem dokáže poradit. Nejčastější metodou určování potřeb bylo pozorování (Graf 19, Graf 20, Graf 21, Graf 22 /Tab. 22, Tab. 23, Tab. 24, Tab. 25)

Pokud nejsou včas a v dostatečné míře uspokojeny základní potřeby člověka, může klient reagovat změněným způsobem chování, na základě regrese se vrací po vývojové křivce zpět a jeho chování se může zdát dětinské a pro okolí nepochopitelné (E. Trachtová a kol. : Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu).

6.

Převážná většina respondentů ví, v jaké situaci lze omezení použít i za jakých podmínek. Nejvíce respondentů, 92 %, by uvítalo školení týkající se omezujících opatření (Graf 25, Graf 26, ření při orientaci v této oblasti?

**Graf 27/ Tab. 28, Tab. 29, Tab. 30)**

V práci Restriktivní metody v psychiatrii se uvádí, že personál oddělení, kde jsou používány omezující prostředky, musí být minimálně 1x za rok proškolen v péči o nemocného v omezení. V této souvislosti si vzpomínám na případ jedné sanitářky, která si vyřešila případ bloudící neklidné klientky tak, že jí přivázala za ruce k lůžku. Udělala to až nad ránem, kdy potřebovala pracovat na oddělení a nemohla tak mít klientku pod stálým dozorem. Měla strach, že klientka mající problémy s rovnováhou se v tomto stavu bez dozoru zraní. Po ukončení práce na oddělení klientku ihned odvázala. Celé omezení trvalo asi 90 minut (velké oddělení, 38 klientů). Během této doby se klientka šubáním rukou pokoušela vyprostit ze svého omezení, takže se jí na zápěstích utvořily strangulační rýhy. Pokud by tato sanitářka byla proškolená o omezujících prostředcích a jejich rizicích, nemuselo by k takové situaci dojít. Rovněž místnost zřízená k bezpečnému pobytu by v tomto případě byla přínosem.

7.

Standard pro použití omezujícího prostředku by přivítalo 58 % respondentů, 24 % ne, 18 % se nevyjádřilo (Graf 30, Graf 31, Graf 32/Tab. 33, Tab. 34, Tab. 35, Tab.



36). Překvapilo mě dost vysoké procento respondentů, které se domnívá, že standard není potřebný.

Každé psychiatrické zařízení má mít přesně popsané způsoby zvládnání neklidných nemocných (Restriktivní metody v psychiatrii, standardizace ošetrovatelské péče, Bc. Tomáš Petr a MUDr. Tibor Miklós).

Ústavy sociální péče mají zase řešení těchto situací zahrnuté ve svých standardech kvality sociální péče.

Důvody pro kladné přijetí: záruka správného postupu 22 respondentů, ochrana klientů i personálu v případě sporu 13 respondentů, minimalizace rizika zneužití 1 respondent.

Důvody pro odmítavý přístup: existují i jiné způsoby řešení: 14 respondentů, neposkytuje návod, jak situaci předejít: 4 respondenti.

Svoji odpověď nespécifikovalo 55 % respondentů.

I když hodně respondentů svoji odpověď nespécifikovalo, přesto se zde objevily zásadní a pravdivé názory, jak na straně souhlasících respondentů, tak na straně s odmítavým přístupem. Souhlasící strana chápe standard jako záruku správného postupu a ochranu klientů i personálu v případě sporu. Nesouhlasící skupina respondentů uvádí, že standard pro použití omezujícího prostředku neřeší stavy agrese, výrazného neklidu a obtěžujícího chování klientů s demencí. Pro tyto případy by měl existovat rovněž standard. Omezující opatření by měla být použita až po vyčerpání všech dostupných možností uváděných ve standardu pro zvládnání stavů neklidu, agrese a výrazných poruch chování.

8.

Na plnou moc vystavenou osobě blízké v souvislosti s použitím omezujícího opatření měla nepatrná většina respondentů (47 %) pozitivní názor, 45 % se domnívá, že plná moc nic nevyřeší. (Graf 33/Tab. 37)

Na stránkách [www.alzheimerforum.cz/pravo/](http://www.alzheimerforum.cz/pravo/) je toto řešení nemocným i jejich rodině doporučováno. Ke stažení je zde i formulář plné moci.

9.

63 % respondentů si myslí, že použití omezujícího prostředku v indikovaných případech je v souladu s právními i etickými hledisky, 14 % je přesvědčeno o opaku, 23 % respondentů se nevyjádřilo (Graf 34/Tab. 38).

V tomto směru se jasně vyjadřují zákony: Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně (zákon 96/2001), Zákon o péči o zdraví lidu (20/1966, resp. § 23 a 24 zákona ČNR 86/1992), Občanský soudní řád (OSŘ 240/1993 § 191 a-g), Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních české republiky (Věstník Ministerstva zdravotnictví číslo 1/2005), Zákon o sociálních službách a vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách a Standardy kvality sociálních služeb k ní přiložené.

10.

74 % respondentů se domnívá, že omezující prostředky patří do moderního pečovatelského a ošetrovatelského, 18 % si myslí, že ne a 8 % se nevyjádřilo (Graf 36/Tab. 41).

Zákony v tomto případě hovoří opět jasně.

11.

78 % respondentů se nevyjádřilo (Graf 37/Tab. 42).

Nelíbí se mi, ale bohužel někdy není jiná možnost 6 %.

Při dostatečném počtu zkušeného personálu by nebyla potřebná 6%.

Vadí mi, jak jsou přijímána laickou veřejností (3 %). Veřejnost je zkráceně informována médii. Tato problematika je prodiskutována v bodě 2. v této kapitole.

Agresivní klient nepatří do ústavu sociální péče, ale do psychiatrického zařízení (2 %). Tento názor je sice pravdivý, ale skutečnost je leckdy jiná. Psychiatrická zařízení bývají předimenzována a na umístění v nich se leckdy dlouho čeká. Navíc podle Vyhlášky 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, nelze vyloučit klienta z poskytování sociální služby z důvodu narušení kolektivního soužití na základě duševní poruchy, pokud jsou tyto služby poskytovány v domově se zvláštním režimem. Klienti s Alzheimerovou chorobou jsou právě kvůli své nemoci do domovů se zvláštním režimem přijímáni.

Uvítal/a bych místnost zřízenou k bezpečnému pobytu (2 %). Místnost zřízená k bezpečnému pobytu je zmiňována také v Zákoně o sociálních službách 108/2006 v § 89 odstavec 4.

Při úpravě prostředí nejsou omezující opatření nutná (1%). Architektonické úpravy prostředí stojí nemalé peníze, které nejsou vždy k dispozici. Výhodu mají moderní ústavy, při jejichž zřizování se s touto problematikou počítalo.

Jedná se pouze o výjimečné případy (1 %). To je sice pravda, nicméně pokud se vyskytnou, je potřeba si s nimi poradit.

Zábrany u lůžka nejsou omezení ale bezpečnostní prvek (1 %). S tímto názorem by se dalo polemizovat, neboť všechna omezující opatření jsou používána jako bezpečnostní opatření pro klienta nebo jeho okolí

## Závěr

1. Na základě dotazníku jsem zjistila, že zdravotnický, ošetrovatelský a pečovatelský personál zdravotnických a sociálních zařízení by se ve většině případů pro používání rozhodl až po konzultaci s nadřízenou osobou (Graf 15, Graf 16, Graf 17, Graf 18/Tab. 16, Tab. 17, Tab. 18, Tab. 19, Tab. 20, Tab. 21).
2. Většině respondentů se zdá nepřijatelné omezení v lůžku, síťové lůžko a izolace (Graf 13/Tab. 14).
3. Nejlépe jsou z omezujících prostředků přijímány zábrany u lůžka, uklidňující léky, uzavřené oddělení a fixace (Graf 14/Tab. 15).
4. Místnost zřízenou k bezpečnému pobytu by přivítala nadpoloviční většina pro situace, kdy klient ohrožuje sebe a okolí, a téměř polovina by ji použila i při závažných poruchách chování (Graf 28, Graf 29/Tab. 31, Tab. 32).
5. Nadpoloviční většina respondentů se domnívá, že omezující prostředky jsou v souladu s právními i etickými hledisky (Graf 34, Graf 35/Tab. 38, Tab. 39, Tab. 40).
6. Většina respondentů si myslí, že omezující prostředky náleží do moderního pečovatelsství a ošetrovatelství (Graf 36/Tab. 41).
7. Ústavy sociální péče se zvláštním režimem by měly anticipovat problematiku bloudění, neklidu a poruch chování a měly by ji ošetřit ve svých standardech. Měly by být k dispozici bezpečné pomůcky k omezení (popruhy na suchý zip, vesty, speciální břišní pásy, speciální nábytek), aby personál postavený před problémem nemusel improvizovat. Samozřejmostí by měla být úprava prostředí (zámky, bloudivé chodníčky, barevná úprava....) a vytvoření místnosti zřízené k bezpečnému pobytu.

## Anotace

Autor: Jaroslava Šimková  
Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetřovatelství  
Název práce: Postoje zdravotnických pracovníků k používání omezujících opatření u klientů s lékařskou diagnózou Alzheimerova demence.  
Vedoucí práce: Bc. Alan Maria Uhura, R.N.  
Počet stran: 113  
Počet příloh: 7  
Rok obhajoby: 2007  
Klíčová slova: Alzheimerova demence, omezující opatření, ošetřovatelský personál, pečovatelský personál

Bakalářská práce pojednává o postojích zdravotnických pracovníků k používání omezujících opatření u klientů s Alzheimerovou demencí. Sleduje jakým způsobem řeší zdravotníci a pečovatelé stavy agrese, výrazného neklidu a poruchy chování u klientů s demencí.

Těžištěm práce je průzkumné šetření o jednotlivých omezujících opatřeních a názorů na jejich použití při stavech agrese, neklidu a poruch chování u klientů s Alzheimerovou demencí.

Respondenty byl zdravotní, ošetřovatelský a pečovatelský personál čtyř ústavů sociální péče pro seniory a dvou zdravotnických oddělení geriatrie v České republice.

This thesis discusses the approaches of health workers to restraining procedures in clients with Alzheimer disease. It observes how the medics and the health workers solve aggression, pronounced restlessness and behaviour disorders of clients with dementia.

The focus of this thesis is on investigating of individual restraining procedures and the opinions about their use in clients with Alzheimer disease, when experiencing aggression, anxiety and behaviour disorders. The participants involved were the medics, the nurses and the social workers of four institutions of social care for elderly and two departments of geriatrics in Czech Republic.

## Použitá literatura a zdroje

1. Archalousová A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové NUCLEUS, 2003. ISBN 80-86225-33-X, 104 s.
2. Bartošíková I., Jičínský V., Jobánková M., Kvapilová J. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno IDVPZ, 2000. 1. vyd. ISBN 80-7013-2888-4, 203 s.
3. Baudiš, Kališová, Kitzlerová, Petr, Mikláš. 2006. *Vodítka, postupy a pravidla ošetrovatelské péče*. Projekt Guidelines. [www.ceskapsychiatrie.cz/download/omezovaci\\_prostredky.pdf](http://www.ceskapsychiatrie.cz/download/omezovaci_prostredky.pdf)
4. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů* Ediční řada Praktické příručky pro sestry. 1. vyd. Brno IDVPZ, 1998. ISBN 80-7013-270-1, 47 s.
5. Doenges E., Moorhouse M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované vyd. Praha Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8, 568 s.
6. *Do konce ledna zmizí z ústavů Pardubického kraje klecová lůžka*. Článek ČTK z 22.11. 2006 [www.zdn.cz](http://www.zdn.cz).
7. *Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí*. [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz)
8. Hanuš H., a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Praha Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-382-2
9. Hanuš H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-873-5, 331 s.
10. Haškovcová H. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 5. *Manuálek o etice*. Ediční řada Praktické příručky pro sestry. 1. vyd. Brno IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-310-40, 46 s.
11. Heřmanová J., Zvoníčková M. *Možnosti hodnocení soběstačnosti sestrou*. Článek v časopise pro zdravotnické pracovníky *Diagnóza v ošetrovatelství* 8/2006, s. 295
12. Janosiková E. H., Daviesová J. L. *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivost*. 1. vyd. Slovenská republika Martin Osveta, 1999. ISBN 80-8063-8, angl. orig. ISBN 0-316-45752-3, 1474 s.
13. *Klaus debatoval s odborníky o problému síťových lůžek*. Článek dostupný na [www.novinky.cz/domaci/klaus-odpovedel-rowlingove/](http://www.novinky.cz/domaci/klaus-odpovedel-rowlingove/)
14. Koukolík F., Jiráček R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-615-3, 232 s.
15. Kozierová B., Erbová G., Olivieriová R. *Ošetrovatelstvo 1.a 2.* 1. vyd. Slovenská republika Martin Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0, angl. orig. ISBN 0 -201-09202-6, 836 s.
16. *Listina základních práv a svobod* (zák. 23/1991)

17. Mastiliaková D. *Úvod do ošetrovatelství 1 .dí,l systémový přístup*. 1. vyd. Praha Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9, 187 s.
18. Mastiliaková D. *Úvod do ošetrovatelství 2 .dí,l systémový přístup*. 1. vyd. Praha Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0428-0, 160 s.
19. *Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních české republiky* (Věstník MZ č. 1/2005).
20. MKN – 10 – *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. 10.revize*, 1. vyd. Praha Grada, 1999. ISBN 80-7169-787-7
21. *Občanský soudní řád (OSŘ 240/1993 § 191 a-g)*
22. Petr T, Mikláš T. *Restriktivní metody v psychiatrii. Standardizace ošetrovatelské péče-zpracované standardy ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha Psychiatrická léčebna Bohnice, 2004. Projekt podpořený Ministerstvem zdravotnictví ČR, 35 s.
23. Semrádová, I. *Úvod do etiky*. 2 vydání. Hradec Králové GAUDEAMUS, 2002. ISBN 80-7041-341-7, 55 s.,
24. *soubor článků k problematice síťových lůžek*, Dostupné na [www.cchr.cz](http://www.cchr.cz)
25. Šiková M. *Saturace potřeby spánku a odpočinku u klientů v domovech důchodců a sociálních zařízeních*. Článek v časopise pro zdravotnické pracovníky *Diagnóza v ošetrovatelství* 10/2006, s.395
26. Šlaisová I., Hosák. L, Michálková V., *Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium* 1.vyd.. Hradec Králové Nukleus, 2004. ISBN 80-86225-51-8, 92 s.
27. Topinková E., Neuwirth J. *Geriatric pro praktického lékaře*.1. vyd. Praha Grada Publishing,1995. ISBN 80-7169-099-6, 304 s
28. Trachtová E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno IDVPZ, 1999 ; ISBN 80-7013-285-X, 186 s.
29. Tyrlíková I. a kol. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-287-6, 287 s
30. *Úmluva o lidských právech a biomedicíně ( zák. 96/2001)*,
31. Vokurka M., Hugo J. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozšířené vydání, Praha Maxdorf 2000, 80-85912-38-4, 490 s.
32. *Vyhláška 505/2006 kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách a Standardy kvality sociálních služeb k ní přiložené*
33. [www.gerontocentrum.cz](http://www.gerontocentrum.cz)
34. *Zákon o sociálních službách (zák. 108/2006)*
35. *Zákon o péči o zdrav lidu (20/1966, resp § 23 a 24 zákona ČNR 86/1992)*
36. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Vnitřní materiály poskytnuté ředitelem DD Jindřichovice pod Smrkem
37. Zgola J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 2. přepracované vyd. Praha Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9, 164 s.

## Seznamy

### Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů.....	38
Graf 2 Věk respondentů .....	39
Graf 3 Rodinný stav respondentů.....	40
Graf 4 Počet dětí respondentů .....	40
Graf 5 Vzdělání respondentů .....	41
Graf 6 Pracovní zařazení respondentů .....	42
Graf 7 Délka odborné praxe .....	42
Graf 8 Léta praxe s klienty postiženými demencí.....	43
Graf 9 Počet klientů, o něž respondent během služby pečuje.....	44
Graf 10 Počet klientů s demencí .....	45
Graf 11 Klienti zbavení způsobilosti k právním úkonům .....	46
Graf 12 Opatření považovaná respondenty za omezující .....	47
Graf 13 Opatření pro respondenty nepřijatelná.....	48
Graf 14 Opatření pro respondenty přijatelná .....	49
Graf 15 První řešení v situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo okolí.....	50
Graf 17 Závažné poruchy chování u klienta, první řešení .....	52
Graf 18 Závažné poruchy chování u klienta, druhé řešení.....	53
Graf 19 Rozpoznání potřeb dementního klienta respondenty.....	54
Graf 20 Způsob poznávání potřeb klienta postiženého demencí respondenty.....	54
Graf 21 Způsob poznávání klienta postiženého demencí respondenty, druhý způsob řešení .....	55
Graf 22 Úspěšnost při odvádění pozornosti u klienta postiženého demencí respondentem .....	56
Graf 23 Využívání prvků bazální stimulace v práci.....	57
Graf 24 Druhy užívaných prvků bazální stimulace.....	57
Graf 25 Znalost situace pro použití omezujícího opatření .....	58
Graf 26 Znalost podmínek pro použití omezujícího opatření .....	58
Graf 28 Názor respondentů na využití zřízené k bezpečnému pobytu pro klienty ohrožující sebe nebo okolí .....	60
Graf 29 Využití místnosti zřízené k bezpečnému pobytu u klienta se závažnou poruchou chování .....	61
Graf 30 Jak respondenti vnímají potřebu standardu pro použití omezujícího prostředku.....	62
Graf 31 Důvody pro kladné přijetí standardu pro použití omezujícího opatření .....	62
Graf 32 Důvody pro odmítavý přístup ke standardu pro použití omezujícího opatření .....	63
Graf 33 Názor respondentů na plnou moc blízké osobě v souvislosti s použitím omezujícího prostředku.....	64
Graf 34 Názor respondentů na soulad omezujícího opatření s právy pacienta a etikou zdravotníka.....	65
Graf 35 Výhrady týkající se souladu omezujícího opatření s právy klienta a etikou zdravotníka.....	66
Graf 36 Názor respondentů na použití omezujících opatření v moderním ošetřovatelství .....	67
a pečovatelské.....	67
Graf 37 Názory, připomínky a náměty respondentů.....	68

## Seznam tabulek

Tab. 1 Pohlaví respondentů.....	38
Tab. 2 Věk respondentů .....	39
Tab. 3 Rodinný stav respondentů.....	40
Tab. 4 Počet dětí respondentů .....	40
Tab. 5 Vzdělání respondentů.....	41
Tab. 6 Kursy, specializace .....	41
Tab. 7 Pracovní zařazení respondentů .....	42
Tab. 8 Délka odborné praxe .....	42
Tab. 9 Léta praxe s klienty postiženými demencí.....	43
Tab. 10 Počet klientů, o něž respondent během služby pečuje.....	44
Tab. 11 Počet klientů s demencí .....	45
Tab. 12 Klienti zbavení způsobilosti k právním úkonům .....	46
Tab. 13 Opatření považovaná respondenty za omezující.....	47
Tab. 14 Opatření pro respondenty nepřijatelná.....	48
Tab. 15 Opatření pro respondenty přijatelná.....	49
Tab. 16 První řešení v situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo okolí.....	50
Graf 16 Druhý způsob řešení v situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo okolí.....	51
Tab. 17 Druhý způsob řešení v situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo okolí.....	51
Tab. 18 Třetí způsob v situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo okolí.....	51
Tab. 19 Závažné poruchy chování u klienta, první řešení .....	52
Tab. 20 Závažné poruchy chování u klienta, druhé řešení.....	53
Tab. 21 Závažné poruchy chování u klienta, třetí řešení .....	53
Tab. 22 Rozpoznání potřeb klienta postiženého demencí respondenty .....	54
Tab. 23 Způsob poznávání potřeb klienta respondenty .....	54
Tab. 24 Způsob poznávání potřeb klienta postiženého demencí respondenty, druhý způsob řešení .....	55
Tab. 25 Úspěšnost při odvádění pozornosti u klienta postiženého demencí respondentem .....	56
Tab. 26 Využívání prvků bazální stimulace v práci.....	57
Tab. 27 druhy užívaných prvků bazální stimulace.....	57
Tab. 28 Znalost situace pro použití omezujícího opatření .....	58
Tab. 29 Znalost podmínek pro použití omezujícího opatření .....	58
Tab. 30 Potřeba školení.....	59
Tab. 31 Názor respondentů na využití zřízené k bezpečnému pobytu pro klienty ohrožující sebe nebo okolí .....	60
Tab. 32 Využití místnosti zřízené k bezpečnému pobytu u klienta se závažnou poruchou chování.....	61
Tab. 33 Jak respondenti vnímají potřebu standardu pro použití omezujícího prostředku.....	62
Tab. 34 Důvody pro kladné přijetí standardu pro použití omezujícího opatření .....	62
Tab. 35 Důvody pro odmítavý přístup ke standardu pro použití omezujícího opatření .....	63
Tab. 36 Respondenti, kteří neuvodli žádný důvod.....	63
Tab. 37 Názor respondentů na plnou moc blízké osobě v souvislosti s použitím omezujícího prostředku .....	64
Tab. 38 Názor respondentů na soulad omezujícího opatření s právy pacienta a etikou zdravotníka.....	65
Tab. 39 Výhrady týkající se souladu omezujícího opatření s právy klienta a etikou zdravotníka.....	66



Tab. 40 Respondenti, kteří svou odpověď nespecifikovali.....	66
Tab. 41 Názor respondentů na použití omezujících opatření v moderním ošetrovatelství .....	67
Tab. 42 Názory, připomínky a náměty respondentů .....	68
Tab. 43 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví.....	95
Tab. 44 Výživa a metabolismus .....	96
Tab. 45 Vylučování .....	98
Tab. 46 Aktivita cvičení .....	99
Tab. 47 Spánek, odpočinek .....	101
Tab. 48 Vnímání, poznávání .....	102
Tab. 49 Sebepečení, sebeúcta .....	106
Tab. 50 Plnění rolí, mezilidské vztahy .....	107
Tab. 51 Sexualita, reprodukční schopnost .....	108
Tab. 52 Stres, zátěžové situace .....	109
Tab. 53 Víra, přesvědčení, životní hodnoty .....	109
Tab. 54 Plán ošetrovatelské péče u klienta v omezení.....	110

### **Seznam příloh**

Anonymní dotazník pro zdravotní, ošetrovatelský a pečovatelský personál domovů důchodců, geriatrických oddělení a oddělení gerontopsychiatrie .....	81
MMSE (Mini-Mental State Examination) .....	85
Hachinského skóre a jeho modifikace.....	86
Některé z možných metod práce s klienty nemocnými Alzheimerovou nemocí.....	87
Kasuistiky nemocných s poruchami chování a blouděním s lékařskou diagnózou demence.....	90
Plány ošetrovatelské péče .....	95
§ 89 (zákon číslo 108/2006) Opatření omezující pohyb osob .....	113

## Přílohy

### **Anonymní dotazník pro zdravotní, ošetrovatelský a pečovatelský personál domovů důchodců, geriatrických oddělení a oddělení gerontopsychiatrie**

Vážená respondentko, vážený respondent!

Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. Jedná se o vyplnění předloženého dotazníku.

Získané informace budou použity jako podklady pro vypracování závěrečné bakalářské práce, která se zabývá **postojem zdravotníků k používání omezujících opatření u klientů s lékařskou diagnózou Alzheimerova demence**.

Dotazník je anonymní, prosím Vás o pečlivé vyplnění a odevzdání kontaktní osobě. Za spolupráci předem děkuji.

Jaroslava Šimková

studentka 4.ročníku bakalářského studia ošetrovatelství na LF UK v Hradci Králové

Pokyny pro vyplnění:

Nejdříve si přečtěte dotazník

Odpovídejte zaškrtnutím jedné nebo více odpovědí.

Ostatní údaje vyplňte čitelně.

Vyplněný dotazník odevzdejte prosím kontaktní osobě.

1. Pohlaví:

- žena
- muž

2. Věk: .....

3. Stav:

- svobodná (ý)
- vdaná / ženatý
- jiné: .....

4. Počet dětí: .....

5. Dosažené vzdělání:

- základní
- vyučen(á)
- středoškolské s maturitou (jaké) .....
- VOŠ
- specializace(jaká) .....
- vysokoškolské (uveďte prosím jaké) .....
- kursy: .....
- stáže: .....

6. Pracovní zařazení:

- sestra
- ošetřovatel (ka)
- sanitář (ka)
- jiné: .....

7. Délka odborné praxe: .....

z toho práce s klienty/pacienty postiženými Alzheimerovou demencí.....

8. O kolik klientů/pacientů během své služby pečujete?

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21-25
- 26-30
- 31-35
- 36-a více

9a) Kolik klientů/pacientů z tohoto množství je postiženo Alzheimerovou demencí? .....

9b) Kolik klientů/pacientů z tohoto množství (ot.8) je postiženo jakýmkoli jiným druhem demence? .....

10. Kolik z nich je zbaveno způsobilosti k právním úkonům (jakéhokoli stupně)? .....

11. Označte všechna opatření, která považujete za omezující

- uklidňující léky
- zábrany u lůžka
- uzavřené dveře na oddělení (kulička místo kliky)
- omezení v lůžku ( popruhy na končetinách)
- izolace (uzavření v místnosti k tomu určené)
- síťové lůžko
- fixace ( břišní pás v lůžku, v křesle; fixace jedné končetiny)
- jiné (napište prosím jaké)  
.....

12. Uveďte, která z opatření vyjmenovaných v předcházejícím bodě jsou pro Vás nepřijatelná:

.....  
.....

13. Která z uvedených opatření se Vám zdají přijatelná

.....  
.....

14. Jak řešíte případy, kdy klient/pacient postižený Alzheimerovou demencí

ohrožuje zdraví své, nebo ostatních klientů/pacientů (po vyčerpání všech možností – psychologický přístup, odvedení pozornosti, kontrola potřeb, dotyková terapie, canis terapie...)?

Napište prosím Vaše osobní zkušenosti:

.....  
.....

15. Jak řešíte případy, kdy klient/pacient postižený demencí obtěžuje svým chováním svoje okolí?

Napište prosím Vaše osobní zkušenosti:.....

.....

16. Dokážete poznat potřeby klienta/pacienta postiženého demencí?

- ano
- někdy
- ne

17. Uveďte prosím, jak poznáte potřeby klienta/pacienta postiženého demencí:.

.....  
.....

18. Daří se Vám odpoutat pozornost klienta/pacienta postiženého demencí?

- ano
- někdy
- ne

19. Využíváte ve své práci uklidňující prvky bazální stimulace? Napište prosím které: .....

- ano  
.....
- ne

20. Víte, v jaké situaci můžete použít omezující opatření?:

- ano
- ne

21. Víte, jaké podmínky musí být splněny pro použití omezujícího opatření?:

- ano
- ne

22. Pomohlo by Vám školení týkající se užití omezujících opatření v orientaci v této oblasti?

- ano
- ne

23. Domníváte se, že izolace/místnost zařízená k bezpečnému pobytu na dobu nezbytně nutnou by vyřešila situace, kdy klient postižený demencí ohrožuje svým chováním svůj život či zdraví, nebo život či zdraví ostatních klientů/pacientů

- ano

ne

24. Myslíte si, že tato místnost mohla být využita i v případech kdy klient/pacient obtěžuje okolí projevy svého chování?:

ano

ne

25. Myslíte si, že standard pro použití omezujícího prostředku poskytuje vodítko pro řešení stavů, kdy klient/pacient ohrožuje svým jednáním zdraví či život svůj, nebo zdraví či život ostatních klientů/pacientů ?

ano

proč: .....

ne

proč: .....

26. Domníváte se, že by problém užití omezujícího opatření pomohla řešit plná moc, vystavená osobě, které klient/pacient důvěřuje v době, kdy je schopen kontrolovat své jednání?

ano

ne

27. Myslíte si, že použití omezujícího opatření v indikovaných případech je v souladu s Listinou základních práv a svobod, zdravotnickou etikou a právy duševně nemocného?

ano

ne

mám výhrady (uveďte prosím jaké):

.....

28. Domníváte se, že omezující opatření patří do moderního ošetřovatelství a pečovatelského?

ano

ne

29. Zde můžete uvést své připomínky, názory, náměty a myšlenky k tématu používání omezujících opatření u klientů s diagnózou Alzheimerova demence:

.....  
.....

## MMSE (Mini-Mental State Examination)

Max. počet bodů	
	<b>Orientace</b>
5	Jaký je rok? Roční doba? Měsíc? Den v týdnu? Dnešní datum?
5	Kde jsme? V jakém státě? Městě? Nemocnici? Patře?
	<b>Rozsah pozornosti</b>
3	Vyšetřující pojmenuje 3 objekty, jeden za sekundu, pacient pojmenování opakuje. Podle potřeby vyšetřující pojmenování opakuje, tolikrát, než nemocný správně pojmenuje předměty. Počet opakování se registruje.
	<b>Pozornost a počítání</b>
5	100-7 atd. Za každý správný výsledek je 1 bod, po 5 odpovědích testování končí.
	<b>Paměť</b>
3	Vyšetřující se zeptá na 3 výše jmenované objekty. Za každou správnou odpověď je 1 bod.
	<b>Řeč</b>
9	Pojmenovat tužku a náramkové hodinky. Za každou správnou odpověď je 1 bod. Opakujte: „Žádné kdyby nebo ale...“. Za správné opakování 1 bod. Tříčlenná instrukce: „, Do pravé ruky uchopte list papíru. Přeložte jej uprostřed. Položte jej na zem.“ Za každý správný krok 1 bod. Udělejte, co je zde napsáno: „Zavřete oči.“ 1 bod „Napište větu“ 1 bod „Nakreslete podle přiloženého vzoru 2 pětiúhelníky, které se částečně překrývají.“ 1 bod
30	Celkový počet bodů

MMSE je jednoduchý, dobře využitelný test v běžné praxi. Spolehlivě určuje střední a těžkou demenci, nikoli demenci počínající a lehkou.

Počet bodů nižší než 23 s vysokou pravděpodobností určí střední až těžkou Alzheimerovu nemoc.

Jiné demence s touto jistou nepostihuje. Pro diagnózu vaskulární demence je spolehlivé modifikované skóre Hachinského.

Rozdělovací skóre (cut-off point) non-demence/demence je hranice 23/23bodů. Jeho senzitivita je 94%, specificita 85%.

## Hachinského skóre a jeho modifikace

	Hachinski	Rosen	Loeb	Fischer
1 Náhlý začátek	2	2	2	2
2 Stupňovité zhoršování	1	2	-	1
3 Kolísavý průběh	2	-	-	2
4 Noční zmatenost	1	-	-	1
5 Zachovaná osobnost	1	-	-	1
6 Deprese	1	-	-	1
7 Somatické obtíže	1	1	-	1
8 Emoční obtíže	1	1	-	1
9 Hypertenze	1	-	-	1
10 Ikty v anamnéze	2	2	1	2
11 Doprovodná arterioskleróza	1	0	-	1
12 Subjektivní fokální neurologické příznaky	2	2	2	2
13 Objektivní fokální neurologické příznaky	2	2	2	-
Hypodenzní oblast v obrazu CT	-	-	2	-
Mnohočetná ložiska v obrazu CT	-	-	-	3
Jisté infarkty v obrazu CT	-	-	-	2
Maximální počet bodů	18	12	12	18

## **Některé z možných metod práce s klienty nemocnými Alzheimerovou nemocí.**

S nemocnými lze pracovat individuálně (doma, nebo v instituci během komunikace s klientem při ošetrovatelských a pečovatelských úkonech) nebo ve skupině. V instituci je častěji využívána skupinová terapie, která poskytuje příležitosti ke vzájemné komunikaci a zároveň přináší členům skupiny pocit sounáležitosti.

Pro práci jsou vhodné malé skupinky (3-5) klientů. Větší počet klientů s Alzheimerovou demencí přináší velké nároky na terapeuta i členy skupiny a může působit spíše jako zdroj stresu.

Uvádím zde pro zajímavost některé z mnoha metod a technik:

### **Zvýšení schopnosti koncentrace pomocí fyzického tréninku**

Doporučují se 45 minutové procházky na čerstvém vzduchu cca 3x týdně.

Během procházek působí na smysly klienta mnoho jednoduchých podnětů, které ho nezatěžují, ale zároveň pobízejí mozek k činnosti (pozorování květin, zvířat, ptáků, známá místa, osoby, domy, auta, vůně a pachy).

V prostředí bytu se doporučují jednoduché činnosti: prostírání stolu, házení si s míčem.

Tanec, hudba a rytmus pomohou klientovi k pohybovému projevu.

Způsob působení: Zlepšení celkového prokrvení organismu (tedy i mozku).

Procházky jsou zdrojem podnětů jednoduchých podnětů, které mozek stimuluje – lehký kognitivní trénink.

Vznikají pozitivní emoce, které přispívají k vyrovnanosti psychiky.

Při tanci se procvičuje rovnováha a polohocit.

Příležitost ke komunikaci a pocit sounáležitosti.

### **Muzikoterapie**

Poslech známé hudby, vytleskávání rytmu, dupání, doprovod na jednoduché nástroje (bubínek). Lze ji spojit s fyzickým cvičením (rytmická cvičení, tanec).

Nejlépe jsou přijímány lidové písně a dechovky.

Muzikoterapie může být zároveň reminiscenční terapií (poslech a zpěv koled, vyprávění si o zvycích).

Způsob působení: Emocionální (pozor, některé písničky mohou vyvolat i lítosti a smutku).

Kognitivní trénink.

Procvičování paměti (známá melodie, známá slova – mnohokrát jsem zažila, že se ke zpěvu přidala i osoba, která už přestala komunikovat s okolním světem i rodinou. Známa slova písničky umocněna známou melodií, způsobila krátký záblesk paměti).

Pocit sounáležitosti se skupinou.

### **Pet terapie**

Péče o zvířátko. Andulky, křečci, zakrslí králíci, morčata, kočky, psi.

Způsob působení: Starost o jiného tvora přináší pocity potřebnosti a užitečnosti.

Zdroj pozitivních emocí a vzpomínek.

Hmatové podněty (srst, peří).



### **Canisterapie**

Působení na nemocného pomocí dotyků těla cvičného psa pod vedením terapeuta.

Způsob působení: Dotykové a hmatové podněty.

Uvědomění si vlastního těla.

Pozitivní emoce.

### **Snoezelen**

Pojem „Snoezelen“ je umělé slovo, odvozené ze 2 holandských slov: snuffelen = dělat co chci a doezelen = relaxovat.

Metoda se 70 letech používala v Holandsku k využití volného času těžce amnohonásobně postižených pacientů. Praktikuje se ve speciálně vybavených místnostech. Důraz je kladen na příjemnou uvolněnou atmosféru. V této atmosféře se působí na smysly hudbou, světelnými efekty, lehkými vibracemi, příjemnou vůní.

Prostředky: vonící předměty, zvukové nástroje, polštáře, deky, bloky z pěnové hmoty, tlumené světlo, svítící řetězce, zrcadlové koule, meditační hudba.

Způsob působení: Vytváření libých pocitů a emocí.

Vytváření pohody a uvolnění bez nároků na intelektuální výkon.

### **Reminiscenční terapie**

Vybavování vzpomínek prostřednictvím různých podnětů (písnička, vzpomínání, předčítání...) a předmětů (fotografie, kabelka, sváteční šaty.....)

Způsob působení: Procvičování paměti (prevence).

Aktivizace klienta.

Vyvolání pozitivních emocí.

### **Bazální stimulace**

Metoda, která je poskytována vyškoleným terapeutem. Spočívá v poskytnutí vhodných stimulů nemocnému. Stimuly jsou poskytovány množstvím speciálních technik.

Stimulace: somatická, taktilně- haptická, vestibulární, vibrační, orální, optická, olfaktorická, auditivní.

Lze použít i u klientů v terminálním stádiu nemoci.

Způsob působení: vyvolání základních instinktů a pocitů.

### **Validace**

Výborná komunikační technika, která vytváří jakýsi pomyslný most mezi naším světem a světem demence.

Validace znamená člověka trpícího demencí následovat do jeho vnitřního světa, akceptovat ho, pojmenovat tento svět a potvrdit ho.

Při pokročilém vývoji nemoci nemají nemocní k dispozici žádná slova. Potřebují ostatní, aby je vyslovili za ně.

Existuje 11 validačních technik.

Validace by si zasloužila více místa, tato práce si však neklade za cíl bližší seznámení se s technikami práce s demenčními klienty.

### **Simulační terapie**

Vychází z předpokladu, že blízké osoby působí na nemocné s demencí zvláště stabilizačně. K tomuto účelu se vytvoří audiokazeta, simulující telefonický hovor

mezi klientem a jeho blízkou osobou. Pauzy mezi řečí umožní klientovi, aby sám něco řekl. Hovořit by se mělo především o pozitivních zážitcích ze života nemocného, společných vzpomínkách, přátelích, rodině.

Způsob působení: Vyvolání světa představ klientovi příjemných.

Na podobném principu pracuje „video-pauza“: nemocní si prohlížejí videa speciálně natočená pro dementní osoby. Když nemocný využije nabídky ke sledování, vzniká ošetřovatelům pauza na odpočinek.

V USA existují kazety na nichž se profesionální herci obrazejí klidným a přátelským tónem na nemocné, vyprávějí jim krátké příběhy, zpívají písně a kladou povzbudivé otázky.

## **Kasuistiky nemocných s poruchami chování a blouděním s lékařskou diagnózou demence**

Všechny kasuistiky vznikly za dobu mého dvanáctiletého působení na uzavřeném oddělení v domově důchodců (leden 1994 - duben 2006).

Toto oddělení mělo kapacitu 38 lůžek, ve dne se o klienty staraly podle situace 2-4 osoby (pečovatelky a pečovatelé, ošetřovatelky a ošetřovatelé, zdravotní sestry). Tento počet ještě doplňovali pracovníci týmu, kteří během své pracovní doby přecházeli z oddělení na oddělení (rehabilitační pracovníce, sociální pracovníce). V noci byl na každém oddělení přítomen pouze jeden člen ošetřovatelského personálu (sestra, ošetřovatel/ka, pečovatel/ka).

Na oddělení žili klienti s jakýmkoli druhem demence (nejednalo se tedy pouze o klienty s Alzheimerovou chorobou)

Problematika bloudění nebyla žádným řešena. Místnost zřízená k bezpečnému pobytu nebyla k dispozici, pokoje klientů se nedaly zamykat. Noční stolky a skříně se uzamykat mohly, ale valná většina klientů nedokázala klíč použít. Klíče nebyly univerzální.

Každý pracovní den docházel do ústavu smluvní lékař a pravidelně zde vykonávaly návštěvy oční lékařka, kožní lékařka a psychiatricka. Konzilia u lékařů bylo možno vykonat i mimo předem dohodnuté termíny, kdy se klient odvezl sanitou do ordinace odborného lékaře. Každý rok měli klienti preventivní prohlídku vykonanou praktickým lékařem.

Z uvedených skutečností tedy vyplývá, že medikace k úpravě psychického stavu byla průběžně upravována praktickým lékařem a psychiatrem. Valná většina klientů byla nesoběstačná a inkontinentní, jelikož jsou kasuistiky zaměřeny na problematiku bloudění a problémového chování, neuvádím v nich tyto skutečnosti.

Klientka, 72 let, dříve pracovala jako poštovní doručovatelka. Přijata na oddělení z domova pro zhoršování soběstačnosti a občasné stavy bloudění, kdy netrefila domů. Rodina: syn ženatý, o matku se zajímal, pravidelně ji navštěvoval, pokud to její stav dovolil, brával ji na procházky a návštěvy domů.

Zpočátku klidná, spolupracující, s postupující nemocí nastoupily stavy bloudění ve dne i v noci. Z provozních důvodů bylo bloudění problémem v noci, kdy je na oddělení přítomen pouze 1 člen ošetřovatelského personálu. Žádné další onemocnění nebylo zjištěno, personál se ve vlastním zájmu snažil aktivně nacházet potřeby klientky a s tím i nalézt příčinu neklidu a bloudění. Aktivizace přes den nezabírala, klientka nebyla schopna udržet pozornost na dobu delší několika minut.

Stav klientky se nepodařilo upravit medikací, hypnotika nezabírala, docházelo k pádům a úrazům. Při volné fixaci přes hrudník zůstávala klientka sedět v křesle, kde vykonávala stále stejný pohyb - vzpírala se nahoru a dolů na područkách křesla. Klientka přestala komunikovat s okolím, vydávala pouze broučivé zvuky, nereagovala ani na oslovení, syna poznávala jen občas. Při svém bloudění občas pojídala předměty, které nalezla (alergická reakce na snědené květiny ve váze způsobila otok rtů a celého obličeje)

Úrazy: několikrát tržné rány na hlavě ve vlasové i obličejové části hlavy ošetřené na chirurgii suturou.

V závěru onemocnění už klientka pouze ležela, na několik hodin denně byla vysazována do křesla, kde byla fixována polštáři. Smrt nastala jako následek vyčerpání rezerv organismu při viróze.

Klientka, 75 let, přijata na odd. z domova pro zhoršení soběstačnosti a stavy bloudění. Dříve pracovala jako úřednice. Rodina: 2 synové, na návštěvy přicházeli sporadicky, nedokázali k matce najít přístup.

S postupující nemocí se zhoršovaly stavy bloudění spojené s požíváním náhodně nalezených předmětů (mýdlo, vánoční ozdoba, květiny na stole).

Tato klientka dobře spala, proto její bloudění nebylo tak velkým problémem, protože přes den byla pod kontrolou početněji zastoupeného personálu. Občas ale došlo k situaci, kdy tato klientka využila chvilkové nepozornosti personálu, který byl v té chvíli zaměstnán jiným problémem a navštívila cizí pokoje, skříně a stolky, což jejich majitelé nelibě nesli. Vznikaly konflikty a fyzické útoky, které končily pády nebo tržnými ranami (stolky a skříně v této době ještě nebyly vybaveny zámky).

U klientky jsme pozorovali zajímavost: bravurně ovládala velkou i malou násobilku, a to i v době, kdy se nedokázala sama najíst a nereagovala na oslovení vlastním jménem.

Úrazy: několikrát tržné rány, řešené suturou na chirurgii, na horní části trupu a hlavě. Tato klientka již zemřela.

Klientka, 91 let, přijata na odd. z domova pro postupující desorientaci časem, místem i osobou. Rodina už dále nedokázala zajistit péči o matku, která dokázala překonat bariéry vybudované jako prevenci jejího opuštění domova. Zamčené vchodové dveře vyřešila odchodem z 1. patra rodinného domu po hromosvodu. V kuchyni založila požár. Rodina: syn s manželkou, spolupracovala s pečovatelsko-ošetřovatelským týmem. Brali si klientku na vycházky do zahrady domova důchodců a zajímali se o její stav.

Klientka byla od počátku velmi neklidná, pro svou dezorientaci v čase byla přesvědčená, že je jí okolo 40 let, že musí odejít domů, kde na ni čekají malé nezaopatřené děti. Tyto stavy se pravidelně opakovaly mezi 15-22 hodinou. Orientovat se jí nezdařilo, klientka byla skálopevně přesvědčena o své pravdě, klidná byla pouze v přítomnosti syna či snachy.

Psychiatrická léčba nezabírala, malé dávky nebyly účinné, při malém zvýšení dávkování docházelo okamžitě k útlumu tak velkému, že klientka musela být krmena a polohována na lůžku.

Úrazy: během rozdávání večere využila zaneprázdněnosti personálu a odešla oknem z oddělení (přízemí) za malými dětmi. Při seskoku z okna si rozdrtila patní kost, přivolaná lékařská služba první pomoci transportovala pacientku na oddělení traumatologie, kde byla pro neklid tlumena, zemřela po týdnu hospitalizace.

Klientka, 76 let, přijata na odd. z LDN pro nesoběstačnost a dezorientaci časem, místem i osobou. Rodina: 2 vdané dcery a 1 ženatý syn. Syn navštěvoval matku sporadicky. Dcery se o matku zajímaly, aktivně spolupracovaly s personálem, vodily maminku na procházky do zahrady domova důchodců. Při přijetí na oddělení se dcery personálu svěřily, že „maminku museli v LDN přivazovat“.

Komunikace s klientkou od začátku obtížná se stále zhoršovala, nakonec klientka nereagovala ani na oslovení vlastním jménem.

Od začátku se u klientky objevovalo bloudění. Bloudila po oddělení ve dne i v noci. Špatně spala a špatně reagovala na psychiatrickou léčbu. Léčba byla buď neúčinná,

nebo docházelo k útlumu. Klientka při svém bloudění po oddělení navštěvovala cizí pokoje, otevírala noční stolky a skříně a „dělala pořádek“. I když v této době už byly stolky a skříně vybaveny zámky, přesto docházelo ke konfliktům. Schopnější klienti vnímali tuto paní jako narušitelku jejich soukromí. V důsledku toho docházelo k hádkám a konfliktům, které často končily úrazem. Záleželo na rozložení sil, kdo byl zraněn, tato paní se totiž nedala odradit klientem, který si hájil své soukromí a pustila se s ním do potyčky. Ona si přece také hájila své soukromí.

Noční služby s touto klientkou byly opravdu náročné. Po uložení na lůžko jsem kolikrát nestačila ani dojít na sesternu a klientka už stála na chodbě, připravena svou vratkou chůzí k dalšímu bloudění. Časem se přidaly problémy s rovnováhou, které se projevovaly tak, že klientka v předklonu nabírala stále větší rychlost, až upadla.

Přes všechna předsevzetí, že klientku nebudeme přivazovat, jsme nakonec přistoupili k lehké fixaci v křesle, která ale nervalo nikdy dlouho. Klientka se dokázala vždy do ½ hodiny vyprostit. Někdy jí únik netrval ani 5 minut. Během fixace jsme se snažili upoutat pozornost klientky různými pomůckami z ergoterapie. Tyto pomůcky vždy končily zničené (vytáhané drátky a šňůrky, utrhané knoflíky a nýtky), stejně dopadal i nábytek postavený v blízkosti této klientky (rozšroubované šrouby ze stolků a židlí, vytrhané čalounění).

Tato klientka vyplnila beze zbytku pracovní dobu nočních služeb. Bylo velice obtížné vykonávat péči o ostatní klienty a stále být v pohotovosti, co bloudící klientka zase provede.

Klientka zemřela během virózy v r.2004.

Klient, 72 let, přijat v z domova pro postupující Alzheimerovu nemoc, následně za ním přišla z LDN manželka s parkinsonismem, po 3 letech společného pobytu manželka zemřela. Rodina: těžce nemocná rozvedená dcera a vnučky. Návštěvy vykonávaly jen několikrát do roka, s personálem příliš nekomunikovaly.

Klient elektroinženýr v aktivním věku, pracoval ve vedoucích funkcích, jezdil po Evropě na motorce a sbíral odznaky.

Klient byl od počátku pobytu pasivní až apatický, jakákoli nabídka k aktivitě jej obtěžovala až rozčilovala, jediný opravdový zájem projevoval o dobré jídlo a pití, pokud mu jídlo nechutnalo, raději nejedl.

Po smrti manželky bylo obtížné vysvětlit mu, že žena zemřela. Z důvodu ztráty paměti prožíval sdělenou informaci vždy bolestně (několikrát denně). Postupně ji však přestal hledat a truchlit. Toto období trvalo asi 1 rok.

S postupující nemocí přicházely stavy bloudění ve dne i v noci spojené s požíváním stravy a pitím nápojů, které nalézal na pokojích ostatních klientů. Nezajištěné dveře sesterny vytrestaly zapomnětlivou sestřičku, neboť jí klient vypil minerálku a snědl svačinu.

Pokud při svém bloudění potkal personál, dotazoval se vždy stejně: „Co mám dělat?, Kam mám jít?“. Jakákoli aktivita jej však nezajímala déle než 5 minut, z místa, kam jsme ho odvedli, záhy odcházel, aby se zase dotazoval: „Co mám dělat?, „Kam mám jít?“.

Tento klient dosud žije.

Klientka, 80 let, přijata na oddělení z domova pro nesoběstačnost z důvodu dezorientace časem, místem i osobou. Klientka nemohla zůstat bez dozoru, protože odcházela z domova, bloudila a nemohla nalézt cestu zpět. Celý život pracovala v zemědělství, ráda pracovala na zahradě.

Rodina: 2 synové s rodinami a rozvedená dcera s dcerami. Všechny děti i vnoučata se o maminku zajímaly, braly ji na vycházky do zahrady domova důchodců i do města, k návštěvám cukrárny i restaurace. Často si braly maminku na víkendy domů.

Klientka bývala dopoledne klidná, spolupracovala, s chutí se účastnila všech aktivit, které připravovali pracovníci domova důchodců. Byla ráda v kolektivu, ráda komunikovala, ráda vyvíjela fyzickou aktivitu (cvičení). Téměř každý den po 15. hodině začala být klientka zmatená a silně neklidná, začala bloudit po oddělení a hledat rodinu. Svými stále se opakujícími otázkami proti sobě často popuzovala některého z ostatních klientů. Tento stav trval většinou až do 22.-23. hodiny, potom klientka uléhala na lůžko a spala většinou klidně až do rána.

Klientka dosud žije.

Klientka, 75 let, přijata z domova. Rodina už více nezvládala péči o matku, která často bloudila po sídlišti a nemohla nalézt cestu zpět. Během života prodělala několik hospitalizací na psychiatrickém oddělení. Hlavním důvodem vždy byly projevy deprese. V době aktivního života byla zaměstnaná jako prodavačka. Rodina: vdaná dcera alkoholička a ženatý syn. Obě děti se o matku zajímaly, braly ji na vycházky a na víkendy domů.

Po návštěvě dcery ale bývala klientka plačtivá a rozrušená ještě více než bývalo běžné. Několikrát jsme po odchodu dcery našli na pokoji krabici od vína.

Klientka bývala dopoledne klidná, odpoledne po 15. hodině se začal stupňovat neklid spojený s blouděním po oddělení, s ustrašeným chováním a plačtivostí. V noci klientka spala velmi málo (cca 2-3 hodiny), poté vstávala z lůžka, bloudila po oddělení, navštěvovala pokoje ostatních klientů, plačtivým hlasem je budila a vytahovala je z lůžek. Všechny nabízené náhradní aktivity se mýjely účinkem, z důvodu neklidu od nich neustále odbíhala a opět bezcílně bloudila plačící po oddělení. Psychiatrická léčba nebyla účinná, nepodařilo se dosáhnout optimální hladiny neuroleptik. Hypnotika účinkovala jen 2-3 hodiny.

S postupující nemocí prakticky neexistovaly okamžiky, kdy by klientčiny tváře zmizel výraz strachu a stísněnosti. Tyto emoce se odrážely i v hlasu. Ostatní klienty toto chování dráždilo, tudíž se občas stávalo, že ji inzultovali.

Klientka zemřela náhle na akutní infarkt myokardu.

Klient., 87 let, přijat na oddělení z LDN pro postupující demenci Alzheimerova typu.

Rodina: manželka a 2 vdané dcery, aktivně spolupracovaly s personálem, projevovaly zájem, brali klienta na vycházky a na víkendy domů.

Klient byl zpočátku klidný, spolupracující, jeho chování bylo noblesní (při pozdravu se ukláněl a smekal klobouček).

Postupně došlo k úplnému rozkladu osobnosti, klient byl neklidný, bloudil po oddělení, sundával inkontinentní pomůcky a močil a kálel na všechna myslitelná místa na oddělení. Odvedení na toaletu nebylo úspěšné, vždy odešel a vzápětí potřebu vykonal jinde. Někdy své výkaly pojídal.

Při svém bloudění po oddělení navštěvoval pokoje ostatních klientů a pil dezinfekční roztoky z toaletních křesel. To vše při zajištěném pitném režimu. Všechny tyto příhody se stávaly v době, kdy personál oddělení byl zaneprázdněn prací (podávání stravy, léků...). Zemřel v roce 2004 na komplikace při viróze.

Klientka, 55 let, přijata na odd. z domova pro neschopnost sebezpečí při postupujícím úbytku kognitivních funkcí.

Rodina: ženatý bratr projevoval o klientku zájem a klientčin syn, který přicházel na návštěvy zřídk. Klientka pracovala během svého aktivního života jako uklízečka. Klientka bloudila ve dne v noci po oddělení. I přes velké dávky antipsychotik špatně spala, navštěvovala pokoje ostatních klientů, vyjídala jim zásoby jídla a „trestala“ klienty, kteří ji přes den iritovali (většinou to bývali nejslabší klienti v posledních stádiích demence). Její tresty spočívaly ve vytahování klientů z lůžka, dělání „ohýnku“ na ruce, lámání prstů a kroucení končetinami.

Klientka bývala nebezpečná nejen svému okolí, ale i sobě. I přes problémy s rovnováhou a špatnou fyzickou, dokázala vylézt na židli, aby se podívala, co je na skříni.

Několikrát měla zlomenou horní končetinu v předloktí, sádra jí ale nevydržela déle než 2 dny.

Klientka zemřela v roce 2004.

Klientka, 96 let, přijata v LDN, pro postupující demenci smíšeného typu.

Rodina: ženatý syn, pravidelně 1x týdně matku navštěvoval.

Klientka dříve pracovala jako učitelka v mateřské školce a aktivně se účastnila kulturně společenského života ve své obci, hrávala ochotnické divadlo a psala básně k různým výročím.

Tato klientka byla poměrně klidná ve dne i v noci, občas se ale v noci vyskytla nespavost spojená s blouděním po oddělení. Procházela se po chodbě oddělení a vcházela do pokojů ostatních klientů, které tím budila. Tím vznikaly konflikty.

Tato klientka dosud žije.

Klientka, 80 let, přijata z domova pro neschopnost sebezpečí. Rozvedený syn, žijící samostatně, nezvládal péči o matku, která bloudila po městě v době kdy byl syn v zaměstnání. Tato žena pracovala jako úřednice na tehdejší národní výbor.

Na našem oddělení byla klientka od počátku neklidná, bloudila a měla problémy s rovnováhou. Bloudila ve dne i v noci. Všechny pokoje a lůžka na oddělení považovala za své. Ostatní klienti na ni za to často útočili slovně i fyzicky. Během jedné noční služby, kdy klientka byla zvláště aktivní vyřešila samostatně sloužící sanitářka problém tak, že jí přivázala za ruce k lůžku. Udělala to až nad ránem, kdy potřebovala pracovat na oddělení a nemohla tak mít klientku pod stálým dozorem. Měla strach, že klientka mající problémy s rovnováhou se v tomto stavu bez dozoru zraní. Po ukončení práce na oddělení klientku ihned odvázála. Celé omezení trvalo asi 30 minut (velké oddělení, 38 klientů). Během této doby se klientka škrábáním rukou pokoušela vyprostit ze svého omezení, takže se jí na zápěstích vytvořily strangulační rýhy. Tato klientka zemřela na oběhové komplikace při viróze.

## Plány ošetrovatelské péče

### Plán ošetrovatelské péče s lékařskou diagnózou Alzheimerova demence v ústavní péči

#### 1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení

Tab. 43 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

	<b>ošetrovatelská diagnóza</b>	<b>cíl</b>	<b>intervence</b>
1	Zdraví, snížená schopnost zachování z důvodu kognitivní poruchy	- klient se bude obracet se svými požadavky a problémy na ošetrovatelský/pečovatelský personál -pečovatelský personál bude preventivně postupovat tak, aby nedošlo k poškození zdraví	-posud' příčiny a vyvolávající faktory! -posud' schopnosti a dovednosti! -pomoz pacientovi zvládnout situaci! -posiluj zdravý způsob života! -podporuj udržení zdraví prospěšných návyků! -v případě potřeby kontaktuj ošetřujícího lékaře! -sleduj chování klienta! -všímej si neverbálních projevů! -naslouchej rodinným příslušníkům klienta! -urči stupeň postižení! -dohlížej na správné dávkování léků!
2	Neznalost (potřeba poučení) z důvodu kognitivní poruchy	-klient/rodina pojmenuje problém -klient/rodina projeví zájem o informace, budou klást otázky -klient/rodina pochopí stav pacienta a léčbu klient zahájí potřebné změny životního stylu a účastní se léčby	-posud' schopnost klienta/rodiny učit se! -urči priority pro klienta! -přizpůsob úroveň předávání poznatků stavu klienta! -poskytni rodině kontaktní telefonní číslo! -doporuč kontakt s veřejnými podpůrnými skupinami! -poskytni klientovi/rodině informace o dalších zdrojích informací!



## 2. Výživa, metabolismus

Tab. 44 Výživa a metabolismus

	<b>ošetřovatelská diagnóza</b>	<b>cíl</b>	<b>intervence</b>
1	Výživa porušená, nedostatečná/riziko z důvodu metabolických změn při Alzheimerově nemoci, z důvodu dysfagie,	-klient nebude ubývat na váze -klientův váhový úbytek se zpomalí	-posuď stav výživy klienta! -pravidelně kontroluj váhu a BMI! -najdi optimální způsob stravování a výběru stravy! -pouč rodinu o sipingu! -zajisti nákup doplňků stravy (Diasip, Nutridrink)! -kontroluj laboratorní výsledky, na patologie upozorni lékaře!
2	Tělesné tekutiny deficit/riziko z důvodu snížené potřeby pít, z důvodu dysfagie tekutin	-klient nebude vykazovat známky dehydratace	-posuď úroveň hydratace (kůže, sliznice, diuréza, hustota/barva moči) -zvaž další faktory (horečka, průjem..)! -posuď klientovu schopnost polykání tekutin! -aktivně nabízej tekutiny v průběhu dne! -zabraň aspiraci!
3	Polykání porušené z důvodu neurologického postižení	-klient bude mít normální hydrataci s normálním kožním turgorem, vlhkými sliznicemi a přiměřenou diurézou -klient si udrží/dosáhne žádoucí tělesnou hmotnost -pečovatelé si osvojí přiměřené metody krmení	-posuď příčiny a úroveň poruchy polykání! -zachovávej volné dýchací cesty a předcházej aspiraci (viz výše: OD aspirace)! -kontroluj pravidelně tělesnou hmotnost! -sleduj stav hydratace! -léky podávej rozdrčené (tam, kde to lze), společně s želatinou, nebo pudinkem! -posuď funkčnost zubní náhrady!
4	Chrup poškozený z důvodu nedostatečné schopnosti péče o sebe sama	-klient bude mít zdravé dásně, sliznice a ošetřený chrup -klient bude mít čistou dutinu ústní -klient bude mít pravidelné stomatologické kontroly	-zhodnoť stav chrupu a úroveň hygieny dutiny ústní! -pomáhej klientovi s hygienou ev. prováděj za klienta hygienu dutiny ústní! -podávej léky a výplachy dle ordinace lékaře! -plánuj kontroly u stomatologa!
5	Kožní integrita porušená/riziko	klient bude mít čistou a	-zhodnoť současný stav kůže! -najdi možná rizika!

	z důvodu inkontinence moči a stolice, z důvodu traumatu na základě kognitivní poruchy	neporušenou kůži -kožní léze budou ošetřovány dle ordinace lékaře -kožní léze se budou hojit	-dbej na bezpečnost klienta! -dbej na hygienu kůže! -oblékej klienta do volného oděvu! -udržuj lůžko klienta suché a čisté! -dohlížej na tepelnou pohodu (nadměrné teplo/chlad)! -podávej léky dle ordinace lékaře! -pravidelně sleduj stav kožní léze! -sleduj účinky léků a mastí! -dodržuj standart péče o rány!
6	Aspirace, zvýšené riziko z důvodu dysfagie	-klient bude mít normální dýchání bez patologických přídatných přízvuků	-posuď úroveň schopnost polykání! -odstraň pokud je to možné příčiny aspirace! -zvol správnou polohu těla a hlavy při jídle! -zvol vyhovující konzistenci jídla a tekutin! -vyhýbej se zapíjení pevných soust tekutinou! -tekutiny podávej brčkem! -dopřej klientovi dostatek času! -seznam s technikou krmení příbuzné! -pouč rodinu o následcích aspirace a o první pomoci (Heimlichův manévr)! -po krmení vyčisti dutinu ústní!

### 3. Vylučování

Tab. 45 Vylučování

	<b>ošetřovatelská diagnóza</b>	<b>cíl</b>	<b>intervence I</b>
1	Inkontinence moči a stolice z důvodu kognitivní poruchy, z důvodu anatomických změn dna pánevního	-klient bude mít vytvořen individuální způsob vyprazdňování, který mu umožní vykonávat potřebu na WC -pečovatelé zvládají péči o inkontinentního klienta a jeho kůži -inkontinence nebrání klientovi ve společenských aktivitách	-posuď úroveň inkontinence! -vod' klienta v pravidelných intervalech na toaletu! -poskytni mu dostatek času na vykonání potřeby! -zajisti soukromí a intimitu! -po vykonání potřeby zkontroluj čistotu kůže a ošetři kůži! -měň inkontinentní pomůcky podle potřeby! -sleduj a udržuj čistotu klienta! -posiluj klientovo sebevědomí! -odchylky ve vyprazdňování moči a stolice zaznamenej a nahlas lékaři!
2	Průjem z důvodu dietní chyby, z důvodu diabetické enteropatie, z důvodu výživy sondou	-klient bude mít formovanou stolicí -pečovatelé poznají a odstraní všechny odstranitelné zdroje průjmu	-zjisti charakter průjmu (akutní/chronický)! -najdi a odstraň vyvolávající příčiny(strava, skybala v rektu..)! -proved' výtěr z rekta dle ord. lékaře! -podávej léky dle ord.lékaře a sleduj jejich účinky! -zajisti dostatečný příjem tekutin! -zajisti dietní režim! -pečuj o hygienu a kůži pacienta! -hygienu kontroluj ve zvýšené míře, inkontinentní pomůcky měň ihned při znečištění!
3	Zácpa/riziko vzniku z důvodu zmatenosti (nenalezení WC, neuvědomování si potřeby), z důvodu snížené motility trávicího traktu	-klient se bude normálně pravidelně vyprazdňovat	-zjisti příčiny zácpy! -denně zaznamenávej přítomnost/nepřítomnost stolice, sleduj její barvu, konzistenci a množství! -proved' změny v jídelníčku! -zajisti dostatek tekutin! -proved' změny v pohybovém režimu! -vod' pacienta v pravidelných intervalech na toaletu a poskytni mu dostatek času a soukromí! -podávej projímadla dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek!
4	Močení porušené z důvodu přidruženého onemocnění	-klient bude močit normálně	-sleduj a zaznamenej úchytky od normálu! -informuj lékaře! -při stavech neklidu zvaž možnost retence moči!

#### 4. Aktivita, cvičení

(plán ošetrovatelské péče u pacienta v omezení je uveden dále)

Tab. 46 Aktivita cvičení

	<b>ošetrovatelská diagnóza</b>	<b>cíl</b>	<b>intervence</b>
1	Péče o sebe sama nedostatečná při příjmu potravy, mytí, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování z důvodu kognitivní poruchy	-klient bude provádět péči o sebe sama na úrovni svých schopností -klient bude najedený -klient bude mít dobrou úroveň hygieny -klient bude správně obut a oblečen a upraven -klient bude používat toaletu a bude mít provedenu řádnou hygienu po jejím použití	-posuď stupeň postižení v jednotlivých oblastech sebedpěče (testy ADL...)! -zajisti pomůcky k usnadnění péče o sebe sama! -sleduj a kontroluj klienta při jednotlivých úkonech! -při nedostatečné sebedpěči pomoz klientovi s potřebnými úkony! -při úplné neschopnosti péče o sebe sama proved' všechny potřebné úkony za klienta! -jednej ohleduplně, pokud si pacient nepřeje vykonat nějaký úkon, odlož ho na pozdější dobu! -podporuj klientovu samostatnost! -dopřej mu dostatek času!
2	Pohyblivost porušená z důvodů poškození kognitivních funkcí	-klient si zachová/zlepší úroveň hybnosti -klient se nezraní	-posuď rozsah hybnosti! -posuď kvalitu chůze! -najdi rizika! -proved' úpravu prostředí! -odstraň nerovnosti terénu doma i na zahradě! -zahaj rehabilitaci! -pobízej pacienta k aktivitě! -nauč klienta zacházet s kompenzačními pomůckami a kontroluj jejich používání! -zajisti vhodnou obuv!
3	Poranění, zvýšené riziko z důvodu kognitivní poruchy	-klient se nezraní	-najdi a posuď možná rizika! -proved' úpravu prostředí! -znemožni klientovi přístup k chemikáliím, hořlavinám a nebezpečným látkám! -odstraň jedovaté květiny! -znemožni klientovi přístup do kuchyně! -zakryj elektrické zásuvky! -zajisti okna proti vypadnutí klienta!
4	Udržování domácnosti porušené z důvodu kognitivní poruchy	-klient bude v čistém a upraveném prostředí	-posuď míru nezpůsobivosti! -ved' klienta k udržování pořádku! -pomoz mu s udržením pořádku! -udržuj pořádek v klientově okolí

			<p>v případě jeho neschopnosti!</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-jednej ohleduplně pokud si klient nepřeje provést úklid, odlož ho na později!</li><li>-zapoj do udržování pořádku klientovu rodinu!</li></ul>
--	--	--	--

## 5. Spánek, odpočinek

Tab. 47 Spánek, odpočinek

	<b>ošetřovatelská diagnóza</b>	<b>cíl</b>	<b>intervence</b>
1	Spánek porušený z důvodu neurologického onemocnění mozku, z důvodu zmatenosti a neklidu	-klient bude odpočatý -klient se nezraní z důvodu únavy -klient bude v noci spát nejméně 4 hodiny vcelku -ostatní klienti nebudou rušeni projevy nespavosti klienta	-posuď příčiny a souvislosti (farmakoterapie, psychický stav, další možné onemocnění...)! -sleduj průběh spánku a bdění! -odstraň podněty rušící spánek! -zajisti aktivitu během dne! -snaž se, aby klient přes den nepospával! -zajisti tepelnou pohodu a vyvětranou místnost při usínání! -uprav lůžko před uložením ke spánku! -vyzkoušej osvědčené způsoby na zlepšení spánku (koupel před spaním, sklenice mléka, meduňkový čaj...)! -podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky! -sleduj známky únavy během dne (zívání, pokles výkonu, neklid...)! -nabídní náhradní aktivity v noci! -zajisti klid ostatním klientům!
2	Spánková deprivace z důvodu nedostatku nočního spánku	-klient nebude vykazovat známky únavy během dne -klient se nezraní z důvodu únavy	-posuď okolnosti nespavosti a možnosti zlepšení spánku! -podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky! -zajisti prostředí a úpravu lůžka! -sleduj známky únavy ve dne! -zajisti přiměřenou aktivitu ve dne! -umožni dospání se během dopoledních hodin!
3	Úraz, trauma z důvodu únavy způsobené nespavostí, nebo z důvodu únavy při léčbě hypnotiky	-klient se nezraní	-sleduj známky únavy! -umožni nerušený spánek po podání hypnotik a neuroleptik! -umožni „dospání se“ během dopoledních hodin!

## 6. Vnímání, poznávání

Tab. 48 Vnímání, poznávání

	<b>ošetřovatelská diagnóza</b>	<b>cíl</b>	<b>intervence</b>
1	Paměť porušená z důvodu Alzheimerovy nemoci	-klient si vytvoří metody na pomoc zapamatování si nejdůležitějších věcí -klientovy problémy s pamětí jsou kompenzovány -klient nebude frustrován ztrátou paměti	-posuď úroveň poruchy (MMSE)! -zhodnot fyzikální a biochemické faktory, které mohou mít vliv na paměť (léky, jiná onemocnění, elektrolytová nerovnováha...)! -proved' úpravy prostředí, které klientovi pomohou v orientaci osobou, časem a místem! -během komunikace s klientem ho orientuj v místě, čase, osobě! -starej se o klientovu psychickou pohodu (nabídni mu aktivity, které ho uspokojí a umožní mu prožít prožitek úspěchu)! -sleduj projevy obav a deprese ze ztráty paměti! -prováděj techniky tréninku paměti!
2	Senzorická a percepční porucha z důvodu neschopnosti nervové soustavy zpracovat vjemy přicházející z prostředí a z důvodu ubývání smyslových schopností ve stáří	-klient se nezraní -pacient bude mít zajištěnu tepelnou pohodu -klient bude v psychické pohodě -senzorické nedostatky klienta budou kompenzovány /korigovány	-posuď stupeň postižení! -posuď schopnost vnímání tepla, chladu, bolesti a polohy těla a jeho částí! -pátrej po dalších příčinách a souvislostech! -zajisti funkční kompenzační pomůcky (brýle, naslouchátko, hůl, chodítko)! -sleduj vhodnost/ dostatečnost klientova oblečení a obutí! -kontroluj klientovu obuv (nazutí, zapnutí)! -sleduj projevy bludů a halucinací! -postarej se o přiměřenou stimulaci, aby nedocházelo k přetížení, nebo deprivaci (úprava prostředí, přístup k klientovi)! -dodržuj pevně stanovený denní režim! -dbej na bezpečnost klienta! -nepodávej horké nápoje a jídlo, klient by se mohl opařit! -uspořádej prostředí dle potřeb klienta!
3	Zmatenost akutní/chronická	-klientovo zdraví a bezpečnost budou	-posuď stupeň postižení (testy)! -zvaž možnost dalších

	<p>z důvodu Alzheimerovy demence</p>	<p>zachovány -klientova rodina pochopí nemoc, prognózu a potřeby nemocného -klient bude nezávislý v maximálně možné míře při zachování bezpečnosti -klientovi bude umožněno bezpečné bloudění</p>	<p>vyvolávajících příčin a faktorů! -ved' pacienta k užívání kompenzačních pomůcek! -posud' schopnost komunikace a porozumění sdělenému! -dávej klientovi jednoduché pokyny, poskytni mu dostatek času na odpověď a reakci! -všiměj si úrovně hygieny a chování! -promluv s příbuznými o jeho dřívějším chování, o délce trvání/progresi změn! -zjistí úroveň znalostí příbuzných o Alzheimerově chorobě! -vytvoř klientovi prostředí, ve kterém bude moci bezpečně bloudit! -sleduj projevy pacientovy úzkosti a signály možné agrese! -sleduj klientovo nežádoucí/nevhodné chování! -nauč se odpoutávat klientovu pozornost! -při poruchách chování taktně poskytni klientovi soukromí! -nesnaž se klienta vychovávat, není dítě, poskytni mu ale dostatek informací pro orientaci v realitě! -vyhni se projevům, které klienta provokují! -projevuj mu úctu a respekt! -podávej neuroleptika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky! -zajisti klidné prostředí! -zjistí, které intervence byly úspěšné v minulosti! -udržuj klientovu orientaci v realitě! -umožni klientovi žít v jeho vlastní realitě, jestliže mu to prospívá! -dbej na bezpečnost! -buď pozorný k potřebám rodiny!</p>
4	<p>Komunikace verbální porušená z důvodu poruchy kognitivních funkcí</p>	<p>-personál bude komunikovat takovými metodami, které umožní klientovi vyjádřit jeho potřeby -klientovy potřeby budou aktivně</p>	<p>-zjistí rozsah komunikačních schopností klienta! -odstraň překážky v komunikaci (hluk...)! -sleduj verbální i neverbální projevy! -dodržuj zásady komunikace</p>



		sledovány a plněny	s pacientem s Alzheimerovou chorobou! -předvídej potřeby klienta!
5	Interpretace okolí porušená z důvodu poruchy kognitivních funkcí	-pečovatelé zajistí klientovu bezpečnost -pečovatelé identifikují potřeby klienta v oblasti bezpečnosti -klient se nezraní	-prober s příbuznými anamnézu nemoci a úrazů! -zjisti zvyky klienta! -zjisti problémy pacienta s bezpečností! -zjisti do jaké míry si pacient uvědomuje rizika! -seznam se s výsledky MMSE! -proved' úpravy prostředí! -zaměř se na bezpečnost klienta a ochranu před úrazy! -dodržuj zásady komunikace s klientem s Alzheimerovou chorobou! -nauč se odpoutávat klientovu pozornost! -ved' klienta k používání kompenzačních pomůcek!
6	Myšlení porušené z důvodu Alzheimerovy nemoci	-klient si dokáže poradit se situací -klient se orientuje v realitě -klientovy projevy nenarušují kolektivní soužití	-zhodnot' úroveň postižení! -posud' faktory zhoršující situaci! -zhodnot' komunikační problematiku! -orientuj klienta v realitě! -vytvoř prostředí, které pomůže klientovi v orientaci v realitě! -sleduj klientovo chování, všímej si projevů možné agrese a nežádoucího chování! -používej techniky k přenesení pozornosti! -chraň klienta před úrazem! -stanov a přísně dodržuj pevný denní rozvrh! -projevuj klientovi úctu a respekt! -vyhýbej se projevům, které klienta provokují! -pomoz klientovi vyrovnat se smutkem nad ztrátou svých schopností! -nabídni mu aktivity, při kterých bude úspěšný!
7	Poranění, zvýšené riziko z důvodu poruchy kognitivních funkcí	-klient se nezraní -klientovo prostředí bude bezpečné	-zhodnot' klientův stav a chování! -vyhledej možná rizika! -proved' úpravu prostředí a nábytku (pojistky na okna, kryty na el.zásuvky, postranice k lůžku....)!

			<ul style="list-style-type: none"> <li>-zajisti vhodnou obuv a oděv!</li> <li>-zajisti dostatek kompetentního pečujícího personálu!</li> </ul>
8	Násilí akutní/hrozící vůči jiným/sobě z důvodu porušeného myšlení a zmatenosti při Alzheimerově chorobě	<ul style="list-style-type: none"> <li>-nedojde k sebepoškození klienta</li> <li>-nedojde k násilí na jiných</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-zhodnot' rizika a vyvolávající příčiny!</li> <li>-zvol psychoterapeutický přístup!</li> <li>-dovol klientovi vyjádřit svůj hněv akceptovatelnými způsoby!</li> <li>-měj klienta stále na očích!</li> <li>-sleduj chování klienta a možné projevy agrese!</li> <li>-předcházej konfliktním situacím!</li> <li>-podávej léky dle předpisu lékaře a sleduj jejich účinky!</li> <li>-předvídej projevy násilí!</li> <li>-při projevu násilí zajisti bezpečnost všech zúčastněných!</li> <li>-zajisti dostatek personálu!</li> <li>-postupuj klidně!</li> </ul>

## 7. Sebepojetí, sebeúcta

Tab. 49 Sebepojetí, sebeúcta

	<b>ošetřovatelská diagnóza</b>	<b>cíl</b>	<b>intervence I</b>
1	Sebeúcta porušená z důvodu negativního hodnocení sama sebe při úbytku kognitivních schopností	-klientova sebeúcta se zvýší -klient nebude projevovat klesající sebeúctu	-zjistí příčiny a přispívající faktory! -zjistí zachované dovednosti a podporuj je! -projevuj klientovi úctu a respekt! -předkládej pacientovi kulturní a náboženské vzory! -posuď riziko sebedestrukce! -sleduj neverbální projevy! -mobilizuj podporu rodiny! -povzbuzuj klienta ve vyjádření pocitu úzkosti! -pomoz klientovi s řešením situace! -podávej antidepresiva dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky!
2	Společenská interakce porušená z důvodu poruchy sebekoncepcie a z důvodu přemístění	-klient se zapojí do společenského života	-zhodnot' míru a příčiny! -sleduj a popiš interpersonální chování klienta! -posiluj klientovo sebevědomí! -prokazuj mu respekt a úctu! -odstraňuj komunikační bariéry! -podporuj navazování kontaktů a přátelství! -zapoj klienta do aktivizačního programu! -nabízej mu účast na kulturně-společenských akcích!
3	Úzkost, smutek, strach z důvodu postupujícího ubývání kognitivních schopností	-klient vyjádří své pocity -klient bude v psychické pohodě	-zhodnot' příčiny a vyvolávající faktory! -sleduj klientovy emoční projevy! -sleduj neverbální projevy! -hovoř s klientem o jeho pocitech! -navaz' s pacientem terapeutický vztah! -umožni klientovi vyjádřit hněv! -podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj účinky! -zvaž možnost psychoterapie! -pomoz klientovi plánovat budoucnost! -posiluj jeho sebevědomí! -nabídni mu aktivity, ve kterých bude úspěšný!

## 8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Tab. 50 Plnění rolí, mezilidské vztahy

	<b>ošetřovatelská diagnóza</b>	<b>cíl</b>	<b>INTERVENCE</b>
1	Role, porušené zvládnutí z důvodu kognitivního deficitu	-klient se adaptuje na novou roli -rodina se adaptuje na výměnu rolí	-urči klientovu roli v rodině! -pomoz klientovi pochopit a vyrovnat se se situací! -pomoz rodině pochopit a vyrovnat se se situací! -diskutuj s klientem/jeho blízkými a pomoz vyvinout postupy k vypořádání se se změnami! -projevuj klientovi respekt a úctu!
2	Společenská izolace z důvodu kognitivního deficitu	-klient se nebude cítit izolován -klient se bude účastnit kulturně-společenských akcí	-zjistí, co brání společenskému kontaktu! -hovoř s klientem o jeho pocitech! -zjistí, jakou podporu má pacient ze strany rodiny! -seznam klienta s lidmi (pacienty/klienty) se společnými zájmy! -poskytni kontakt s vnějším prostředím (rádio, televize, noviny..)! -podporuj účast v aktivizačním programu!
3	Přemístění, stresový syndrom z důvodu umístění pacienta v ústavu	-klient bude akceptovat situaci -přemístění proběhne bez katastrofických příhod	-zhodnot' míru klientova stresu! -pomoz pacientovi zvládnout změny! -umožni mu úpravu pokoje podle jeho představ! -popros rodinu o obrázky, fotografie a předměty připomínající domov! -seznam se se zvyky klienta a včleň je do provozu zařízení! -přízpůsob jídelníček zvyklostem klienta! -respektuj klientovy zvyky ohledně oblékání (např.žena zvyklá nosit sukně nebude nosit kamaše)! -nenut' klienta ke koupání, když se mu nechce, pokus se ho přesvědčit, nebo odlož úkon na pro klienta vhodnější dobu!
4	Společenská interakce porušená z důvodu odloučení	-klient se zapojí do kulturně-společenského dění	-odeber sociální anamnézu! -najdi příčiny porušené interakce! -sleduj a zaznamenej negativní

od náboženské/ kulturní komunity při umístění pacienta v instituci	-klient naváže kontakt se svou náboženskou/ kulturní komunitou	chování! -prodiskutuj s klientem i jeho rodinou zjištěné problémy! -posiluj klientovo sebevědomí! -pomoz v navázání přerušovaných kontaktů! -poskytni informace o náboženském životě v instituci! -nabídní klientovi účast na kulturně-společenských akcích! -vytrvej nenásilně ve svém snažení, nedej se odradit odmítavým postojem klienta! -pomoz klientovi ve vytváření pozitivního společenského chování!
---	--	--

## 9. Sexualita, reprodukční schopnost

Tab. 51 Sexualita, reprodukční schopnost

	ošetřovatelská diagnóza	cíl	INTERVENCE
1	Sexualita porušená z důvodů poruch chování	-klient nebude budít pohoršení -důstojnost klienta nebude snižována	-posud' úroveň poruchy! -pátrej po klientových potřebách! -zjistí od rodiny projevy sexuality! -odpoutej klientovu pozornost! -v případě potřeby zajisti klientovi soukromí! -uklidni rodinu, že porucha chování souvisí s nemocí, nikoli špatnou morálkou a charakterem!
2	Retence moči chronická při hyperplazii prostaty	-klient bude močit tak, aby nezbyvalo reziduum v močovém měchýři -urostomie, permanentní močový katétr budou průchodné, funkční	-zhodnot' klientův stav! -u mužských klientů s pokročilou demencí sleduj močení, při známkách neklidu pátrej po možné souvislosti s retencí moči! -kontroluj množství, barvu a zápach moče! -podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky! -dodržuj standart péče o permanentní močový katétr, urostomii! -sleduj projevy zánětu! -dohlédni na dostatečnou hydrataci (nejméně 3 l/denně)!

## 10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Tab. 52 Stres, zátěžové situace

	<b>ošetřovatelská diagnóza</b>	<b>cíl</b>	<b>INTERVENCE</b>
1	Zvládání problémů individuální, neúčinné z důvodu kognitivního deficitu	-klient bude v psychické pohodě -u klienta se nebudou vyskytovat projevy frustrace, netrpělivosti a podrážděnosti	-zhodnot' schopnost klienta rozumět a vyhodnotit situaci! -urči míru schopnosti klienta čelit problémům! -dovol klientovi reagovat po svém, bez odsouzení! -ved' klienta k verbalizaci jeho emocí! -posud' účinky stresorů a způsoby, jak se s nimi vypořádat! -prokazuj klientovi úctu a respekt, jednej laskavě!

## 11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Tab. 53 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

	<b>ošetřovatelská diagnóza</b>	<b>cíl</b>	<b>intervence</b>
1	Duchovní tíseň/hrozící z důvodu ztráty smyslu života, nebo z důvodu oddělení od náboženských/kulturních vazeb	-klient nalezne smysl života -klient dosáhne naděje, míru a spokojenosti -klientovy náboženské/ kulturní vazby budou dle možností obnoveny	-zjistí co způsobuje tíseň! -prodiskutuj s pacientem otázky víry a smyslu života! -pomoz navázat kontakt s náboženskou/ kulturní komunitou! -najdi si dostatek času a prodiskutujte s klientem jeho problémy! -poskytni čas a soukromí pro spirituální aktivity! -umožni klientovi způsob života jaký mu dovoluje jeho víra (muslimové)! -prodiskutuj s rodinou klienta otázku jeho životních hodnot!

## Plán ošetrovateľskej péče v souvislosti s použitím omezujících prostředků

Tab. 54 Plán ošetrovateľskej péče u klienta v omezení

	<b>ošetrovateľská diagnóza</b>	<b>cíl</b>	<b>intervence</b>
1	Imobilizační syndrom, zvýšené riziko z důvodu omezení pohybu	<ul style="list-style-type: none"> <li>-klient bude mít neporušenou kůži</li> <li>-klient se bude efektivně vyprazdňovat a močit</li> <li>-klient bude adekvátně dýchat</li> <li>-klient bude mít normální periferní prokrvení</li> <li>-klientova funkce kosterně-svalového systému se nebude zhoršovat</li> <li>-klientova orientace v realitě se nebude zhoršovat</li> <li>-klient nebude projevovat známky snížené sebeúcty</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-označ rizika a předpokládané komplikace!</li> <li><b>KŮŽE</b></li> <li>-kontroluj stav kůže!</li> <li>-používej pomůcky ke zmírnění tlaku!</li> <li>-sleduj stav výživy a hydratace!</li> <li>-pečuj o kůži vždy, když je to zapotřebí!</li> <li><b>VYPRAZDŇOVÁNÍ A MOČENÍ</b></li> <li>-dbej na vyváženou stravu s dostatkem vlákniny!</li> <li>-zajisti přiměřený příjem tekutin!</li> <li>-umožni pohyb ihned, jak je to možné!</li> <li>-sleduj stolici a v případě potřeby podávej látky ke změkčení a zvětšení objemu stolice!</li> <li>-sleduj diurézu a charakter močení!</li> <li>-prováděj výměnu inkontinentních pomůcek vždy podle potřeby!</li> <li><b>DÝCHÁNÍ</b></li> <li>-vyhledej a odstraň rizika (polštář)!</li> <li>-sleduj dýchací fenomény!</li> <li>-udržuj volné dýchací cesty!</li> <li>-podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky (útlum)!</li> <li>-pobízej klienta ke kašli a hlubokému dýchání!</li> <li>-dbej na volnou průchodnost dýchacích cest!</li> <li>-zabraň aspiraci stravy a tekutin!</li> <li>-dodržuj zvýšenou polohu těla při jídle!</li> <li><b>PROKRVENÍ TKÁNÍ</b></li> <li>-zkoumej, zda nedochází k projevům zhoršeného</li> </ul>

		<p>okysličení tkání (psychické změny)!</p> <p>-pravidelně posuzuj oběhové a nervové funkce částí pod úvazem!</p> <p>-sleduj dle ordinace lékaře krevní tlak!</p> <p>-měň polohu klienta v pravidelných intervalech!</p> <p><b>KOSTERNĚ-SVALOVÁ SOUSTAVA</b></p> <p>-používej omezení pouze na dobu nezbytně nutnou!</p> <p>-zaznamenej výchozí úroveň fyzické kondice!</p> <p>-prováděj cviky na udržení rozsahu pohybu!</p> <p>-dodržuj rehabilitační program!</p> <p>-povzbuzuj klienta v rámci možností k soběstačnosti v sebecpěči a sebeobsluze!</p> <p><b>SENZORICKO-PERCEPČNÍ SOUSTAVA</b></p> <p>-orientuj klienta časem místem, osobou!</p> <p>-umožni sledování médií!</p> <p>-zajisti stimulující prostředí!</p> <p>-odstraň z prostředí prvky, které klienta iritují!</p> <p>-domluv s klientem signál pro přivolání sestry!</p> <p><b>BEZMOCNOST, PORUŠENÁ SEBEÚCTA</b></p> <p>-zjistí, jak klient vnímá situaci!</p> <p>-pouč klienta v souvislosti s omezením!</p> <p>-poučení v případě potřeby zopakuj!</p> <p>-na domluvený signál vždy přijď k klientovi!</p> <p>-měj klienta stále na očích!</p> <p>-mluv s klientem!</p> <p>-dotazuj se na potřeby klienta!</p> <p>-zjistí, jakým způsobem klient vyjadřuje potřeby!</p> <p>-naslouchej pacientovi, projevuj mu úctu!</p> <p>-komunikuj s pacientem!</p>	
2	Neznalost, potřeba poučení při	-klient zná důvod omezení a podmínky	-informuj klienta o příčinách omezení!



	poruchách chování	k jeho ukončení	-urči, za jakých podmínek omezení ukončíš! -komunikuj s klientem na jeho komunikační úrovni! -oceň klientovu snahu!
3	Bolest z důvodu těsného úvazu	-klient nebude vnímat omezení bolestivě	-kontroluj pravidelně úvazy v intervalech dle ordinace lékaře! -vypodlož úvazy! -pravidelně kontroluj a masíruj znehybněné končetiny! -pravidelně uvolňuj úvazy! -postarej se o zklidnění klienta!
4	Společenská izolace z důvodu použití omezujícího prostředku	-klient bude znát příčiny izolace a způsoby, jak jí zabránit/ ukončit -klient se po ukončení omezení zapojí do společenského života na oddělení	-zjisti, jak klient vnímá omezení! -sleduj změny v chování, jako odpověď na izolaci! -povol návštěvy a telefonní kontakt! -umožni podněty z prostředí (časopisy, televize, rádio, pohled z okna)!
5	Sebepéče nedostatečná z důvodu omezení	-klient bude najedený -klient bude čistý -klient bude adekvátně a čistě oblečen -klientovi bude umožněno dojít si na toaletu -po použití toalety bude mít klient provedenu hygienu	-zjisti potřeby klienta v omezení! -vytvoř plán uspokojování potřeb! -sleduj průběžně potřeby klienta a zajišťuj jejich plnění! -posuď možnosti klienta samostatně se najíst! -zajisti, aby snědl svoje porce jídla! -postarej se o přiměřenou konzistenci a úpravu stravy! -pečuj o hygienu dutiny ústní před jídlem i po něm! -udržuj v čistotě zubní náhradu! -važ klienta pravidelně 1x týdně! -posuď možnosti klienta samostatně se napít! -dohlédni, aby jeho příjem tekutin byl 3 l denně! -podávej pravidelně hrneček s čajem! -prováděj aktivní hydrataci! -sleduj močení (množství, četnost, barva)!

## **§ 89 (zákon číslo 108/2006) Opatření omezující pohyb osob**

(1) Při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze pro dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob.

(2) Opatření omezující pohyb osob lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život, nebo zdraví a život jiných fyzických osob. Poskytovatel sociálních služeb je proto povinen podle konkrétní situace nejdříve využít možnosti slovního zklidnění situace a jiné způsoby pro zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání. Osoba musí být vhodným způsobem informována, že může být použito opatření omezující její pohyb.

(3) Před použitím opatření omezujícího pohyb osob je zapotřebí souhlasu lékaře, kterého je poskytovatel služeb vždy povinen přivolat, pokud nepostačuje postup podle odstavce 2.

(4) Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezujících pohyb osob zvolit vždy nejmírnější opatření. Zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté přemístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě na základě ordinace lékaře lze použít léky.

(5) Poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytovat sociální služby tak, aby metody poskytování těchto služeb předcházely situacím, ve kterých je nezbytné použít opatření omezující pohyb osob.

(6) Poskytovatel sociálních služeb je povinen o použití opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce osoby, které jsou poskytovány sociální služby, nebo jde-li o nezletilou osobu, která byla svěřena na základě rozhodnutí příslušného orgánu do péče jiné osoby, tuto osobu.

(7) Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu

- a) jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození osoby,
- b) datum, čas počátku a místo použití opatření omezujícího pohyb osob,
- c) důvod použití opatření omezujícího pohyb osob,
- d) jméno popřípadě jména a příjmení osoby, která opatření omezující pohyb osob použila,
- e) souhlas lékaře,
- f) datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob,
- g) popis bezprostředně předcházející situace,
- h) záznam o splnění povinnosti stanovené v odstavci 6,
- i) popis případných poranění osob, ke kterým došlo při použití opatření omezujícího pohyb osob a umožnit nahlížení do této evidence zákonnému zástupci osoby nebo fyzické osobě, které byla nezletilá osoba svěřena rozhodnutím příslušného orgánu do péče, osobě blízké uživateli, zřizovateli zařízení, lékaři a Veřejnému ochránci práv.