

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

OLGA JACHKOVÁ, DiS

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

OLGA JACHKOVÁ, DiS

Stupeň kvalifikace: bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

Praha 2013



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

Jachková Olga
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 13. 7. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou demencí

Comprehensive Nursing of Patients with Alzheimer's dementia

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.**

V Praze dne: **1. 10. 2012**

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.

V Praze, dne 20. 5. 2013

.....

Jachková Olga, DiS

Abstrakt

JACHKOVA, Olga. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou demencí*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, Praha 2013,73s.

Obsahem bakalářské práce je zejména problematika stáří a nemocí s ním spojených, základní charakteristika Alzheimerovy demence, etiologie, příznaky, diagnostika a terapie tohoto onemocnění, i s využitím alternativních postupů v léčbě.

Neméně důležitá část práce se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče u pacienta s Alzheimerovou demencí.

Jako metoda práce byl zvolen ošetrovatelský proces, s využitím komplementárního modelu Virginie Hendersonové, jehož pomocí byly stanoveny problematické oblasti nutné ke sledování a intervencím ošetrojícího personálu.

V závěru bakalářské práce je shrnuta komplexní ošetrovatelská péče, momentální zdravotní stav sledované pacientky po zaléčení akutního problému a navržena řešení dalšího postupu péče.

Také byla navržena doporučení pro praxi, vycházející z dané situace.

Klíčová slova: stáří, Alzheimerova demence, pacient, ošetrovatelský proces

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanovi Syslovi za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytl při vypracování bakalářské práce.

Abstract

JACHKOVÁ Olga DiS. Complex nursing care with the patient of Alzheimer's dementia (Vysoká škola zdravotnická), o.p.s. - bachelor studies. Supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Praha 2013, 73p.

The content of my Bachelor thesis is primarily the problems of old age and diseases associated with them, the basic characteristic of Alzheimer's dementia, etiology, symptoms, diagnosis and treatment of this disease, including the use of alternative methods of treatment.

Equally important part of this thesis focuses specifics of nursing care for patients with Alzheimer's dementia.

As a method of work was chosen nursing process, with using of a complementary model of Virginia Henderson, thereby were determined the problematic areas necessary to observation and interventions of nursing staff.

In conclusion of my Bachelor thesis is summarized comprehensive nursing care, current health status of the monitored patient after treatment of acute problem and solutions of next steps of care are proposed.

Also have been proposed recommendations for practice based on this situation.

Keywords: old age, Alzheimer's dementia, the patient, the nursing process

Obsah

Úvod	9
1 Stáří a stárnutí	10
1.1 Změny podmíněné stárnutím	10
1.2 Psychické změny	10
1.3 Nemoci ve stáří	12
2 Syndrom demence	15
2.1 Dělení do tří skupin	16
3 Alzheimerova demence	17
3.1 Obecná charakteristika	18
3.2 Dělení na tři stádia	18
3.3 Příznaky	21
3.4 Rizikové faktory	22
3.5 Diagnostika	24
3.5.1 Standardní neuropsychotesty	25
3.5.2 Laboratorní vyšetření – seroakce	26
3.5.3 Zobrazovací metody	26
3.6 Léčba	27
3.6.1 Farmakologie kognitivních funkcí	28
3.6.2 Farmakoterapie nekognitivních funkcí	29
3.6.3 Psychologická a sociální terapie	29
3.7 Prognóza onemocnění	31
4 Specifika ošetrovatelské péče o nemocného trpícího	32
Alzheimerovou demencí	32
5 Česká alzheimerovská společnost – ČASL	36
6 Občanská sdružení ve Vsetínském regionu	37
7 Ošetrovatelský proces	39
8 Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou demencí	42
Závěr	68
Seznam použité literatury	70
Internetové zdroje	72
Přílohy	73

Seznam použitých odborných výrazů

demence	mozková choroba
etiologie	výklad příčin
intervence	vnější zásah
ontogenetický	vývojový
interindividuální	podstata skutečnosti, že v jediném okamžiku reaguje více jedinců na tentýž podnět rozdílně
variabilita	
intraindividuální	podstata skutečnosti, že stejný člověk nereaguje na stejný podnět vždy naprosto stejně.
variabilita	
inkontinence	neovladatelný únik moči, stolice z těla
senzomotorická	souhra smyslových orgánů
kognitivní	poznávací činnost
fluidní	tekutý
polymorbidita	více chorob současně
ejekční frakce	vyjadřuje, jaký podíl krve (z celkového objemu krve přítomného v komoře na začátku systoly) je vypuzen
dilatace	rozšíření
elongace	prodloužení
hypoxie	nedostatek kyslíku
hyperkapnie	nedostatek přísunu kyslíku a odsunu oxidu uhličitého.
dentice	prořezávání zubů
glomerulární	
filtrace	tvorba tzv. prvotní moči v glomerulech ledviny
reaktibilita	schopnost, míra připravenosti
erytropoézy	červené krvinky
leukocyty	bílé krvinky
fagocytóza	proces pohlcování pevných částic z okolního prostředí buňkami
fibrinolytická	
aktivita	schopnost rozpouštět krevní sraženinu
hyperkoagulace	náchylnost k opakovaným venózním trombózám a trombemboliím
subchondrální	pod chrupavkou
periarikulární	v okolí kloubů
lipofuscin	nahnědlý pigment hromadící se v buňkách
neurofibrily	vlákna v neuronech
extracelulární	mimobuněčný
neurotransmitéry	chemická látka uvolňovaná z nervového zakončení na synapsi.
ganglion spirale	spirálový shluk nervů
stratum corneum	pokrývka rohovky
vaskulární	cévní
melanocyt	pigmentová buňka
syndrom	seskupení několika typických příznaků
symptomy	příznaky
apraxie	ztráta naučených nebo vžitých pohybů

halucinace	klamný vjem
iluze	mylný smyslový vjem
cerebrovaskulární	mozkocévní
intoxikace	otrava
hippokamp	obloučkový závit ve spodní části mozku

Úvod

Demence postihuje lidi převážně v seniorském věku (90 % lidí postižených demencí jsou senioři nad 65 let, dalších 10 % lidí postihuje demence již po 45 - 50 letech) a jde o progresivní proces - stále se zhoršující stav: časově se rozvíjí z počátečního, přes střední až po pozdní stadium nemoci.

Alzheimerova demence (dále jen AD) je onemocnění především vyššího věku a právě s věkem roste i riziko tohoto onemocnění. Ve skupině 65letých lidí jsou postiženy zhruba 2-3%, ale každých 5let se toto procento zdvojnásobuje. Ve skupině 80letých je postižena již polovina populace.

Existují ale vzácnější formy s časným začátkem vzniku, například již kolem 40.-50. roku. Není to tedy jen nemoc těch nejstarších občanů, avšak vyšší věk je značně rizikový. V současné době se odhaduje, že ve světě je kolem 20 milionů lidí, trpících AD. V České republice se počet postižených nemocných odhaduje na cca 80 000.

Pokud nebude nalezena účinná léčba na AD, odhaduje se, že do roku 2050 vzroste počet nemocných v celém světě čtyřnásobně, minimálně na 100 milionů případů.

V současné době nemáme zatím zcela účinný lék, ale v roce 2008 se objevily první povzbudivé zprávy o upraveném léčebném pokroku u menších skupin pacientů, nejde však o úplné vyléčení!

Snaha všech zúčastněných – vědců, lékařů, terapeutů – je, aby život těchto postižených pacientů mohl probíhat v co nejlepší možné kvalitě, aby nemocní prožili svůj život s těžkou nemocí co nejdéle v kruhu své rodiny, přátel, případně v zařízeních, kde budou plně uspokojovány všechny jejich potřeby související s průběhem nemoci.

1 Stáří a stárnutí

Stáří (sénium) je označení posledních etap ontogenetického vývoje člověka. Jedná se o projev a důsledek involučních změn probíhajících různou rychlostí a s výraznou interindividuální variabilitou (Kalvach a kol., 2004). Na charakteru stáří se podílí řada faktorů, např. zdravotní stav, životní styl, vlivy sociálně ekonomické a psychické.

Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno, a ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí.

Stárnutí (gerontogeneze, involuce) je přirozený a biologický zákonitý proces, během kterého se snižují adaptační schopnosti a ubývají funkční rezervy organismu. Tento proces již probíhá od početí, avšak skutečné projevy stárnutí se projevují poklesem funkcí, které nastávají po dosažení sexuální dospělosti (Kalvach a kol., 2004).

Lze konstatovat, že stárnutí je kontinuální proces, součást celoživotního vývoje organismu. Jeho průběh je pro každý živočišný druh specificky určen rámcovou genetickou informací, která se však uplatňuje s výraznou interindividuální včetně intraindividuální variability.

Stárnutí je proto individuální a asynchronní – i jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně. Stupeň změn ve stáří je dán nejen vlastní involucí, ale také výchozí hodnotou daného parametru, životním způsobem a chorobnými změnami. (Mühlpachr, Staniček, 2001)

V širším pojetí je stárnutí „*univerzální proces postihující živou hmotu*“ (Kalvach a kol., 2004).

1.1 Změny podmíněné stárnutím

Starého člověka si můžeme představit jako slabého, shrbeného, pomalu a nepružně pohybující se osobu, která zpomaleně reaguje na dotazy, často zapomíná. K těmto problémům se přidává celá řada dalších potíží jako je hluchota, zhoršení zraku, demence a poruchy vyprazdňování (inkontinence). Ale jaké jsou však skutečné změny přicházející se stářím?

1.2 Psychické změny

Změny psychických funkcí jsou podmíněny biologicky nebo důsledkem psychosociálních vlivů. Za nejobecnější charakteristiku stárnutí bývá považováno zpomalení psychické činnosti.

Dochází ke snižování psychomotorického tempa a senzomotorické funkční koordinace. Dále se v procesu stárnutí mění:

▪ **aktivační úroveň:**

Lidé jsou pomalejší, jejich volba i vykonání adekvátní reakce trvá déle, stejně jako se prodlužuje doba rozhodování.

▪ **orientace v prostředí:**

Staří lidé se hůře orientují v prostředí vlivem snížené zrakové a sluchové ostrosti a omezení některých kognitivních procesů, např. pozornosti.

▪ **paměť a učení:**

Postiženo je především ukládání nových informací. Typické je snížení všípivosti a výbavnosti. Učení bývá pomalejší, obtížnější. Staří lidé mají vlivem těchto změn problémy s adaptací v nových situacích.

▪ **intelektové funkce:**

Změny v této oblasti jsou značně variabilní, závisejí především na dědičných faktorech a na vzdělání. Pokles fluidní inteligence je u seniorů vyvážen celoživotními zkušenostmi posilovanou krystalizovanou inteligencí, která může mít vzestupný trend i ve stáří.

▪ **kognitivní funkce:**

Narůstají obtíže s přijímáním nových podnětů. Oslabuje se schopnost vytvářet nové spoje. Snižuje se adaptabilita a flexibilita, zvyšuje se fixace a integrace.

▪ **řeč:**

Zpomaluje se tempo řeči, latence odpovědi se prodlužuje.

▪ **osobnost:**

Osobnost se formuje po celý život jedince. Charakter osobnostních změn stárnoucího jedince závisí na jeho způsobu adaptace na vývojové změny. Na proměnách osobnosti ve stáří se významně podílejí také vnější vlivy a stereotypy týkající se stáří, které mohou snižovat sebedůvěru seniorů. U stárnoucího člověka se často zvyrazňují osobnostní rysy, které byly dříve inhibovány nebo kompenzovány.

Stejně jako v raném mládí i ve stáří dochází k převaze situací, kdy si člověk přizpůsobuje prostředí sám sobě – asimilace, nad situacemi, kdy se člověk přizpůsobuje prostředí vnějšímu-akomodace.

Stáří je podmíněno věkem jedince. Výši věku lze vymezit na základě několika kritérií.

Rozlišujeme:

▪ **kalendářní (chronologický) věk:**

Je určen datem narození, lze jej přesně vymezit.

▪ **sociální (sociálně-historický) věk:**

Vyjadřuje, jak by se měl jedinec určitého biologického věku chovat dle společenských měřítek. Zachycuje změny sociálních rolí, životního stylu, ekonomické situace apod.

▪ **biologický (funkční) věk:**

Vystihuje biologické stárnutí organismu.

▪ **psychologický věk:**

Jedná se o subjektivní vnímání vlastního věku, poukazuje na psychický stav jedince.

1.3 Nemoci ve stáří

Specifika nemocí ve stáří:

- Polymorbidita
- Zvláštnosti klinického obrazu-chybění určitých příznaků, na chorobný proces reaguje jiný orgán (mozek), zvýšené riziko úmrtí

Změny kardiovaskulárního aparátu:

- S věkem snížena rychlost plnění LK na začátku diastoly
- Pulzová frekvence, ejekční frakce, srdeční výdej zvýšen pouze při zátěži
- Změny arteriálního řečiště-ztluštění medie, množství a charakter elastinu a kolagenu, uložení cholesterolu a vápenných depozit-dilatace a elongace aorty a ztráta elasticity
- Postupné oslabení reakce na podněty z baroreceptorů- u některých jedinců pokles krevního tlaku

Změny respiračního systému:

- Funkce snížena s věkem

- Rozvoj stařeckého hrudníku vlivem osteoporózy skeletu, ztuhlost, ochablost mezižeberních svalů, bránice, pokles inspiračního a expiračního tlaku
- Rozšíření bronchiolů a plicních sklípků
- Pokles vitální kapacity
- Pokles pO₂, pCO₂ a pH
- Reakce na hypoxii a hyperkapnii sníženy
- Snížená schopnost ciliárního epitelu v odstranění inhalovaných částic

Změny gastrointestinálního traktu:

- Ztráta dentice
- Pokles tonu horního esofageálního svěrače, zpoždující se relaxace
- Snížení motility, sekrece trávicích šťáv
- Ochablost bránice-hiátová hernie
- Změny střevních klků, redukce myenterického plexu, častá bakteriální dysbalance
- Snížená vnímavost receptorů rekta na náplň, snížení tonu svěrače

Změny močového systému:

- Snížení glomerulární filtrace
- Snížené clearans kreatininu, sérová hodnota stoupá
- Snížení koncentrační schopnosti ledvin, zvýšení tendence k dehydrataci

Krvetvorný systém:

- Úbytek kostní dřeně, snížení bohatosti buněk
- Ztráta funkční rezervy kostní dřeně-zpomalena reaktibilita na hypoxii
- Zpomalení erytropoézy
- Snížení aktivity leukocytů a fagocytózy
- Zvýšení tendence destiček k agregaci
- Snížení fibrinolytické aktivity-tendence k hyperkoagulaci

Pohybový aparát:

- Degenerace hyalinní chrupavky kloubu, snížení elasticity, pevnosti, reaktivní změny subchondrální kosti, periartikulární tkáň
- Pomalý, postupný úbytek celkové kostní hmoty, úbytek kortikální kosti 3-5% za dekádu. Trabekulární kosti- probíhá pomaleji

Změny CNS:

- Změny v neuronech: ztráta neuronů, degenerativní změny, hromadění lipofuscinu, změny neurofibril
- Změny extracelulárně: depozita amyloidu a pigmentu obsahující železo, senilní plaky
- Změny v mozkových cévách
- Změny v neurotransmiterech

Smyslové orgány:

- Trofické změny sluchové dráhy- stárnutí buněk v ganglion spirale
- Snížení pružnosti oční čočky, ztráta schopnosti zaostření na blízké předměty, ve stárnoucí čočce se objevují zákalky

Kožní změny:

- Ztráta vlhkosti stratum corneum, ztráta přirozené obnovy buněk
- Postupný úbytek buněk i vaskularity hlubší vrstvy- celkové oslabení celé vrstvy
- Degenerace elastických i kolagenních vláken
- Úbytek podkožního tuku
- Snížení potních žláz
- Úbytek melanocytů ve vlasových cibulkách - šedivění

2 Syndrom demence

Se stářím je často spojován syndrom demence. Toto onemocnění tvoří jednotlivé symptomy, a proto hovoříme o syndromu. Symptomy se nemusí objevovat všechny, nemusí se vyskytnout ve stejné intenzitě ani se nemusí vyvíjet stejnou rychlostí a projevovat se do stejné hloubky (Buijssen, 2006). „O syndromu demence je nutné uvažovat při kombinaci poruchy paměti, poznávání, řeči a jazyka, apraxie, emotivity a sociální adaptace.“ (Mühlpachr, 2005, s. 42)

Demence je choroba, při níž dochází k výraznému snížení paměti, intelektu a jiných poznávacích (kognitivních) funkcí a vlivem toho k úpadku dalších psychických funkcí. Demence jsou velmi časté choroby, jejichž výskyt významně roste s věkem. Nejnápadnější projevy patrné pro okolí představují poruchy paměti a postupem přibývají poruchy dalších funkcí. Často bývá postižena emotivita a mohou se vyskytnout i depresivní stavy, halucinace či iluze. U demence se vždy vyskytují poruchy osobnosti, které jsou úměrné druhu a stupni demence. V průběhu této nemoci dochází k postupné degradaci osobnosti, tudíž člověk ztrácí schopnost se sám o sebe starat. Mimo toto všechno se může vyskytnout široké spektrum dalších obtíží (např. Pidrman, 2007, Mühlpachr, 2001).

„Demence je dle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí, a také přidružených zdravotních problémů definována jako syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nim patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“ (Mühlpachr, 2001, s. 45).

2.1 Dělení do tří skupin

a) atroficko-degenerativní demence

Jde o procesy, které vedou ke snížení počtu nervových buněk, snížení počtu spojů (synapsí) nervových buněk, k poruše funkce nervových buněk (neuronů) i pomocných nervových buněk (neuroglie), k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u nichž probíhá řada dalších degenerativních dějů. (Jiráková aj., 2009)

Patří zde:

- AD
- Korova nemoc s Lewiho tělísky
- Demence při Parkinsonově chorobě:
- Huntingtonova choroba
- Pickova choroba

b) ischemicko-vaskulární demence

Vznikají na podkladě poškození mozkové tkáně cévními poruchami. Jsou to především mozkové infarkty – odumření určitého okrsku mozkové tkáně proto, že tento okrsek nebyl prokrven v důsledku uzávěru vyživující tepny.

Demence vznikají častěji na podkladě mnohočetných drobných mozkových infarktů, ale mohou vzniknout i na podkladě jednoho rozsáhlejšího infarktu v oblastech důležitých pro paměť. (Jiráková aj., 2009)

Patří zde:

- multiinfarktová demence
- vaskulární demence
- Biswangerova choroba

c) symptomatické (sekundární) demence

Vznikají na podkladě celkových onemocnění organismu postihujících také mozek, na podkladě intoxikací, infekcí a zánětů, úrazů mozku, nádorů mozku a dalších příčinných faktorů ovlivňujících činnost centrálního nervového systému. (Jiráková aj., 2009)

3 Alzheimerova demence

O Alzheimerově demenci budeme slyšet stále častěji, stále častěji se s ní budeme setkávat, a tudíž s ní budeme muset o to častěji bojovat. Protože „obyvatelstvo České Republiky je na přelomu 20. a 21. století nejstarší v celé své historii.“ (Rabušic, Vohralíková, 2004, s. 8). Tento trend bude nadále stoupat, a tudíž bude stoupat i počet lidí s AD, kterých nyní v Evropě žije zhruba 6 milionů (Jirák, 2009).

Jestliže bychom za počátek výzkumu AD považovali histologický objev senilních plaků v mozkové kůře, pak začal v roce 1892, kdy je popsali Blocq a Marinesco. Nejčastěji se však dějiny vývoje pojmu AD počítají od roku 1906 a 1907, kdy Alzheimer 3. listopadu 1906 nejprve uvedl přednášku o případu Auguste D., poté toto pozorování vydal tiskem. Za ukončení vývoje pojmu AD by bylo možné považovat rok 1976, v němž Katzman po mnoha terminologických zmatech navrhl sloučit pojem presenilní LCH a senilní demence Alzheimerova typu do jedné nozologické jednotky. Vezmeme-li však v úvahu soudobý molekulárně-genetický výzkum, vyvíjí se pojem AD do dnes. (Jirák, 2004)

Životopis Aloise Alzheimer

Alois Alzheimer se narodil 14. června roku 1864 v Marktebreitu nad Mohanem. V roce 1883 maturoval v Aschaffendburgu, dále studoval na univerzitách v Berlíně, Tübingenu a Würzburgu, zde zakončil studium doktorandskou prací (O ceruminálních žlázách). Svou praxi započal v Městské psychiatrické klinice ve Frankfurtu. Ve své praxi pokračoval v Heidelbergu, v Mnichově na Královské psychiatrické klinice a v roce 1912 se stává ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity Fridricha Wilhelma v Breslau. V roce 1894 se oženil, spolu s manželkou měli 3 děti. Alois Alzheimer umírá 19. prosince roku 1915 na ledvinné selhání. (Jirák, 2004)

Obrázek č. 1 – Alois Alzheimer



zdroj: http://daphne.palomar.edu/ccarpenter/Portraits/alois_alzheimer.htm

3.1 Obecná charakteristika

AD představuje nejběžnější příčinu demence. Demence je obecné označení postupné degenerace mozku zahrnující paměť, myšlení, chování a emoce. Tato nemoc se více než kterákoli jiná týká okolí nemocného. Péče je velmi složitá a nemocný by neměl zůstat sám.

Přestože existují rysy a projevy AD společné pro všechny nemocné, každý postižený je pociťuje individuálně. Vývoj nemoci může trvat 8-20 let, v závislosti na zdravotním stavu a životních podmínkách. AD postupuje svým vlastním tempem.

Zhoršení se objevuje u každého v jiné formě a má rozdílné příznaky. Kdo se s AD setkal, ať už z pozice nemocného, lékaře, člena rodiny, ošetřovatele nebo přítele, všichni nejprve prochází fází popírání. Osoba s podezřením na AD prochází spoustu vyšetření, aby se našel nějaký jiný důvod, kvůli kterému dochází ke změnám v jeho chování. Nástup není dobře znatelný a střípky událostí, které poukazovaly na příznaky této nemoci, si rodina poskládá až zpětně. Postup AD může trvat mnoho let a všichni zúčastnění pociťují velké obavy. Nemocný obvykle umírá na nemoc zcela jinou, jako např. rakovinu, onemocnění srdce nebo selhání ledvin.

AD není běžným příznakem stárnutí a nerespektuje žádné sociální, ekonomické, geografické nebo etnické hranice. Člověk trpící demencí potřebuje pomoc v každém aspektu svého života. Bohužel neexistuje žádná léčba, ale pro nemocné a jejich pečovatele existují rady, péče a podpora. (Callone a kol., 2008, Jiráček a kol., 1998, Alzheimer's, 2009)

3.2 Dělení na tři stádia

I. Rané stádium

Symptomy: výpadky paměti

V tomto stádiu můžeme pozorovat výpadky paměti, zbytek mozku však funguje normálně. Člověk se normálně pohybuje, vidí, slyší, cítí, je schopen vstřebat informace, schopen úsudku, logického myšlení i sociálních schopností.

Nemocný je schopen se s občasnou ztrátou paměti vyrovnat a proto si obvykle nikdo problém neuvědomuje.

Jak nemoc postupuje, začíná se poškození posouvat z hippokampu do spánkového laloku a začínají se projevovat problémy s porozuměním slovu a s hledáním správných výrazů.

Možné bariéry: Potíže s porozuměním mohou vyvolat konflikty a potíže s vyjadřováním mohou mít za následek nedorozumění, což ve výsledku většinou znamená, že se nemocný stáhne do sebe a komunikuje méně. Čelní mozkový lalok je stále funkční, a proto se nemocný pokouší pochopit, proč okolí na jeho konverzační pokusy nereagují odpovídajícím způsobem.

Na co se soustředit: V raném stádiu je důležité soustředit se na používání a posilování nedotčených schopností, dovedností a vloh. Namísto obav se vyplatí podporovat zbývající možnosti.

Zachované schopnosti: dlouhodobá paměť, krátkodobá paměť, řeč, komplexní úkoly, sociální dovednosti, úsudek a logické myšlení, pohyblivost, vycházky, chůze, smysly. (dle tabulky, kterou zpracoval Dr. Roger A. Brumback in Callone, 2008)

Nemocným ještě postačuje pečovatelská služba či občasný dohled ze strany rodiny.

V první fázi si lidé ještě uvědomují svůj stav a z toho pramení pocit nejistoty a případné deprese. Toto stádium odpovídá stupni 2-4 Reisbergovy škály (Callone, 2008, Strategie, 2010).

II. Mírné stádium

Symptomy: potíže se samostatně oblékat, často se nemocný ztrácí, je dezorientovaný, není schopen si vzpomenout, jak se používají některé předměty, má problémy o něco požádat, protože AD poškodila oblast řeči, reakce jsou zpomalené.

V mírném stádiu tedy došlo už k mnoha ztrátám, ale stále postiženému zůstává dost schopností. V tomto období obvykle dojde k návštěvě lékaře, protože kompenzační mechanismy už nejsou dostatečné a je velmi zřejmé, že nastal problém.

Na co se soustředit: Na aktivizační postupy pracující se zachovanými schopnostmi.

Zachované schopnosti: dlouhodobá paměť, krátkodobá paměť, řeč, komplexní úkoly, sociální dovednosti, úsudek a logické myšlení, pohyblivost, vycházky, chůze, smysly. Oproti časnému stádiu je však používání těchto funkcí již redukováno. (dle tabulky, kterou zpracoval Dr. Roger A. Brumback in Callone, 2008)

Kvalita života je v mnoha ohledech dobrá či velmi dobrá. Toto stádium odpovídá zhruba stádiu 4-5 Reisbergovy škály a trvá 2-10 let (Strategie, 2010).

III. Pokročilé stádium

Symptomy: vytrácí se schopnost vykonávat cokoli složitého, začínají slábnout a selhávat ostatní tělesné funkce. Nemoc se šíří dále do čelního mozkového laloku, po jehož zasažení přestává být nemocný schopen přiměřeně jednat. Nemocný ztrácí schopnost úsudku, logického uvažování a sociálních dovedností, začíná reagovat nevhodně a „nepřijatelně“. Nejdůležitějším hlediskem se stává pohodlí a čistota. Podle stavu, který v čelním mozkovém laloku nastává, se nemocný může chovat různě: násilně, vztekle, poddajně nebo apaticky.

Na co se soustředit: Hlavním úkolem pečujících je zajistit nemocnému důstojnost a úctu. Stále ještě zbývají oblasti, na něž je možno se zaměřit a pracovat s nimi. Snažit se porozumět „řeči těla“, naslouchat a snažit se pochopit co chce nemocný sdělit. Pečující musí být velmi trpěliví a zpomalit tempo.

Zachované schopnosti: dlouhodobá paměť, krátkodobá paměť, komplexní úkoly, sociální dovednosti, úsudek a logické myšlení, pohyblivost, vycházky, chůze, smysly. Opět je zde úbytek ve fungování zachovaných schopností oproti stádiu předchozímu (dle tabulky, kterou zpracoval Dr. Roger A. Brumback in Callone, 2008) a přibývá tzv. „horších a lepších“ okamžiků, kdy nemocný někdy své zbylé schopnosti umí použít a jindy ne.

Třetí stádium odpovídá na Reisbergově stupnici stupni 6-7 (Callone, 2008)

3.3 Příznaky

1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly

Zapomínat občas pracovní úkoly, jména kolegů nebo telefonní čísla spolupracovníků a vzpomenout si na ně později, je normální. Lidé trpící AD však zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později.

2. Problémy s vykonáním běžných činností

Hodně vytížení lidé jsou občas roztržití, takže někdy nechají dušenou mrkev stát v kastrolu na sporáku a vzpomenou si na ni, až když už je po jídle. Lidé trpící AD ale připraví jídlo a nejen že ho zapomenou dát na stůl, ale zapomenou i na to, že ho vůbec udělali.

3. Problémy s řečí

Každý má někdy problém najít správné slovo, ale člověk s AD zapomíná i jednoduchá slova nebo je nahrazuje nesprávnými, a jeho věty pak nedávají smysl.

4. Časová a místní dezorientace

Každý někdy zapomene, jaký je den a kam vlastně jede, to je normální. Ale lidé s AD se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů.

5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek

Lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomenou na dítě, které mají na starosti. Lidé s AD úplně zapomenou, že nějaké dítě existuje. Mohou se i nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou.

6. Problémy s abstraktním myšlením

Placení složenek anebo sledování účtů kreditní karty může někoho vyvést z míry, když je trochu komplikovanější než jindy. Člověk s AD může úplně zapomenout, co ta čísla znamenají a co s nimi má dělat.

7. Zakládání věcí na nesprávné místo

Každý někdy někam založí peněženku nebo klíče. Člověk s AD dává věci na zcela nesmyslná místa: žehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.

8. Změny v náladě nebo chování

Každý má někdy špatnou náladu. Člověk s AD ale podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč nebo podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod.

9. Změny osobnosti

Lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem. Ale člověk s AD se může změnit zásadním způsobem. Stává se někdy velmi zmateným, podezíravým nebo ustrašeným.

10. Ztráta iniciativy

Když je člověk někdy znechucen domácími pracemi, zaměstnáním nebo společenskými povinnostmi, je to normální. Většinou se chuť do práce opět brzy dostaví. Člověk s AD může propadnout naprosté pasivitě a potřebuje neustále podněty, aby se do něčeho zapojil.

3.4 Rizikové faktory

Věk - Jeden ze základních faktorů. U lidí před 60. rokem se s nemocí setkáváme spíše vzácně. U lidí nad 85 let trpí chorobou každý pátý.

Pohlaví - V tomto ohledu jsou ženy ohroženy o trochu více než muži.

Genetické předpoklady - Také ovlivňují výskyt AD. U blízkých příbuzných (rodiče, děti, sourozenci) je výskyt 3–4× větší.

Vzdělání - Podle kanadské studie člověk, který je ve vzdělávacím procesu více než 10 let, má 4× nižší pravděpodobnost výskytu AD. Neví se však, zda to má za následek vzdělání jako takové (a s ním spojené „trénování“ mozku), fluidní (přirozená)

inteligence, či socioekonomické postavení rodiny. Lidé úspěšní ve vzdělávacím procesu mohou mít také vyšší hladinu některých hormonů ovlivňujících rozvoj onemocnění (např. testosteronu). Faktem také je, že mnoho lidí s nízkým vzděláním ne onemocní.

Kouření - Studie prokazují, že kouření přináší vyšší riziko vzniku demence.

Alkohol - Studie říkají, že dlouhodobá konzumace většího množství alkoholu s sebou přináší větší riziko onemocnění. Na druhou stranu se vedou spory o tom, zda konzumace malého množství nemá protektivní účinky. Jelikož např. víno roztahuje cévy, mohlo by pozitivně přispět k tomu, že působí proti kardio-vaskulárním chorobám.

Poranění hlavy - V anamnéze pacientů s AD se poranění hlavy vyskytuje 2× častěji. Za poranění hlavy se považuje takové zranění, při kterém dojde ke ztrátě paměti nad 15 minut. Tímto trpí například boxeři.

Deprese - Starší lidé s depresí mají 3-4× větší riziko propuknutí demence.

Zdraví - Vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, vysoké hladiny lipidů a cukrovka.

Sklon k chronickým zánětům a infekcím

Snížená imunita

Sklon k autoimunitním onemocněním, např. chimérismus, kloubový revmatismus, cukrovka, alergie

Sklon k metabolickým poruchám, např. cukrovka, zhoršení vnímavosti na ochranné hormony

Sklon k některým hormonálním poruchám, např. cukrovka (zhoršení produkce některých ochranných hormonů - např. inzulinu)

Nízká hladina antioxidantů v krvi, např. u kuřáků, alkoholiků s narušenými játry u osob konzumujících málo ovoce a zeleniny

Nedostatek živin v dětství, může zvýšit náchylnost k AD různými cestami, např. narušením imunity. Jde zejména o příjem důležitých vitamínů, minerálů, aminokyselin a omega-3-mastných kyselin (rybí tuk), zaručujících optimální rozvoj mozku.

Nedostatek živin v dospělosti, může urychlit nástup a vývoj onemocnění. Také hodnotné aminokyseliny mají u AD a stařecké demence preventivní účinek. Z tohoto hlediska jsou cenné zejména aminokyseliny hovězího a telecího masa, vitamíny B-komplexu, ale také kyselina listová a vitamín B12; omega-3-mastné kyseliny, fytoosteroly, vitamíny A, C, E, koenzym Q10 a mnohé jiné antioxidanty, mezi přírodními rostlinnými antioxidanty i různé (bio) flavonoidy, třísloviny, polyfenoly apod., lecitin aj. Nedostatek živin může způsobit třeba i porucha trávení, funkce střeva a asimilace živin vůbec.

Špatná práce jater, žlučníku, ledvin či sleziny

Porucha žláz s vnitřní sekrecí

3.5 Diagnostika

Jak a na základě čeho lékaři AD diagnostikují?

Nedílnou součástí správné a časně diagnózy je podrobná anamnéza. Dnešní medicína má k dispozici také několik specifických testů, podle kterých lze zhodnotit přítomné příznaky a posoudit, zda jejich příčinou může být AD. Nejprve se vyhodnocují kognitivní schopnosti, jako je úroveň paměti, pozornosti, řeči, rozhodování a řešení problémů; k zvýšení pravděpodobnosti správné diagnózy mohou též přispět laboratorní vyšetření a speciální zobrazovací metody vedoucí k vyšetření mozku. Hodnotí se také schopnost provádět některé typické aktivity každodenního života, jako je schopnost jíst, koupání, chůze, oblékání, nakupování, vaření nebo telefonování. Na základě tohoto klinického přístupu k diagnóze lze správně identifikovat 80-90% případů AD. Nicméně jediným způsobem naprosto jednoznačné klinické diagnózy je vyšetření vzorků mozkové tkáně (histologicky, popř. nekropticky).

Kritéria diagnózy pravděpodobné Alzheimerovy demence:

- Diagnóza demence stanovená klinickým vyšetřením a doložená některým z testů demence (např. Mini-Mental State Examination), potvrzená neuro-psychologickým vyšetřením
- Porucha dvou nebo více poznávacích funkcí
- Progresivní horšení paměti nebo jiných poznávacích funkcí
- Není porucha vědomí
- Onemocnění začíná ve věku 40-90 let, nejčastěji po 65. roce věku
- Jiné systémové onemocnění nebo onemocnění mozku, které by mohlo vysvětlit poruchu poznávacích funkcí samostatně, není přítomno

3.5.1 Standardní neuropsychotesty

- Lékař - specialista (neuropsycholog, psychiatr, neurolog, geriatr nebo psychoterapeut) pomocí různých psychotestů může stanovit stupeň postižení mozku.
- nejčastěji používaným je test MMSE, kde vyšetřovaný dosáhne při plném výkonu 30 bodů, při poklesu výkonnosti pod 27 bodů se začíná uvažovat o počínající demenci.
- Clock Test (test hodin) - nemocný nakreslí ciferník hodin a vyznačí na něm polohu ručiček v určité hodině. I tento test pomůže potvrdit podezření, že se jedná o rozvinutý syndrom demence.
- Lze provést jednoduchý test ke Zhodnocení kvality paměti a orientačních schopností. Za každou správnou odpověď je 1 bod, pokud vyšetřovaný dosáhne skóre 6 bodů nebo méně (z celkového počtu 10 bodů) je vhodné zajistit další léčebný postup.
- PSMS (z angl. názvu Physical Self – Maintenance Scale) vyjadřuje stupnici soběstačnosti.

Ta je jedním z nejběžnějších nástrojů pro hodnocení schopnosti vykonávat aktivity každodenního života a poskytuje pacientům a osobám o ně pečujícím i lékařům vědecky podložený „nástroj“ sledování stavu pacienta a jeho změn.

3.5.2 Laboratorní vyšetření – seroakce

Rutinní vyšetření pacientů s demencí:

- komplexní krevní obraz
- sérové elektrolyty
- glykémie
- urea, kreatinin
- hladina B12 v séru (demence při avitaminóze)
- jaterní funkce
- funkce štítné žlázy (demence při hypothyreóze)

Speciální testy

- screening syfilitidy, HIV
- genetické testy
- jiné genetické markery AD
- lumbální punkce (vyšetření likvoru)

3.5.3 Zobrazovací metody

Magnetická resonance (MR) a výpočetní tomografie (CT) se při diagnóze a diferenciální diagnostice AD zaměřují na ložiskovou nebo celkovou atrofii mozku, dále na výskyt a stupeň postižení bílé hmoty.

MR určuje jako poměrně spolehlivý diagnostický znak AD výrazné zmenšení hypotalamu a rozšíření spánkového rohu postranní komory, kromě toho dokládá paraventrikulární a periventrikulární hyperintenzity v bílé hmotě.

CT nalézá zmenšení temporálních laloků, které je obvykle vyššího stupně, než zmenšování doprovázející klinicky normální stárnutí, a také rozšíření postranních komor. Změny jsou diagnosticky výraznější u ranné podoby onemocnění.

Pozitronová emisní tomografie (**PET**) a jednofotonová emisní tomografie (**SPECT**) zobrazí kortigální hypometabolismus s největším postižením těch oblastí, které vykazují největší funkční výpadek. Tyto zobrazovací metody mají však zatím význam

spíše výzkumný, nebo – podobně jako vyšetření elektroencefalografické (EEG) - doplňují význam při diferenciální diagnostice.

Pro včasné zachycení rozvoje demence bylo vyvinuto několik speciálních diagnostických testů. Nejpoužívanějším z nich je mezinárodně uznávaný MMSE (minimal state examination). Pomocí série otázek a úkolů hodnotí orientaci, pozornost, schopnost počítání, paměť a řeč vyšetřované osoby. Každý provedený úkol je bodově ohodnocen. Výsledné skóre ukazuje na závažnost postižení. Opakování testu v různých časových odstupech může mapovat průběh a vývoj onemocnění.

Kromě výsledku testu, který hodnotí okamžitý stav, potřebuje lékař znát i všechny okolnosti, které předcházely obtížím nemocného. Ty obvykle získává z rozhovoru s nejbližšími osobami svého pacienta. Zajímá ho, jak se chová, jaký je jeho životní styl a jak se v poslední době změnil, do jaké míry je samostatný i třeba jestli má nebo měl nějaké koníčky.

Změny mozku a jeho odchylky od normálního stavu může lékař pozorovat s využitím zobrazovacích metod. Mezi hlavní patří počítačová tomografie a magnetická rezonance. K typickému obrazu AD patří zmenšování (atrofie) mozkové kůry.

Diagnózu AD stanovuje lékař až na základě podrobného vyšetření. A i tehdy se jedná spíše o vysokou pravděpodobnost. Zatím bohužel neexistuje taková vyšetřovací metoda, která by umožnila stoprocentně určit, že se jedná skutečně o tuto nemoc. Zní to hořce, ale definitivní jistotu lze získat až na základě pitvy a mikroskopického vyšetření mozkové tkáně zemřelého pacienta.

3.6 Léčba

AD sice zatím není vyléčitelná, je však léčitelná. Je třeba vědět, že řada příznaků AD jako je zapomnětlivost, dezorientace, potíže s mluvením, agitace, úzkostné stavy, deprese, agresivita a insomnie, mohou být léčeny účinnými léky nebo jinými formami terapie. Léky jsou určeny především pro rané stádium nemoci. Proto nejdůležitějším faktorem zůstává včasná diagnóza a příprava k zahájení intenzivní léčby. Onemocnění zasahuje nejenom pacienta, ale především jeho rodinu a blízké – je tudíž důležité je do léčby zahrnout.

Nejefektivnější léčba spočívá v komplexním přístupu k nemocnému. Komplexní přístup zahrnuje léčbu farmakologickou, rehabilitační a psychologickou.

U farmakologické léčby se jedná o léčbu zejména symptomatickou, tedy o léčbu zaměřenou na příznaky onemocnění. Nejedná se tedy o kauzální léčbu, protože jak už bylo zmíněno, AD je nevléčitelné onemocnění. Léčbu tedy můžeme rozdělit na léky k léčbě kognitivních a behaviorálních poruch. K léčbě kognitivních poruch se nejčastěji užívají inhibitory acetylcholinesteráz, zvláště v počátku onemocnění. V léčbě nekognitivních poruch užíváme antipsychotika a antidepresiva. (Preiss, 2006)

Farmakologii AD můžeme rozdělit do dvou skupin:

- a) kognitivní farmakoterapie
- b) nekognitivní symptomatická terapie

3.6.1 Farmakologie kognitivních funkcí

Porucha kognitivních funkcí (paměti, intelektu, motivace aj.) je primární porucha demencí. Příznivé ovlivnění kognitivních funkcí je tedy spojeno s protidemencním působením. Jsme schopni ovlivnit více patogenetických článků, které se na rozvoji poruch kognitivních funkcí podílejí.

U AD je nejvíce postižen mozkový acetylcholinergní systém. Postižen je především presynaptický oddíl neuronu, zatímco postsynaptická část zůstává poměrně intaktní. Přesto však zůstává schopnost syntézy a uvolnění acetylcholinu do jisté míry zachována. Z toho pak vycházejí základní farmakoterapeutické strategie.

Léky používané ke zlepšení funkce centrálního acetylcholinergního systému, jsou obvykle označovány jako kognitiva.

Nejčastějšími preparáty u nás jsou LECITIN - obvykle se používá jako součást kombinované farmakoterapie (nejčastěji se kombinuje s inhibitory acetylcholinesteráz).

V ČR je zatím registrován donepezil - ARICEPT, jehož výhodou je kromě minima vedlejších příznaků také dlouhý poločas, takže se podává 1x denně v dávce 5-10 mg.

Dalším preparátem je rivastigmin - EXELON, který se podává také per os 2x denně v dávce do 12 mg/den.

Mezi velmi perspektivní se řadí deriváty organofosfátů- METRIFONAT a alkaloidy- GALANTAMIN, HUPERZIN A.

Jiné antidemenční léky - v ČR zatím registrován Egb 761 (preparát TANAKAN, TEBOKAN) s komplexním nootropním, procholinergním a antioxidačním působením.

Látky likvidující volné kyslíkové radikály (scavengery) či látky zamezující jejich nadměrné tvorbě tj. alfa-tokoferol (vitamín E), vitamín C, retinol, beta karoten, látky s obsahem zinku, selegilin, extrakt gingo-biloba.

Látky zvyšující tvorbu nervových růstových faktorů- směsi aminokyselin a velmi krátkých peptidů, selegilin, estrogenové substituenty u žen.

Nootropní farmaka- PIRACETAM, PYRITINOL, který má také protizánětlivé efekty, NICERGOLIN, který zlepšuje uvolnění acetylcholinu z presynaptických zakončení.

Ostatní- neuroprotektivně působí PROPENTOFYLIN, který také zlepšuje uvolnění acetylcholinu z presynaptických zakončení. Iontropní receptory excitačních aminokyselin blokuje např. AKATINOL, kalciové kanály závislé na potenciálu neuronální membrány inhibuje např. NIMODIPTIN.

3.6.2 Farmakoterapie nekognitivních funkcí

Je zaměřena na chování, spánek a narušené emoce. Neuroleptika jsou užívána při poruchách chování. Vzhledem k možným nežádoucím vedlejším příznakům jde o tzv. atypická antipsycholitika - léky omezující vedlejší příznaky, především extrapyramidový hypertonicko- hypokinetický syndrom. Jako lék první volby je užíván TIAPRID, a to buď pouze na noc v případě nočních poruch chování nebo přidružených delirií, nebo 3x až 4x denně v případě stálých poruch chování. U většího výskytu psychosomatických poruch např. paranoidně- halucinatorního syndromu jsou používána atypická antipsyhotika ze skupin serotoninových a dopaminových inhibitorů nebo multireceptorových inhibitorů např. RISPERIDON.

Antidepresiva jsou užívána při výskytu přidružené deprese. Běžně jsou užívány selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu - např. FLUXOETIN nebo reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy - MOCLOBENID. V případě resistance depresivní symptomaticky je možno užít i antidepresiva IV. generace.

3.6.3 Psychologická a sociální terapie

Nedílnou součástí léčby AD je léčba psychosociální. Zahrnuje aktivity a činnosti podporující a udržující dobrou psychickou kondici a pohodu.

Aktivační terapie- pacienti musí být dostatečně aktivováni. Nesmí zůstat v tělesné nebo duševní nečinnosti.

Reedukační terapie- opětovné naučení základních životních funkcí, posilování aktivit, které jsou ještě zachovány. V rodinách postižených i v nemocnicích nebo ústavech

sociální péče by měla být k dispozici realitní orientace, v místnosti by měly být velké hodiny a kalendář pro kontrolu času, označení místnosti pro kontrolu místa.

PET terapie - léčba pomocí zvířat. Pomáhá při apatii, osamělosti, při sníženém sebevědomí, při smyslových poruchách. Působí antistresově, proti úzkosti, jako sociální katalyzátor, regulátor konfliktů, jako kognitivní stimulant.

Zvíře má pomoci navodit uvolněnou, příjemnou atmosféru a pomoci při stabilizaci nebo se dá dobře zařadit do terapeutického programu- at' už v oblasti fyzioterapie nebo při ergoterapii. Hodí se stejně tak pro trénink mluvení jako výcvik jemné motoriky pomocí hlazení nebo krmení, také jako podnět pro kreativní vyjádření, kreslení, malování nebo modelování. Zvířata dokonce brání obávanému syndromu „vyhoření“.

Arteterapie - léčba malováním.

Muzikoterapie - působením tlumené hudby je vhodné zejména při jídle a koupání.

Maieutická péče - je jeden z nových přístupů v léčbě demencí, který se soustřeďuje nejen na pocity a intuici, nejen samotných pacientů, ale i pečujících. Maieutická péče o pacienta s demencí se orientuje na emoce a ne na poznání. Pečovatel nekonfrontuje a neopravuje ztrátu paměti. Jeho úkolem je dát pocit bezpečí a jistoty. To, jak to uděláme, je věcí naší emocionální inteligence.

Ideální je situace, kdy má nemocný svého osobního pečovatele, partnera či partnerku, členy rodiny nebo profesionální placené pečovatele. Pokud jsou pacienti s AD vytrženi ze svého prostředí, např. při hospitalizaci, dochází obvykle ke zhoršení.

Velmi důležitá je práce s pečovateli a rodinnými příslušníky nemocného. Značný význam má jejich edukace. Pořádají se proto pro ně didakticky zaměřené skupiny, kde jsou poučováni specialisty o AD a o péči o nemocného. Pečovatelství, zvláště je-li prováděno nejbližšími rodinnými příslušníky s velkou citovou vazbou na postiženého, přináší velké nároky a nezřídka vede i k těžké neurotizaci. V posledních letech vznikají alzheimerovské společnosti, které sdružují příbuzné a pečovatele pacientů, organizují jejich vzdělávání a pečovatelskou službu, spolupracují se zdravotními i sociálními institucemi. V naší republice existuje Česká alzheimerovská společnost (ČASL), která funguje jako občanské sdružení založené na podporu rodin pečujících o demenční pacienty. Vznikla na přelomu let 1996-1997 z iniciativy rodinných příslušníků, profesionálů i informovaných dobrovolníků.

ČASL vydává také informační materiály o demencích, určené zejména pečovatelům, organizuje setkání a školicí akce.

Závěrem je třeba říci, že péče o tyto pacienty představuje obrovskou psychickou, fyzickou, ale i finanční zátěž.

Včasná diagnostika otevírá naději do budoucna na zlepšení a ovlivnění nepříznivého průběhu- zejména pak na oddálení terminální fáze na pokud možno co nejpozdější dobu. Zásadní součástí terapie je léčba všech interkurentních somatických chorob.

3.7 Prognóza onemocnění

AD je onemocnění trvale progredující. Nemoc probíhá nejdříve od nevýrazných příznaků až po trvalou, vysoce závislou péči. Nemoc se může rozvinout v plném rozsahu během 2 až 15 let. Nicméně, stanovit, kdy AD začíná, zejména v retrospektivě, bývá velmi obtížné. Pacienti obvykle neumírají přímo na AD, ale umírají proto, že mají potíže s polykáním(dehydratace, podvýživa) nebo chůzí a tyto změny s sebou nesou riziko úrazů, velkých infekcí (zápal plic, močové infekce), na které pacienti zmirají mnohem častěji.

Většina osob s AD může zůstat v domácím prostředí tak dlouho, jak je rodina schopna se o něho postarat a jak nemoc postupuje. Domácí prostředí je pro nemocné velmi důležité také proto, že zde mohou co nejdéle přijímat i rozdávat lásku svým nejbližším, sdílejí teplé mezilidské vztahy, mohou se účastnit různých smysluplných činností s rodinou a přáteli. Osoba s AD již nemusí být schopna udělat matematický úkol, ale přesto si může s potěšením přečíst časopis. Hra na klavír může být pro nemocného příliš stresující tváří v tvář rostoucím chybám, ale zpívat spolu s ostatními mu bude působit stále radost. Šachovnice se může zdát již úkolem příliš náročným, ale hrát tenis je pro nemocného pořád zábavné. Tedy, i když nemoc přináší pro pacienty a jejich blízké plno závažných a neřešitelných situací, zůstává plno příležitostí, které přináší pozitivní interakce pro obě strany. Veškeré reakce pacienta (frustrace, smutek, deprese, ale také radost z blízkosti druhé osoby, vzájemné teplo, pochopení a spokojenost) jsou obrovskou zkušeností i pro ty, kteří pečují o osoby s AD. Přestože současná medicína neumí tuto nemoc vyléčit, je možné pomocí správně zvolené léčby všech průvodních příznaků a za přispění řady alternativních postupů umožnit nemocnému i jeho blízkým prožít ještě řadu let plnohodnotný život.

4 Specifika ošetrovatelské péče o nemocného trpícího Alzheimerovou demencí

Problematika AD je velmi široká. Pacienti s tímto specifickým onemocněním bývají v ranné fázi onemocnění vyšetřováni a léčeni na psychiatrických odděleních. V pozdějších stádiích nemoci, kdy se zásadně prohlubuje demence a její příznaky, bývají pacienti hospitalizováni na gerontopsychiatriích, kde, bohužel, velmi často jejich život také končí. Protože však toto onemocnění nese s sebou celou řadu komplikací a z nich následně vyplývajících lékařských diagnóz, můžeme se setkat s těmito pacienty prakticky na všech odděleních nemocnic.

V zásadě lze rozdělit komplikace vyplývající ze základního onemocnění problematiky chirurgických zákroků (časté úrazy, zlomeniny, popáleniny) a na komplikace související s chorobami vnitřního lékařství (poruchy příjmu potravy – jak dehydratace, snížený příjem potravy, tak později projevy podvýživy, až rozvraty vnitřního prostředí). Proto je vždy důležité k pacientovi přistupovat individuálně, ale komplexně řešit konkrétní danou situaci. Pokud jde tedy o stav vyžadující chirurgickou operační léčbu, postupujeme v již daných standardech přípravy k operačnímu výkonu.

Vždy je třeba ale důkladně zvážit, v jakém celkovém stavu se pacient nachází a zda pro něj operační výkon nebude příliš zatěžující a zda vůbec přinese očekávané výsledky. V opačném případě může být totiž jakýkoliv operační zákrok pro pacienta daleko větším rizikem, nežli přínosem. Nejčastěji řešenými chirurgickými operacemi v souvislosti s AD jsou zlomeniny krčku kosti stehenní a zlomeniny pánve, jako následek pádu, či jiného úrazu.

Po samotném zákroku jsou pacienti umístováni na oddělení pooperační MD - JIP, kde je jim zajištěna náležitá pooperační intenzivní péče. Zde je hlavní prioritou sestry ošetřování a sledování zdravotního stavu, jeho vývoj, aplikace ordinovaných léčebných prostředků a provádění specializované zdravotní péče.

Sestra měří pacientovi v pravidelných intervalech krevní tlak, puls, dechovou frekvenci, saturaci kyslíku, tělesnou teplotu, bilanci tekutin. Kontroluje obvazové krytí operačních vstupů a zjišťuje, zda nekrvácejí.

Podle vyhodnocení škály bolesti je podávána dle ordinace lékaře analgická léčba. Sestra sleduje nauzeu, zvracení, močení, odchod plynů. Z důvodu zákazu příjmu tekutin v den

operace je nutná péče o dutinu ústní, podávání parenterální výživy, sledování bilance tekutin.

Dle celkového stavu je pacient následně překládán na standardní chirurgické oddělení, a po 2 – 3 dnech, nevyskytnou – li se komplikace, pokračuje hospitalizace na oddělení následné péče, kde se pacient doléčuje, pokračují převazy operační rány, nácvik soběstačnosti v jídle, vyprazdňování a hygieně. Právě v tuto dobu je velmi nutné dbát na prevenci dekubitů, pádů, či imobilizačního syndromu. Obvykle po 2 až 3 týdnech následuje kontrolní RTG snímek operovaného místa a dle doporučení traumatologa se pokračuje v intenzivnější rehabilitaci.

Pokud jsou ještě poměrně dobře zachovány rozumové schopnosti pacienta, je možná intenzivní spolupráce s fyzioterapeutem, často je výsledek rehabilitace velmi pozitivní a pacient svá prvotní zranění „rozchodí“. Nezastupitelná je v tuto dobu rekonvalescence a rehabilitace také role rodinných příslušníků, kteří mohou velmi významně přispět ke znovu uzdravení a získání soběstačnosti jejich blízkého.

Obdobná situace se řeší, je – li pacient s AD léčen v rámci interních oborů.

Na JIP je pacient hospitalizován, jak již bylo uvedeno, např. pro celkový rozvrat vnitřního prostředí následkem těžké dehydratace, selhávání ledvin, či sepsi organismu při těžké infekci. Také zde probíhá intenzivní monitoring životních funkcí, sleduje se bilance tekutin, obvykle jsou ordinována antibiotika formou i. v. podání, ordinovány jsou dle stavu pacienta infuze na podporu hydratace a výživy. Pokud je pacient diabetik, je také proveden kontrolní odběr glykémie a dle situace a výsledků saturována aplikace inzulinu.

Po stabilizaci a zaléčení akutního stavu je pacient dále překládán na interní oddělení, kde pokračuje v již započaté léčbě, a vyžaduje – li to jeho zdravotní stav, dále pokračuje jeho hospitalizace na oddělení následné péče k doléčení, rehabilitaci a nácviku soběstačnosti.

Na standardním oddělení či oddělení následné péče je prvním krokem před zahájením ošetrovatelské péče o pacienta odebrání sesterské anamnézy, fyzikální vyšetření sestrou a zhodnocení úrovně sebepéče a soběstačnosti v základních činnostech. K tomu lze používat různé testy a klasifikace, například Barthelův test základních všedních činností, klasifikace funkčních úrovní sebepéče dle M. Gordonové, test rizika pádu, či možnosti vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové. Sestra se musí zaměřit na typicky krizové oblasti v péči o pacienta s AD:

Výživa - Sestra zhodnotí úroveň výživy a hydratace pacienta (hmotnost, výška, stav sliznic, kůže, nehtů). Řeší problémy s jídlem, jako je obtížné polykání, používání příboru, ztráta chuti k jídlu. Dbá na dodržování pitného režimu a celkovou přípravu jídlo, které je vhodně připraveno pro konkrétního pacienta – nakrájené na menší kousky, namazané atd.

Vyprazdňování - Sestra zhodnotí úroveň soběstačnosti v této oblasti. Sestra sleduje vyprazdňování u pacienta, množství a charakter stolice. Při zavedeném PMK sleduje množství, charakter a příměsi v moči, možné projevy infekce. Vše zaznamenáváme do dokumentace.

Hygiena a oblékání - Sestra sleduje míru soběstačnosti u pacienta, do jaké míry je schopen zajišťovat osobní hygienu, jak zvládá používání toalety, zda nejsou problémy případně s inkontinencí, jak zvládá se oblékat.

Spánek a odpočinek - Sleduje a následně řeší poruchy spánku. Důležité je seznámit nemocného s prostředím, přizpůsobit ho domácímu prostředí, aby zbytečně nebloudil. To by mělo být bezpečné, ale nemělo by pacienta omezovat. Na noc je vhodná malá lampička na nočním stolku.

Poloha a pohybový režim- Pacientova poloha je bez omezení, při bolestech zaujímá úlevovou polohu. Předcházet možným pádům a úrazům pacienta, především ve II. a III. stadiu nemoci. Zajistit signalizační zařízení u lůžka, vysvětlit jeho funkci. Vyžaduje-li to zdravotní stav nemocného, využít pro jeho bezpečnost postranic na lůžku.

Domácí péče - Pokud je nemocný v domácí péči, je potřeba dohlédnout na aktivity denního režimu, jako jsou například zvládání telefonování a komunikace s okolím, nakupování, samostatné cestování, úklid domácnosti, praní prádla, příprava a vaření jídla, zda je schopen samostatného užívání léků, zda umí hospodařit s financemi. Nezapomenout zabezpečit plyn, elektriku, okna, dvěře. Vybavit pacienta jmenovkou a adresou pro případ odchodu z domova.

Psychosociální potřeby - Sestra musí s pacientem navázat kontakt a získat si jeho důvěru. Sestra musí rozpoznat vzniklé komplikace a následně je řešit. Potřebná je i edukace pacienta i rodiny o onemocnění, léčbě a prognóze. Sestra sleduje nežádoucí účinky léků, kontroluje správnost užívání. S nemocným hovoří srozumitelně, plynule. Klade krátké otázky, poskytne dostatek času na odpověď.

Sestra pečuje o kognitivní funkce pacienta, například skládáním puzzle, hrou pexesa, čtením, vypravováním – důležitá spolupráce ergoterapeuta. Od ošetrovatelského personálu se vyžaduje trpělivost a empatie, k pacientům přistupujeme s klidem, taktem a zdvořilostí.

Práce s pacienty trpícími AD je velmi náročná a vysilující, a to jak pro rodinné příslušníky, tak i pro ošetřující personál. Na resocializaci nemocného se podílí celý zdravotnický tým a to hlavně sestry, psychiatři, sociální pracovníci, terapeuti, psychologové. V celé České republice existuje mnoho institucí a domovů, které se péčí o nemocné s AD zabývají. Jsou to například denní stacionáře nebo přímo sanatoria a domovy pro seniory, které zajišťují čtyřicetihodinovou péči. Na pomoc všem pečujícím rodinám a pečovatelům, pro které je pečování taková zátěž, že se významně zvyšuje jejich nemocnost, a to jak somatická, tak psychická, byla založena řada podpůrných skupin. V nich jsou pečovatelé edukováni a mohou si také vzájemně vyměnit své zkušenosti. A právě v tomto ohledu má nezastupitelné místo Česká alzheimerská společnost.

5 Česká alzheimerovská společnost – ČASL

Česká alzheimerovská společnost vznikala v průběhu roku 1996 a zaregistrována byla jako občanské sdružení v únoru 1997. Vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších), kteří se zabývali problematikou občanů postižených demencí. Postupně se členy ČALS stávali ti, jichž se problematika demencí týká nejvíce – rodinní příslušníci a pečovatelé. Hlavním spouštěčem byl dojem, že problematice demencí u nás v České republice není věnována dostatečná péče. V roce 2002 ČASL prosadila proplácení léků na demenci zdravotními pojišťovnami. V současné době je Česká alzheimerovská společnost již respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe Alzheimer's Disease International.

ČASL momentálně spolupracuje s téměř třiceti zařízeními ve všech krajích České republiky. Kontaktní místa jsou při institucích jak sociálních, tak zdravotnických, státních i nestátních. Spojuje je jejich schopnost a ochota poskytovat různorodé služby klientům se syndromem demence, kteří mají speciální potřeby a nároky.

Všechna kontaktní místa dokáží poskytnout informace o AD a péčování. Někde nabídnou setkávání na svépomocných skupinách rodinných pečovatelů, případně respitní péči v domácnostech.

Spoluzakladatelkou ČASL je v České republice MUDr. Iva Holmerová, PhD.

Více informací je možno nalézt na www.alzheimer.cz, kam je možné zasílat i své dotazy.

Mezinárodní den Alzheimerovy demence 21. 9.

Mezinárodní den AD se poprvé slavil v ČR roku 1998. Cílem toho dne je zvýšit povědomí o této těžké nemoci, kterou ve stáří mnoho lidí podceňuje. Prvními příznaky je zapomnětlivost a emocionální výjevy. Vyléčit se AD zatím nedá, ovšem v poslední době jsou již velmi dobré lékařské výsledky s její stabilizací.

Zároveň se dlouhodobě řeší, jaká je správná prevence předcházení této nemoci a podle posledních výsledků se ukazuje, že nejlepší není bystřít paměť třeba křížovkami, ale naopak fyzická práce.

6 Občanská sdružení ve Vsetínském regionu

Iskérka - Občanské sdružení Iskérka je nezisková organizace z Rožnova pod Radhoštěm. Provozuje Sociální centrum denních aktivit Iskérka, kde poskytuje službu sociální rehabilitaci. Služba je určena dospělým lidem, kteří se dostali do psychické krize vlivem své životní situace, zdravotního stavu, dlouhodobé absence zaměstnání, sociální izolace a dlouhodobě duševně nemocným, starším 18 let. Služba v centru je bezplatná.

Pro veřejnost pořádá od roku 2005 Týdny pro duševní zdraví, kterými informuje veřejnost o problematice duševně nemocných, snaží se bourat mýty, mylné představy a předsudky, kterými je tato problematika zatížena. Snaží se přispět ke zlepšení postoje k duševně nemocným a větší toleranci společnosti.

Kamarád - je zařízení poskytující ambulantní služby sociální prevence, které jsou určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce.

Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

Letokruhy - Občanské sdružení Letokruhy bylo založeno v lednu roku 2003 z iniciativy lidí, kteří dlouhodobě sledují světový trend v péči o seniory. Stáří má mnoho podob a stárnoucí lidé širokou paletu potřeb. Přestože existují státní i nevládní organizace, které se soustředí na péči o seniory, stále je jich nedostatek a služby, které nabízejí, mnohdy uspokojují jen část potřeb starého a nemocného člověka nebo pečující rodiny.

Parkinson o.s.- Členové Společnosti Parkinson,o.s. se sdružují v Klubech Parkinson fungujících ve většině velkých i menších měst po celé republice.

Velké množství akcí pro parkinsoniky je pořádána právě jednotlivými Kluby.

Největší a nejaktivnější Kluby jsou Ostrava, České Budějovice, Praha, Plzeň, Brno.

Většina Klubů má i své internetové stránky.

Charita R.p.R. - Farní charita Rožnov p. R. je nestátní nezisková organizace s právní subjektivitou. Jejím zřizovatelem je Arcidiecézní charita Olomouc. Na Rožnovsku působí od roku 1992. Jako součást Arcidiecézní charity Olomouc je členem celorepublikové organizace Charita Česká republika i nadnárodních projektů Caritas Europa a Caritas Internationalis.

Diakonie Valašské Meziříčí - Diakonie Valašské Meziříčí pomáhá seniorům a dospělým lidem se zdravotním postižením v jejich péči o sebe a o chod domácnosti. Klienti také mohou trávit volný čas ve středisku. K dispozici jsou služby zdravotní i sociální péče, osobní asistence a pobyt v denním stacionáři. Ten je právě určen pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují dohled a péči druhé osoby. Je vhodný také pro osoby s poruchami paměti. Naše zařízení poskytuje služby občanům města Valašského Meziříčí a jeho okolí.

Pobyt je zaměřen na aktivizaci tělesných a duševních sil při současném respektování individuálních potřeb klienta. Součástí programu je kondiční cvičení, taneční cvičení, trénink paměti, vzpomínání, rukodělné činnosti, společná četba, poslech hudby, zpěv, pravidelná biblická hodina, besedy s hosty, společné slavení narozenin a další činnosti a akce podle přání klientů.

7 Ošetrovatelský proces

Aktivní ošetrovatelská péče vychází z teorie ošetrovatelského procesu.

Tento proces je souborem vzájemně propojených ošetrovatelské činností, které sestra provádí ve prospěch nemocného (s dopomocí či spoluprací).

Sestra se dále snaží o uspokojení potřeb (plánovitá aktivní oš. péče) a poznání nemocného:

- zajistit co největší množství informací o pacientovi
- zjistit jeho problémy z ošetrovatelského hlediska
- rozhodnout správný způsob ošetřování
- zvolit nejvhodnější přístup
- zhodnotit efekt poskytnuté péče

Ošetrovatelský proces probíhá v 5 fázích:

1. Zhodnocení nemocného (Kdo je můj nemocný)

- shromáždění informací potřebných pro individualizovanou ošetrovatelskou péči
- zhodnocení potřebných informací

2. Stanovení ošetrovatelských problémů (Co mého nemocného trápí)

- nalezení skutečných a očekávaných potřeb a problémů nemocného
- probírání problémů s nemocným, pokud je to možné
- vypracování pořadí jejich naléhavosti

3. Plánování ošetrovatelské péče (Co pro něj mohu udělat)

- stanovení cílů ošetrovatelské péče
- vypracování vhodného plánu ošetrovatelské péče
- rozhovor s nemocným o tom, co pro něj pokládáme za nejvhodnější
- seznámení ostatních členů týmu s plánovanou péčí

4. Realizace ošetrovatelského plánu (Vlastní ošetřování)

- poskytnutí péče dle sestaveného ošetrovatelského plánu
- přizpůsobení péče podle momentálního vývoje stavu nemocného včetně
- neplánovaných událostí, které jej mohou ovlivnit

5. Zhodnocení efektu poskytnuté péče (Pomohla jsem mu?)

- zhodnocení dosaženého zlepšení
- další úprava plánu, nebylo-li dosaženo předpokládaného cíle

V praktické části jsem zpracovala ošetrovatelský proces u pacientky s AD, u které jsem se podílela na ošetřování v rámci její hospitalizace na oddělení následné péče v nemocnici Valašské Meziříčí. Při zpracování získaných informací jsem využila komplementární model Virginie Hendersonové.

O Hendersonové se hovoří jako o Nightingalové dvacátého století. Její zájem o ošetrovatelství se rozvinul během první světové války s přáním pomáhat raněným a nemocným vojákům. V této době se kladl důraz hlavně na výkonovou zručnost, která hodnotila kvalitu sestry. Za profesionální jednání byl pokládán formální charakter péče a neosobní vztah k nemocným. Hendersonová si přála, aby byl právě pacient středem pozornosti vzdělané sestry a dalších zdravotníků.

Nelíbilo se, že pacient jako příjemce zdravotnických služeb neměl zajištěnou kvalifikovanou péči a ochranu před poškozením a zneužitím. Domnívala se, že profese, která ovlivňuje lidský život, musí mít jasně vymezené funkce. Její definice ošetrovatelství byla postavena na otázkách: Co je ošetrovatelská praxe? Které jsou specifické funkce sester? Které jsou jedinečné činnosti ošetrovatelství? Při vývoji definice ošetrovatelství stavěla na svých rozsáhlých praktických zkušenostech.

V roce 1966 byla její definice ošetrovatelství revidována a upřesněna:

„Jedinečnou úlohou sestry je pomáhat nemocnému nebo zdravému jedinci provádět činnosti, které přispívají k jeho zdraví, návratu zdraví nebo ke klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebné schopnosti, vůli nebo vědomosti. A dělá to tak, aby mu pomohla co nejrychleji dosáhnout samostatnosti“. (Jarošová, 2006, s. 15)

Hlavním teoretickým východiskem definice ošetrovatelství Hendersonové jsou základní lidské potřeby. Lidé mají biologické, psychologické, sociální a spirituální komponenty. S těmito součástmi je spojeno 14 základních lidských potřeb, které jsou zaměřeny převážně na aspekty tělesné.

1. normální dýchání
2. adekvátní příjem jídla a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. výběr vhodného oblečení- oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování čistoty a úpravy těla
9. odstraňování rizik z prostředí a vyvarování se poškození jiných
10. komunikace s jinými, vyjadřování emocí, potřeb, strachu, názorů
11. náboženské vyznání
12. smysluplná práce
13. hra nebo účast na různých formách rekreace
14. učení, odhalování nového nebo zvědavost, která vede k normálnímu rozvoji zdraví a k využití vhodných zdravotnických zařízení

Lidé se snaží ve zdraví i nemoci tyto potřeby individuálně uspokojovat různým způsobem. Problémy s uspokojováním těchto potřeb se zpravidla objevují v nemoci nebo některých životních obdobích, kdy jedinec potřebuje pomoc druhých. V těchto situacích pomáhá ošetřovatelství, které se zaměřuje na nejrychlejší znovunabytí nezávislosti člověka. Sestra má pouze asistovat jedinci při uspokojování potřeb, rozhodovat za něj může pouze v případě, kdy je jedinec zbaven jeho úplné nezávislosti.

8 Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou demencí

K získání potřebných informací jsem využila lékařskou a sesterskou dokumentaci, anamnestický rozhovor s pacientkou a rodinou a vlastním pozorováním. K zhodnocení stupně soběstačnosti a rizika pádů a dekubitů jsem použila Barthelův test základních všedních činností, rozšířenou stupnici Nortonové a zjištění rizika pádu, které se používají v dané nemocnici.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: D. L.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1928	Věk: 84
Adresa bydliště a telefon: Křižná, Valašské Meziříčí	
Adresa příbuzných: Vsetín	
RČ: 1928	Číslo pojišťovny: pojištěn
Vzdělání: ekonomka	Zaměstnání: důchodkyně
Stav: svobodná	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 29. 11. 2012	Typ přijetí: plánované
Oddělení: Oddělení následné péče 1, Val. Mez.	Ošetřující lékař: MUDr. P. K.

Důvod přijetí udávaný pacientkou: Točení hlavy, celková slabost.

Medicínská diagnóza hlavní: E86 Snížení objemu plazmy nebo extracelulární tekutiny, při základním diagnóze Alzheimerova demence.

Medicínské diagnózy vedlejší: Chronická ischemická choroba srdeční, hypertenzní nemoc, cervikalgie - krční krajina, inkontinence II. stupně.

Vitální funkce při přijetí

TK: 140/75	Výška: 165
P: 74	Hmotnost: 63
D: 15	BMI: 23
TT: 37,6	Pohyblivost: s pomocí vycházkové hole
Stav vědomí: při vědomí, orientovaná	

Nynější onemocnění:

29. 11. 2012 pacientka přivezena RZP na interní ambulanci pro kolaps a celkové zhoršení zdravotního stavu. Udává několik dní celkovou slabost vertigo, občas mírné bolesti v podbříšku.

Pacientka vyšetřena ambulantním lékařem a odeslána k rehydratační a rehabilitační léčbě na oddělení následné péče.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: + 58 ca plíc

Otec: + 83- stářím

Sourozenci: starší sestra +77 CMP

Děti: nemá

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: hypertenzní nemoc, střední stupeň ACH

Hospitalizace a operace:

- v 52 letech hysterektomie
- 12/2011 otřes mozku
- 7/2012 pro obdobné potíže jako udává nyní (slabost, vertigo)

Úrazy: v roce 2011 ošetřena na chirurgické ambulanci pro pád doma s následkem otřesu mozku.

Léková anamnéza:

Rileptid tbl 1mg. 0-0-1

Prestarium neo tbl. 1-0-0

Furon tbl. 40mg ½-0-0 ob den

Aricept tbl. 10mg 1-0-0

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Abúzy:

Alkohol: dříve příležitostně, nyní vůbec nekonzumuje

Kouření: do 65 let 10-15 cigaret denně, nyní nekuřák

Káva: 1x denně

Léky: neguje

Gynekologická anamnéza:

Dříve pravidelné prohlídky, nyní naposledy před třemi lety bez patologického nálezu, porody O aborty O, v roce 1980 hysterektomie.

Sociální anamnéza:

Stav: svobodná

Bytové podmínky: bydlí sama v bytě 2+1

Vztahy, role a interakce v rodině: žije sama, s udržováním domácnosti ji dosud pomáhaly 2 neteře, s nimiž má pěkné vztahy. Ve vedlejší bytě bydlí sousedka, která ji také občas vypomůže. Mimo tyto blízké osoby jiné vztahy neudržuje.

Záliby: četba, sledování TV, poslech rozhlasu

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: ekonomka

Pracovní zařazení: než odešla na starobní důchod, pracovala jako ekonomka na základní škole

Ekonomické podmínky: pobírá starobní důchod

Spirituální anamnéza:

Věřící, ale v kostele nebyla několik let, jako dítě chodila s rodiči do kostela ráda.

Anamnéza odebrána od pacientky, porovnána s údaji ze starší zdravotnické dokumentace a později doplněna o informace neteře.

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ-29.11.2012

Příjem potravy a tekutin	s pomocí	5
Oblékání	s pomocí	5
Koupání	samostatně, s pomocí	5
Osobní hygiena	samostatně, s pomocí	5
Kontinence moči	občas inkontinentní	5
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
Přesun na lůžko, židli	s malou pomocí	10
Chůze po rovině	na vozíku	5
Chůze po schodech	s pomocí	5

Hodnocení stupně závislosti: celkové skóre: 60 - střední závislost = 2

ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ- 29. 11. 2012

Schopnost spolupráce	částečná	2
Věk	více jak 60	1
Stav pokožky	normální	4
Přidružené onemocnění	zvýšený TK	3
Fyzický stav	zhoršený	3
Stav vědomí	bdělá	4
Aktivita	chodící s doprovodem	3
Mobilita	částečně omezená	3
Inkontinence	občas	3

Vyhodnocení: celkové skóre: 26 - bez rizika

ZJIŠTĚNÍ RIZIKA PÁDU-29.11.2012

Pohyb	částečně omezený	1
Vyprazdňování	bez pomoci	0
Medikace	užívá léky ze skupiny: <i>diuretik, antiepileptik, antiparkinsonika, antihypertentiva, psychotropní látky nebo benzodiazepiny</i>	1
Smyslové poruchy	vizuální, sluchové, smyslový	1
Mentální status	orientován	0
Věk	66 a více	1
Pád v anamnéze	ano	1
Vyhodnocení:	celkové skóre: 5 – riziko pádu	

**UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ PODLE TEORIE V. HENDERSONOVÉ ZE DNE
29. 11. 2012**

Asistence, pomoc při potřebě	Objektivně (pozorování sestrou)	Subjektivně (síla, vůle, vědomosti)
1. pomoc při dýchání	Dýchání fyziologické, frekvence 16/min., rytmus pravidelný, dýchání čisté bez známek šelestů. Zklidňující masáž zad vede u pacientky ke zklidnění, pacientka se uvolní, správně dýchá a dochází k prokrvení organismu.	Doma žádné potíže s dechem neměla, nyní, když ji sem tam píchne v podbřišku, zatají dech, než bolest pomine. Ještě, když chodila do práce – asi před 25 lety kouřila, ne mnoho, jen 10 až 15 cigaret denně, ale už toho dávno nechala, nechutná jí to. O dechovém cvičení slyšela, ale neprovádí ho. Dělá ji dobře ranní masáž zad sestrou, nutí ji zhluboka dýchat.
2. přijímání jídla a pití	Pacientka má stále chuť k jídlu. Není vybíravá, má ráda vše. Nemá žádné dietní omezení. Stravu přijímá sama, je potřeba nakrájet maso na drobné kousky. Pacientka má vlastní neúplný chrup. Je ohrožená dehydratací- dohled při příjmu tekutin s následným zápisem do dokumentace.	Jídlo jí vždy chutnalo, vařila si sama, dnes jí vozí obědy z Diakonie a taky je spokojená. Maso musí mít ale mleté, nemá už dobré zuby a nepokouše ho. Do pití se musí spíše nutit, nemá pocit žízně a zapomíná se napít, někdy vypije jen dva hrnečky čaje za den, ale aspoň nechodí tak často na WC, hlavně v noci ji to obtěžovalo. Z tekutin preferuje čaj a vodu z kohoutku.
3. vylučování	Pacientka má stolici nepravidelnou, s frekvencí jednou za 2-3 dny. Zavedený	Doma občas nejde i dva, tři dny na stolici, už si zvykla a nevádí jí to. S močením už

	PMK z důvodu inkontinence moči a vedení přesné bilance tekutin. Pacientka má pozitivní bilanci 1800ml/24 hodin.	má delší dobu problémy, musí nosit inkontinenční pleny – hlavně na noc, neví, že močí, jde to samo. Pleny se naučila již akceptovat, je to pohodlné. Opakovaně se ptá, proč má tu hadičku se sáčkem.
4. pohyb a udržování správné polohy	Pacientka má polohovatelné lůžko. V lůžku je soběstačná, otáčí se s malou pomocí sestry. Zajištění čistého prádla a úprava lůžka.	Polohovatelné lůžko se pacientce líbí, chtěla by jej i doma, ale neuměla by si ho zvednout, ani položit. Na lůžku se pohybuje sama, potřebuje jen pomoc do sedu, a lehkou dopomoc při otáčení na boky. Chodit zatím sama nesmí, ani se na to necítí.
5. odpočinku a spánku	Snaha ho zajištění správné spánkové hygieny a cirkadiánního režimu. Omezení kofeinových nápojů před spánkem. Před spaním řádně vyvětraný pokoj a snaha zajistit klid na pokoji. Na spaní nutná postranice u lůžka. Zajištěno suché a čisté prádlo. Pacientka je klidná, spí dobře, jen potíže při usínání.	Doma dříve nemohla dobře spávat, budila se, měla špatné sny. Od minulého roku má nové léky na noc, po nich spí dobře, nebudí se. V nemocnici usíná hůře, jsou tři pacientky na pokoji, je zvyklá usínat sama, vadí také provoz na oddělení, brzy se budí, ale může pospávat přes den, takže jí to tak moc nevadí.

<p>6. při výběru oblečení, oblékání a svlékání</p>	<p>Pacientka se obléká s dopomocí sestry. Zajištění suchého a čistého prádla dle potřeby.</p>	<p>Je zvyklá chodit celý den v županu, ani se nepřevléká, vždyť nikam nechodí, aspoň tolik neušpiní. V nemocnici se musí převlékat každé ráno do čistého pyžama, sestřičky jsou přísné, ale pomůžou.</p>
<p>7. při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot</p>	<p>Pacientka je s dopomocí sestry převlečena do ústavního pyžama, uložena do lůžka. Teplota na pokoji se pohybuje kolem 23°C, Pro suchý vzduch jsou na radiátorech odpařovače. Větráno krátce, jednorázově. Tělesná teplota měřena 3krát denně, v případě febrilie aplikovat antipyretika dle ordinace lékaře.</p>	<p>Nevnímá, že by měla zvýšenou teplotu, ale občas ji „semele“ zima. Má ráda teplo, moc nevětrá ani doma, ale chápe, že v nemocnici se musí větrat a jsou na pokoji tři pacientky.</p>
<p>8. při udržování čistoty, úpravy těla, ochrana pokožky</p>	<p>Hygiena prováděna na lůžku s dopomocí sestry. Nehty má čisté, upravené. Dutinu ústní si umývá sama. Péči o oči, uši, nos provádí sama. V nemocnici je možno poskytnout kosmetické procedury. Zvýšená péče o kůži na predilekčních místech- prevence dekubitů.</p>	<p>Je ráda, že jí s hygienou pomáhá sestra, sama to již těžko zvládá, zvláště nyní. Jednou týdně ji doma koupou neteře, jinak se snaží každé ráno umýt u umývadla, vyčistit si zuby a upravit se. Někdy i zapomene a celý den stráví v pyžamu a županu.</p> <p>V nemocnici ráda využije služeb pedikérky, nebyla na proceduře již několik let.</p>

<p>9. při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou</p>	<p>Pacientka nevyžaduje náboženskou intervenci. Má zajištěné bezpečné, vyhovující a podpůrné prostředí. Na noc z důvodu bezpečnosti použity postranice na lůžku a pacientka edukována o riziku pádu. Je zajištěna prevence nozokomiálních nákaz.</p>	<p>Pacientka plně nechápe ošetrovatelské postupy sester a pomůcky k nim používané, ale důvěřuje jim. O riziku pádu je srozuměna, sama žádá na noc postranice – cítí se bezpečněji – doma má lůžko u zdi. Na nočním stolku svítí v noci malá příruční lampička z domova, je na ni zvyklá a nemá strach při usínání.</p>
<p>10. při komunikaci</p>	<p>Pacientku navštěvují rodinní příslušníci, kteří jsou o zdravotním stavu pacientky informováni. Na návštěvu přichází také sousedka pacientky, se kterou se zná již řadu let, a která jí také vypomáhá v domácnosti. Občas možno pozorovat sklony k depresi, v situacích, kdy si uvědomuje svou nesoběstačnost a nejistotu v budoucnosti.</p>	<p>Vždy ráda vidí své neteře, ale pletou se jí jejich jména. Jména prasynovců si již nepamatuje vůbec- jen je hádá. Sousedka Maruška je vítána bouřlivě – „co je doma nového?“ Jiné kontakty s okolím a lidmi nemá. Většinu rozhovorů s blízkými uzavírá povzdechem: „Co jen se mnou bude?“</p>
<p>11. při vyznání náboženské víry, přijímání dobra a zla</p>	<p>Pacientka je věřící, ale nevyžaduje žádnou duchovní intervenci.</p>	<p>Byla vychována jako křesťanka, ale v dospělosti přestala praktikovat vyznání a návštěvu kostela. Na nabídku možnosti zúčastnit se bohoslužby nadšeně přikývla, těší se.</p>

<p>12. při práci a produktivní činnosti</p>	<p>Pacientka je zapojována do sebeobslužných činností dle svých možností – hygiena, pohyb na lůžku, sebeobsluha při jídle. Ráda si zpívá, zná slova řady písní, zvláště z mládí. Má ráda také tvořivou činnost - malování, ruční práce. Rehabilitace zatím jen na lůžku.</p>	<p>Je velmi slabá, ale snaží se na pokyny personálu reagovat a spolupracovat. Už se nemůže dočkat, až bude chodit se sestrou po pokoji, v lůžku je jí dlouhá chvíle. S ostatními spolupacientkami si alespoň zazpívaly.</p>
<p>13. při odpočinkových (rekreačních) aktivitách</p>	<p>Doma prováděla veškeré aktivity bez omezení. Má ráda hudbu, která ji i uklidňuje a dodává pocit pohody. Ráda si maluje, čte nebo listuje knihami, časopisem.</p>	<p>Její zdravotní stav zatím nedovoluje aktivity mimo lůžko, proto je podporována v činnostech x rámci sebeobsluhy na lůžku (hygiena, jídlo, oblékání). Ergoterapeutka bude následující dny s pacientkou provádět aktivizační terapii (malování, muzikoterapie, canesterapie). Nyní má k dispozici alespoň časopisy, které přinesla neteř.</p>
<p>14. při učení</p>	<p>Pacientka srozumitelně informována o prevenci nynějšího onemocnění, vysvětlena nutnost dostatečné hydratace a správné životosprávy. Informace podal lékař i sestra v průběhu ošetřování. O problému poučena i rodina.</p>	<p>Má pocit dostatku informací, bude se snažit hlídat si svůj pitný režim, ale je to těžké, nemá pocit žízně a zapomíná se napít, chápe ale, jak je to důležité.</p>

MEDICÍNSKÝ MANAGMENT ZE DNE 29. 11. 2012

Ordinovaná vyšetření:

Neurologické vyšetření s doplněním CT mozku, psychiatrické konzilium.

Tabulka - přehled laboratorních hodnot ze dne 29. 11. 2012

parametry	Hodnota ze dne 29.11.	Referenční meze-nemocnice Valašské Meziříčí
Biochemie		
Urea	9.5 ↑	2.9...8.2 mmol/l
kreatinin	88 ↑	45...84 umol/l
sodík	139.3	135...145 nmol/l
draslík	3.32 ↓	3.8...5.1 nmol/l
chloridy	103.3	95..109 nmol/l
bilirubin	7.6	3...21 umol/l
ALT	0.22	0.1...0.96 ukat/l
AST	0.28	0.16...0.87 ukat/l
GMT	0.27	0.08..0.6 ukat/l
ALP	0.68 ↓	0.7...2.1 ukat/l
Glukosa	6.5 ↑	3.9...5.6
CRP	49	0...8 mg/l
Krevní obraz		
leukocyty	11.2↑	4...10*10 ⁹ /l
erythrocyty	4.3	3.8...5.2*10 ¹² /l
hemoglobin	165	120...160 g/l
hematokrit	0.401	0.35...0.47
trombocyty	160	150...40*10 ⁹ /l
Moč+sediment		
U pH	8	5.5...7
bílkovina	0	0 arb.j.
glukóza	0	0 arb.j.
ketolátky	0	0 arb.j.
urobilinogen	0	0 arb.j.
bilirubin	0	0 arb.j.
krev	1	
Leukocyty	3	

nitridy	0	
erythrocty	44	6
U-leukocyty	záplava	
Další elementy	bakterie četné	

Zdroj: IKIS, nemocnice Valašské Meziříčí

Invazivní vstupy:

Permanentní močový katetr č. 18 od 29.11.

Periferní žilní katetr na předloktí levé horní končetiny od 29.11

Konzervativní léčba:

Dieta: 3- racionální

Pohybový režim: klidový

RHB: od druhého dne hospitalizace, fyzioterapeutka dle aktuálního stavu pacientky

Medikamentózní léčba:

Per os:

Rileptid 1mg. Tbl.	0-0-1
Prestarium neo tbl.	1-0-0
Furon tbl. 40mg tbl.	½-0-0 ob den
Aricept 10mg tbl.	1-0-0
Nitrofurantoin tbl	1-1-1
Novalgin tbl. při VAS nad 3 nebo TT nad 38°C	

Intra venózní: FR 1000ml + novalgin 2ml 11:00-17:00 hod.

Situační analýza ze dne 29. 11. 2012

Pacientka je uložena na lůžko následné péče k rehydratační infuzní terapii a rehabilitační péči. V době přijetí ukazují laboratorní výsledky také na močovou infekci, která je následně řešena antibiotiky ve formě tablet, per os.

Kardiopulmonálně je stabilizována, dechová frekvence i saturace O₂ v normě, subfebrilie, celkově se cítí slabá a unavená, s pocitem točení hlavy, mírné bolesti v podbřišku.

U pacientky sledován příjem a výdej tekutin, zavedená bilance tekutin za 24 hodin. Zajištění rehydratace přes PŽK, zaveden PMK.

Dle vstupních hodnotících škál (Bartellův test všedních činností) je pacientka středně závislá na péči ošetřujícího personálu, proto je nutná dopomoc při hygieně a převlékání, vyprazdňování na WC židli a také dopomoc při přípravě jídla (pokrájet maso, namazat pečivo).

Vzhledem k riziku pádu – dle hodnotící stupnice a také pádu v minulosti, je třeba zvýšeného dohledu, na noc na lůžku zvednuty postranice se souhlasem pacientky, signalizační zařízení na dosah pacientky, která je poučena o jeho použití.

Z důvodu subfebrilie a nynějšímu omezenému pohybu v lůžku je třeba věnovat zvýšenou pozornost kůži na predilekčních místech, zajistit jejich pravidelnou hygienu a ošetřování, dostatek čistého a suchého prádla.

Pacientka je také ohrožena rizikem infekce v souvislosti se zavedeným PMK a PŽK, proto je nutné ji poučit o možných projevech infekce.

Při vstupní anamnéze pacientka udává mírnou bolest v podbřišku, z tohoto důvodu je názorně vysvětlena stupnice bolesti VAS a možnost jejího využití při hodnocení bolesti.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Akutní bolest z důvodu močové infekce projevující se verbalizací
2. Dehydratace v souvislosti se sníženým příjmem tekutin projevující se celkovou slabostí a točením hlavy
3. Deficit sebepěče v oblasti hygieny z důvodu upoutání na lůžko projevující se neschopností provést samostatně hygienu
4. Obstipace z důvodu sníženého příjmu tekutin a upoutání na lůžko projevující se nepravidelným vyprazdňováním stolice
5. Narušený spánek z důvodu změny prostředí projevující se potížemi při usínání
6. Porucha termoregulace v souvislosti s močovou infekcí projevující se subfebrilií

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

7. Riziko úrazu z důvodu imobilizačního syndromu
8. Riziko infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů
9. Riziko vzniku poruchy v samostatném vykonávání základních denních aktivit v závislosti na prohlubující se demenci
10. Riziko dezorientace v souvislosti s prohlubující se demencí
11. Riziko sociální izolace v důsledku sníženého sebehodnocení

Stanovení sesterských diagnóz ze dne 29. 11. 2012 a jejich uspořádání podle priorit:

1. AKUTNÍ BOLEST Z DŮVODU MOČOVÉ INFEKCE PROJEVUJÍCÍ SE VERBALIZACÍ

Cíl:

- zmírnění bolesti do 5 hodin

Výsledná kritéria:

- pacientka se orientuje ve VAS stupnici a je schopna ji používat / do 3 hodin
- zná metody zmírňující bolest- úlevová poloha / do 1 hodiny
- udává zmírnění bolesti do 5 hodin

Priorita:

- střední

Intervence:

- vysvětlí a doporučí úlevové polohy / sestra, ošetřovatelka
- vysvětlí a naučí pacientku se orientovat ve VAS stupnici / sestra
- podává analgetika dle ordinace lékaře a sleduje případné vedlejší účinky / sestra
- provádějí pravidelně kontrolu účinku analgetik / sestra, lékař
- pravidelně provádějí hodnocení bolesti a její zápis do dokumentace / sestra, lékař
- při vzniku bolesti jiného charakteru informují lékaře / sestra

Realizace ze dne 29. 11. 2012:

- 8:30 hod příjem pacientky na oddělení následné péče /sestra, lékař
- 9:00 hod změřeny fyziologické funkce / sestra
- 9:15 hod stěžuje si na bolest, vysvětlena VAS stupnice – udává VAS 4, doporučená úlevová poloha v lůžku / sestra
- 9:30 hod o situaci informován lékař / sestra
- 9:40 hod poučení pacientky o analgetické léčbě / lékař, sestra
- 9:45 hod podána analgetika dle ordinace lékaře / sestra
- 10: 45 hod kontrola účinku analgetik dle škály – VAS 3 / sestra
- 11:15 hod proveden záznam o zmírnění bolesti do dokumentace / sestra
- 13:00 hod kontrola bolesti u pacientky, udává VAS 1 / sestra
- 13:30 hod proveden záznam do dokumentace / sestra
- bolest hodnocena a zaznamenávána třikrát denně

Hodnocení po 5 hodinách

- pacientka se orientuje ve VAS stupnici
- pacientka zaujímá doporučenou úlevovou polohu (na boku stočena v klubičku)
- udává zmírnění bolesti
- po 5 hodinách udává VAS 1
- **cíl byl splněn**

2. DEHYDRATACE V SOUVISLOSTI SE SNÍŽENÝM PŘÍJMEM TEKUTIN PROJEVUJÍCÍ SE CELKOVOU SLABOSTÍ A TOČENÍM HLAVY

Cíl:

- stabilizace objemu tekutin do 48 hodin

Výsledná kritéria:

- pacientka chápe nutnost zvýšeného příjmu tekutin / do 2 hodin
- je edukována o vhodných nápojích / do 2 hodin
- je poučena o správném pitném režimu, pít více přes den, na noc snížit příjem tekutin / do 2 hodin
- pacientka dosáhne pozitivní bilance tekutin / do 48 hodin
- má dobrý turgor kůže, vlhké sliznice / do 48 hodin
- pacientka vnímá lepší tělesnou kondici / do 48 hodin

Priorita:

- střední

Intervence:

- zajisti a podávej tekutiny / sestra, ošetřovatelka
- sleduj a zaznamenávej do dokumentace bilanci tekutin / sestra, ošetřovatelka
- podávej infuse dle ordinace lékaře / sestra
- sleduj stav sliznic a turgor kůže / sestra, ošetřovatelka, lékař
- dbej na bezpečí v případě zmatenosti / sestra, ošetřovatelka
- upozorni pacienta na snížený pocit vnímání žízně u starších osob / sestra, ošetřovatelka, lékař

Realizace 29. 11. 2012 :

- 10:00 hod pacientka edukována o nutnosti dostatečné hydratace / sestra, lékař
- 10:15 hod pacientka chápe předané informace, umí pojmenovat vhodné nápoje (voda, čaj, džus), vypila 300 ml čaje / sestra, lékař
- 10:30 hod pacientka informována lékařem o nutnosti aplikace infuzního roztoku / lékař
- 10:50 hod příprava infuzního roztoku a seznámení pacientky s průběhem aplikace / sestra
- 10:55 hod podán infuzní roztok / sestra
- 11:30 hod oběd, snědla polévku a vypila 200 ml čaje /dopomoc ošetřovatelky
- 13:00 hod nabídnuta sklenice minerálky – 200 ml / ošetřovatelka
- 14:30 hod odpolední svačina, 300ml mléka / ošetřovatelka
- 16:10 hod kontrola fyziologických funkcí / sestra
- 16.15 hod nabídnuta sklenice čaje – 200m / ošetřovatelka
- 16:45 hod podání večere a tekutin – bílá káva, 300ml / ošetřovatelka
- 17:05 hod ukončení infusní terapie / sestra
- 17:15 hod záznam do zdravotnické dokumentace o přijatých tekutinách / sestra

Hodnocení po 48 hodinách:

- pacientka vypila 1,8 litru tekutin, preferuje obyčejnou vodu
- fyziologické funkce jsou v normě
- udává zlepšení fyzické i psychické pohody, točení hlavy zmírněno
- požádá personál o přísun tekutin a je schopna sama se napít
- po 48 hodinách má pozitivní bilanci tekutin, příjem vyšší než výdej
- **cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat**

3. DEFICIT SEBEPÉČE V OBLASTI HYGIENY Z DŮVODU UPOUTÁNÍ NA LŮŽKO PROJEVUJÍCÍ SE NESCHOPNOSTI PROVÉST SAMOSTATNĚ HYGIENU

Cíl:

- potřeba v oblasti hygieny uspokojována do 24 hodin

Výsledná kritéria:

- pacientka kladně verbalizuje uspokojení potřeby během hospitalizace / do 24 hodin

- je spokojena s možností provést hygienu na lůžku / do 24 hodin
- verbalizuje pocit pohodlí a spokojenosti z tělesné čistoty, je upravená / do 24 hodin
- postupně se sama zapojuje do hygieny na lůžku – osobní toaleta, mytí zubů / do 48 hodin

Priorita:

- střední

Intervence:

- zhodnot' funkční úroveň pacienta / sestra, ošetřovatelka
- zajisti celkovou hygienickou péči minimálně 2x za den / sestra, ošetřovatelka
- připrav potřebné pomůcky k hygieně / sestra, ošetřovatelka
- zajisti soukromí a dostatek času / sestra, ošetřovatelka
- pečuj o hygienu genitálií, okolí PMK a análního otvoru / sestra, ošetřovatelka
- po vyprázdnění zajisti důkladnou očistu / sestra, ošetřovatelka
- prováděj celkovou koupel na pojízdné vaně 1x týdně / sestra, ošetřovatelka
- prováděj péči o dutinu ústní / sestra, ošetřovatelka
- sleduj a ošetřuj kůži na predilekčních místech / sestra, ošetřovatelka
- aktivizuj nemocnou, veď ji k samostatnosti / sestra, ošetřovatelka

Realizace ze 30.11.2012:

- 7:00 hod pacientka edukována o způsobu ranní toalety v lůžku / ošetřovatelka
- 7.10 hod připraveny vhodné pomůcky k toaletě / sestra, ošetřovatelka
- 7.15 hod pacientka vyzvána k aktivní spolupráci při ranní toaletě / sestra
- 7:30 hod dopomoc při hygieně, ošetřena kůže na predilekčních místech / sestra
- 7.45 hod péče o dutinu ústní / ošetřovatelka
- 7:50 hod kontrola funkčnosti PMK a čistoty v okolí genitálií / sestra
- 8:00 hod záznam o provedené činnosti do zdravotnické dokumentace / sestra

Hodnocení po 24 hodinách:

- pacientka se naučila novému způsobu, jak provádět hygienu v rámci svých schopností
- má zajištěnou hygienickou péči v celém rozsahu
- verbalizuje spokojenost, vnímá pocit čistoty a pohodlí
- po dobu upoutání na lůžko je pacientka částečně závislá na péči sestry
- pacientka spolupracuje při hygieně, sama zvládá péči o dutinu ústní

- u pacientky nedošlo k narušení kožní integrity
- **cíl byl částečně splněn, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat**

4. OBSTIPACE Z DŮVODU SNÍŽENÉHO PŘÍJMU TEKUTIN A UPOUTÁNÍ NA LŮŽKO PROJEVUJÍCÍ SE NEPRAVIDELNÝM VYPRAZDŇOVÁNÍM STOLICE

Cíl:

- vyprázdní se 1x za 48 hodin

Výsledná kritéria:

- pacientka chápe význam pravidelného vyprazdňování /do 2 hodin
- nepocítuje bolest břicha a plynatost / do 24 hodin
- umí vyjmenovat potraviny bohaté na vlákninu / do 2 hodin
- vypije denně 1,5 – 2 litry tekutin
- má dostatečnou pohybovou aktivitu /do 24 hodin

Priorita:

- střední

Intervence:

- zajistí způsob, kterým se pacientka dříve vyprazdňovala a všechny faktory, které u ní vyprazdňování podporovaly / sestra, ošetřovatelka
- zajistí dostatečný přísun tekutin a stravu bohatou na vlákninu / sestra, ošetřovatelka
- nabízej ovocné šťávy a džusy / sestra, ošetřovatelka
- zdůrazní nutnost tělesné aktivity a cvičení, zatím na lůžku / sestra, ošetřovatelka, lékař, fyzioterapeut
- dle ordinace lékaře podej vhodné laxancium / sestra

Realizace ze 1.12.2012 :

- 10:00 hod pacientka verbalizuje pocit napětí a plného břicha, vysazena na WC židli u lůžka / sestra, ošetřovatelka
- 10:15 hod pacientka nevyprázdněna, záznam do dokumentace / sestra
- 10:20 hod hlášeno lékaři, edukována o nutnosti podat laxancia / sestra, lékař
- 10:40 hod podány laxancia dle ordinace lékaře / sestra

Hodnocení po 48 hodinách:

- pacientka chápe nutnost pravidelného vyprazdňování, minimálně 1x 24 hodin

- vypila 1,8 litrů tekutin
- po 48 hodinách pacientka nevyprázdněna- podány laxancia dle ordinace lékaře
- pocity napětí a plného břicha nadále přetrvávají
- **cíl nebyl splněn v naplánovaných intervencí je třeba nadále pokračovat**

5. NARUŠENÝ SPÁNEK Z DŮVODU ZMĚNY PROSTŘEDÍ PROJEVUJÍCÍ SE POTÍŽEMI PŘI USÍNÁNÍ

Cíl:

- zlepšit kvalitu spánku a zmírnit potíže při usínání do 48 hodin

Výsledná kritéria:

- pacientka spí v noci alespoň 7 hodin nepřetržitě / do 48 hodin
- cítí se odpočatá, během dne nebude unavená / do 48 hodin
- zapojí se do aktivizačních programů a rehabilitace / do 48 hodin

Priorita:

- střední

Intervence:

- posuď příčiny a související faktory poruchy spánku / sestra
- zajímej se o subjektivní pocity a pacientčiny stížnosti na spánek, průběžně je zaznamenávej / sestra
- zjisti spánkové rituály pacientky / sestra, ošetřovatelka
- monitoruj spánkové návyky, které se mění okolnostmi /sestra
- vyzkoušej s pacientkou faktory, které pomáhají zlepšit spánek (koupel) /sestra
- včasně podej večeři k lůžku / alespoň 3 hodiny před uložením ke spánku / sestra
- připrav pacientku ke spánku z hlediska osobního pohodlí a fyzického komfortu / sestra, ošetřovatelka
- pozoruj pacienta při spánku, zaznamenávej okolnosti spánku (chrápání, zvuky) / sestra
- sleduj účinek léků, postarej se o informování pacientky z hlediska užívání léků / sestra
- dokumentuj délku spánku / sestra

Realizace ze 30.11.2012:

- 6:30 hod vzbuzení pacientky, udává, že se moc nevyspala, často se budila a měla problém usnout / sestra
- 7:15 hod lékař informován o problému s usínáním a spánkem, naordinován Zolpidem tbl. dle potřeby / sestra
- 9:30 hod edukována o správném denním režimu a odpočinku během dne / sestra
- 9:45 hod zpětné ověření informací podaných pacientce / sestra
- 10:10 hod záznam do dokumentace / sestra
- 13:00 hod pacientka usíná po obědě
- 14:00 hod vzbuzena personálem, návštěva rodiny / ošetřovatelka
- 17:00 hod podána večeře k lůžku / sestra
- 19:30 hod večerní toaleta a úprava lůžka / sestra, ošetřovatelka
- 20:00 hod podán dle ordinace lékaře Zolpidem 1 tbl. / sestra
- 20:30 hod pokoj řádně vyvětrán, neměl by být přetopený / sestra, ošetřovatelka
- 21:15 hod kontrola pacientky na lůžku, spí, záznam do dokumentace / sestra

Hodnocení po 48 hodinách:

- pacientka spala 7 hodin nepřetržitě
- ráno se cítila odpočatá, vyspaná a svěží
- po zbytek dne byla více aktivní
- **cíl byl splněn**

6. PORUCHA TERMOREGULACE V SOUVISLOSTI S MOČOVOU INFEKČÍ PROJEVUJÍCÍ SE SUBFEBRILIÍ

Cíl:

- dosáhnout hodnoty tělesné teploty pod 37°C do 48 hodin

Priorita:

- střední

Výsledná kritéria:

- pacientka je schopna verbalizovat příznaky vysoké tělesné teploty /do 2 hodin
- u pacientky jsou odvráceny komplikace – poškození mozku, selhání ledvin / do 24 hodin
- u pacientky je stanovena základní příčina a přispívající faktory / do 2 hodin
- nedojde k záchvatům, křečím / do 24 hodin

Intervence:

- rozpozněj základní příčinu hypertermie / sestra ošetřovatelka
- monitoruj tělesnou teplotu pacientky / sestra, ošetřovatelka
- monitoruj srdeční frekvenci a rytmus / sestra
- sleduj dýchání / sestra, ošetřovatelka
- sleduj bilanci tekutin / sestra, ošetřovatelka
- všiměj si, zda se pacientka potí / sestra, ošetřovatelka
- sleduj laboratorní nálezy / sestra, lékař

Realizace ze dne 29. 11. 2012:

- 9:10 hod změřena TT / sestra, ošetřovatelka
- 9:20 hod zjištěna subfebrilie- 37.6 °C / sestra
- 9:30 hod hlášeno lékaři a proveden záznam do dokumentace / sestra
- 9:45 hod lékař ordinuje v dokumentaci antipyretika - Novalgin 1 tbl při TT nad 38 °C / lékař
- 12:30 hod úprava lůžka a pacientky po obědě, není propocená, cítit se lépe / ošetřovatelka
- 12:40 hod kontrola TT – 37.2 °C, záznam do dokumentace / sestra
- 12:50 hod podána tableta ATB / sestra
- 17:30 hod kontrola TT – 36. 9 °C, záznam do dokumentace/ sestra

Hodnocení po:

- po 48 hodinách pokles TT pod 37°C
- u pacientky nedošlo k záchvatům, křečím
- fyziologické funkce v normě
- **cíl byl splněn**

Celkové zhodnocení pacientky z 15. 12. 2012- 15. den hospitalizace

Pacientka L. D. byla přijata 29. 11. 2012 na oddělení následné péče nemocnice Valašské Meziříčí pro dehydrataci, celkové zhoršení zdravotního stavu při základním onemocnění Alzheimerova demence. Její stav byl také provázen bolestí břicha při následně zjištěné močové infekci a subfebrilní. Pro tento stav byla pacientka již opakovaně hospitalizována v průběhu letošního i loňského roku- nyní potřetí.

Na oddělení následné péče byl zaveden permanentní močový katetr z důvodu inkontinence pacientky a přesného sledování bilance tekutin. Dále byl zaveden permanentní žilní katert na levé předloktí horní končetiny a zahájena parenterální rehydratace pacientky.

Oba zavedené vstupy byly po dobu zavedení asepticky ošetřovány, nejevily známky infekce.

V den přijetí, po odebrání biologického materiálu, potvrzena také močová infekce a vzestupné hodnoty CRP a leukocytů v krvi. Nasazena ATB léčba formou tablet.

Pro subfebrilie s hodnotami okolo 37,5 °C byla podána do infuze také 1 ampule Novalginu 2 ml.

Pro udávanou bolest v podbřišku související s močovou infekcí byl ordinován při bolesti nad VAS 3 také Novalgin tbl.

Druhý den hospitalizace doplněno CT mozku a psychiatrické konzilium, kdy byla upravena medikace.

Třetí den hospitalizace došlo u pacientky ke zmírnění obtíží; verbalizovala téměř vymizení bolesti v podbřišku – VAS 1; docházelo ke stabilizaci TT- okolo 36,7 °C.

Také kontrolní laboratorní výsledky moče a krve ukazovaly sestup CRP, leukocytů, nález v močovém sedimentu vykazoval úbytek bakterií a pokles leukocytů a krve.

Do pěti dnů došlo ke zlepšení soběstačnosti, pacientka zvládala již hygienu s pomocí sestry u umyvadla, používala WC židli u lůžka. Vypila 2 litry tekutin za 24 hodin a měla pozitivní bilanci tekutin. Sedmý den hospitalizace se zdravotní stav pacientky výrazně zlepšil, projevilo se to především na jejím psychickém stavu, byla veselá, optimistická, snažila se vyhovět pokynům ošetřovatelů.

Aktivně se zapojovala do všedních činností péče o vlastní osobu.

Od druhého dne probíhala RHB na lůžku, po zaléčení a zvládnutí akutního stavu byla již aktivita a soběstačnost směřována i mimo lůžko.

S dopomocí fyzioterapeuta započala nácvik chůze ve vysokém chodítku, po 10 dnech zkoušela chůzi se čtyřbodovým chodítkem, které jí bylo předepsáno na pobyt doma.

V této době se již také aktivně zúčastňovala činností vedených ergoterapeutem zaměřených na podporu jemné motoriky, výbavnost paměti, podporu jednoduchých smyslových her. Také se zúčastňovala na vlastní žádost Bohoslužby slova, která je v našem zařízení nabízena vždy v pátek dopoledne. Jak činnost ergoterapie, tak Bohoslužba slova probíhá u nás v nemocnici ve speciálně vybavené a upravené místnosti, kam jsou pacienti doprovázeni fyzioterapeutem, ergoterapeutem nebo společně se svými rodinnými příslušníky.

Po deseti dnech hospitalizace docházelo ke zvládnutí a zaléčení močové infekce, úpravě hydratace. Byl odstraněn PMK a PŽK, pacientka byla sledována a podporována k aktivní účasti při vyprazdňování, následné hygieně a také byl kladen důraz na příjem tekutin.

Patnáctý den hospitalizace byla pacientka ve stabilizovaném, celkově fyzicky i psychicky dobrém stavu, připravena na propuštění do domácího prostředí.

Byla pozvána rodina - obě neteře, k edukačnímu pohovoru se sociální sestrou, protože hospitalizace se pro stejné problémy opakuje v minulém roce a půl potřetí a onemocnění AD činí pacientku čím dál tím více závislejší na péči druhé osoby. Rodině i pacientce byla navržena možnost podat žádost na umístění do domova důchodců či sociální lůžko v hospici. Z důvodu psychiatrické diagnózy jde o zařízení se speciálním režimem, které se v našem regionu nachází v Bystřičce- Podlesí. Sociální lůžka v hospici Citadela se nachází ve Valašském Meziříčí. Protože však umístění v těchto zařízeních je poměrně časově zdlouhavé, byla také navržena možnost domácí pečovatelské služby, která by do doby nástupu na sociální lůžko pacientce a rodině pomáhala zvládnout situaci a péči v domácím prostředí. Po propuštění byla také podána žádost o sociální příspěvek na péči pro bezmocnost, ze které si pacientka dané služby může hradit.

V den propuštění byla pacientka vybavena pomůckami na zlepšení soběstačnosti v domácím prostředí. Konkrétně byla předepsána WC židle, sedák do vany-obě pomůcky si pacientka odnesla v době propuštění domů. Žádanka na čtyřbodové chodítko byla vyřízena do 14 dnů a pomůcka dorazila na adresu pacientky.

Prozatím je možno pomůcku zapůjčit v místní Diakonii ve Valašském Meziříčí.

Pro lepší informovanost byla pacientka a její rodina vybavena edukační brožurou, kde jsou všechny tyto informace k dispozici i s dalšími kontakty.

Den propuštění byl naplánován na 20. 12. 2012, 21. den po přijetí na oddělení.

Doporučení pro praxi:

- stálá a důsledná podpora zaměstnavatele pro zdravotnický personál vzdělávající se ve specializované problematice,
- možnost aktivně i pasivně se účastnit na seminářích a školeních s tematikou Alzheimerovy demence a její specifiky,
- mít k dispozici na oddělení dostatečné množství edukačních brožur s danou tematikou a kontakty pomoci,
- vytvořit si pro nemocného dostatek času a klidu na rozhovor, případně zjistit adekvátní informace od rodinných příslušníků,
- doporučit pacientovi i pečující rodině odbornou literaturu, internetové zdroje na dané téma, případně lékaře – specialistu, nebyl –li pacient ještě vyšetřen pro příznaky demence,
- informovat pacienta srozumitelně, jasně, bez odborných výrazů, adekvátně jeho nemoci a psychickému stavu,
- přistupovat k pacientovi vždy individuálně, s patřičným respektem a úctou, nechovat se, jako by tam sám pacient vůbec nebyl,
- uspokojovat jeho biologické, psychologické, duchovní a sociální potřeby v duchu holistického přístupu,
- po dobu hospitalizace zajistit pro pacienta co nejvyšší komfort a pohodlí s ohledem na jeho základní onemocnění, předejít možným úrazům,
- uplatnit ošetrovatelský proces jako metodu práce a jeho pomocí zajistit a poskytovat kvalitní a efektivní ošetrovatelskou péči,
- zvýšit povědomí laické veřejnosti o možných sociálních dávkách – příspěvek na péči, příspěvek na úpravy v bytě, vyřízení invalidního důchodu pro mladší pacienty atd.,
- dostatečně informovat pacienta i jeho rodinu o vhodných kompenzačních pomůckách, kde a jak je lze získat,
- edukovat příbuzné o možnosti využití odlehčovací respitní péče, denního stacionáře, či podání žádosti do domova důchodců, domu s pečovatelskou službou nebo do jiného zařízení sociální péče.

Závěr

Během uplynulých 40 let se střední délka života člověka prodloužila více než za celou historii lidstva. Celosvětově narůstá jak absolutní počet, tak i procento starých osob v populaci. Tato demografická proměna klade před zdravotnický systém dnes již každé země nové problémy a úkoly. Stárnoucí populace spotřebovává stále více zdravotnických i sociálních služeb.

Po 60. roce života má většina lidí alespoň jednu chronickou nemoc a po 80. roce tři nebo více nemocí a nejméně polovina osob starších 85 let vyžaduje významnou pomoc při vykonávání běžných životních činností. Stoupající délka života vede tedy k vyšším počtům tzv. „nemocí stáří, kterých se lidé v dřívějších dobách v důsledku kratší doby života nedoživali.

Sem patří kromě nádorových a srdečně oběhových onemocnění také stařecké demence. Přes 50% stařeckých demencí připadá na Alzheimerovu demenci, která je v dnešní době už častější než cukrovka, či cévní mozková příhoda. AD není nakažlivá - to je jediný bezvýhradně pozitivní výrok o této dosud nevyléčitelné nemoci.

Je charakteristická změnou výkonnosti, chování a struktury osobnosti. Pacienti vykazují poruchy paměti, poznávání, myšlení a orientace, které v průběhu onemocnění vedou ke ztrátě samostatné života schopnosti a činí je závislé na péči druhých.

Diferenciální diagnóza a včasné poznání nemoci je právě u AD velice důležitá. Poskytuje účinnější možnosti léčení onemocnění v časných stádiích. Především projevy náhlých afektů (pláč- jak při pozitivních, tak i negativních vzpomínkách), stěžování si na poruchy nalézání slov ze strany pacienta, odstup od vlastní osoby, zapomnětlivost na jména, která se dříve neprojevovala; to vše jsou důležité známky počínající demence. AD je onemocnění s vysokými nároky na péči.

Pacienti ztrácejí soběstačnost a jsou závislí na permanentní péči druhých. Potřeba bádání je tedy nesmírná a otázka efektivní terapie onemocnění je naléhavým problémem. Proto by měl být výzkum terapie a prevence AD veden tak, aby byl přístupný každému člověku- bez ohledu na finanční zázemí jednotlivce či rodiny.

AD je již dnes na 5. místě v pořadí chorob, na něž se nejčastěji umírá. Její výskyt i nadále stoupá, takže tato problematika se bude v krátké době skutečně dotýkat každé rodiny, každého z nás.

Proto jsem si také ve své bakalářské práci zvolila tuto problematiku, podrobnější rozbor AD a nastínila otázky, které vyvstanou při ošetřování pacienta s AD v rámci komplexní péče.

Myslím, že cíl mé práce, přiblížit AD a komplexní péči o pacienta s touto nemocí, byl splněn a má bakalářská práce může pomoci v péči o demenční pacienty jak rodinným příslušníkům a pečujícím osobám, tak i všem zdravotníkům a ošetřujícímu personálu.

Seznam použité literatury

BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vydavatel: Portál. 2006. 132 s. ISBN 80-736-7081

Patricia R. CALLONE a kol. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. Praha : GRADA publish a.s. 2008. 118 s. ISBN 978-80-247-2320-4

CAYTON, H. a GRAHAM, N. a WARNER, J. *Dementia - Alzheimer 's and other dementias*. London: Class Publishing. 2004. 205 s. ISBN I85959-075-6

HORT, J. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. století nebylo*. Praha: MediMedia Information, 2007. 29 s. ISBN 978-80-86336-07-7

CHYTIL, O. a SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotnická a sociální fakulta Ostravské univerzity. 2004. 323 s. ISBN 80-7326-026-3

JAROŠOVÁ, D. *Filozofie a modely ošetrovatelství*. Ostrava: Zdravotnická a sociální fakulta Ostravské univerzity. 2006. 23 s.

JEŘÁBEK, H. *Rodinná péče o staré lidi*. Vydavatel: UK FSV CESES, 2005. 97 s. ISSN: 1801-1640 (tištěná verze)

JIRÁK, R. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti- komunikace a každodenní péče*. Praha: GRADA publishing a.s. 2009. 163 s. ISBN 978-80-247-2454-6

JIRÁK, R. a KOUKOLÍK, F. *Demence- neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. 2004. 226 s. ISBN 80-762-268-4

JIRÁK, R. a LAŇKOVÁ, J. *Demence- doporučený a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 2007. 10 s. ISBN 80-86998-13-4

KALVACH, Z. A kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: GRADA 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6

KOZÁKOVÁ, Z. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: UP v Olomouci. 2006. 54 s. ISBN 80-244-1552-6

MÜHLPACHR, P. a STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita. 2001. 115 s. ISBN 80-210-2510-7

MÜHLPACHR, P. VAĐUROVÁ, H. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Vydavatel: Masarykova univerzita. 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7

PIDRMAN Vladimír. *Demence*. Praha: GRADA publishing a.s. 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5

PREISS, M. a KUČEROVÁ, H. a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: GARADA publishing a.s. 2006. 368 s. ISBN 80-247-0843-4

RABUŠI, L. a VOHRALÍKOVÁ, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Vydavatel: VÚPSV, Výzkumné centrum Brno, 2004. 90 s. ISBN 80-239-4218-2

RENAULT, M. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál. 2012. 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9

RŮŽIČKA, E. *Diferenciální diagnostika a léčba demenci- příručka pro praxi*. Praha : Galén. 2003. 175 s. ISBN 8072622056

SYSEL, D.,BELEJOVÁ, H. a MASÁR, O. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Tribun EU 2,Brno: 280 s. ISBN978-80-263-0001-4.

ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: GRADA. 2003. 226 s. ISBN 8024701839

Časopisy

Kantorková, M. *Demence - vývojová stadia a doporučení*. Sestra. 2011, roč. 21, č. 2, s. 71-74. ISSN: 1210-0404

Klevetová, D. *Pomáháme svým blízkým překonat úskalí choroby*. Sestra. 2010, roč. 20, č. 6, s. 75-77. ISSN: 1210-0404

Konyvková, A. *Alzheimerova nemoc - práce s pacientem*. Sestra. 2006, roč. 16, č. 12 (Příl. Ambulance a terén), s. 41. ISSN: 1210-0404

Maryšková, A. *Péče o rodinného příslušníka s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí v ČR*. Sestra. 2010, roč. 20, č. 6, s. 78. ISSN: 1210-0404

Vlášková, D. *Alzheimerova choroba s rychlou progresí*. Sestra. 2013, roč. 23, č.4. s 58-59. ISSN: 1210-0404

Internetové zdroje

http://daphne.palomar.edu/ccarpenter/Portraits/alois_alzheimer.htm (on-line 2.11.2012)

<http://www.alzheimer.cz/> (on-line 10. 11. 2012)

<http://ergoterapie.cz> (on-line 10. 11. 2012)

http://cs.wikipedia.org/wiki/Alzheimerova_choroba (on-line 15. 11. 2012)

Přílohy

Příloha č. 1 - Doporučený postup při diagnostice demence

Příloha č. 2 - MMSE

Příloha č. 3 - Škála celkové deteriorace podle Reisberga

Příloha č. 4 - Zhodnocení rizika pádu

Příloha č. 5 - Barthelův test základních denních činností

Příloha č. 6 - Hodnocení rizika vzniku dekubitu

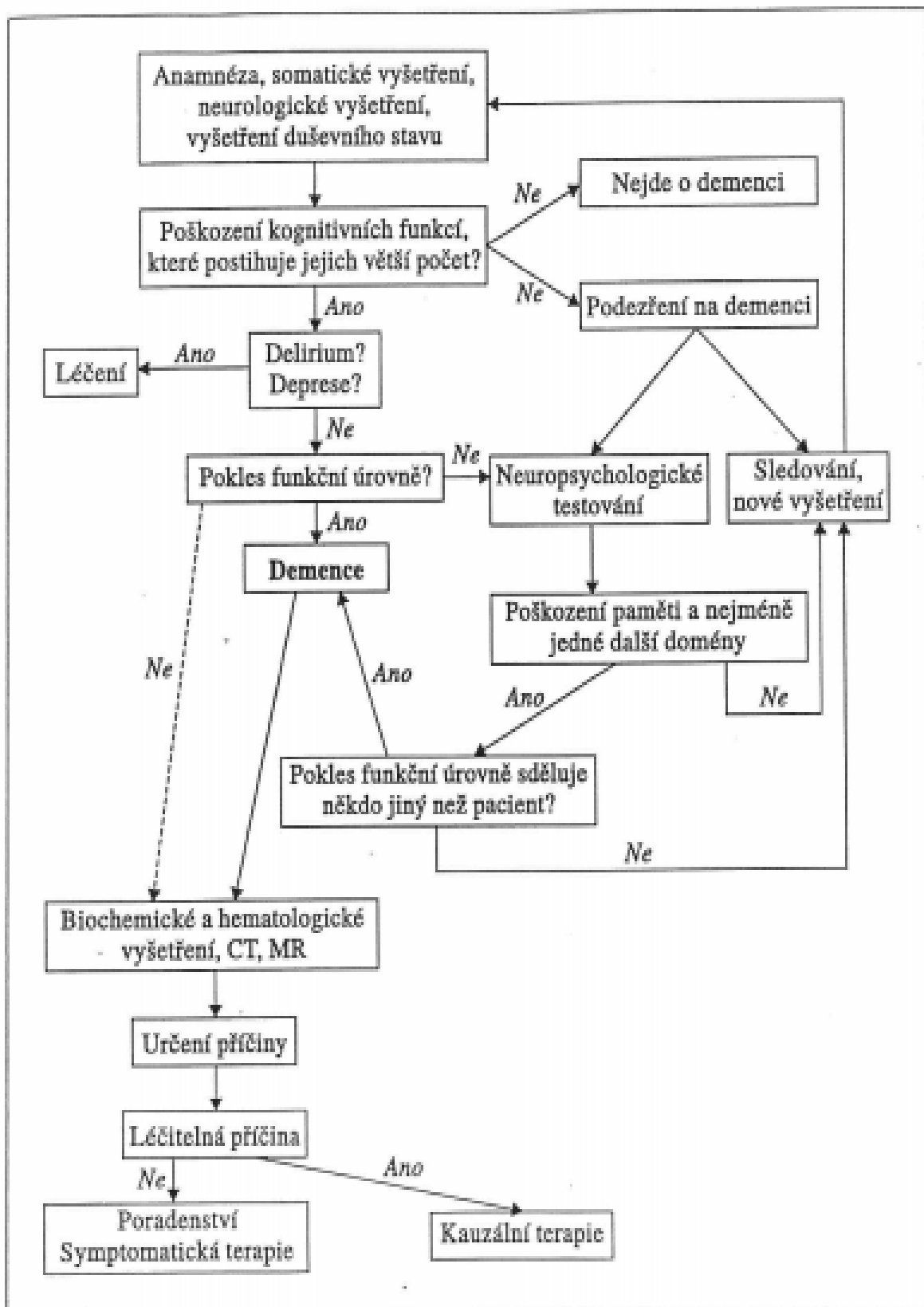
Příloha č. 7 - Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

Příloha č. 8 - Ergoterapie – nácvik činností ADL

Ergoterapie – využití prvků arteterapie - koláž

Příloha č. 9 – Canisterapie

Příloha č. 10 – Edukační materiál pro pacienty/příbuzné oddělení následné péče



MMSE (Mini-Mental State Examination)

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

Škála celkové deteriorace podle Reisberga

-

Global Deterioration Scale (GDS)

pro klienty s AD (Alzheimerovou demencí) nebo jinou demencí

Stadium	Klinické znaky
1	Bez postižení kognitivních funkcí: Preklinické stadium, nejsou přítomny žádné subjektivní ani objektivní potíže.
2	Počínající postižení kognitivních funkcí: Pouze subjektivní potíže (zapomnětlivost, roztržitost) objektivní vyšetření bez patologie.
3	Lehké postižení kognitivních funkcí: Potíže při vykonávání pracovních povinností, při řeči, řízení automobilu, v neznámém prostředí. Při objektivním vyšetření pouze mírné poruchy paměti.
4	Středně těžké postižení kognitivních funkcí: Neschopnost samostatně provádět některé komplexní činnosti (finanční záležitosti, plánování složitějších aktivit-dovolená, vaření). Vyšetření prokazuje poruchu krátkodobé paměti, řeči a konstrukčních schopností středního stupně.
5	Pokročilé postižení kognitivních funkcí: Neschopnost vykonávat bez dohledu nebo pomoci například: osobní hygienu, vybrat si vhodné oblečení-částečná ztráta soběstačnosti. Objevuje se dezorientovanost v čase a prostoru, pacient zapomíná jména členů rodiny. Pokročilé poruchy paměti, apraxie, agnozie.
6	Těžké postižení kognitivních funkcí: Vyžaduje pomoc při oblékání, při jídle a osobní hygieně. Později dochází i k inkontinenci. Dezorientovanost všemi kvalitami i vlastní osobou. Časté iluze a misidentifikace, poruchy chování.
7	Velmi těžké postižení kognitivních funkcí: Těžká úporucha až ztráta řeči a jakékoliv komunikace, ztráta schopnosti chůze a volní motoriky, trvalá inkontinence. Neurologické příznaky (rigidita, pseudobulbární syndrom).

ZHODNOCENÍ RIZIKA PÁDU U PACIENTA/KLIANTA (součást ošetrovatelské anamnézy) • Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006		
Anamnéza		
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)		3
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více		2
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze		1
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové oddělení		1
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia)		1
Vyšetření		
<input type="checkbox"/> Soběstačnost		
<input type="checkbox"/> úplná		0
<input type="checkbox"/> částečná		2
<input type="checkbox"/> nesoběstačný		3
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
<input type="checkbox"/> spolupracující		0
<input type="checkbox"/> částečně spolupracující		1
<input type="checkbox"/> nespolupracující		2
Přímým dotazem pacienta (info od příbuzných nebo ošetřujícího personálu)		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?		3
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?		1
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?		1
Celkem bodů:		
0 - 4 body * bez rizika	5 - 13 bodů * střední riziko	14 - 19 bodů * vysoké riziko
* Zaškrtněte možnost.		

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ			
		přij.	prop.
Najezení, napití	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Koupání	samostatně, s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Osobní hygiena	samostatně, s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10	10
	občas kontinentní	5	5
	trvale inkontinentní	0	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10	10
	občas kontinentní	5	5
	trvale inkontinentní	0	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Přesun na lůžko, židli	samostatně bez pomoci	15	15
	s malou pomocí	10	10
	vydrží sedět	5	5
	neprovede	0	0
Chůze po rovině	samostatně	15	15
	s pomocí	10	10
	na vozíku	5	5
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Celkem bodů:			
Hodnocení Barthelův test:			
vysoce závislý	0 - 40 bodů		
závislost středního stupně	45 - 60 bodů		
lehká závislost	65 - 95 bodů		
nezávislý	96 - 100 bodů		

HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ						
Schopnost spolupráce	úplná	4	Pohyblivost	úplná	4	
	malá	3		částečně omezená	3	
	částečná	2		velmi omezená	2	
	žádná	1		žádná	1	
Věk	do 10	4	Inkontinence	není	4	
	do 30	3		občas	3	
	do 60	2		převážně močová	2	
	60+	1		stolice i moč	1	
Stav kůže	normální	4	Zvláštní rizika	žádné	4	
	alergie	3		snížení imunity,	3	
	vlhká	2		horečka, DM		
	suchá	1				
Fyzický stav	dobrý	4		anemie, tromboza,	2	
	zhoršený	3		obezita, sklerosis,		
	špatný	2		multiplex, hypertenze		
	velmi špatný	1				
Stav vědomí	bdělý	4		karcinom, kachexie,	1	
	apatický	3		onemocnění cév		
	zmatený	2		Aktivita	chodící samostatný	4
	bezvědomí	1			chodící s doprovodem	3
			sedící na lůžku, v křesle	2		
			ležící	1		
Celkové bodové hodnocení:						
Zvýšené nebezpečí dekubitů = méně než 25 bodů Označte pacienta ID páskou						
Sepsala:			Datum / čas:			

Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

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







NÁSLEDNÁ PÉČE

- Domovy pro seniory, Hospic-Citadela, Penziony pro seniory, Denní stacionáře
- U klientů, kteří vyžadují péči po celých 24 hodin po propuštění domů a nejsou schopni se o ně postarat rodinní příslušníci, je možnost zažádat o umístění v dalším pečovatelském zařízení.
- Tiskopisy o žádosti o umístění do těchto zařízení, obdržíte na příslušném OSSZ či je možné si je stáhnout na příslušných webových stránkách daných zařízení.
- S jejich vyplněním Vám rádi pomůžeme, či Vám domluvíme osobní schůzku se sociální sestrou naší nemocnice.



SOCIÁLNÍ OBLAST

- Příspěvky, o které lze zažádat u OSSZ
- Jejich výše se odvíjí od aktuálního zdravotního stavu, který je posouzen ošetřujícím lékařem, který podrobně ve své zprávě popíše zdravotní stav a míru soběstačnosti

Pokud budete mít jakýkoliv dotaz v této oblasti, obraťte se na náš ošetřující personál, staniční sestru či sociální sestru této nemocnice. Pomůžeme Vám v rámci svých možností!!!



Zpracoval: kolektiv pracovníků ONP
Schválil: Prim. Ludvík Dobeš



Oddělení následné péče



Oddělení následné péče
571 758 471

Oddělení následné péče

Při propuštění z našeho oddělení se Vám do rukou dostává tato písemná brožurka. Naleznete zde pár informací a rad, které Vám pomohou se začlenit zpět do domácího prostředí a pokračovat v dané léčbě, rehabilitaci, následné péči,....



LÉKY

- Obdržíte léky domů na 3 dny s následným užíváním, jsou zde poznamenány i léky, které se užívají v určitou hodinu (časované léky). Další léky, které budete užívat, Vám již dále bude předepisovat Váš obvodní lékař, ke kterému se musíte dostavit po propuštění z našeho nemocničního zařízení do 3 dnů
- Tomuto lékaři bude zaslána i Vaše propouštěcí zpráva z našeho oddělení, aby lékař byl informován o průběhu Vaší léčby a následných doporučeních a kontrolách

PŘEVAZY

- Pokud jste domů propuštěn ještě s ránou či jiným kožním defektem, který vyžaduje pravidelný převaz a kontrolu, jsme schopni Vám zajistit terénní pečovatelskou službu, která je plně schopna zajistit tuto odbornou péči. I pro ně dostanete lékařskou propouštěcí zprávu a sesterskou zprávu, kde je přesný popis péče o daný defekt
- Převoz je možno také domluvit s Vaším obvodním lékařem – vše zaleží na Vás, pro kterou možnost se rozhodnete s ohledem na Váš aktuální zdravotní stav

PEČOVATELSKÉ SLUŽBY

- Terénní pracovníce - odborně proškolený zdravotnický personál - navštěvují své klienty v domácím prostředí, kde jim poskytují péči
- **LÉKY** – pomohou Vám je nachystat a zkontrolují jejich užití
- **INZULÍN** - aplikace + **JINÉ LÉKY** APLIKOVÁNY **INJEKCEMI**
- **RANNÍ TOALETA** – dohled a dopomoc při jejich provádění
- **PŘEVAZY** – prováděny dle doporučení lékaře (pokračují v zavedené terapii)
- **ZAJIŠTĚNÍ OBĚDŮ** – dovoz obědů až domů
- **REHABILITACE** – po domluvě a doporučení lékaře
- **DALŠÍ SLUŽBY PO DOMLUVĚ**

