

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.**

**Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY  
S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ V DOMÁCÍ PÉČI**

**Bakalářská práce**

**MARKÉTA RYBOVÁ**

Praha 2011

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY  
S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ V DOMÁCÍ PÉČI**

Bakalářská práce

MARKÉTA RYBOVÁ

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

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-04-06

Praha 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

**RYBOVÁ Markéta**  
**3. B VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 3. 2010 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou demencí  
v domácí péči

*Nursing Process of the Patient with Alzheimer's Disease in Home Care*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 29. 10. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 6.4.2011

podpis:

## **ABSTRAKT:**

*RYBOVÁ, Markéta. Ošetrovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou demenci v domácí péči. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: doc. PhDr.Jitka Němcová, PhD., R.N. Praha. 2011. s.65*

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacientku s Alzheimerovou demenci v domácí péči.

Teoretická část popisuje komplexní domácí péči v České republice, její rozsah, specifika, pozitiva, význam pro pacienty a jejich blízké. Dále také problematiku Alzheimerovy choroby, neurobiologické změny, klinický obraz, stadia nemoci, terapii a léčbu, nové vědecké poznatky týkající se této nemoci. Rovněž zahrnuje specifika ošetrovatelské péče o pacientku s touto nemocí, komunikaci, komplexní ošetrovatelskou péči, podporu pacientky a rodiny.

V praktické části je uveden konkrétní ošetrovatelský proces u pacientky v domácí péči Farní charity Neratovice.

Problematika Alzheimerovy choroby je velice aktuálním tématem. Specifika péče o pacienty s touto nemocí jsou důležitá a zajímavá jak pro zdravotnický a ošetrovatelský personál, tak především pro rodiny, které o tyto nemocné pečují.

**Klíčová slova:** Alzheimerova choroba. Domácí péče. Komunikace. Ošetrovatelská péče. Rodina. Sestra.

## **ABSTRAKT:**

**RYBOVÁ**, Markéta. *The Nursing Process of a patient with Alzheimer's Disease at Home Care*. College of health, o.p.s. Level of qualification: bachelor's degree. Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N. Prague. 2011. p. 65

The main subject of the Bachelor's work is nursing care of a patient with Alzheimer's Dementia in Home care.

Theoretical part describes comprehensive home care in the Czech Republic, its scope, specifics, positives, significations for patients and their relatives. It further describes problematic of Alzheimer's disease, neuro-biological changes, clinic picture, stages of disease, therapy and treatment, new scientific findings related to this disease. It also relates to nursing care of patient with this disease, communication, complete nursing care, support of the patient and her family.

In practice part, the concrete nursing process of patient in home care of Parish Charity Neratovice is described.

The problematic of Alzheimer disease is very actual topic. The specifics of care of the patients with this disease are very important and interesting for medical and nursing personnel but also for the families, which are taking care of the patients.

Key words: Alzheimer's disease. Family. Home care. Communication. Nursing care. Nurse.

# PŘEDMLUVA

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demencí jak v naší zemi tak i celosvětově. Rozvíjí se pomalu, plíživě a prochází několika fázemi, které se od sebe liší svým průběhem, což je podstatné z hlediska přístupu zdravotnického personálu i blízkých příbuzných.

Hlavním problémem při kontaktu s pacienty s touto diagnózou je komunikace, velmi důležitá je u těchto lidí neverbální komunikace, která je velmi často jejich jediným spojením se světem kolem nich.

Výběr tématu byl ovlivněn zaměstnáním v domácí péči a v denním stacionáři Farní charity Neratovice, která poskytuje svým klientům vysoce kvalitní služby.

Cílem práce je představit pečovatelům i zdravotnickému personálu specifika této choroby, její nevyzpytatelnost a zákeřnost a zároveň také obtížnost spolupráce s těmito pacienty a náročnost laické i ošetrovatelské péče o tyto nemocné. A na pomoc pečovatelům při rozhodování, co se týče ošetrovatelské péče v domácím prostředí.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., R.N. za pedagogické usměrnění, cenné rady a podporu, kterou mi při vypracování poskytla. Ředitelce Farní charity Neratovice pí. Miloslavě Machovcové za možnost realizace ošetrovatelského procesu u této pacientky.

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

<b>AD</b> .....	Alzheimerova demence
<b>ADL</b> .....	Activity of daily living
<b>ACH</b> .....	Alzheimerova choroba
<b>AN</b> .....	Alzheimerova nemoc
<b>ApoE</b> .....	apolipoprotein
<b>APP</b> .....	amyloidový prekurzorový protein
<b>CMP</b> .....	cévní mozková příhoda
<b>CT</b> .....	počítačová tomografie
<b>DP</b> .....	domácí péče
<b>EEG</b> .....	elektroencefalogram
<b>ICHS</b> .....	ischemická choroba srdeční
<b>mm/Hg</b> .....	milimetrů/rtuti
<b>MMSE</b> .....	Mini Mental State Examination
<b>MR</b> .....	magnetická rezonance
<b>PET</b> .....	pozitronová emisní tomografie
<b>SPECT</b> .....	jednofotonová emisní počítačová tomografie
<b>UPT</b> .....	umělé přerušování těhotenství



## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Afázie</b> .....	porucha řeči
<b>Agnózie</b> .....	porucha poznávání
<b>Agrafie</b> .....	ztráta schopnosti psát
<b>Alkalkulie</b> .....	ztráta schopnosti počítat
<b>Antikoaglandium</b> .....	protisrážlivý
<b>Antipsychotikum</b> .....	potlačující psychické stavy....
<b>Apraxie</b> .....	porucha hybnosti
<b>Behaviorální</b> .....	zabývající se lidským chováním
<b>Bronchodilatans</b> .....	roztahující průdušky
<b>Diuretikum</b> .....	močopudný
<b>Ergoterapeut</b> .....	léčí práci
<b>Exkoriace</b> .....	oděrka
<b>Extracelulární</b> .....	mimo buňku
<b>Holistický</b> .....	celostní
<b>Hypokinetický</b> .....	snížení úrovně pohybu
<b>Cholecystolithiasis</b> .....	žlučnickové kameny
<b>Intracelulární</b> .....	uvnitř buňky
<b>Intravenozní</b> .....	aplikace do žíly
<b>Kognitivní</b> .....	poznávací
<b>Logoklonie</b> .....	opakování zvuků, posledních slabik
<b>Menarche</b> .....	1. menstruace
<b>Menopauza</b> .....	ztráta menstruace
<b>Nasogastrická</b> .....	vedená nosem do žaludku
<b>Osteoporóza</b> .....	řidnutí kostí
<b>Palilálie</b> .....	vícenásobné opakování slov
<b>Preterminální</b> .....	před koncem
<b>Terminální</b> .....	konečné

## OBSAH

ÚVOD	10
------	----

### TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA DOMÁCÍ PÉČE V ČR	12
1.1 Historie a současnost domácí péče v České republice	12
1.2 Rozsah, legislativa, indikační skupiny klientů	13
1.3 Formy domácí péče, kdo jí poskytuje	14
1.4 Dokumentace, pozitiva a záruka kvality v domácí péči	15
2 ALZHEIMEROVA CHOROBA	17
2.1 Charakteristika demence	17
2.2 Charakteristika Alzheimerovy choroby	18
2.3 Etiologie, výskyt, patogeneze	19
2.4 Klinický obraz, stadia, diagnostika	20
2.5 Terapie Alzheimerovy choroby	22
2.5.1 Farmakologická léčba	23
2.5.2 Nefarmakologická léčba	24
3. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	27
3.1. Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s demencí	27

### PRAKTICKÁ ČÁST

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	32
4.1 Ošetrovatelský proces podle Virginie Henderson	33
4.2 Ošetrovatelský proces u pacientky s demencí v domácí péči	35
4.3 Situační analýza	43
4.4 Zjištěné problémy	44
4.5 Stanovení sesterských diagnóz a jejich zpracování	44
4.6 Potencionální sesterské diagnózy	57
4.7 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče	59
4.8 Doporučení pro praxi	60

ZÁVĚR	61
-------	----

POUŽITÁ LITERATURA	64
--------------------	----

### SEZNAM PŘÍLOH

# ÚVOD

Celosvětová populace stárne, přibývá starých nemocných lidí a tito lidé potřebují zdravotní a sociální pomoc. Zdravotní personál by měl mít alespoň základní znalosti z gerontologie. Zdravotní a sociální služby se v tomto oboru intenzivně rozvíjejí. Značnou část péče zajišťuje domácí péče a pečovatelská služba.

Člověku je nejlépe v rodině, a to jak ve zdraví i v nemoci, dříve nebylo výjimkou, že v jednom obydlí žilo několik generací pospolu a vzájemně se o sebe starali. Měli práci doma a tak byli svým blízním neustále nablízku. S rozvojem průmyslové revoluce se oddělila práce od domova. V dnešní době žije nukleární rodina samostatně a stárnoucí člověk většinou také, proto je pro něj velmi důležité zachovat si co nejdéle svou soběstačnost. Kterou bohužel ohrožují nemoci... Ne vždy se však musí jednat o hospitalizaci, primární pomocí může být domácí péče.

Alzheimerova choroba patří mezi nejčastější formy demence jak u nás tak celosvětově. Postihuje především mozkovou kůru. Odhaduje se, že v současné době jí trpí v celém světě až 25 milionů lidí, je obrovským problémem pro postižené, jejich rodiny, ale zároveň i pro společnost. Vyvíjí se plíživě, pomalu a progreduje. Toto onemocnění představuje polovinu všech demencí, jedná se o degenerativní onemocnění nervového systému, kdy jsou nervové buňky ničeny, mozek atrofuje, dochází k poruchám chování, paměti, změnám osobnosti, ztrátě úsudku, dezorientaci až k úplné ztrátě nezávislosti. Je nazývána pandemií 21. století .

Pomineme-li fakt, že trpí jak pacient sám, tak i jeho pečující rodina, je zde i socioekonomický problém za výdaje na léčení takového množství populace.

V první kapitole uvádíme všeobecný přehled o domácí péči v České republice, její historii, současnost, rozsah, legislativu, indikační skupiny klientů domácí péče, kdo jí poskytuje a jaké další služby nabízí.

V druhé kapitole uvádíme všeobecný přehled demencí, typy demencí, charakteristiku Alzheimerovy choroby, její stadia, neurobiologické změny, klinický obraz, diagnostiku, léčbu.

Ve třetí kapitole se zaměříme na ošetrovatelskou péči a její specifika u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Především na anamnestiku, diagnostiku a plánování v komplexní domácí péči.

V praktické části realizujeme konkrétní ošetrovatelský proces u nemocné s Alzheimerovou chorobou, která je v péči agentury domácí péče. Cílem práce je poukázat na specifika ošetrovatelské péče a důležitost komunikace u těchto nemocných a jejich rodin. Vzhledem k obrovskému nárůstu tohoto onemocnění do budoucna, se domníváme, že je velmi důležité pro všechny zdravotní sestry a nejen je, znát a vědět co nejvíce informací o této nemoci, neboť se s ní můžeme setkat kdykoli a kdekoli.

# CHARAKTERISTIKA DOMÁCÍ PÉČE V ČR

Domácí péče je nedílnou součástí moderního systému zdravotní a sociální péče v České republice. Nárok na poskytování péče má každý občan České republiky, jehož ošetřující lékař na základě zhodnocení celkového zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí rozhodne, zda mu bude péče poskytnuta či ne.

## 1.1 Historie a současnost domácí péče

Už v nejstarších dobách našich věků měl člověk potřebu starat se o své zdraví a zdraví svých blízkých v souvislosti s přežitím. Bylo běžným jevem, že se v rodinách rodilo, ošetřovalo a umíralo. Tyto činnosti vykonávaly především ženy a své poznatky a zkušenosti si předávaly z generace na generaci.

Tato péče byla již zaznamenána ve 12. století, kdy jí vykonávaly řeholní řády. Byla především povahy charitativní na pomoc chudým a bezmocným. Již ve 13. století se objevily zmínky o návštěvních službách v domácnostech nemocných. Svatá Anežka Přemyslovna, zakládá v roce 1223 Laické bratrstvo špitální, z kterého vznikl řád Křížovníků s červenou hvězdou, který spravoval v českých zemích šedesát špitálů. V 15. století byly vytvořeny domovy nemocných, kam pravidelně docházely ženy - diakonky. Později byla jejich činnost zakázána církví. Začaly vznikat různé lazarety, špitály a nemocnice, kde byla nemocným poskytována nezbytná péče. Byla opět spíše sociálního charakteru. Za vlády Marie Terezie (1740-1780) došlo ke zlepšení péče o poddané v sociální sféře, stavěly se různé útulky, zakládaly se spolky pro ochranu a pomoc potřebným.

Moderní koncept domácí péče byl zahájen v roce 1859 v Liverpoolu - panem Williamem Rathbonem, který přišel na myšlenku domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu. Ve spolupráci s Florence Nightingalovou (zakladatelka a propagátorka moderního ošetřovatelství) založil první školu pro sestry, které poskytovaly ošetřovatelskou péči nemocným, potřebným a chudým lidem.

V době Národního obrození se část intelektuálů - například Karolina Světlá, Eliška Krásnohorská snažila podporovat sociální i odbornou péči pro všechny obyvatele bez rozdílu. Roku 1874 je založena z jejich iniciativy první ošetřovatelská škola. Jsou zřizovány různé spolky, pořádány dobročinné akce na podporu sociálně slabých. V roce 1919 za významné pomoci Alice Masarykové je založen Československý červený kříž.

Kolem roku 1974 vznikají první léčebny dlouhodobě nemocných. Pokusy v období první republiky v oblasti Domácí péče začíná realizovat Československý červený kříž. Po druhé světové válce organizují ošetřovatelskou a zdravotní službu v rodinách. Ústavy národního zdraví. Rozvíjejí se ošetřovatelské školy a novým oborem je výchova sester pro ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách. Další právní úprava zřizuje ze sester, které působily v Domácí péči - sestry geriatrické, které pracují v rámci obvodních lékařů (Haškovcová, 2002).

V roce 1989 dochází k řadě změn v systému zdravotnictví. Začínají vznikat první agentury, jako první byla založena v roce 1990 agentura domácí péče při České katolické charitě. Legálně je domácí péče uznávána od roku 1991 jako zvláštní typ zdravotnické péče. Jednou z dalších prvně vznikajících agentur byla agentura Niké v Pardubicích, náležela k místní nemocnici a nemocnice financovala její provoz.

K velkému nárůstu počtu agentur domácí péče došlo roku 1992, kdy byla založena Asociace domácí péče České Republiky, která sdružuje pracovníky poskytující péči v domácnostech – lékaře, všeobecné sestry, sociální pracovníky, pečovatelky, dobrovolníky a další... Všeobecná zdravotní pojišťovna vytváří metodický pokyn pro poskytování domácí péče. V roce 1994 bylo v naší zemi 300 agentur. V červnu tohoto roku vzniklo Národní centrum domácí péče, které poskytuje informace a zajišťuje koordinaci odborné i laické veřejnosti. Pořádá řady seminářů a konferencí na národní regionální úrovni pro lékaře a zdravotní sestry v domácí péči. V roce 2000 - 472 agentur, v roce 2005 - 494 agentur, péče byla poskytnuta 142 tisícům klientů a zdravotnický personál vykázal 6 000 000 návštěv u pacientů (Haškovcová, 2002; Misconiová, rok neuveden). Rok 2008 – 476 poskytovatelů DP, kolem 3000 pracovníků v DP, 137 tisíc klientů, 5,5 milionů návštěv. Rok 2009 – 473 poskytovatelů péče, počet zaměstnanců stejný, 145 tisíc klientů, 5,7 milionů návštěv (www.uzis.cz).

## **1.2 Rozsah, legislativa, indikační skupiny klientů domácí péče**

Rozsah maximální frekvence domácí zdravotní péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění je určen na 3 x 1 hodinu odborné zdravotní péče denně. Jedná se o úkony ordinované ošetřujícím lékařem, které jsou prováděny kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky. V domácí péči existují zatím čtyři typy návštěv. Liší se časovým rozsahem 15, 30, 45 a 60 min. až 3x denně. K vybranému typu návštěvy ošetřující lékař stručnou formou doplní požadované výkony, platnost indikace této péče

je maximálně jeden měsíc, poté se ošetřující lékař na základě písemného hodnocení od zdravotní sestry a dle zdravotního stavu klienta rozhodne, zda je třeba v péči pokračovat a v jakém rozsahu. Časová dostupnost domácí péče by měla být zajištěna 24 hodin denně 365 dní v roce (Misconiová, rok neuveden). Právní předpisy související s poskytováním domácí péče (Příloha A).

Domácí péče je nejčastěji indikována pacientům, kteří jsou plně, nebo částečně závislí na pomoci druhé osoby. Dále u pacientů u nichž je nutné zajistit pokračování dlouhodobé péče, z důvodu doléčení chronického i akutního onemocnění. Zahrnuje i domácí hospicovou péči. Je určena rodinným příslušníkům a blízkým v takové životní situaci, kterou již nemohou zvládnout laickou péčí a je nutné zahájit poskytování odborné zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí. Je poskytována všem věkovým, indikačním i diagnostickým skupinám pacientů ([www.domacipece.cz](http://www.domacipece.cz)).

## **Formy domácí péče, kdo jí poskytuje , další služby**

**Domácí hospitalizace** - je určena pacientům v pooperačním a poúrazovém stavu., ale také pacientům s neurologickým či kardiovaskulárním onemocněním. Samozřejmě se tato péče musí odbornou kvalitou vyrovnat adekvátní péči v nemocnici (Misconiová, rok neuveden).

**Poúrazová péče** – je běžná u pacientů u nichž je zachováno vědomí a u kterých nehrozí závažné komplikace. Je u nich prováděna např. léčba bolesti, polohování, zajištění pitného a hygienického režimu, odborné ošetření ran, rehabilitace.

**Dlouhodobá domácí péče** – je určena chronicky nemocným, jejichž stav si vyžaduje pravidelnou a dlouhodobou domácí péči kvalifikovaného personálu. Jsou to pacienti např. po mozkových příhodách, s komplikovanou cukrovkou, s chronickou bolestí, s různými formami ochrnutí, pacienti s chronickým onemocněním plic, s gastroenterologickým onemocněním - stomie, s metabolickým onemocněním, neurologickým, onkologickým ale i psychickým. Tato forma péče je zdravotního i sociálního charakteru, často je poskytována několik měsíců i let.

**Preventivní domácí péče** – je určena všem skupinám pacientů u nichž lékař doporučí pravidelné monitorování zdravotního a duševního stavu. Zdravotní sestry provádí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav klienta a případné změny hlásí ošetřujícímu lékaři. Tato forma péče je zaměřena na terciární prevenci, tzn. zabránit komplikacím u již probíhajícího onemocnění. Její součástí je již zmíněné

monitorování pacienta, měření fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu, kontrola stupně resocializace.

**Domácí hospicová péče** – zahrnuje péči o pacienty v preterminálním a terminálním stadiu života. Umírání je nejtěžší fází lidského života je spojeno s řadou symptomů, které ovlivňují kvalitu života pacienta i jeho blízkých. Nejčastěji se jedná o léčbu bolesti, hygienu, intravenózní hydrataci, péči o nasogastrickou sondu, psychickou a emocionální podporu klienta i jeho blízkých. Obvykle je indikována ve frekvenci 3 x denně. Tato péče je velmi náročná pro všechny členy týmu.

**Domácí zdravotní péče** je poskytována multidisciplinárním týmem pracovníků, kteří poskytují, odbornou, sociální i laickou pomoc v takovém rozsahu, jež odráží aktuální zdravotní stav klienta a jeho sociální prostředí. V tomto týmu jsou lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, sociální pracovníci a další. Tento tým řídí manažer příslušné agentury domácí péče, který má pečlivě propracovaný organizační a provozní řád. Přijímá též veškeré dotazy, požadavky a připomínky a je zároveň v kontaktu s ošetřujícími lékaři všech pacientů.

V domácí péči tuto funkci přebírá odpovědný člen týmu (všeobecná sestra), která pacienta i jeho rodinu navštíví, provede vstupní pohovor, vyšetření pacienta, zhodnocení stavu sociálního prostředí a provede zavedení péče (Misoniová, rok neuveden).

## **Dokumentace, pozitiva a záruka kvality v domácí péči**

Agentury domácí péče jsou povinny prostřednictvím jednotlivých členů týmu průběžně zaznamenávat údaje o zahájení, průběhu a ukončení domácí péče do příslušné dokumentace. Součástí této dokumentace jsou i údaje o celkovém zdravotním stavu pacienta o jeho změnách o provedených i plánovaných výkonech. Tyto náležitosti jsou velmi důležité pro eventuální kontrolu kvality a správnosti odborných postupů. Dokumentace musí být přehledná a měla by být dostupná pro další členy týmu na viditelném místě v domácím prostředí pacienta. Mnohdy srozumitelnost a přehlednost dokumentace, může rozhodovat o dalších léčebných a ošetrovatelských intervencích, především v případě akutních změn ve zdravotním stavu pacienta a může být rozhodující pro jeho kvalitu života.

Pozitivním faktorem v domácí péči je fakt, že respektuje integritu pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí. Při poskytování domácí péče je vždy aplikován holistický



přístup. Je vědecky prokázáno, že psychická pohoda člověka, který je ošetřován ve svém domácím prostředí, mezi svými blízkými, má vliv na stav obranného systému člověka a hraje velkou roli v procesu uzdravování.

„Většina agentur domácí péče je sdružena v Asociaci domácí péče České republiky, která ve znění platných stanov ukládá svým členům řadu podmínek v oblasti vzdělávání i etických aspektů, které mají bezprostřední vliv na kvalitu poskytované komplexní domácí péče“ (Misconiová, rok neuveden, str. 22). O členství dále rozhoduje etická a odborná komise na základě aktuálních referencí o kvalitě poskytované péče konkrétní agentury. Poskytovatelé domácí péče musí prokázat příslušný počet bodů na vzdělávacích aktivitách v rozmezí 2 let, poté je mu přidělen Certifikát kvality.

Domácí zdravotní péče je velmi náročná, potřebná, zajímavá, vyžaduje samostatnost a koordinaci, schopnost improvizace a často rychlého rozhodnutí. Jejím hlavním cílem je přispívat k hospitalizaci našich blízkých jen v případě, kdy je to nezbytně nutné.

# ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba, progresivní neurodegenerativní onemocnění, které se vyznačuje charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky. Alzheimerova nemoc (dále jen AN) je primárním onemocněním šedé kůry mozkové. V průměru trvá onemocnění od vypuknutí prvních příznaků 9 let, vyvíjí se plíživě a přitom progreduje. Je to nejčastější příčina demencí, představuje 50 % všech demencí vůbec. Do 45 let věku je to onemocnění vzácné naopak mezi šedesátiletými tvoří 5 % a každých 5 let se s věkem počet nemocných zdvojnásobuje. Je nazývána tichou pandemií 21. století. Incidence presenilní AN ve věkové skupině 40 – 60 let kolísá kolem 2,4/100 000 osob/obyvatel/rok zatímco incidence pozdní – senilní formy této nemoci se pohybuje kolem 120-130/100 000 osob/obyvatel/rok. Ve věku nad 65 let trpí AN asi 10 % populace, nad 85 let necelá polovina (Jiráček, 1998).

## Charakteristika demence

Alzheimerova choroba, nemoc, demence je označení pro chronické degenerativní onemocnění, které se projevuje atrofií mozku a úbytkem mozkových buněk. Hlavním projevem tohoto onemocnění je demence. Demence je získané postižení kdy dochází ke zhoršení vyšších kortikálních funkcí jako je paměť, myšlení, orientace, chápání, schopnost učení, plánování, řeči, úsudku, pohybových stereotypů. Nerovnoměrně jsou též postiženy i další psychické funkce. Vědomí není porušené. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle provázeno zhoršením kontroly emocí, motivace, sociálního chování. Toto zhoršení, především paměti a myšlení narušuje každodenní život člověka. Nevybavuje si, nepřijímá a neuchovává si nové podněty a informace. Pacient není schopen vnímat více stimulů současně. Velmi trpí osobnost pacienta, dochází k degradaci, celkovému úpadku. Tento stav se projevuje též ve změnách chování, tito pacienti bývají velmi často agresivní, vztahovační, ale mohou být i apatičtí a emočně oploštělí (Callone, 2008).

Pro diagnostiku demence je zásadní především anamnéza trvajících obtíží v dříve běžně zvládaných aktivitách, anamnéza poruch chování, fyzikální vyšetření,

zobrazovací vyšetření mozku (CT, MR) a běžná laboratorní vyšetření. Včasná diagnostika je důležitá zejména k vyloučení stavů, které mohou demenci napodobovat a mohou být včas kauzálně léčitelné. Je vhodné odeslání pacienta na pracoviště neurologie nebo psychiatrie, neboť počáteční fáze demence nelze často rozlišit od deprese (Fiala, 2009).

## **Charakteristika Alzheimerovy choroby**

Její první popis podal profesor Alois Alzheimer, psychiatr a neuropatolog. „Celosvětově představuje velký zdravotní, sociální a ekonomický problém“ (B. Hátlová, J. Suchá, 2005, s.15). V roce 1906 přednesl na konferenci v jihozápadním Německu sdělení „Neobvyklá porucha cerebrálního kortexu“ (Pidrman, 2007, s.34). Zde byl poprvé systematicky představen případ jeho pacientky Augusty D., která trpěla příznaky, jejichž soubor se stal později nozologickou jednotkou pojmenovanou po přednášejícím.

Onemocnění představuje 50 % všech demencí. Do 45 let věku je onemocnění vzácné. Do 65 let věku pacienta užíváme termín Alzheimerova demence, po 65. roce senilní demence Alzheimerova typu - SDAT (Seidl, Obenberger, 2004). Je to smrtelné onemocnění i když se neuvádí jako příčina smrti. Pacienti umírají na některou z přidružených chorob. Její výskyt se neustále zvyšuje. Postihuje muže i ženy. Od propuknutí choroby zbývá pacientům v průměru cca 8 let života. AN je nutno odlišit od ostatních typů demence, především vaskulární, která se rozvíjí rychleji, někdy vzniká i náhle. Vaskulární demence progredují v jakýchsi skocích (podle toho jak narůstá počet mikroinfarktů v mozku). V anamnéze vaskulárních demencí je častěji hypertenze a CMP. Pacienti s AN mají přidružené neurologické příznaky, poměrně záhy trpí degradací osobnosti. Na rozdíl od toho pacienti s vaskulární demencí si dlouho uvědomují chorobnost svého stavu, často mívají deprese (Jirák a kol., 1999).

Pro orientační diferenciální diagnostické rozlišení mezi těmito demencemi slouží Hachinského ischemické skóre – (viz Příloha C). A spousta dalších speciálních testů, MMSE (viz Příloha B), a další. Důležité jsou i zobrazovací metody ukazující vaskulární změny a přítomnost kortikální atrofie (Růžička et al. , 2003).

## **Etiologie, výskyt, patogeneze**

**Etiologie** nemoci není známa, považuje se za multifaktoriální onemocnění. Genetické faktory se týkají chromozomů 21 (beta APP), 14 A 1 (presenilin 1 a 2), a 19 (ApoE). Rizikové faktory tvoří také toxické látky, traumata a viry. (Seidl, Obenberger, 2004).

Dalšími rizikovými faktory jsou úrazy hlavy v anamnéze, dlouhodobé hladovění, expozice hliníku, organických rozpouštědel, infekce. Nelze přehlédnout ani familiární výskyt ACH. Za protektivní faktory se považuje vyšší vzdělání, psychická aktivita i ve vyšším věku. Užívání antioxidantů, ApoE2 nebo ApoE3, Lecitinu, hormonální substituce u žen, nesteroidních antiflogistik a též včasná léčba depresí (Hoschl, 1999).

**Výskyt** – mezi šedesátiletými tvoří 5 %, každých 5 let se s věkem počet nemocných zdvojnásobuje. Jedním z rizikových faktorů je věk, dalším ženské pohlaví. Některé studie uvádějí i souvislost u lidí negramotných a méně vzdělaných (Růžička at al., 2003).

**Patogeneze** – v mozku postižených nacházíme úbytek neuronů, zvláště v oblasti mozkové kůry, což se při CT či MR vyšetření projeví jako kortikální atrofie. Jsou ztenčené mozkové gyry a rozšířeny sulky i mozkové komory. Výrazná bývá atrofie v oblasti hipokampů. Histologicky nacházíme v mozku změny mikroskopicky se projevující jako extracelulární a intracelulární. Hlavní extracelulární změnou je ukládání patologické bílkoviny - Beta - amyloidu. Tato bílkovina tvoří shluky, kolem kterých vzniká komplex dalších neurodegenerativních procesů. Tak vznikají útvary kterým se říká alzheimerovské plaky (senilní plaky). Hlavní intracelulární změnou je degenerace tau - proteinu, bílkoviny, která je spojena s neuronálními vlákny - mikrotubuly. Dochází ke zkrácení a ztrátě funkce těchto vláken a k tvorbě tzv. neuronálních uzlíků (klubek, smotků) – tangles. Postižené neurony zanikají. U AN dochází také k neuronálnímu snížení metabolismu, který je zjištělitelný vyšetřovacími metodami – PET, SPECT (Růžička at al., 2003).

Na neurochemické úrovni dochází k deficitu acetylcholinu, současně se zvyšuje aktivita cholinesteráz – enzymů, které regulují množství acetylcholinu na synapsích, čímž dochází ke znemožnění komunikace mezi jednotlivými neurony navzájem (Pidrman, Kolibáš, 2005).

V důsledku uvedených změn dochází k poruše kognitivních funkcí a rozvoji klinického obrazu demence.

### **Klinický obraz, stadia, diagnostika**

**Klinický obraz** – začátek choroby je plíživý. Často bývá považován za projev stáří. V důsledku toho si okolí nevšimne prvních projevů demence. Dříve se také AD říkalo stařecká demence. Z počátku dochází ke zhoršování krátkodobé paměti, což znamená, že si pacient nepamatuje nové poznatky a informace. Dále drobné změny osobnosti, chování, návyků a zvyků. Nemocný přestává být aktivní, ztrácí pružnost v myšlení, není schopný logických úvah, ztrácí sebejistotu, hůře zvládá práci a běžnou rutinu, není schopen plánovat a realizovat více věcí nejednou, objevuje se pozvolná degradace v oblasti etické a estetické (Jirák a kol., 1999).

V pokročilejším stadiu dominuje těžká porucha paměti, amnézie s poruchou orientace a poruchou intelektu. Velmi brzy dochází k poruše soudnosti pacienti nejsou schopni odhadnout svoje schopnosti, necítí se nemocní. Mívají také poruchy symbolických funkcí - afázie, apraxie, agnózie, agrafie, akalkulie...V ranných stádiích se projevují poklesem slovní zásoby, těžkostmi s hledáním vhodných slov. K přidruženým příznakům patří psychomotorický neklid, depresivní příznaky, paranoidní příznaky (nejčastěji, že jim někdo něco ukradl, že je někdo sleduje...) a poruchy nočního spánku.

V terminálním stadiu nepoznávají ani nejbližší osoby, nedokáží verbálně komunikovat, objevují se poruchy řeči typu palilálií a logoklonií (stereotypní opakování částí slov nebo koncovek) (Pidrman, Kolibáš, 2005). U části alzheimerovských pacientů se mohou objevit i extrapyramidové příznaky hypertonického – hypokinetického typu, především svalová rigidita s poruchami chůze. Dále inkontinence moči a stolice, porucha sexuálních funkcí, pacienti jsou upoutáni na lůžko, musí být krmeni, nepoznávají ani své nejbližší.

## Stadia Alzheimerovy choroby

Průběh Alzheimerovy choroby se většinou rozděluje do tří stadií. Pro každé stadium jsou typické určité příznaky, které se mohou objevit ve kterémkoliv z nich, zatímco jiné se nemusí vyskytnout vůbec.

**První stadium** – je charakterizováno zapomnětlivostí, pacient je soběstačný, dokáže žít relativně samostatně, ale potřebuje občas různé návody, cedulky, pomůcky, občasná zatelefonování a připomenutí důležitých věcí běžného života. V tomto stadiu je pacient schopen se vyjádřit, co si přeje či nepřeje.

**Druhé stadium** je charakterizováno potřebou nepřetržitého dohledu a pomoci při sebeobslužných aktivitách. Toto období je nejdelší. V průměru trvá 2 – 10 let. Pacient vyžaduje dohled a péči 24 hodin denně 365 dní v roce. Pro pečujícího je tím nejnáročnějším obdobím. Pacient je dezorientovaný, ztrácí se ve známém prostředí, dochází k inkontinenci, pacienti mohou být neklidní, agresivní. V takovéto situaci není v silách jedné rodiny zvládnout náročnost této péče a je třeba podat jim pomocnou ruku. Ideálním řešením je spolupráce s domácí péčí, pokud je to jen trochu možné, snažit se o komplexní domácí péči v sociálním prostředí pacienta a bránit zvýšenou péčí zbytečné hospitalizaci.

**Ve třetím stadiu** potřebují pacienti především ošetrovatelskou péči, komunikace je velmi omezena, přesto jsou pacienti schopni vnímat laskavou péči rodiny i zdravotnických pracovníků. Proto je v ošetrovatelské péči velkou chybou se domnívat, že pacient, který nepoznává ani své rodinné příslušníky, vlastně nic nepotřebuje! I tito lidé potřebují kvalitní a laskavou pomoc, jsou schopni rozpoznat vlídnost prostředí a lidí jež je obklopují. Jsou schopni prožívat pocity radosti, spokojenosti a štěstí, možná trochu odlišněji než my... Jejich pocity jsou lidské a plnohodnotné. Alzheimerova choroba ovlivňuje zásadním způsobem a v dlouhodobém časovém intervalu jak život pacienta, tak především rodinných příslušníků. Jedná se o velmi náročnou péči o nemocného se špatnou prognózou (Holmerová, Vaňková, 2005).

## **Diagnostika Alzheimerovy choroby**

Onemocnění stanovíme na základě psychiatrického a psychologického vyšetření, využívá se mnoho testů, jako je např. MMSE (Příloha B), Test instrumentálních všedních činností (Příloha D) a Test základních všedních činností podle Barthelové (Příloha E) Sedmičkový subtest- pacient odečítá číslo 7 od 100, což vyžaduje přiměřenou koncentraci a ta je u těchto pacientů narušena, Trail Making Test - kdy pacient spojuje čísla od 1 do 25 (část A) nebo čísla a písmena (část B). Především část B je v počátečních stádiích oslabena. Přepojování ze systému čísel do systému písmen je pro pacienty problém. Test verbální fluence – pt.má říci co nejvíc slov začínajících na určité písmeno K, L, M (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998).

Morfologické zobrazovací metody CT a MR vyloučí jinou, případně léčitelnou formu demence (subdurální hematom) (Seidel, Oberberger, 2004).

Diagnosticky důležitými znaky je demenční syndrom globálního typu, včasná amnézie, porucha symbolických funkcí (apraxie, afázie, agnózie), vizuálně konstrukčních schopností (obkreslování geometrických obrazců), vizuálně prostorových schopností a plynulé zhoršování kognitivních funkcí (Pidrman, Kolibáš, 2005). Metody SPECT a PET ukazují snížení metabolismu v šedé hmotě, mohou být užitečné v časných stádiích demence. EEG nám ukazuje nespecifické korové změny – zpomalení základního rytmu. Je také zkoušeno snímání evokovaných potencionálů, ale toto vyšetření je také nespecifické.

V poslední době je také prováděno vyšetření na stanovení hladiny beta - amyloidu a tau - proteinu v likvoru (Růžička at al., 2003).

Dále se v diagnostice provádí genetické vyšetření, převážně u familiárního výskytu. Nejvyšší stupeň diagnostické přesnosti je stanovení diagnózy: „Pravděpodobná Alzheimerova nemoc“. Diagnózu: „jisté“ Alzheimerovy nemoci může stanovit pouze patolog.

## **Terapie Alzheimerovy choroby**

Léčba u AD musí být komplexní. Podmínkou úspěšné léčby je spolupráce odborného a praktického lékaře, všeobecné sestry a rodiny. Je důležitá úprava životního prostředí, úprava životosprávy, pitného režimu, kompenzace ostatních somatických

onemocnění, léčebná rehabilitace, edukace ošetřujících a farmakoterapie. Pacienti s AD často trpí neklidem, prospívá jim, když mohou chodit. Je však nezbytně nutné aby měli vhodné a bezpečné prostředí a musí se učit v tomto prostoru orientovat. Rodina i pečující personál musí být edukováni o změněném stavu chování těchto pacientů, které vede často k hostilitě a agresi. Péče o tyto nemocné vyžaduje trpělivost a neustálé přesvědčování. Vzhledem k tomu, že není zcela objasněna etiologie AD, není možná kauzální terapie. Hlavním praktickým úkolem léčby je umožnit co nejdelší setrvání pacienta v domácím prostředí a v kruhu rodiny. Ošetřující personál i pečovatel se společně snaží zlepšit či zachovat kvalitu sebeobsluhy a provádění běžných denních činností, snížit nebo alespoň nezvyšovat psychickou zátěž a stres pacienta i rodiny. Jedinou obecně přijímanou prevencí demence je udržování stálé duševní aktivity, která může zvýšit mozkové rezervy. K těmto aktivitám je možno zařadit péči o zvířata, pobyt v přírodě, práce na zahradě (pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje). Dále jsou vhodné také různé ruční práce, malování, pletení, koláže, lepení, muzikoterapie, taneční terapie, tréninky paměti, tréninky orientace v čase, prostoru, osobách, kinezioterapie a mnoho dalších aktivit. Nečinnost urychluje úpadek osobnosti pacienta (Motlová, 2004).

### **Farmakologická léčba AD**

Schematicky se dá dělit na kognitivní a nekognitivní. Kognitivní ovlivňuje poznávací funkce: paměť, intelekt a nekognitivní: chování, emoce, spánek. Opakovanými klinickými studii byla ověřena účinnost pouze u skupiny inhibitorů acetylcholinestráz – látky které vedou k zvýšení neurotransmise a tím ke zlepšení kognitivních i nekognitivních funkcí. Jsou indikovány především u lehkých a středních stadií AD. Často jsou zároveň s nimi indikovány další skupiny látek - nootropika, která zvyšují využití glukózy a kyslíku v poškozených nervových buňkách a tím zlepšují jejich výkonnost, volné kyslíkové radikály, vitaminy E, C, extrakty z Jinanu dvoulaločného, nesteroidní antirevmatika, estrogeny a další (Jiráček, 1999). Při podávání těchto farmak dochází ke zpomalení progresu demence a k oddálení těžších stadií choroby.

Farmakologie nekognitivních poruch zahrnuje především léčbu psychologických a behaviorálních příznaků demence (deprese, úzkost, agresivita...). K jejich léčbě se používají antidepresiva, anxiolytika, neuroleptika (antipsychotika), např. Tiapridal, hypnotika, např. Hypnogen, Stilnox (E. Růžička, 2003).



## **Nefarmakologická léčba AD**

Nejdůležitějším prvkem je reedukace základních aktivit denního života. Nesmí být prováděna násilně, pacient musí spolupracovat a mít pocit, že situaci zvládá. Čehož se dá vhodnou přípravou situace a komunikací velmi snadno docílit. V pokročilejších stadiích choroby je důležitá kontrola reality - pacienta se ptáme kdo jsme, jaký je den, jaké je roční období apod.

V místnosti by měl být nástěnný kalendář a hodiny na dobře čitelném místě. Dále je jak jsme již výše zmiňovali je důležitá jakákoli aktivizace a stimulace pacienta. Pacient by měl mít doma ve svém pokoji (ale i ve zdravotnickém zařízení) oblíbené předměty z minulosti. Může se stát, že je nepoznává a tak je významné mu je popsat, jednoduchými a srozumitelnými názvy. Může to být kniha, hrníček, povlak polštáře, obraz, fotografie apod. Zkrátka věci, které měl rád a vyvolávají v něm příjemné pocity a vzpomínky (Tošnerová, 2002).

Pacient může často zaměňovat minulost se současností, může mít různé abstraktní představy a halucinace. Stává se stále více závislým a nesoběstačným což vede ke zvýšené potřebě péče a pomoci. A v poslední fázi nemoci je pacient plně závislý na péči druhých osob. Ve většině případů je upoután na lůžko, má problém s inkontinencí moči i stolice, s příjmem potravy, s poznáváním svých blízkých. Nedokáže smysluplně komunikovat, dochází k degradaci osobnosti (Venglářová, 2007).

Důležitým prvkem při léčbě je aktivační terapie:

**Kondiční ergoterapie** – Působí jako „ventil“ k uvolnění nahromaděné energie. Cílem je udržení či rozvíjení stávajících schopností pacienta. Je nutno brát v úvahu určitá omezení související s apraxií. Je vhodné přihlídnout k dřívějším zájmům pacienta. Je nutné počítat také s odmítáním činnosti ze strany pacienta. Důležitá je motivace, činnosti vhodné k aktivizaci pacienta mohou být výtvarné, malování na sklo, porcelán, textil... Práce s papírem - koláže, vystřihování, práce s přírodními materiály aranžmá z květin, koláže z listí, nácvik jemné motoriky – puzzle, stavebnice, navlékání korálků, přebírání fazolí, čočky aj.

**Pet terapie** – je asistovaná psychoterapie pomocí zvířat. Má výrazně pozitivní účinky na psychiku lidí postižených demencí - působí na snížení deprese a úzkosti, příznivě ovlivňuje vyšší nervovou činnost.

**Reminiscenční terapie** – jde o validační a aktivizační metodu, která využívá vzpomínek z minulosti a jejich vybavování pomocí různých podnětů a předmětů (např.

oblíbená fotografie, jídlo, hrneček, oblečení, vůně atd.). Vychází z poznatků, že i v pokročilé fázi demence zůstává dlouhodobá paměť zachována.

**Muzikoterapie** – Využívá hudby coby léčebného prostředku, může to být zpívání, nebo reprodukce hudby. Je zajímavé, že někteří pacienti mívají v určitém stupni afázie při běžném hovoru řečové výpadky, ale jsou schopni vybavit si celé texty písní.

**Taneční terapie** – je psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení sociální, kognitivní, emoční a fyzické integrace člověka. Zdůrazňují se faktory psychické, schopnosti neverbální komunikace, zlepšení emotivity a fyzické zlepšení koordinace pohybu, rovnováhy apod.

**Kognitivní rehabilitace** – je velmi důležitou složkou nefarmakologické léčby demence, je vhodná skupinová terapie a velká obezřetnost personálu, trénink nesmí vypadat jako zkoušení a pacienti nesmí být traumatizováni případným neúspěchem. Cvičení by mělo být zaměřeno na trénink dlouhodobé i krátkodobé paměti a orientace v realitě.

**Kinezioterapie** – cílené působení pohybu na psychiku nemocného prostřednictvím aktivně prováděného pohybového programu. Využívá prvků tělesných cvičení, sportů a pohybových her. Tím, že probíhá v určitém časovém rozmezí, vyžaduje pacientovu koncentraci, která se tím trénuje. Zlepšuje schopnost uvědomění si vlastního těla a následně možnosti jeho ovládní. Pomáhá nalézat psychosomatickou jednotu, pozitivní sebepřijetí a integritu. Snižuje úzkost a depresi. U lehčích forem demence můžeme využít aktivně relaxujících programů s použitím gymnastických a tanečních prvků, cvičíme manipulaci s drobnými předměty, manipulaci s předměty. U těžších forem demence provádíme nenáročná gymnastická a dechová cvičení doprovázená automasáží. Cvičení je možno provádět v leže, v sedě na židli, ve stoji s oporou. Je dobré jej zařadit po ranním probuzení, po odpoledním odpočinku. Důraz je kladen na pozitivní prožívání pacienta při cvičení a zvládní úkolů tak aby byla posilována motivace k dalšímu cvičení. (Hátlová, Suchá, 2005).

**Validace** – je forma komunikace a terapie, prostřednictvím které přicházíme do kontaktu s duševně dezorientovanými nemocnými. Její zakladatelkou je Naomi Feil, která vyrůstala v domově důchodců v Ohiu, kde pracovali její rodiče. Validace znamená uznání, uznání hodnoty člověka bez ohledu na to do jaké míry je orientován. Bojuje za to aby si tito nemocní stihli vybavit nějaké nevyřešené problémy z minulosti. Např. vyrovnání se s přísnou výchovou v dětství, člověk celý život potlačoval strach

z fyzického trestu, nedokázal se s tím vyrovnat a na základě změn v mozku při AD se tento nezpracovaný pocit dostává napovrch - nemocný opakuje, že musí jít domů, jinak, že dostane od otce páskem, když se opozdí... Je potřebné uvědomit si, že takovéto chování starého, dezorientovaného člověka je autentické a měli bychom na něj vhodně reagovat. Vyvracování reality zvyšuje pacientovo vnitřní napětí a zvyšuje nedůvěru. Je třeba empaticky reagovat a využitím komunikačních technik ne odvést pozornost, ale pokusit se tento pocit prožít s pacientem ještě jednou a zpracovat ho. Prostřednictvím validace získávají pacienti někoho, kdo je neodsuzuje, ale akceptuje jejich hledisko reality (Kukurová, Sysel, 2007). Je samozřejmě nutné dokonale znát příčiny a projevy chování při tomto onemocnění.

## OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Jedním z hlavních úkolů ošetřovatelské péče je naplňování potřeb jednotlivce, rodiny, skupiny, komunity s cílem udržovat, zachovat, obnovovat optimální zdravotní stav a tím zlepšovat kvalitu života. „Profesionální ošetřovatelé vyhledávají, odstraňují, zmírňují a předcházejí problémům v oblasti lidských potřeb“ (Boroňová, 2010, s. 47). Tato péče je u pacientů poskytována formou ošetřovatelského procesu. “Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče“ (Kozíerová, 1995, s.166). Jejím cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, jeho skutečné a potencionální obtíže, stanovit plány potřeb a poskytnout specifické ošetřovatelské úkony na jejich uspokojení. Nesmírně důležitou roli v tomto procesu hraje spolupráce. Jak s pacientem, tak s rodinou. A neméně důležitou roli hraje též prostředí ve kterém se pacient nachází.

### Specifika ošetřovatelské péče u pacientů s demencí

Ošetřovatelská péče o pacienty s demencí je velmi náročná. Vyžaduje značnou trpělivost a psychickou odolnost. Každý kdo se v ošetřovatelské péči setká s takto nemocným člověkem by měl znát alespoň základní projevy této nemoci v různých stadiích choroby a přizpůsobit se jim. Specifika ošetřovatelské péče jsou především v komunikaci, rehabilitaci, ve vykonávání běžných denních aktivit.

**Komunikace** – je schopnost využívat řeč jako nástroj dorozumívání a myšlení. Vývoj AD zhoršuje komunikaci s pacientem. Pacient často obtížně nachází správné slovo, jeho slovní zásoba se omezuje, někdy opakuje slova a věty jako ozvěna. V konečném stadiu nemoci může dojít až k mutismu (němotě). Pro komunikaci s pacientem platí zásada vytvoření si vhodných podmínek. U nemocných s AD toto platí ještě výrazněji. Teprve až když zjistíme, že nás pacient vnímá, můžeme se pokusit o komunikaci. Již v počáteční fázi onemocnění je vhodné být velmi vnímavý k neverbálním projevům jako je řeč těla, výrazy obličeje, pohledy očí... Nezapomínejme na dotekovou komunikaci a oční kontakt, na intonaci hlasu. Pokud nám pacient nerozumí je nutné totéž říci jednodušším způsobem. Používáme krátká, jasná, stručná sdělení, která několikrát opakujeme. Všechny pokyny, instrukce by měly být

přesné, pomalé a jednoznačné. Při společných činnostech pojmenováváme to co právě děláme, i to co vyžadujeme od pacienta. Efektivní je držet se jednoho tématu, tady a teď. Snažíme se zapojovat do komunikace více smyslů než jen sluch. Pacienta povzbuzujeme ke komunikaci, nesnažíme se ho opravovat, naopak pomoci mu vyjádřit se jiným způsobem. Vždy s pacientem komunikujeme s respektem a úctou (Minibergerová, Dušek, 2006).

Komunikace je jádrem vztahu. Ať už jde o vztah obchodní, milostný, rodičovský nebo pečovatelský. Alzheimerova demence vážně ovlivňuje komunikaci ve všech úrovních což má za následek narušení vztahu mezi nemocným a pečovatelem. Rodinní příslušníci mívají často pocit, že se ztrátou komunikace se ztrácí i vztah mezi nimi a jejich blízkým. Mezi pacientem, pečující osobou a zdravotnickým personálem je vhodné vytvořit pocit bezpečí, jistoty a vzájemné důvěry.

Všeobecná sestra by měla mít dostatek informací z minulosti pacienta, aby mohla pracovat s jeho vzpomínkami. Vzpomínání na to co pacient v životě prožil je pro něj příjemné. Pro člověka s poruchou paměti je každé setkání novým zážitkem. Osoba postižená AD je daleko méně schopná tolerovat omyly v komunikaci, což se může projevit agresivním chováním nebo naopak uzavřením se do sebe. Ať řekne osoba s kognitivní poruchou cokoli, má to nějaký význam.

Nejčastější chybou v komunikaci s pacienty s AD je kladení tzv. otevřených otázek. Nemůžeme očekávat nějaké rozhodnutí od osoby, která není schopna ho učinit. Často není snadné vyhnout se stresujícím událostem v komunikaci s takto nemocným člověkem, jestliže však držíme vědomě kontrolu nad nastávající situací, můžeme tomu předcházet. Pacient by měl s komunikací cítit, že vám může důvěřovat, že mu budete vždy nápomocni a že si ho vážíte. Musíte být „na jedné lodi“, to je klíčem úspěchu. Pro snadnou komunikaci je také dobré průběžně sledovat zda u pacientů s AD nedochází ke zhoršování zraku a sluchu což může negativně ovlivňovat komunikaci.

Člověk s demencí potřebuje ke svému slovnímu vyjádření dostatek času a někdy i pomoc druhé osoby. Můžeme mu nabídnout chybějící slovo, naznačit situaci, ukázat nějaký předmět atd. Někdy původně zamýšlená slova nemocný nahradí slovem podobného významu např. „matka“ místo „dcera“ – parafrázuje, může také použít slovního opisu, kdy jednoduché slovo nahrazuje komplikovanými, popisnými frázemi. Např. „ta sladká, zelená, kulatá věc“ může být jablko apod. Někdy se může jazykový projev nemocného proměnit v hromadu slov či skoroslov , které nedávají význam, říká se jim „slovní salát“. Naopak v některých okamžicích jsou nemocní schopní bez chyby

odříkat říkanky, zaspívat písničky, počítat či použít jiné navyklé stereotypy. Je to projevem celoživotním učením silně zafixovaného chování. Nelekejme se ani vulgárních výrazů, které občas pacienti použijí i když to vůbec nepřísluší jejich povaze. Často tato slova používají v emocionálně vypjatých situacích, nemají výběr slov pod kontrolou a napomínání se v tomto případě má míjí účinkem. Rodina i zdravotnický personál je často tímto jevem šokován. Což je při dostatečných znalostech projevů těchto pacientů zbytečné. Je nejlépe tato slova přejít a ignorovat. Je nezbytné aby pacient zdravotnický personál nevnímal jako protivníka, ale jako zdroj jistoty a bezpečí. V komunikaci jde o více než o pouhou výměnu informací, komunikace znamená být v kontaktu, který můžeme vytvářet i jiným způsobem. Úsměv, dotek, pohlazení má často větší moc než tisíc slov (Zgola, 2003).

**Oblékání** – lidé postižení demencí často zapomínají jak se mají obléci, nebo si neuvědomí, že se mají převléci, mohou mít např. tílko přes tričko, nebo zašpiněné oblečení. Je potřeba jim pomoci uspořádáním oblečení v pořadí v jakém si je má obléci a co nejdéle je podporovat v samostatnosti. V pozdějších fázích AD přechází tyto povinnosti na zdravotnický personál či pečovatele.

**Stravování** – lidé postižení demencí se buď neustále dožadují jídla, protože si nepamatují, že už jedli anebo naopak. Také zapomínají k čemu se používá příbor, lžice... Nejsou schopni dopravit si jídlo z talíře do úst apod. V pokročilém stadiu choroby musí být krmeni, mohou mít potíže s kousáním a polykáním, což je podstatné pro přípravu stravy. Pokud je to možné, je dobré nechat pacienta jíst rukama. Může to pro něho být lépe zvládatelné. Strava má být vyvážená, měla by obsahovat všechny základní živiny, vlákninu, vitaminy, minerály a dostatek tekutin. Je také důležité informovat pacienta o tom, které jídlo mu podáváme (snídaně, oběd...) což podporuje jeho orientaci v čase.

**Vylučování** – v počátečních stadiích, pokud je člověk schopen si dojít na toaletu je dobré ji vhodně označit, velkými písmeny, jasnými barvami, popřípadě nechat otevřené dveře aby jí mohl snadno najít. Oblečení by se mělo dít snadno svléci. Později může pacient používat toaletní židli a je nutné mu každé 2 – 3 hodiny připomínat návštěvu toalety. Pokud je připoután na lůžko většinou již používá pleny. V pokročilých stadiích nemoci mají pacienti inkontinenci moči a stolice.

**Koupání a osobní hygiena** – nemocní často necítí potřebu se mýt, nebo zapomínají jak se to dělá. V této situaci je obzvlášť nutné respektovat důstojnost nemocného. Sprcha je často snadnější než koupel, je přínosné snažit se z koupání udělat

příjemnou záležitost, kdy se bude nemocný cítit spokojený. Nemocný by si měl sám provést všechny úkony kterých je schopen. Je důležité myslet také na bezpečnost – protiskluzové podložky, madla, sedačka do vany apod. V pokročilém stadiu nemoci přechází osobní hygiena i celková koupel na zdravotnický personál či pečovatele.

**Dekubity** – Výskyt u těchto pacientů je velmi vysoký, zvláště při inkontinenci. Základem prevence je důkladná ošetrovatelská péče, hygiena, péče o kůži, pravidelné polohování pacientů či zajištění vhodných pomůcek a antidekubitního lůžka.

**Dezorientace** – nemocní nejsou schopni orientovat se v čase, prostoru, osobách. Z této situace jsou často zmatení. Je namístě neustále nemocným připomínat co je za den, jaká je denní doba, kde jsou, proč apod.

**Zmatenost** – podezření máme, když se náhle změní vědomí, chování nebo činnost pacienta. Kolísá pozornost, může se změnit nebo zhoršit komunikace, objevit se halucinace, úzkost, strach, třes, pocení, palpitace. Akutní stavy zmatenosti může vyvolat i fyzická bolest! Pokud se nemocný cítí ohrožen uklidníme ho například klidným hlasem a jemným držením ruky.

**Poruchy chování** – neklid, agresivita, násilí, porucha spánku, podezřívavost, zlost. Příčin tohoto chování může být několik od ztráty ovládnutí, ztráty schopnosti projevit své pocity jiným způsobem až ke ztrátě schopnosti porozumět chování druhých. Snažíme se upoutat pozornost nemocného k jiné činnosti. Je dobré vědět co tuto situaci vyvolalo abychom se jí příště vyvarovali. Komunikujeme s nemocným vlídným, klidným hlasem, pokud by se situace příliš často opakovala je nutno ji konzultovat s odborníkem.

**Bloudění** – pacient má neustálou potřebu se pohybovat, může bloudit v objektu, rovněž mimo něj, je nutné na to myslet a předcházet tak vyhrcočeným situacím. Dům ve kterém nemocný bydlí zajistíme tak aby nemohl odejít bez našeho vědomí. Nemocný by měl vždy mít u sebe něco, podle čeho jej lze identifikovat. Je užitečné pořídit si pacientovu aktuální fotografii kdyby se přece jen ztratil, když se tak stane, na pacienta se nehněváme.

**Deprese** – je možné, že je nemocný smutný, stáhne se do sebe, je unavený, trpí nechutenstvím, neklidem. Tyto příznaky je možné ovlivnit antidepresivy. Je důležité upravit denní program tak, aby byl neustále aktivizován – společenské hry, procházky, poslech hudby, kondiční cvičení...

**Deliria a halucinace** – porucha vnímání reality, pacienti jsou nezvladatelní. Halucinace bývají nejčastěji zrakové, sluchové, nemocní mívají falešné představy

o tom, že je někdo pronásleduje, že jim hrozí nějaké nebezpečí nebo že chce někdo okrást. Někdy se také domnívají, že mají v bytě cizí osobu (nepoznávají se v zrcadle), často si zaměňují členy rodiny. Pomoc spočívá v rozptýlení obav. Nikdy se nesmíme hádat s nemocným zda to co vidí je pravda či ne.

**Opakování se** – nemocný zapomíná co řekl před chvílí, proto se opakovaně ptá na tutéž věc a opakuje některé činnosti. Je to přirozené, není to nic neobvyklého.

**Pády** – příčiny jsou různé, chronické onemocnění, neudržení rovnováhy farmakoterapie. Snažme se o prevenci pádů všemi dostupnými prostředky, přiměřené osvětlení, rovné podlahy bez prahů a koberečků, zábrany u lůžka, signalizační zařízení, zábradlí, protiskluzové podložky apod.

**Potíže se spaním** – nemocný může být v noci neklidný a ruší tím celou rodinu. Což může být pro pečovatele velmi vyčerpávající. Doporučuje se aktivizace nemocného přes den, více fyzické aktivity. Spánková hygiena.

**Přidružená onemocnění** – pacienti s demencí jsou více náchylní k infekcím. I lehké onemocnění může prohloubit jejich zmatenost, chování a emotivitu. Pokud dojde k nějaké zásadní a náhlé změně, v samostatnosti, nebo se výrazně zhorší intelektové vlastnosti je třeba vyhledat lékaře.

**Nepřiměřené sexuální chování** – člověk s AD se může chovat zřídka sexuálně nepřiměřeně. Může se svlékat na veřejnosti, osahávat sám sebe, nebo jiným nepřiměřeným způsobem. Je dobré se snažit nepřehánět své reakce na takové chování - je to důsledek nemoci a odvést pozornost na jinou činnost.

**Rodina** – je neoddělitelnou součástí ošetrovatelské péče. Nejčastější příčinou narušení vztahů v rodinách s nemocnými s AD jsou poruchy chování, hlavně noční nespavost a bloudění. Aby pečovatelé mohli svým blízkým pomoci, musí mít dostatečné informace o onemocnění a být podporováni ve svém úsilí pomoci. Rodina si musí připustit skutečnost, že „zvláštní“ chování jejich blízkého člověka je nemoc a že pacienti nejsou schopni toto chování jakkoli korigovat. Není to jednoduché, nezvládne to každý, je to „běh na dlouhou trať“, který vyžaduje maximální nasazení a spolupráci s odborníky.

(Holmerová, Janečková, Niklová, 1997; Kukurová, Sysel, 2007)



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je série plánovaných činností zaměřených na určitý výsledek. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, objevit a popsat skutečné či hrozící problémy v péči o zdraví, zhodnotit tyto potřeby a poskytnout specifické ošetřovatelské zásahy na jejich uspokojení. Součástí tohoto procesu je spolupráce s pacientem a jeho rodinou. U pacientů s pokročilou AD jde především o spolupráci s rodinou. Ošetřovatelský proces má 5 fází – posuzování, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení .

**Posuzování** – zahrnuje sběr, třídění a ověřování informací o pacientovi - tělesných, emocionálních, vývojových, společenských , kulturních, intelektových a duchovních. Prameny informací jsou různé, je to jak pacient sám, tak jeho rodina, dokumentace apod. Při posuzování je zdravotní sestra zodpovědná za dostatečné, přesné a nezkreslené údaje.

**Diagnostika** – vyúsťuje do stanovení sesterské diagnózy, což je závěr o skutečném a potencionálním narušení zdraví pacienta. Všeobecná sestra je zodpovědná za své diagnostické závěry s absolutním respektováním pacientových hodnot a názorů.

**Plánování** – znamená vytyčení priorit, zaznamenání cílů a očekávaných výsledků ošetřovatelské péče. Je to písemný plán péče, který je orientován na odstranění či zmírnění zjištěných problémů u pacienta, jednotlivě u každé diagnózy. Všeobecná sestra bere v potaz priority pacienta i ostatních členů ošetřovatelského týmu.

**Realizace** – znamená vykonání stanoveného ošetřovatelského plánu a stanovení zda jsme dosáhli,či nikoli požadovaných výsledků a cíle. Všeobecné sestry jsou samozřejmě zodpovědné za všechny úkony v poskytování ošetřovatelské péče. Tyto činnosti buď vykonávají samy nebo ve spolupráci s ostatními členy zdravotnického týmu. Pokud si zdravotní sestra vybere k provedení úkonu jinou osobu, musí to zdůvodnit, ale stále je za úkon zodpovědná. Všechny činnosti , které jsou u pacienta vykonány, musí být pečlivě, písemně zaznamenány!

**Vyhodnocení** – je to odraz pacientovy reakce na ošetrovatelské zásahy a porovnání zda se dosáhlo výsledných kritérií .Jestli se cíle ošetrovatelské péče splnily, částečně nebo úplně. Pokud se nesplnily, je nutno celý proces zrevidovat a začít znovu. Ošetrovatelský proces zaručuje individuální přístup ke každému pacientovi, jeho úspěch závisí především na dobré komunikaci a vztahu mezi sestrou a pacientem založeném na vzájemné důvěře. Všeobecná sestra musí umět vysvětlit proč se daného cíle nedosáhlo a kterou fází ošetrovatelského procesu je třeba znovu posoudit a změnit. Aby mohl být ošetrovatelský proces efektivně uplatňován v praxi musí zdravotní sestra ovládat určité vědomosti a zručnosti k vykonání potřebných rozhodnutí a adekvátních ošetrovatelských zásahů(Koziérová, Erbová, Olivierová, 1995).

#### **4.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES PODLE VIRGINIE HENDERSON**

Virginia Avenel Hendersonová se narodila v r. 1897 v Kansas City ve státě Missouri. Na vojenské ošetrovatelské škole ve Washingtonu se stala sestrou. V roce 1922 začala pracovat jako učitelka ošetrovatelství při nemocnici v Norfolku. V roce 1932 získala bakalářský titul na kolumbijské univerzitě o dva roky později titul magisterský. Na této universitě pracovala v podstatě po celý svůj život. Rozpracovala knihu B. Hamersové s názvem: „Učebnice principů a praxe v ošetrovatelství“, která vyšla v roce 1939 a 1955 (Farkašová, 2001).

Zde publikovala svou známou definici ošetrovatelství jejímž prostřednictvím zcela posunula roli sestry v moderní ošetrovatelské péči. „Zdůraznila spolupráci a aktivitu jednotlivce v rozvoji vlastní soběstačnosti úlohu sestry, která má člověka vést, edukovat a pomáhat mu, aby byl schopen a ochoten se starat o své zdraví a udržel se nezávislým na svém okolí“ (Farkašová, 2001, s. 83). To byl zásadní posun k aktivnímu ošetrování. Hendersonová hojně prosazovala nutnost budování odborných knihoven a výzkumu. Její brožura Basic Principles of Nursing Care (Základní principy ošetrovatelské péče) byla přeložena do 30ti jazyků. Za svou vědeckou činnost byla několikrát oceněna čestným doktorátem.Zasloužila se o rozvoj vědy v ošetrovatelství, patří k nejznámějším sestřám 20. století. Zemřela 19.3.1996 v americkém Bradfordu (Farkašová, 2001).

Vytvořila definici ošetřovatelství, která by odpovídala na otázky, jaké specifické úkony sestry vykonávají. Poprvé byla publikována v knize Hamersové r. 1955: „Ošetřovatelství je především asistence jedinci, (nemocnému nebo zdravému), při vykonávání činností souvisejících se zdravým nebo s jeho navrácením nebo pokojnou smrtí, které by vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebné schopnosti, vůli a vědomosti. Jedinečným přispěním ošetřovatelství je také pomoc osobě stát se co nejdříve nezávislou od této asistence“ (Farkašová, 2001, s.85).

Čtrnáct komponentů ošetřovatelské péče:

- Normální dýchání
- Adekvátní příjem vody a potravy
- Vylučování
- Pohyb a udržení chtěné polohy
- Spánek a odpočinek
- Výběr vhodného oblečení, oblékání, svlékání
- Udržení tělesné teploty
- Udržení tělesné čistoty a ochrany celistvosti těla
- Odstraňování rizik z prostředí, případného poranění jiných
- Komunikování s jinými vyjadřováním emocí, potřeb, strachu anebo názorů
- Názor na svět, víra
- Smysluplná práce
- Hra anebo účast na různých formách odpočinku, rekreace
- Učení, odhalování nového nebo zájem, který vede k normálnímu rozvoji a zdraví, jakožto i používání vhodných zdravotnických zařízení

Hlavní teoretickým východiskem definice ošetřovatelství Hendersonové byly základní lidské potřeby. Na rozdíl od Maslowa se více zaměřovala na fyziologické potřeby a potřeby bezpečí. Odlišnost kultury a motivace ovlivňují lidské potřeby natolik, že některé jsou silnější a mají pro pacienta větší význam. Je třeba brát v úvahu také věk, temperament, sociální status, psychickou a intelektovou vybavenost každého jednotlivce. Myšlenky Hendersonové jsou aktuální a používají se dodnes.

## 4.2 Ošetřovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou demencí v domácí péči

<b>Jméno a příjmení: V. B.</b>	<b>Pohlaví:žena</b>
<b>Datum narození: 10.5.19**</b>	<b>Věk: 87 let</b>
<b>Adresa bydliště a telefon: vesnice nedaleko Mělníka</b>	
<b>Adresa příbuzných: dtto</b>	
<b>RČ:**5510/***</b>	<b>Číslo pojišťovny: 111</b>
<b>Vzdělání: základní</b>	<b>Zaměstnání: důchodkyně</b>
<b>Stav: vdova</b>	<b>Státní příslušnost: ČR</b>
<b>Datum přijetí: 21.2.2011</b>	<b>Typ přijetí: následná péče</b>
<b>Oddělení: Domácí péče Farní charita Neratovice</b>	<b>Ošetřující lékař:Mudr.N.S.</b>

**Důvod přijetí udávaný pacientem:** Nelze odebrat od pacientky, veškerá anamnéza je od syna , který o paní V. pečuje. Alzheimerova choroba ve středním stadiu, pacientka je imobilní, inkontinence moči a stolice, rodina sama péči nezvládala, byla ji navržena domácí péče.

**Medicínská diagnóza hlavní:** Alzheimerova demence

**Medicínské diagnózy vedlejší:** St.p. operaci zlomeniny krčku kosti stehenní vpravo

Cholecystolithiasa

ICHS, 2x infarkt myokardu

St.p.operaci hemoroidů

### VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

<b>TK: 110/60 mm/Hg</b>	<b>Výška: 165 cm</b>
<b>P: 75/min</b>	<b>Hmotnost: 48 kg</b>
<b>D: 18/min</b>	<b>BMI: 17 (podváha)</b>
<b>TT: 36.6 °C</b>	<b>Pohyblivost: imobilní</b>
<b>Stav vědomí :při vědomí, dezorientovaná</b>	<b>Krevní skupina:nezjištěna</b>

**Nynější onemocnění:** Alzheimerova demence ve středním stadiu

**Informační zdroje:** Dokumentace z neurologie, z chirurgického oddělení, od obvodní lékařky, od rodiny

## ANAMNÉZA

### **Rodinná anamnéza:**

**Matka:** léčila se se srdcem

**Otec:** zemřel na CMP v 78 letech

**Sourozenci:** nemá

**Děti:** 4 synové (3 žijící - jeden ve společné domácnosti, druhý v Praze, občas zavolá, třetí v USA, čtvrtý spáchal sebevraždu)

### **Osobní anamnéza:**

**Překonané a chronické onemocnění:** IM v 50ti letech, poté v 56 letech, Ischemická choroba srdeční, Cholecystolithiáza, Alzheimerova demence , Osteoporóza

**Hospitalizace a operace:** Hospitalizována několikrát, při infarktech, žlučnickovém záchvatu, při operaci hemeroidů, při zlomenině krčku kosti stehenní, dále si rodina nevybavuje

**Úrazy:** zlomenina krčku kosti stehenní vpravo 2007

**Transfúze:** neví

**Očkování:** běžné

### **Léková anamnéza**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Furon	Tbl.	40mg	0,5 – 0 – 0,5	diuretikum
Euphyllin	Tbl.	200mg	1 – 0 - 1	bronchodilatans
Warfarin	Tbl.	3mg	0 – 0.5 - 0	antikoagulancium
Tiapridal	Tbl.	100mg	1 – 1 – 1	antipsychotikum

Užívala ještě Citalec tbl. a Piracetam tbl., dle neurologa nejsou v tomto stadiu demence již přínosem, byly jí vysazeny.

### **Alergologická anamnéza – rodina neudává žádné příznaky alergie**

**Léky:** 0

**Potraviny:** 0

**Chemické látky:** 0

**Jiné:** 0

### **ABÚZY**

**Alkohol:** nepije

**Kouření:** nekouří

**Káva:** nepije

**Léky:** užívá jen předepsané lékařem

**Jiné drogy:** neužívá

<b>Gynekologická anamnéza (u žen)</b>	<b>Urologická anamnéza (u mužů)</b>
Menarché: rodina neví, pacientka není schopna odpovědět Cyklus: Trvání: Intenzita , bolesti: PM:  A: 5x (dokumentace) UPT: neví Antikoncepce: asi ne Menopauza: kolem 50-55 let? Potíže klimakteria: neví  Samovyšetřování prsou: ne Poslední gynekologická prohlídka: není známo	Překonané urologické onemocnění:        Poslední návštěva u urologa: Samovyšetřování semeníků:

### **Sociální anamnéza:**

**Stav:** vdova

**Bytové podmínky:** bydlí se svým synem, snachou a jejich třemi dětmi v rodinném domě

**Vztahy, role, a interakce v rodině:** dobré

**mimo rodinu:** žádné

**Záliby:** nyní žádné, dříve p.V. ráda zpívala a poslouchala dechovku.

**Volnočasové aktivity:** žádné

### **Pracovní anamnéza**

**Vzdělání:** základní

**Pracovní zařazení:** dělnice v továrně ( tiskárna)

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** asi 25 let, do důchodu v 56 letech

**Vztahy na pracovišti:** dobré

**Ekonomické podmínky:** přiměřené době

### **Spirituální anamnéza**

Religiozní praktiky: není věřící

## UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ PODLE TEORIE V. HENDERSONOVÉ ze dne: 21. 2. 2011

<b>Asistence, pomoc při POTŘEBĚ</b>	<b>Objektivně</b> (pozorování sestrou)	<b>Subjektivně</b> (síla, vůle, vědomosti)
<b>1. pomoc při dýchání</b>	Dýchání pacientky je pravidelné, spontánní, mělké, auskultačně čisté bez vedlejších fenoménů, nos čistý bez sekrece, tonsily klidné, jazyk suchý, povleklý, kašel nemá, uzliny na krku nehmatné, štítná žláza nezvětšena.	„S dýcháním maminka nemá problém (syn)“. „Jen občas bývá trochu zadýchaná, ale jen málo.“
<b>2. přijímání jídla a pití</b>	Chuť k jídlu dobrá, dietu nemá žádnou, jí vyváženou stravu pravidelně 5x denně. Vypije 1.5l až 2 litry za 24/hodin. Postava kachektická, kůže suchá, bez patologických změn a defektů (kromě operační jizvy), riziko dekubitů, horní zubní protéza, ochlupení přiměřené, vlasy, nehty upravené, DK bez otoků, slabý svalový tonus.	„Jídlo jí chutná, ráda jí sladké“. Občas se při jídle „zakucká“ je nutno jí dávat menší porce, jí dlouho a pomalu, musíme jí krmit, akorát pití si podá sama ze stolku, používá brčko...(syn)“. Na otázku jaké jídlo má nejraději odpovídá: „Kuře“. Co nemá ráda: „Rýže“.
<b>3. vylučování</b>	Samovolný odchod moči a stolice, pacientka používá pleny, stolice je pravidelná, řídká, bez příměsí krve, normálního vzhledu a zápachu. Moč žlutá, bez zápachu, množství a váha plen odpovídá příjmu tekutin. Kůže v okolí genitálií a konečníku podrážděná, zarudlá, prevence dekubitů. Břícho měkké,	„Maminka má pleny, moč i stolice jí odchází sama.“

	nebolestivé, auskultačně – běžná střevní peristaltika, močový měchýř prázdný.	
<b>4. při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy</b>	Pacientce bylo již na počátku domácí péče zajištěno antidekubitní lůžko, (měla nedoléčený dekubit v sakrální krajině z chirurgie).Lůžko je polohovací, s hrazdou a postranicemi x riziko pádu. Lůžko je čisté, prostěradlo napnuté, povlečení se jí mění pravidelně dle potřeby, minimálně 2x týdně. Je schopna si s pomocí hrazdy sednout, nadzvednout se, otočí se sama na bok, s pomocí si přeseďne na vozík, chůze není schopná. HK jsou ochablé, ale je schopná cvičit, na DK jsou patrné kontraktury x ošetřovatelská rehabilitace je předepsána 1x denně 30 min, zahrnuje i dechová cvičení.	„Maminka po operaci krčku nechodí, už pět roků je na lůžku, posunul se jí nějak ten hřeb a nechtěli už jí znovu operovat.“ „Posadí se, rukama hýbe dobře.“ „Pítí si sama podá ze stolku.“ „Používá brčko“
<b>5. při odpočinku a spánku</b>	Pacientka má tmavé kruhy pod očima, je bledá, opakovaně zívá a vypadá unaveně.	„Maminka spí ráda a často, i ve dne, pak se budí v noci i několikrát“. „Je dezorientovaná , neví kde a kdo je, kdo jsem já“. „Usíná dobře, má ráda vyvětraný pokoj a potichu puštěné radio a rozsvícenou lampičku, někdy mě volá, že se bojí“. „Po probuzení je čilá, během dne pospává i 2-3 hodiny“.
<b>6. při výběru oblečení, oblékání a svlékání</b>	Pacientka je zcela závislá v těchto činnostech na pomoci druhé osoby.	„Veškeré oblékání provádíme za maminku my, sama by to nezvládla“.
<b>7. při udržování</b>	Prostředí pacientky je příjemně vytopené,	„Maminka má



<p><b>tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot</b></p>	<p>je vhodně oblečena, na nohou má ponožky. Nejsou u ní patrné příznaky zvýšené tělesné teploty. TT 36,7°C</p>	<p>ráda teplo, dáváme jí teplé ponožky, teplotu měříme jen, když se nám něco nezdá“. Na otázku zda je jí zima odpovídá: „Ne“</p>
<p><b>8. při udržování čistoty, úpravy těla, ochrana pokožky</b></p>	<p>Pacientka je v těchto činnostech zcela závislá na pomoci druhé osoby. Kůže je čistá, místy suchá, bez patologických změn.</p>	<p>„ S veškerou hygienou jí musíme pomáhat, sama není schopná se umýt, učesat se.“ „Na lůžku provádíme hygienu i několikrát denně, koupeme jí jednou týdně a myjeme vlasy“.</p>
<p><b>9. při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím,nákazou</b></p>	<p>Pacientka je ležící, v její blízkosti se nenacházejí žádné ostré a nebezpečné předměty, léky, chemikálie. Momentálně se neprojevuje nijak násilně. Je trvale dezorientovaná, zmatená, neví kde je a proč.</p>	<p>„Maminka má bezdrátový zvonek aby nás mohla kdykoli přivolat“. „Řekl jsem jí, že nesmí sama vstávat z postele“.“Občas se o to pokouší, ale naštěstí se nedostane přes zábranu.“ „Někdy v noci je agresivní, slovně na mě útočí“</p>
<p><b>10. při komunikaci</b></p>	<p>Pacientka je schopna jednoduché komunikace, občas si není schopna vybavit nějaká slova, někdy použije slovo úplně mimo kontext hovoru, řeč je pomalá, místy nesrozumitelná, často opakuje tatáž slova. Na otázky odpovídá většinou</p>	<p>„Maminka občas rozumí, někdy vůbec, ráda vzpomíná a zpívá, pokud jí něco</p>

	jednoslabičně. Neverbální příznaky - z výrazu tváře je zřejmé, že často nerozumí významu položené otázky nebo odpovědi.	zneklidní nekomunikuje vůbec, někdy jen kývá hlavou ano, ne“.
<b>11. při vyznávání náboženské víry, přijímání dobra a zla</b>	Pacientka není věřící, nevykonává žádné religiozní praktiky..	„Maminka je nevěřící“.
<b>12. při práci a produktivní činnosti</b>	Pacientka má deficit ve vnímání, myšlení, paměti což významně ovlivňuje její činnost. Je schopna jednoduchých her, cvičení s míčem, zpívá, poslouchá hudbu, ráda si prohlíží obrázky ... Velmi pozitivně reaguje na svého tříletého vnuka, který jí chodí pravidelně navštěvovat do jejího pokoje a povídá si s ní.	„Maminka už není moc schopna dělat něco samostatně“. Někdy bývá taková jako rozrušená, je vidět, že se jí něco nelíbí, taková napjatá....
<b>13. při odpočinkových ( rekreačních ) aktivitách</b>	Pacientka jeví zájem o fotky, časopisy, poslech radia, na televizi se dívat nevydrží, ráda jezdí na procházky na vozíku, těší se na jaro.	„Dříve maminka ráda pracovala na zahrádce“. „Ráda jezdila na výlety do přírody“. „Taky ráda tancovala a poslouchala dechovku“.
<b>14. při učení</b>	Je porušeno myšlení, pacientka není schopna analyzovat, zpracovat si informace a vytvořit si úsudek. Paměť je narušena, zvláště krátkodobá. Pamatuje si co bylo před lety, ale nepamatuje si co měla před hodinou ke svačině, že jí vůbec měla...	„Maminka má základní vzdělání“. „Není moc schopna chápat co po ní chci“. „Své jméno si pamatuje, mě často oslovuje jménem mého otce.“ „Často neumí pojmenovat věci, které denně používá“. „Plete si různé věci, denní

		dobu, roční období, dny v týdnu“.
--	--	-----------------------------------

## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

**Ordinovaná vyšetření:** 2x měsíčně odběr na QUICK (Warfarinizována)

1x měsíčně Ko+dif, moč CH+S

Denně kontrola TK, P, Ošetrovatelská RHB, hygienická péče

### Výsledky z 15.2.2011

KO - Hemoglobin 123,0 g/l

Quick 2,76

Hematokrit 0,36

APTT 1,22 s.

Leukocyty 11,7 x 10<sup>9</sup>/l

Erytrocyty 3,95 x 10<sup>12</sup>/l

Trombocyty 234 x 10<sup>9</sup>/l

Moč - CH+S

Močový sediment: pH 5, Bílkovina 0, Glykosurie 0, Ketolátky 0, Urobilinogen 0, Bilirubin 0, Krev v moči 0, Leukocyty pozitivní

Biochemie séra – BILIT 15,8 umol/l, ALT 0,18 ukat/l, AST 0,24 ukat/l, UREA 5,1 mmol/l,

KREA 101,7 umol/l, GLU 11,7 mmol/l, NA 141,0 mmol/l,

CL 104,3 mmol/l, Glykémie v séru GL06 J

### Konzervativní léčba:

**Dieta:** racionální

**Pohybový režim:** s omezením

**RHB:** 5x týdně

**Výživa:** perorální

### **Medikamentózní léčba:**

- **Per os:** viz léková anamnéza
- **Intra venózní:** 0
- **Per rectum:** 0
- **Jiná:** 0

**Chirurgická léčba:** žádná

### 4.3 Situační analýza

Pacientka V.B., 87 let byla přijata do domácí péče před pěti lety pro zhoršení příznaků Alzheimerovy demence a po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní. Kde následně došlo k posunu hřebu a znemožnění volného pohybu dolní končetiny a následnému upoutání na lůžko. Syn si jí vzal do společné domácnosti již před úrazem protože začala zapomínat, nebrala si léky, nebyla schopna si nakoupit, uvařit, občas upadla, byla dezorientovaná, zmatená. Musel opustit své zaměstnání, když jeho manželka otěhotněla, do zaměstnání se vrátil. Vychovávají společně dvě dospívající dcery a tříletého syna. Bylo jim doporučeno požádat si o příspěvek na péči, který jim je vyplácen v maximální možné výši. Dále jim byla poskytnuta materiální pomoc, co se týče pomůcek pro pacientku, neurolog jim předepsal polohovací lůžko s antidekubitní matrací, sedačku do vany, obvodní lékařka předepisuje plenkové kalhotky, byli informováni o pomoci pečovatelské služby. Pečovatelská služba zapůjčila invalidní vozík pro přemísťování pacientky (např. do koupelny).

Do péče se v různé míře zapojují všichni členové domácnosti, dle svých potřeb a možností. Přesto je tato péče velmi náročná, zatěžující a vyčerpávající. Pro pečovatele je nejvíce obtěžující dezorientace jeho blízké osoby a narušená komunikace. V rodině panují dobré vztahy o pacientku je pečováno velmi dobře. Pacientka V.B. má inkontinenci moče i stolice, musí být krmena - občas má problémy s polykáním, občas se dusí, nemůže polknout. I přes dostatečný přísun potravy je pohublá, nutná edukace rodiny o vhodných doplňcích výživy. Má problémy se spaním, spí přes den, v noci se budí. Pacientka je ležící, má problémy přemístit se na židli, do křesla apod. Pacientka není schopna vykonávat sama běžné denní činnosti jako je mytí, oblékání, úprava zevnějšku... Je dezorientovaná, zmatená, téměř nemluví, nebo opakuje to samé stále dokola, občas si stěžuje na bolest kloubů. Někdy také vykazuje známky úzkosti projevující se bezděčnými pohyby, neklidem, zrychleným dýcháním. Pacientka je plně závislá na péči druhé osoby, v našem případě je jím syn pan V.

### 4.4 Zjištěné problémy:

Při komunikaci s pacientkou jsem používala oslovení paní B. Klientka má čistou, dobře ošetřovanou promazanou kůži, upravené vlasy, nehty. Pokožka je bez patologických nálezů. Pacientka má antidekubitní lůžko. Je drobné, kachektické

postavy. Připadá mi unavená, neustále zívá, má kruhy pod očima. Komunikace je velmi omezena, je nedoslýchavá a špatně vidí. Reaguje na oslovení a jednoduché pokyny. Ví kdo je, řekla mi své jméno, synovi říká jménem jeho otce. Občas mívá stavy, kdy neví kde je. Pacientka se sama nenají, ale napije se, neoblékne, nesvlékne se. Moč a stolice odchází samovolně. Pacientka je ležící, má omezenou hybnost na lůžku, kontraktury DK. Není schopna si sama umýt ani vykoupat. Snaží se spolupráci.

#### **4.5 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit**

##### **Aktuální sesterské diagnózy NANDA (Marečková, 2006)**

- 1. Deficit sebekpěče při koupání a hygieně - 00108**
- 2. Úplná inkontinence moče - 00021**
- 3. Inkontinence stolice - 00014**
- 4. Deficit sebekpěče při oblékání a úpravě zevnějšku - 00109**
- 5. Deficit sebekpěče při jídle - 00102**
- 6. Zhoršená pohyblivost - 00085**
- 7. Porušený spánek - 00095**
- 8. Chronická zmatenost - 00129**
- 9. Zhoršení verbální komunikace - 00051**

##### **Potencionální sesterské diagnózy NANDA (Marečková, 2006)**

- 1. Riziko aspirace - 00039**
- 2. Riziko infekce - 00004**
- 3. Riziko pádu - 00155**
- 4. Riziko imobilizačního syndromu - 00040**
- 5. Riziko zácpy - 00015**
- 6. Riziko přetížení pečovatele – 00062**

<p><b>Sesterská diagnóza:</b> Úplná inkontinence moče v souvislosti s neurologickým deficitem projevující se samovolným, nepředvídatelným, kontinuálním odtokem moči</p>
<p><b>Cíl:</b> Pacientka nemá žádné nepříjemné pocity a viditelné zánětlivé změny na kůži v oblasti genitálií a v sakrální oblasti.</p>
<p><b>Priorita: střední</b></p>
<p><b>Výsledné kritéria:</b></p> <p>Pečovatel slovně vyjadřuje chápání tohoto stavu – (ihned)</p> <p>Pečovatel aktivně spolupracuje se sestrou DP – (ihned)</p> <p>Pečovatel zná a zajistí hygienické pomůcky potřebné k péči o pt. – (2 dny)</p> <p>Pečovatel umí správně tyto pomůcky používat – (do 2dnů)</p> <p>Pečovatel zná význam pitného režimu a jeho rozvrh – (ihned)</p> <p>Pečovatel zná zásady péče o kůži – (ihned)</p> <p>Pečovatel zná možné komplikace a rizika – (ihned)</p> <p>Pacientka nemá viditelné patologické změny na kůži – (vždy)</p> <p>Pacientčin stav nemá dopad na její sebeúctu – (vždy)</p> <p>Pacientka je slovně psychicky podporována – (vždy)</p>
<p><b>Plán intervencí:</b></p> <p>Přijmi pacientku i pečovatele vstřícně s maximální možností empatie – celý ošetrovatelský tým</p> <p>Vybuduj si s pt. i pečovatel vztah založený na dohodě – všeobecná sestra</p> <p>Pouč pečovatele i pacientku o problematice inkontinenci moče- všeobecná sestra</p> <p>Edukuj pt. i pečovatele o vhodné hygieně a kosmetických přípravcích chránící kůži – všeobecná sestra</p> <p>Nauč názorně pečovatele používat tyto pomůcky - všeobecná sestra</p> <p>Pouč pečovatele o významu pitného režimu x dehydrataci – všeobecná sestra</p> <p>Pouč pečovatele o zásadách péče o kůži a o patologických změnách – všeobecná sestra</p> <p>Respektuj osobnost pacientky a psychicky jí i pečovatele podporuj – všeobecná sestra</p>

**Realizace: 21.2.2011 7,00h.** Hovořila jsem s pečovatelem o problému inkontinence, co tento stav znamená, o používání plenkových kalhotek, kdo mu je předepíše, názorně jsem mu ukázala jak je používat a měnit, jaká je vhodná kosmetika v péči o inkontinentní pacienty, která chrání kůži před zarudnutím a macerací, což agresivní moč způsobuje velmi často. Např. Menalind. Předvedla jsem mu jak se tato kosmetika používá, jak pacientku správně umýt, usušit, namazat. Které přípravky jsou nejosvědčenější, kde se dají koupit. Na co si dát pozor, který příznak značí riziko infekce. Dále jsem s pečovatelem hovořila o pitném režimu pacientky, který by měl být nejméně 1,5 litru tekutin/den. O významu sledování příjmu a výdeje. O zásadách správné hygieny abychom předcházeli infekci. O citlivém přístupu k pacientce a zajištění soukromí. O komunikaci s pt. a psychické podpoře. Vše jsem zapsala do dokumentace pacientky.

Všeobecná sestra: M. Rybová

**Hodnocení:**

Cíl splněn částečně, jelikož inkontinence je kontinuální a je nutno v intervencích pokračovat neustále. Pacientka se cítí dobře, kůže v perianální oblasti je ošetřena, nejeví známky zarudnutí, otoku či macerace.

**Sesterská diagnóza: Inkontinence stolice v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí projevující se samovolným, plynulým odchodem střevního obsahu.**

**Cíl:** Pacientka se cítí spokojená ,má co nejčastěji suchou, čistou plenu a kůže v okolí konečníku nejeví známky podráždění, zánětu, fisur.

**Priorita: střední**

**Výsledné kritéria:**

Pečovatel slovně vyjadřuje chápání tohoto stavu – (ihned)

Pečovatel aktivně spolupracuje se sestrou DP – (ihned)

Pečovatel zná a zajistí hygienické pomůcky potřebné k péči o pt. – (do 3 dnů)

Pečovatel umí správně tyto pomůcky používat – (do 1 dne)

Pečovatel zná časový rozvrh pt. vyprazdňování – (do týdne)

Pečovatel zná zásady péče o kůži – (ihned)

Pečovatel zná možné komplikace a rizika – (ihned)

Pacientka má klidné okolí konečníku – (každý den)

Pečovatel zná nutnost dietního režimu – (ihned)

Pacientka má měkké břicho, charakteristické střevní zvuky – (vždy)

Pacientčin stav nemá dopad na její sebeúctu – (vždy)

Pacientka je psychicky podporována – (vždy)

**Plán intervencí:**

Pouč pečovatele i pacientku o problematice inkontinence stolice – všeobecná sestra

Doporuč pečovateli vhodnou kosmetiku v péči o inkontinentní pacienty - všeobecná sestra

Spolupracuj s pečovatelem a pacientkou - všeobecná sestra

Pouč pečovatele o nutnosti pravidelné kontroly čistoty pleny – všeobecná sestra

Názorně předved' hygienu okolí konečníku - všeobecná sestra

Nauč pečovatele měnit plenkové kalhotky, úpravu a převlečení lůžka a jeho ochranu před znečištěním- všeobecná sestra

Pouč pečovatele o vhodnosti sledování biorytmů pacientky, kdy asi dochází k defekaci - všeobecná sestra

Edukuj pečovatele o fyziologické barvě, konzistenci, zápachu stolice, o nutnosti jejího sledování, o příměsích, množství, tvaru a frekvenci- všeobecná sestra

Pouč pečovatele o významu vlákniny ve stravě a dostatečném příjmu tekutin- všeobecná sestra

Zdůrazni vhodnost teplých nápojů a vynechání problémových potravin způsobujících průjem, zácpu nebo nadměrnou plynatost- všeobecná sestra

Pravidelně auskultačně vyšetřuj střevní peristaltiku a palpačně břišní stěnu – všeobecná sestra

Pečuj o okolí konečníku aby nedošlo k exkoriacím v této oblasti – všeobecná sestra, pečovatel

Dle možností ved' nemocného k pravidelnému cvičení zvyšujícím tonus abdominálních a perineálních svalů.- všeobecná sestra, pečovatel

Povzbuzuj pacienta i pečovatele, vyjádři mu citovou podporu – všeobecná sestra, pečovatel

**Realizace: 21.2.2011 7,10h.** Hovořila jsem s pečovatelem o problematice inkontinence stolice, názorně jsem mu předvedla očištění a omytí konečníku, důkladné



<p>osušení, ošetření kůže ochrannou masťou, výměnu plenkových kalhot, převlečení lůžka. Zdůraznila jsem mu důležitost kontroly čistoty plenkových kalhot x prevence komplikací. Shodli jsme se na tom, že pacientka má pravidelnou defekaci ráno po snídani, je možné ji vysadit na toaletní židli. Stolice má fyziologickou barvu, tvar, zápach, je bez příměsi krve, pacientka má stolicí pravidelnou. Zdůraznila jsem pečovateli význam vhodné stravy a dietní omezení s ohledem na pohodlí pacientky. Dále jsem názorně předvedla pečovateli vhodné cviky na posílení abdominálních svalů. Psychicky jsem jej podpořila. Veškeré provedené činnosti jsem zaznamenala do dokumentace pacientky.</p> <p style="text-align: right;">Všeobecná sestra: M. Rybová</p>
<p><b>Hodnocení:</b> Cíl splněn částečně, jelikož inkontinence se neustále opakuje, pacientka má klidné okolí konečníku bez známek patologie, pokračovat v intervencích.</p>

<p><b>Sesterská diagnóza: Deficit sepeče při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s kognitivním postižením projevující se neschopností vybrat si oblečení, uchopit jednotlivé kusy šatstva, neschopností obléci/svléci si části oděvu, porušenou schopností obměnit si části oblečení a udržet vzhled na přijatelné úrovni</b></p>
<p><b>Cíl:</b> Pacientka je oblečena v čistém, volném, pohodlném oblečení, cítí se spokojeně</p>
<p><b>Výsledné kritéria:</b></p> <p>Pečovatel aktivně spolupracuje se sestrou (ihned)</p> <p>Pečovatel zná správný postup při oblékání (ihned)</p> <p>Pečovatel zná zásady při výběru a oblékání oblečení (ihned)</p> <p>Pacientka má čisté a pohodlné oblečení (dle potřeby)</p> <p>Pacientka působí upraveným a spokojeným dojmem (vždy)</p>
<p><b>Plán intervencí:</b></p> <p>Komunikuj s pečovatelem a pacientkou při určování problémů - všeobecná sestra</p> <p>Názorně pečovateli předved' správný postup při oblékání ležící pacientky-všeobecná sestra</p> <p>Edukuj pečovatele o vhodnosti výběru oblečení – všeobecná sestra</p> <p>Povzbuzuj pečovatele i pacientku psychicky - všeobecná sestra</p> <p>Domluv s pečovatelem pravidelnou návštěvu kadeřnice- všeobecná sestra</p>

<p><b>Realizace: 21.2.2011 7,20h</b> Vyslechla jsem pečovatele a zjistila, co mu při oblékání činí potíže, názorně jsem mu předvedla v jakém pořadí a jak má pacientku obléci aby jí nezpůsobil obtíže. Zdůraznila jsem mu nutnost vhodného, nejlépe bavlněného prádla, které nesmí být pod pacientkou nikde zmačkáno, přetočeno. Důležitost volného, pohodlného, čistého oblečení ať už na lůžku či na procházku nebo cestu k lékaři. Doporučila jsem pečovateli mít, pokud je to možné, dva druhy např. noční košile a dát pacientce na výběr. Domluvily jsme se na pravidelné návštěvě kadeřnice dle potřeby. Psychicky jsem podpořila pečovatele v jeho úsilí a pacientku jak jí to sluší. Veškeré provedené intervence jsem zaznamenala do dokumentace pacientky.</p> <p>Všeobecná sestra: M. Rybová</p>
<p><b>Hodnocení:</b> Cíl splněn, pacientka má čisté, pohodlné oblečení, které ji nikde netlačí, vybrala si sama barvu noční košile, vypadá spokojeně, její vzhled je na přijatelné úrovni.</p>

<p><b>Sesterská diagnóza: Deficit sebezpečí při koupání a hygieně v souvislosti s kognitivním postižením projevující se neschopností provést si sama osobní hygienu a celkovou koupel.</b></p>
<p><b>Cíl:</b> Zachovat a zlepšit komfort a sebeúctu pacientky udržováním hygieny</p> <p><b>Priorita: střední</b></p>
<p><b>Výsledné kritéria:</b></p> <p>Pacientka i pečovatel projeví účast na aktivitách – (ihned)</p> <p>Pečovatel zná správný postup při osobní a celkové hygieně pt.- (do 2 dnů)</p> <p>Pečovatel zná všechny potřebné pomůcky k hygieně – (ihned)</p> <p>Pečovatel zná zásady bezpečnosti při hygieně – (ihned)</p> <p>Pečovatel zajistí vhodné pomůcky a prostředí pro bezpečí pt. – (do 3 dnů)</p> <p>Pacientka má zajištěno soukromí při hygieně – (vždy)</p>
<p><b>Plán intervencí:</b></p> <p>Podporuj pacientčinu.účast na úkonech – všeobecná sestra, pečovatel</p> <p>Komunikuj neustále s pacientkou – všeobecná sestra, pečovatel</p> <p>Psychicky podporuj pacientku – všeobecná sestra, pečovatel</p> <p>Edukuj pečovatele o postupu při osobní a celkové hygieně – všeobecná sestra</p> <p>Edukuj pečovatele o vhodných pomůckách k osobní i celkové hygieně.- všeobecná sestra</p>

Zdůrazni pečovateli nutnost zajištění bezpečnosti pt. při hygieně – všeobecná sestra

Zajisti pečovateli potřebné pomůcky k hygieně a přesunu pt. – všeobecná sestra

Zajisti pt. vhodné prostředí při hygieně a soukromí. – všeobecná sestra, pečovatel

**Realizace: 21.2.2011 7,30h.** Názorně jsem pečovateli předvedla osobní hygienu pt., jaké pomůcky jsou k ní potřeba, jaké zásady je třeba dodržovat, omyla jsem pt. obličej, oči, vyčistila jí zuby i zubní protézu, omyla a vyčistila uši, učesala jí vlasy. Nechala jsem jí chvíli namočené ruce v latoru s teplou vodou. Obličej jsem namazala hydratačním krémem. Domluvili jsme se s pečovatelem na celkové koupeli 1x týdně, vč. mytí vlasů a ošetření nehtů dle zdravotního a psychického stavu pt. Telefonicky jsem pečovateli zajistila z charity zapůjčení pojízdného vozíku (k přesunu pt. do koupelny) a sedačky do vany.

**22.2.2011 7,00h.** Omyla jsem pt. obličej a podpaží, vyčistila jsem jí zuby, zubní protézu vyčistil pečovatel, namazala jsem pt. obličej, upravila jí vlasy.

**23.2.2011 7,00h.** Pomohla jsem pt. sednout si na lůžku a přenést ji s pečovatelem na vozík , poté jsme jí přemístili do koupelny, kde už jsme měli připravenou vanu pro celkovou koupel pt. Pečovatel předtím v koupelně ještě přitopil. Pt. jsem svlékla, spolu s pečovatelem jsme jí přenesli na sedačku do vany. Pacientka je spokojená, koupel se jí moc líbí. Chvíli jsem jí nechala užívat si pohodu teplé koupele, poté jsem jí umyla vlasy a provedla celkovou očistu těla. Kůži pacientky jsem důkladně osušila, především v intimních partiích, promazala emulzí v intimních partiích ochranným krémem. Neustále jsem komunikovala s pacientkou a říkala co bude následovat. Pt. jsem dala čistou plenu, čistou noční košili , fenem jsme vysušili vlasy, přikryla jsem jí županem a přesunula jí s pečovatelem společně na lůžko. Na lůžku jsem pt. ostříhala nehty na ruce i nohy. Celková koupel pt. velmi unavuje, z tohoto důvodu pt. ten den nezatěžuji ošetřovatelskou rehabilitací. Veškeré provedené intervence jsem zapsala do dokumentace.

Všeobecná sestra: M. Rybová

**Hodnocení: 21.2.2011** Cíl splněn - provedena osobní hygiena, vyčištění uší, úprava vlasů.

**22.2.2011** - Cíl splněn- provedena osobní hygiena

**23.2.2011** - Cíl splněn provedena osobní i celková koupel pacientky, včetně mytí vlasů a ošetření nehtů.

<p><b>Sesterská diagnóza: Zhoršená pohyblivost pacientky v souvislosti s kognitivním postižením a posunutím hřebu po operaci fraktury krčku kosti stehenní projevující se omezenou hybností a kontrakturami DK.</b></p>
<p><b>Cíl:</b> Zachovat pohyblivost pacientky na současné úrovni Zachovat a zvýšit sílu a funkci kompenzující části těla</p>
<p><b>Výsledné kritéria:</b></p> <p>Pacientka i pečovatel projeví účast na aktivitách – (ihned)</p> <p>Pacientka. i pečovatel pochopí význam léčebného režimu – (ihned)</p> <p>Pečovatel si osvojí techniky prováděných cviků a polohování – (do 3dnů)</p> <p>Pacientka si zachová mobilitu na současné úrovni – co nejdéle</p> <p>Pacientka si opakovaným cvičením zvýší svalový tonus – (do měsíce)</p> <p>Pacientka si zlepší pohyblivost kloubů – (do 14 dní)</p> <p>Pacientka si s pomocí hrazdy sedne, nadzvedne se, otočí se- (do týdne)</p> <p>Pacientka je aktivována – (vždy)</p>
<p><b>Plán intervencí:</b></p> <p>Edukuj pt. i pečovatele o významu tělesného cvičení – všeobecná sestra</p> <p>Komunikuj s pacientkou. i pečovatelem – všeobecná sestra</p> <p>Prováděj ošetřovatelskou RHB – všeobecná sestra</p> <p>Polohuj pacientku – pečovatel</p> <p>Aktivizuj pacientku – všeobecná sestra i pečovatel</p> <p>Nauč pacientku měnit polohu s pomocí hrazdy- všeobecná sestra, pečovatel</p> <p>Zachovej kožní integritu – všeobecná sestra, pečovatel</p> <p>Používej antidekubitní lůžko- pečovatel</p> <p>Zabraň imobilizačnímu syndromu,úrazu,poranění –všeobecná sestra, pečovat</p> <p>Prováděj pravidelné masáže, především HK a DK – všeobecná sestra, pečovatel</p> <p>Vždy přihlížej k aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu pt. – všeobecná sestra, pečovatel</p>

**Realizace: 21.2.2011 7,50h** Vysvětlila jsem pt. i pečovateli význam fyzické aktivity pro zlepšení mobility a prevenci komplikací. S pacientkou jsem prováděla ošetřovatelskou RHB pasivní i aktivní, začínáme vždy přitahováním HK k hrazdě 6x, zvedáním pánve 6x, poté pacientka simuluje jízdu na kole, každou končetinou zvlášť, krouží kotníky, natahuje DK - pohyb omezen - pt. má již kontraktury DK, Dále jsem prováděla abdukci a addukci kolen, pacientka mačkala overball mezi kolena - několikrát, poté mi ho házela, prováděla s ním kroužky, mačkala jej. Dále jsme prováděly extenze a flexe HK, rotaci v kloubech (ramenní, loketní), supinaci, pronaci dlaní a předloktí. Návčik sedu a otáčení na lůžku. Různé cviky typu šiju boty..., kšá apod. Pacientce jsem namasírovala DK pro zlepšení cirkulace a žilního návratu. Edukovala jsem pečovatele u nutnosti dechových cvičení i během mé nepřítomnosti a názorně jsme si je vyzkoušeli. Též o bezpečnosti pacientky, že nesmí sama vstávat (o což se občas snaží), proto má u lůžka zvonek a postranici. To vše za neustálé konverzace s pt. i pečovatelem. Provedené úkony jsem zaznamenala do dokumentace pt. Všeobecná sestra: M. Rybová

**22.2.2011 7,25h.** Provedena ošetřovatelská RHB - pasivní i aktivní, se zaměřením na protažení HK a DK. Opět jsme s pacientkou prováděly flexe a extenze HK, supinace, pronace, rotace v kloubech, vějířovitou masáž dlaní, zvedání pánve na lůžku, procvičení DK, flexe, extenze, rotace v kloubech, abdukce, addukce. Návčik sedu, otáčení na lůžku. Pečovatelé jsem zdůraznila důležitost opakování těchto cvičení i během dne. Důležitost změny polohy i přes to, že má pt. antidekubitní lůžko.

Všechny provedené úkony jsem zapsala do dokumentace pacientky

Všeobecná sestra: M. Rybová

**23.2.2011 7,40h** Pacientka je po celkové koupeli a přesunu z lůžka do koupelny velmi unavena, proto provádíme jen lehká dechová cvičení se zaměřením na prohloubené dýchání. A promazání HK a DK masážní emulzí.

Všeobecná sestra: M. Rybová

**Hodnocení: 21.2.2011** Cíl splněn částečně, pro zachování současného stavu mobility je nutné opakovat intervence každý den., byly procvičeny všechny svalové partie.

**22.2.2011** Cíl splněn částečně, vyžaduje opakování intervencí

**23.2.2011** Cíl splněn částečně z výše jmenovaných důvodů, provedena jen dechová cvičení z důvodu únavy pacientky po koupeli.

<p><b>Sesterská diagnóza: Porušený spánek v souvislosti s kognitivním postižením projevující se zíváním, kruhy pod očima, bledostí, unaveným výrazem v obličeji, nočním buzením a pospáváním přes den.</b></p>
<p><b>Cíl:</b> Pacientka nemá objektivně příznaky nedostatku spánku  Pacientka si zkvalitní spánek, po probuzení se bude cítit vyspalá a odpočatá</p> <p><b>Priorita : střední</b></p>
<p><b>Výsledné kritéria:</b></p> <p>Pacientka usíná do půl hodiny po uložení ke spánku – (do týdne)  Pacientka spí nejméně 5 hodin bez probuzení – (do týdne)  Pacientka se neprobouzí více jak 2 x za noc a po probuzení do 15 min usíná- (do týdne)  Pečovatel zná zásady spánkové hygieny – (do 1 dne)  Pečovatel aktivizuje pt. přes den aby spala v noci – (každý den)  Pacientka se po probuzení cítí odpočatě a není unavená – (do 3 dnů)</p>
<p><b>Plán intervencí:</b></p> <p>Zjistí přítomnost faktorů přispívajících k nespavosti – všeobecná sestra  Zajisti pacientce přijatelné prostředí pro spánek- pečovatel  Zjistí zda pacientce není v noci zima, zda jí něco neruší – pečovatel  Edukuj pečovatele o spánkové hygieně – všeobecná sestra  Pouč pečovatele o nutnosti aktivizace pt. přes den – všeobecná sestra  Psychicky podporuj pacientku i pečovatele- všeobecná sestra</p>
<p><b>Realizace: 22.2.2011 7,50h</b> Zjišťovala jsem příčinu noční nespavosti pt., např. nemá-li nějakou bolest, jestli jí není zima, nemá halucinace apod. Vzhledem k dezorientaci pt. jsou její odpovědi nevýznamné. Edukovala jsem pečovatele o spánkové hygieně, co je vhodné a co ne před spaním ( vhodné vyvětrání, úprava lůžka, relaxační hudba, tlumené osvětlení) , nevhodné je např. pozdní příjem tekutin, rozrušení pacientky.Zdůraznila jsem pečovateli nutnost aktivizace pt. přes den, procházky, povídání si, čtení, poslech hudby, cvičení, zpívání apod. aby nemohla spát a spala v noci. Psychicky jsem podpořila pacientku i pečovatele. Veškeré poznatky jsem zaznamenala do dokumentace.</p> <p>Všeobecná sestra: M.Rybová</p>
<p><b>Hodnocení: Cíl nesplněn vyžaduje delší dobu trvání</b></p>

<p><b>Sesterská diagnóza: Chronická zmatenost v souvislosti s degenerativním onemocněním mozku projevující se sníženou schopností interpretace podnětů ze zevního prostředí a sníženou kapacitou myšlení, hrubou poruchou paměti, orientace a chování, neschopností plnit jednoduché instrukce, neschopností logického myšlení a soustředění.</b></p>
<p><b>Cíl:</b> Zachovat pacientčino zdraví a bezpečnost a důstojnost  Zachovat pacientčiny kognitivní funkce na stávající úrovni</p> <p><b>Priorita : střední</b></p>
<p><b>Výsledné kritéria :</b></p> <p>Pacientka rozumí sdělenému – (vždy)</p> <p>Pacientka vykonává jednoduché příkazy – (do 1 dne)</p> <p>Pacientka je orientována v osobách, čase, prostředí – (několikrát denně)</p> <p>Pacientka trénuje paměť – (několikrát denně)</p> <p>Pacientka se zapojuje do každodenních činností – (vždy)</p> <p>Pacientka neztrácí svou důstojnost a svéprávnost – (vždy)</p> <p>Pacientka je klidná a spolupracuje – (do 2 dnů)</p> <p>Pacientka se soustředí na otázky a odpovědi – (do 1 dne)</p> <p>Pacientka je klidná a cítí se bezpečně – (vždy)</p>
<p><b>Plán intervencí :</b></p> <p>Navaž s pacientkou důvěrný, empatický vztah – všeobecná sestra, pečovatel</p> <p>Opakuj pt. jednotlivé věty a příkazy, používej jednoduchá, krátká sdělení – sestra, pečovatel</p> <p>Povzbuzuj pt. slovně – všeobecná sestra, pečovatel</p> <p>Orientuj pt. v osobě, místě, času, dané situaci – všeobecná sestra, pečovatel</p> <p>Dodržuj pt. denní rozvrh činností – všeobecná sestra, pečovatel</p> <p>Udržuj orientaci pt. poskytováním čerstvých informací a podnětů – všeobecná sestra, pečovatel</p> <p>Dovol pt. oddávat se vzpomínkám a respektuj její realitu, pokud to nemá vliv na její zdraví- všeobecná sestra, pečovatel</p> <p>Dbej na bezpečnost pt.a pocit bezpečí – všeobecná sestra, pečovatel</p>
<p><b>Realizace : 21.2.2011 7,00</b> Každý den po příchodu se s pt. vítám, ptám se jí, kdo jsem, jestli ví, co máme za den, samozřejmě jí přiměřeně napovídám aby se necítila méněcenně či ještě více zmateně. Pt. má naproti sobě hodiny a kalendář, poslouchá</p>

i radio. Během veškeré činnosti u pt. si s ní povídám, co je nového u nich doma, u nás, co psali např. v novinách, jaké je roční období. Snažím se o maximální zapojení pt. do zdravotní péče, vždy jí jednoduše a přesně říkám co budu vykonávat, jak. Trénuji s pt. paměť různými slovními hříčkami, neustále jí povzbuzuji a chválím ji. Pt. se snaží komunikovat, rozumí co po ní žádám. Velmi důležitý je určitý řád v denních aktivitách, který se snažíme dodržovat. Dále pt. neustále opakuji, že nesmí sama vstávat, musí si zazvonit na zvonek

**Hodnocení :** Cíl splněn částečně, bezpečnost a důstojnost zachována, co se týče zachování kognitivních funkcí - tento cíl vyžaduje delší časový horizont a neustálé opakování

**Sesterská diagnóza: Zhoršení verbální komunikace v souvislosti s progresí základního onemocnění projevující se stíženou mluvou, neschopností tvořit slova, vyjádřit myšlenky slovy, reagovat na podněty.**

**Cíl :** Zavést metody komunikace, umožňující vyjádření potřeb pt.

Pacientka rozumí sdělenému, reaguje na podnět.

**Priorita : střední**

**Výsledné kritéria :**

Pacientka má zajištěno klidné, tiché prostředí – (vždy)

Pacientka rozumí sdělenému – (vždy)

Pacientka reaguje na oslovení – (vždy)

Pacientka si uvědomuje význam slov – (do 2 dnů)

Pacientka mimicky reaguje – (do 2 dnů)

Pacientka dokáže vyjádřit své potíže – (do 2 dnů)

**Plán intervencí :**

Posuď pacientčin zrak, sluch – všeobecná sestra, pečovatel

Udržuj s pacientkou stálý oční kontakt při komunikaci –všeobecná sestra, pečovatel

Zajisti klidné prostředí ke komunikaci – všeobecná sestra, pečovatel

Sleduj neverbální projevy komunikace – všeobecná sestra, pečovatel

Aktivně naslouchej potřebám pacientky – všeobecná sestra pečovatel

Používej jednoduché, krátké věty, opakuj je – všeobecná sestra, pečovatel

Jednej s pacientkou klidně a vlídně, dej jí dost času na odpověď – všeobecná sestra, pečovatel



Předvídejte potřeby pacientky – všeobecná sestra, pečovatel

Povzbuzuj pacientku ke komunikaci – všeobecná sestra, pečovatel

Pomáhej jí s vyhledáváním slov – všeobecná sestra, pečovatel

Dokumentuj reakce na dotyk, oslovení – všeobecná sestra

**Realizace: 21.2.2011 7,00h**

Oslovila jsem paní V. napoprvé mě neslyšela, tak jsem trochu zvýšila hlas, protože vím, že slyší a vidí hůře. Vždy pokud jí chci něco sdělit, musím jí chytit za ruce, aby se soustředila, udržovala jsem s ní oční kontakt a přitom jsem pomalu a srozumitelně říkala co potřebuji aby paní V. udělala. Abych se ujistila, že mi rozumí, opakovala jsem otázku a poprosila jsem jí, ať souhlasně kývne, že mi dobře rozumí. V pokoji jsme byly samy, tak jsme si povídaly jak se má, co měla k večeři, zda za ní byl vnouček, jaké je počasí. Paní V. občas nemůže najít vhodná slova, ale společně je takřka vždy dáme dohromady. Reaguje na oslovení, je dobré ji před oslovením vzít za ruku, zaklepat lehce na rameno apod. Jemně, nesmí se polekat.

**22.2.2011 7,00h.**

Po příchodu do pokoje paní V. jsem jí poklepala na rameno, popřála jsem jí dobré ráno, zeptala jsem se, jak se vyspala. Dále jsme pokračovaly v konverzaci a zároveň trénincích paměti, zda ví, kdo jsem, co je za den, jestli je ráno, nebo večer, že bude snídaně, pak pojedou na procházku, co jí dnes čeká atd. Neustále jsem jí povzbuzovala k hovoru. Pokud mi paní V. chce něco sdělit, zatahá mě za triko, poté se společně snažíme dopátrat se toho, co by asi chtěla.

**23.2.2011 7,00h.**

Opět jako každý den jsem po příchodu a pozdravení pacientky začala komunikovat obvyklým způsobem za pomoci lehkých testů paměti, povídaly jsme si o zimě, že už se těšíme až skončí a bude teplo a sluníčko. Pacientka ráda zpívá, tak jsme si během návštěvy a ošetřovatelských úkonů zpívaly. S pacientkou komunikuji po celou dobu návštěvy a povzbuzuji jí k odpovědím na mé otázky.

**Hodnocení**

**21.2.2011, 22.2.2011, 23.2.2011 Cíl splněn – pacientka rozumí sdělenému a reaguje na podněty a dokáže vyjádřit své potřeby.**

## 4.6 Potencionální sesterské diagnózy NANDA

1. Riziko aspirace – 00039
2. Riziko pádu – 00155
3. Riziko imobilizačního syndromu - 00040
4. Riziko přetížení pečovatele - 00062

### **Riziko aspirace v souvislosti s obtížným polykáním**

**Cíl: Pacientka při podávání jídla a pití neaspiruje**

**Priorita: vysoká**

**Plán Intervencí:**

Podávej pacientce jídlo a pití pomalu v malých dávkách(vždy) - pečovatel

Snaž se vybírat vhodné potraviny, které nejsou suché(vždy) - pečovatel

Pokud má pacientka potíže polknout sousto, nech jí ho zapít.(vždy) – pečovatel

Nepospíchej na pacientku, povzbuzuj ji k jídlu(vždy) – pečovatel

Pozoruj pacientku ještě po dojedení posledního sousta.(vždy) - pečovatel

Pečovatel je edukován o postupu zásahu při náhlém dušení(vždy) – všeobecná sestra

### **Riziko pádu v souvislosti s chronickou zmateností, občasnými bludy a halucinacemi**

**Cíl: Pacientka nepadne z lůžka**

**Priorita : vysoká**

**Plán Intervencí :**

Pouč pacientku o tom, že nesmí sama vstávat (vždy) – všeobecná sestra, pečovatel

Zajisti pacientce signalizační zařízení , kterým tě přivolá (vždy) – pečovatel

Vysvětli jí jak ho používat (vždy) – všeobecná sestra, pečovatel

Zajisti zábrany u lůžka pacientky (vždy) – všeobecná sestra, pečovatel

V případě výskytu nějakých halucinací či vidin se snaž pacientku uklidnit (vždy)-  
všeobecná sestra, pečovatel

Zajisti pacientce pocit klidu a bezpečí (vždy) - pečovatel

### **Riziko imobilizačního syndromu v souvislosti s pohybovým režimem pacientky**

#### **Cíle:**

Pacientka nemá žádné kožní léze

Pacientka nemá poruchy vyprazdňování

Pacientka má zajištěnu kvalitní hygienu a je dostatečně chráněna proti nedostatečnému tkáňovému prokrvení

Pacientka pravidelně rehabilituje a provádí dechová cvičení

Pacientka je orientována místem, časem, osobou

#### **Priorita : vysoká**

**Plán intervencí:** Posud' stav pacientky s hlediska možnosti vývoje komplikací z imobilizace (vždy) – všeobecná sestra

Prováděj důslednou prevenci všech možných komplikací (vždy) – všeobecná sestra, pečovatel

Pravidelně prováděj kontrolu kůže, predilekčních míst, polohuj nemocného (vždy) - všeobecná sestra, pečovatel

Ošetřuj pokožku v hodnými přípravky (vždy) – všeobecná sestra, pečovatel

Prováděj poklepové masáže (dle potřeby a přání pt.) - všeobecná sestra, pečovatel

Sleduj stav výživy a pitného režimu pt.(vždy)- všeobecná sestra, pečovatel

Sleduj přítomnost dýchacích fenoménů, prováděj dechovou RHB (každý den)- všeobecná sestra, pečovatel

Pravidelně měř fyziologické funkce pt. (každý den) – všeobecná sestra

Pouč pt. i pečovatele o vhodnosti cvičení na lůžku (každý den) - všeobecná sestra

Prováděj prevenci kontraktur (vždy) – všeobecná sestra

Průběžně zjišťuj, jak je pt. orientována (každý den) – všeobecná sestra, pečovatel

Zabezpeč pt. dostatek podnětů z okolí-TV, radio, návštěvy (dle možností) - pečovatel

Prováděj prevenci vzniku spánkové inverze (každý den) – pečovatel

Získej pt. k aktivní spolupráci, povzbuzuj ji (vždy) . všeobecná sestra, pečovatel

Veškeré získané poznatky pečlivě zapiš do dokumentace (vždy).

### **Riziko přetížení pečovatele v souvislosti s náročnou péčí o osobu blízkou**

**Cíl : Osoba poskytující péči nepocit'uje žádné problémy, či obtíže v rámci své role.**

**Priorita : vysoká**

**Plán intervencí :**

Zhodnot' současnou znalost situace, mylné představy, nedostatek informací(vždy) - všeobecná sestra

Urči míru povinností pečovatele, jeho zapojení do péče a předpokládané trvání péče (vždy) – všeobecná sestra

Posud' zdravotní a psychický stav pečovatele (vždy) – všeobecná sestra

Naslouchej jeho problémům a obavám (vždy)- všeobecná sestra

Pozoruj jeho chování při péči o osobu blízkou (vždy) – všeobecná sestra

Uznej obtížnost situace pro pečovatele (vždy) - všeobecná sestra

Veď pečovatele k přiznání svých pocitů (vždy) – všeobecná sestra

Posiluj schopnost pečovatele zvládnout současnou situaci (vždy) – všeobecná sestra

Prodiskutuj způsoby, jak koordinovat péči s ostatními členy rodiny (co nejdříve) – všeobecná sestra

Zdůrazni význam péče o sebe sama (vždy) – všeobecná sestra

Zajisti pečovateli kontaktní osobu v případě potíží (vždy) – všeobecná sestra

#### **4.7 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče**

V ošetrovatelské péči jsme se zaměřily na nejpodstatnější problémy pacientky, kterými jsou inkontinence moče a stolice, deficit při koupání a osobní hygieně, při příjmu potravy, při oblékání. Podstatnou část ošetrovatelské péče jsme věnovaly pacientčině zhoršené pohyblivosti, verbální komunikaci a prevenci komplikací. Převážnou část ošetrovatelské péče vykonává u pacientky její syn pan V., edukovala jsem ho ve všech diagnózách, zná správné postupy, vhodné pomůcky, ví jak má s pacientkou bezpečně manipulovat, co vše má sledovat a kontrolovat, kde sežene kompenzační pomůcky apod. Vše jsme zaznamenaly a společně podepsaly do dokumentace pacientky. V případě jakéhokoli problému má telefonní spojení na kontaktní sestru.

Pacientka byla v pořádku, v dobrém fyzickém stavu, usmívala se, snažila se o spolupráci a komunikaci. Kůže pacientky byla čistá, promazaná emulzí, ochranným krémem, pleny také v pořádku, lůžko čisté, upravené. Pacientka byla upravená, v dobré psychické kondici, vypadala spokojeně. Těšila se na snídani.

## 4.8 Doporučení pro praxi

### **Pro zdravotníky a ostatní ošetřující personál:**

Nejdůležitějším faktorem v péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou je jejich dokonalé poznání, jejich úspěchy, neúspěchy, zvyky, hodnoty, naděje, obavy, role, silné a slabé stránky. Zkrátka dozvědět se o osobě závislé na péči co nejvíc. K tomu nám nejvíce přispěje rodina nemocného, přátelé i pacient sám. Je při tom nutné navázat s pacientem empatický vztah založený na důvěře, naslouchání, udržení pacientovy pozornosti, většinou pomocí očního kontaktu. Neméně důležitá je dokonalá znalost onemocnění a prognózy. V dnešní době je dostupnost informací obrovská - letáky, brožury, přednášky, internet, časopisy, knihy...

Zdravotnický personál by se měl snažit pochopit pacientovy poruchy chování, tito pacienti mívají deficity pozornosti, soustředění, mají nerealistický odhad, tendenci brát věci doslova. V komunikaci je nutné být trpělivý, opatrný, neustále věci opakovat, podávat informace v malých dávkách, pomalu, jednoduše. Dbát na to, aby nedošlo nevhodnou komunikací či výběrem aktivizace k frustraci pacienta, konfliktům. V péči o pacienta je třeba důslednost, pečlivost, holistický přístup a dodržování všech fází ošetřovatelského procesu. Pacienti, kteří jsou dezorientováni, musí mít pocit bezpečí. Tito pacienti mívají zvýšený sklon k pádům, je nutno brát na to zřetel. Velmi často se toulají a bloudí, proto je nezbytné zabezpečit oddělení i značení místností (jídélňa, WC...). Je přínosné je co nejvíce zapojovat do péče, aktivizovat je. Měla by být pořádána odborná školení pro zdravotnický personál především týkající se komunikace s těmito pacienty a jejich poruchami chování, aby zdravotníci nebyli zaskočení a nepřipraveni. (Pacienti mohou být také agresivní a útoční). Především na odděleních, kde je vyšší incidence pacientů s demencí – léčebny dlouhodobě nemocných, domovy důchodců, denní centra pro seniory, domácí péče, interní oddělení aj.

### **Pro pečovatele:**

Pečovatelé by se neměli obávat vyhledat odbornou pomoc v případě, když se v jejich rodině objeví někdo, kdo si přestává pamatovat, nerozpoznává své blízké, ztrácí se mimo domov (později i v něm) a jeho život může být ohrožen. Péče o pacienty s AD je velmi fyzicky, psychicky a bohužel i finančně náročná. Pečovatelé by měli, poté co

získají maximum informací o této nemoci a její prognóze, pečlivě zvážit zda jsou schopni tuto péči zvládnout. Tato péče je velmi náročná a může trvat týdny, měsíce, ale i roky. Je zapotřebí nabídnout pečovatelům pomoc. Existuje řada možností pomoci formou – podpůrných skupin, pomocí České Alzheimerovské společnosti, domácí péče, pečovatelské služby, dobrovolníků. Dále Alzheimer centra, denní stacionáře a v neposlední řadě i pomoc finanční (příspěvek na péči). Pečovatele je nutno edukovat o komplexní ošetrovatelské péči, pomůckách, o bezpečném prostředí pro pacienta. O prevenci komplikací. Pečovatel by měl sdílet své problémy s dalšími lidmi, měl by si najít čas sám pro sebe, pečování by ho nemělo vyčerpávat, fyzicky ani psychicky. Pro pečovatele má obrovský význam, má-li se v případě potíží na koho obrátit – rodina, všeobecná sestra domácí péče, kamarádi apod.

### **Pro lékaře:**

Jelikož prevalence Alzheimerovy choroby neustále stoupá bylo by na místě zařadit testy kognitivních funkcí mezi preventivní vyšetření např. u obvodních lékařů. Formou metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví. Zvláště jsou-li zde předpoklady k tomuto onemocnění (familiární výskyt), rizikový věk apod. Protože v případě pozitivní diagnózy je nutné včasné zahájení léčby, tím se docílí zpomalení projevu nemoci a prodlouží se kvalita života pacienta i jeho rodiny.

### **Pro veřejnost:**

Paměť je důležité neustále ji procvičovat, formou různých aktivit - křížovky, soutěžní pořady, čtení, poslech, sledování zajímavých dokumentů, tréninků paměti apod.

Zkrátka pro většinu lidí znamená: „Něco dělat – žít“. A tak žijme, dokud to jde a náš zdravotní stav nás nijak neomezuje. Je nutné veřejnosti sdělovat fakta, která vedou při nečinnosti mozku k jeho zakřívání. Veřejnost by měla být informována o existenci tohoto onemocnění a jeho projevech, které jsou často považovány v počátečních stadiích za „pouhé“ projevy stáří. Měla by se seznámit formou letáků, které by mohla vydat např. Všeobecná zdravotní pojišťovna se základními informacemi o této nemoci

a o nutnosti včasného zahájení léčby. Součástí letáku by mohly být také kognitivní testy - MMSE a test ADL aj. Mohly by být nabízeny v čekárnách zdravotnických zařízení. Také by bylo vhodné informovat veřejnost formou přednášek (domovy důchodců, denní centra, seniorské kluby, domy s pečovatelskou službou, obecní úřady...).

## ZÁVĚR

Porozumění pacientovi, který je postižen Alzheimerovou chorobou, může být pro zdravotnický personál i pečovatele velmi nesnadné. Vždy je nutné si uvědomit, že chování pacientů s demencí je deformováno nemocí. Optimální péče závisí na dobré komunikaci mezi rodinou a zdravotníky a na jejich vzájemné podpoře při snaze dosáhnout společného cíle, kterým je uspokojení potřeb nemocného a zlepšení kvality jeho života.

U pacientů s Alzheimerovou demencí je důležité soustředit se na schopnosti a dovednosti, které zůstávají a posilovat je. Hmat, sluch, zrak, chuť, čich bývají zpravidla nedotčené nejdéle. Doporučuje se tyto smysly aktivovat – objetím, pohlazením, doteky, pouštěním oblíbené hudby, úpravou interiéru (oblíbená barva pokoje), oblíbené předměty, oblíbené jídlo, vůně.

Hlavní zásadou je respektování osobnosti nemocného, cvičební program musí odpovídat adekvátnímu zdravotnímu stavu nemocného, měl by být snadno pochopitelný, stabilní a měl by umožňovat úspěšné splnění. Primární je navázání důvěry mezi nemocným a terapeutem. Pohybová činnost by měla být prováděna pravidelně, pod dohledem a v prostředí, které nemocného neohrožuje. Péče o geriatrické pacienty má svá specifika, zvláště u ležících pacientů je nutná zvýšená péče a prevence různých komplikací.

Je tedy nutné přihlížet nejen k základnímu onemocnění pacientky, ale i k dalším změnám, tělesným, smyslovým, psychickým a sociálním provázejících stáří. Imobilita je také spojena s absencí fyzické a psychické stimulace, u pacientů dochází k sociální izolaci, ke smyslové deprivaci (zhoršuje se zrak a sluch). Kůže je často vysušená, náchylná k poranění či proležením. Co se týče sociálních vztahů pacienti jsou závislí na pomoci druhé osoby a mají sníženou kvalitu života. Tyto všechny aspekty a mnohé další musíme při ošetrovatelské péči o chronicky nemocné brát v úvahu.

Součástí terapie musí být vždy i péče o pečovatele pacienta. Jejich zátěž je extrémní. Jedná se o zátěž psychickou, fyzickou i ekonomickou. Veškerá zodpovědnost spočívá na pečovateli, pokud ji pečovatel přijme a osvojí si potřebné dovednosti, získá nad situací vládu.

Úspěšnost léčby pacientů s Alzheimerovou chorobou ovlivňují následující faktory:

- a) závažnost postižení centrální nervové soustavy
- b) včasné stanovení diagnózy a zahájení léčby
- c) přítomná polymorbidita
- d) vhodná medikace a její kombinace
- e) důsledná kontrola užívání léků a jejich efektu
- f) způsob ošetřování a aktivizace nemocného

Důležité je, aby členové rodiny přivedli stárnoucího rodiče do psychiatrické ordinace k zahájení léčby v době, kdy lze ještě ubývající počty neuronů oživit a prodloužit tím jejich funkci. Cílem efektivní péče je podpořit kvalitu života respektující důstojnost, identitu a potřeby jak pacientky, tak pečovatele. Osoba postižená demencí je na pečovateli závislá nejen fyzicky, ale především emocionálně, prožívá nejistotu a je zranitelná.

**Motto:**

„Paměť je naším největším bohatstvím, teprve přijdeme-li o ni, stanou se z nás skuteční žebráci“ (J.E.D.Esguirol).



## POUŽITÁ LITERATURA

1. BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, 2010. 193 s.
2. CALLONE, P., R.; 2008. *Alzheimerova nemoc 300 tipů a rad , jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada, 2008. 118s. ISBN 978-80-247-2320-4.
3. FARKAŠOVÁ, D.a kol. 2001.*Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta, 2001.135 s. ISBN 80-8063-086-0.
4. FIALA, J. 2009. Demence v ordinaci praktického lékaře. In *Praktický lékař*, ISSN 0032 – 6739, 2009, roč.89, č.9, s. 488-493.
5. HAŠKOVCOVÁ, H.; 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: IDVPZ, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
6. HÁTLOVÁ, B.; SUCHÁ, J. 2005. *Kinezioterapie demenci*. Praha: Triton, 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
7. HOLMEROVÁ, I.; VAŇKOVÁ, H. 2005. Alzheimerova choroba. In *Practicus* , ISSN 1213 – 8711, 2005, roč.4, č.10, s. 411-413.
8. HOLMEROVÁ, I.; JANEČKOVÁ, H.; NIKLOVÁ, D. 1997. Na pomoc pečujícím rodinám. In *Česká Alzheimerovská společnost, 1997*
9. HOSCHL, C.; 1999. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999. 96 s. ISBN 80-7262-025-8.
10. JIRÁK, R.; OBENBERGER, J. ; PREISS, M. 1998. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998, 64 s. ISBN 80-85800-88-8.
11. JIRÁK, R. a kol. 1999. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.
12. KOZIÉROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 2003. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 2003, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
13. KUKUROVÁ, E.; SYSEL, D. 2007. Univerzita Komenského v Bratislavě. Špecifiká ošetrovatel'skej starostlivosti o pacienta s demenciou. In *Zborník prác 2. vedeckej pracovnej schôdze*. Bratislava. 2007. 153 s. ISBN 978-80-223-2402-1
14. MAREČKOVÁ, J.; 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

15. MINIBERGEROVÁ, L.; DUŠEK, J. 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: INCONZ. 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
16. MISCONIOVÁ, B.; rok neúveden. *Stručný průvodce domácí péčí*. Praha : Asociace Domácí péče. Rok neúveden. 24 s. ISBN neúvedeno.
17. MISCONIOVÁ, B.; rok neúveden. *Anamnestika, Diagnostika a Plánování v Komplexní domácí péči*. Praha: Asociace Domácí péče. Rok neúveden. 240 s. ISBN neúvedeno.
18. MISCONIOVÁ, B. Domácí péče integruje zdravotní i sociální aspekty. In *Zdravotnické noviny ČR*. ISSN 0044-1996, 2001, roč. 50, č. 15, s. 23.
19. MOTLOVÁ, L. 2004. *Péče o nemocného člověka s Alzheimerovou chorobou*. In *Nové trendy v ošetrovatelství III*. České Budějovice, 2004. 222 s. ISBN 80-7040-705-0.
20. PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. Praha: Grada, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
21. PIDRMAN, V.; KOLIBÁŠ, E. 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha : Galén, 2005. 189 s ISBN 80-7262-363-X.
22. RŮŽIČKA, E. 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. Praha: Galén, 2003. 176 s. ISBN 80-7262-205-6.
23. SEIDL, Z.; OBENBERGER, S. 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing, 2004. 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
24. TOŠNEROVÁ, T. 2002. Příručka pečovatele. *Starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál?*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. ISBN 80-238-8541-3.
25. VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
26. ZGOLA, J., M. 2003 *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Právní předpisy související s poskytováním domácí péče	I
Příloha B – Mini mental state examination (MMSE)	II-III
Příloha C – Ischemické skóre Hachinského	IV
Příloha D – Test instrumentálních všedních činností	V
Příloha E – Test základních všedních činností podle Barthelové	VI
Příloha F – Souhlas organizace	VII

### **Právní předpisy související s poskytováním domácí péče:**

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta navazujících prováděcích vyhláškách;
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon ČNR č. 160/ 1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška MZČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče v platném znění;
- Vyhláška MZČR č. 101/2002 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou se mění vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů;

Vyhláška MZČR č. 49/1993, Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

([www.domacipecehk.cz/legislativa](http://www.domacipecehk.cz/legislativa))

Příloha B – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

**Orientace**

**Položím vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.**

1. Který je rok?
2. Které je roční období?
3. Který je měsíc?
4. Kolikátého je dnes?
5. Který je den v týdnu?

**Nyní se vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.**

6. Jak se jmenujete?
7. Ve kterém městě jsme?
8. Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice?
9. Ve kterém jsme státě?
10. Ve kterém jsme poschodí?

**Registrace**

**Řeknu vám 3 slova. Chtěl(a) bych, abyste mi zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se vás na ně zeptám později ještě jednou.**

11. klobouk
12. citron
13. auto

**Pozornost a počty**

**Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.**

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

**Paměť**

**Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.**

19. klobouk
20. citron
21. auto

**Jazyk**

22. Ukažte pacientovi tužku

**Můžete mi říci, co to je?**

23. Ukažte pacientovi hodinky

**Můžete mi říci, co to je ?**

24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mně:

**Žádná jestli, ano, nebo ale.**

25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu:

**Pozorně poslouchajte, co vám teď řeknu: Vezměte papír do pravé ruky.**

26. Přeložte ho napolovic

27. A hod'te ho na podlahu.

28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči“ a řekněte pacientovi:

**Prosím udělejte to, co je zde napsáno.**

29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu:

**Napište mi prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.**

**Praxe**

30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky a řekněte mu:

**Prosím, nakreslete stejný obrázek.**

Celkové skóre (0 až 30)

Skóre mezi 24- 27: jedná se o mírnou kognitivní dysfunkci.

Kognitiva jsou pojišťovny hrazena v rozmezí 20-12.

(Zdroj: PIDRMAN, V. *Demence* , 2007, s.167-168)

Příloha C – ISCHEMICKÉ SKÓRE HACHINSKÉHO

<b>Projev</b>	<b>Body</b>
Náhlý vznik	2
Kolísavý průběh	2
Iktus v anamnéze	2
Ložiskové neurologické symptomy	2
Topický neurologický nález	2
Náhlé zhoršení	1
Noční zmatenost	1
Relativní zachování osobnosti	1
Deprese	1
Somatické stesky	1
Emoční inkontinence	1
Arteriální hypertenze v anamnéze	1
Známky arteriosklerózy	1
<b>Hodnocení nálezu</b>	<b>Součet skóre</b>
AN(AD)	< 4
Va D	> 7
Neprůkazné intermediární skóre	5 - 7

(Zdroj: PIDRMAN, V., *Demence*, 2007 , s.170)

Příloha D – TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre</b>
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je zná několik čísel, odpovídá na zavolání nedokáže použít telefon	10 5 0
2. transport	samostatně cestuje dopravním prostředkem cestuje, je-li doprovázen vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	10 5 0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit nakoupí s doprovodem nebo radou druhé osoby neschopen bez podstatné pomoci	10 5 0
4. vaření	samostatně uvaří celé jídlo ohřeje celé jídlo jídlo musí připravit druhá osoba	10 5 0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací provede pouze lehčí práce nebo je úklid nedostatečný potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	10 5 0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně provede pod dohledem vyžaduje pomoc, neprovede	10 5 0
7. užívání léků	užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	10 5 0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi neschopen bez pomoci zacházet s penězi	10 5 0

**Celkové skóre (0 až 80):**

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0-40 bodů.....závislý

45-75 bodů.....částečně závislý

100 bodů.....nezávislý

(Podle: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*, 2005)



Příloha E – TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ PODLE BARTHELOVÉ

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence stolice	plně kontinentní občas kontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence moči	plně kontinentní občas kontinentní trvale kontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně více než 50 m s pomocí 50m na vozíku 50m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

**Celkové skóre (0 až 100):**

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů.....vysoce závislý

45-60 bodů.....závislost středního stupně

65-95 bodů.....lehká závislost

100 bodů.....nezávislý

(Zdroj: PIDRMAN, V., *Demence*, 2007, s. 174)

Příloha F

Farní charita Neratovice  
U závor 1458, Neratovice, 277 11  
IČ: 47009730  
Zastoupená: pí. ředitelkou Miloslavou Machovcovou

Souhlasím tímto s realizací ošetrovatelského procesu a poskytnutím informací o naší pacientce V.B. pro vypracování bakalářské práce pí. Markéty Rybové, nar. 21.1.1976.

-----  
Miloslava Machovcová

V Neratovicích dne: 6.4.2011