

Vysoká škola zdravotnická o.p.s

Praha 5

**Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou
chorobou**

Bakalářská práce

Martina Mašková, Dis.

Praha 2013

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

**Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou
chorobou**

Bakalářská práce

Martina Mašková, Dis.

Stupeň kvalifikace:	bakalář
Komise pro studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Hana Tošnarová. Ph.D



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

Mašková Martina
3. CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 8. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou chorobou

Nursing Process for Patient with Alzheimer Disease

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 31. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Tošnarové, Ph. D. za metodické vedení bakalářské práce, konzultace, poskytnutí cenných rad a připomínek.

ABSTRAKT

MAŠKOVÁ, Martina. *Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou chorobou.*

Vysoká škola zdravotnická, o .p .s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce:
Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha 2013.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u nemocného s Alzheimerovou chorobou a zaměření se na potřeby a zvláštnosti péče o takto nemocného člověka. Teoretická část práce charakterizuje Alzheimerovou chorobu jako takovou, zvláště se zaměřuje na klinický obraz a stádia onemocnění. Dále je věnována pozornost epidemiologii demencí, etiopatogenezi a progresi onemocnění. V neposlední řadě je popsána samotná léčba Alzheimerovy choroby, kde je poukázáno i na roli pečovatele vzhledem k nemocnému.

Praktická část práce je věnována péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou a následně zpracování ošetrovatelského procesu, který se týká podpory soběstačnosti a dopomoc při všech denních činnostech. Ošetrovatelský proces je zde použit jako systematická metoda plánování, poskytování a zdokumentování péče o nemocného s tímto onemocněním. Cílem ošetrovatelské péče je zhodnotit zdravotní stav pacienta a stanovení ošetrovatelských problémů a vytyčení plánů na zhodnocení potřeb pacienta. Důležitým aspektem je zde poskytnutí specifické ošetrovatelské péče vedoucí k uspokojení potřeb nemocného.

KLÍČOVÁ SLOVA

Alzheimerova choroba. Demence. Kognitivní funkce. Paměť. Ošetrovatelský proces.

ABSTRAKT (v anglickém jazyce)

MAŠKOVÁ, Martina. Nursing Process for Patients with Alzheimer's Disease.
Nursing College o.p.s, Degree: bachelor. Tutor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague
2013 63 pages

The main topic of my thesis is the nursing process for patients with Alzheimer's disease. The thesis focuses on the needs and special care for such a patient. The theoretical part describes Alzheimer's disease. The work especially focuses on the clinical picture and the stage of the disease. The thesis also focuses on dementia epidemiology, etiopathogenesis and progression of disease. Finally, the thesis describes the treatment of Alzheimer's disease. The thesis also points out the role of the caregiver and the care for the patient.

The practical part is devoted to the care for a patient with Alzheimer's disease and subsequent treatment by means of using the nursing process related to the promotion of self-sufficiency and daily activities. The nursing process is used as a systematic method to plan, provide and to record care for a patient with this disease. The aim is to evaluate patient's condition and determine nursing diagnosis and identification of plans to evaluate patient's needs. An important aspect here is to provide specific nursing care to meet the needs of the patient.

KEYWORDS

Alzheimer's Disease. Dementia. Cognitive Function. Memory. The Nursing Process.

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1. DEMENCE.....	12
1.1 <i>Etiologická klasifikace demencí</i>	13
1.2 <i>Epidemiologie demencí</i>	15
2. ALZHEIMEROVA CHOROBA - CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	16
2.1 <i>Etiopatogeneze</i>	18
2.2 STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY A PROGRESE DEMENCE	19
2.3 DIAGNOSTIKA U ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	21
2.3.1 <i>Anamnéza</i>	21
2.3.2 <i>Orientační vyšetření poznávacích funkcí</i>	22
2.3.3 <i>Hodnotící a měřící škály</i>	23
2.3.4 <i>Zobrazovací metody</i>	23
2.4 TERAPIE ALZHEIMEROVY CHOROBY	24
2.4.1 <i>Kognitivní farmakoterapie</i>	24
2.4.2 <i>Nekognitivní farmakoterapie</i>	26
2.4.3 <i>Rehabilitační programy</i>	26
2.5 PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ	26
2.6 ROLE NEJBLIŽŠÍCH PŘÍBUZNÝCH A PEČOVATELŮ PEČUJÍCÍCH O PACIENTY S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ	27
2.7 <i>Česká Alzheimerovská společnost</i>	28
PRAKTICKÁ ČÁST	29
3. SPECIFIKA PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	29
3.1 <i>Jak komunikovat s nemocným s demencí</i>	30
3.2 <i>Prostředí pro nemocné s demencí</i>	30
3.3 <i>Správná výživa</i>	31
3.4.1 <i>Využití různých terapií</i>	31
4. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ALZHEIMEROVOU CHOROBU ...	33

4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	33
4.1.2 Lékařská anamnéza	34
4.1.3 Popis fyzického stavu	36
4.1.4 Aktivity denního života	41
4.1.8 Situační analýza:	50
5. STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ	52
5.1 Rozepsané ošetrovatelské diagnózy	53
5.3 Doporučení pro praxi	60
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
SEZNAM PŘÍLOH	

Seznam použitých odborných výrazů

Agrese – nepřátelské, zlostné až útočné projevy na úrovni slovní i násilného chování (proti věcem, zvířatům, lidem).

Degradace – celkový pokles, úpadek (osobnosti, citů).

Demence – syndrom, jehož hlavním příznakem jsou získané poruchy paměti a intelektu v důsledku organického poškození mozku

Halucinace – šalebný vjem

Konfabulace – okamžitý nápad, kterým nemocný nahrazuje výpadky těžce organicky narušené paměti, nemocný nemá na poruchu paměti náhled

ÚVOD

Alzheimerova choroba, jinak také známá jako choroba nového tisíciletí, je velmi aktuální téma. Právě aktuálnost tématu, především však rozšířenost choroby, mě vedla ke zpracování.

Třetím rokem pracuji v Alzheimercentru s jedinci jejichž diagnóza, která se skrývá pod číselným označením G 30.8, se v rámci své profesní dráhy setkávám denně. K výběru tohoto tématu mě též přivedli samotní pacienti, lépe řečeno jejich rodinný příslušníci. Na základě zkušeností a rozhovoru s příbuznými „našich“ klientů jsem zjistila, že převážná většina z nich neví jak správně se svým blízkým komunikovat, jak se v jeho přítomnosti chovat. Domnívám se, že zpracování výše uvedeného tématu, by mohlo být jakýmsi „vodítkem“ pro rodinné příslušníky takto disponovaných jedinců a to především v rámci prevence konfliktních situací. Dále se domnívám, že zpracování tohoto tématu by mohlo sloužit i jako návod, pro komunikaci s pacientem s Alzheimerovou chorobou.

V dnešní době můžeme zaznamenat už mnoho situací, kdy se bez jediného vysvětlitelného důvodu ztratil senior. Pro mnoho lidí je tato nemoc, jen nemocí stáří. Spousta mladých lidí si ani neuvědomuje, že nemoc může v některých případech postihnout i je samotné. Každá rodina, která se s touto nemocí setká, je vyrovnání se s tím, že jejich rodinný příslušník trpí touto nemocí velmi těžké a mnohdy nevědí, jak s tímto člověkem zacházet a komunikovat. Alzheimerovu chorobu poprvé popsal německý lékař Alois Alzheimer v roce 1907. V té době se nemoc považovala za vzácnou a neobvyklou. Alzheimerova choroba však není jen nemocí těch nejstarších. Může postihnout i lidi v mladším věku. Podle odhadu trpí v současné době tímto onemocněním 17-25 milionů lidí na celém světě. V České republice je to zhruba 50-70 tisíc osob.

Odhaduje se, že počet nemocných v roce 2030 stoupne na 34 milionů. Což souvisí se stárnutím světové populace.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Demence

„Demence je závažná mozková choroba zapříčiněná degenerativními změnami v mozkové tkáni“.(HÖSCHL, 1999, str. 25) Je to rychle postupující a velkou měrou nevyléčitelný klinický syndrom, způsobený nejčastěji neurodegenerativním poškozením mozku, který zahrnuje různé příznaky, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí (pozornost, myšlení, paměť). Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývá schopnost vykonávat denní aktivity a především ztráta schopnosti samostatné existence.

Demence rozdělujeme na:

Primární: Demence atroficko-degenerativního původu (k nim se řadí Alzheimerova choroba, korová demence s Lewyho-tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, frontální a frontotemporální demence včetně Pickovy choroby, Huntingtonova choroba, progresivní supranukleární obrna a jiné).

Sekundární: Vaskulární demence s náhlým začátkem, multiinfarktová demence, převážně podkorová vaskulární demence (Biswangerova demence).

Ostatní sekundární demence: Demence intoxikační, metabolické, infekční etiologie, demence traumatické

Jiné: Demence na podkladě normotenzního hydrocefalu, nádorů, kolagenóz.
(HÖSCHL, 1999)

1.1 Etiologická klasifikace demencí

Etiologickou klasifikací můžeme zjistit příčinu vzniku nemoci či původce onemocnění.

Demence u Alzheimerovy choroby (AN) – je nejčastější příčinou demence v populaci. AN je primární degenerativní onemocnění mozku neznámé etiologie.

Vaskulární demence (VAD) – je způsobena ischemickými ataky přechodného rázu s krátce narušeným vědomím, přechodnými parézami nebo ztrátou vidění.

Demence s Lewyho tělísky (DLB) a demence při Parkinsonově chorobě (PN) – Obě jsou považovány za různé klinické projevy téhož onemocnění s patognomickou přítomností variabilního množství Lewyho tělísek v mozkovém kmeni (Parkinsonova nemoc) a v kortexu (Lewy body demence). Hlavní rozdíl mezi oběma jednotkami zůstává v časovém rozvoji jednotlivých symptomů (demence je pozdním projevem PN, zatímco u DLB předchází projevům parkinsonské symptomatiky).

Frontotemporální demence (FTD) – je druhá nejčastější ve věkové skupině do 65 let, hned za AN. FTD se klinicky projevují změnami osobnosti, sociální a interpersonální dezinhibicí, dysexekutivním syndromem, apatií a poruchami řeči. Nejčastější formou FTD je Pickova nemoc. Začíná časně, mezi 45. a 65. rokem.

Smíšené demence – studie ukazují, že u řady nemocných s demencí se kombinuje více typů postižení mozku.

Metabolické demence – poruchy látkové přeměny mohou vést ke vzniku demencí, zpravidla plně vyléčitelných po odstranění základní příčiny. Vzácné jsou metabolické demence s genetickým podmíněním. Z nich je nejčastější Wilsonova choroba. Dochází k ukládání mědi, především v mozku, játrech a v očích.

Demence intoxikačního původu – otravy některými látkami výrazně postihují centrální nervový systém a mohou působit obraz demence. Z akutních otrav je nejzávažnější, z hlediska vzniku demencí, intoxikace oxidem uhelnatým (CO). Častá demence v naší populaci je způsobena alkoholem. Alkoholová demence je v současnosti nevyléčitelná, ale pokud postižený důsledně abstínuje, má přiměřenou výživu a dobré sociální zázemí, může dojít i k poměrnému zlepšení.

Farmakogenní demence – klinické příznaky demence mohou vyvolat i některé léky. Dochází k tomu většinou u lidí vyššího věku, s již existujícím organickým

onemocněním mozku. Často bývá polypragmazie – použití většího množství různých léčiv najednou. Tato léčiva se mohou navzájem ovlivňovat. Farmaka většinou narušují konsolidaci paměti – zapamatování si.

Demence při avitaminózách a endokrinních onemocněních – nedostatek některých vitamínů se může podílet na vzniku demence. Jeden ze skupiny B vitamínů – niacin – je nezbytný pro udržení správné úrovně poznávacích funkcí. Jeho nedostatek může působit demenci.

Demence infekčního původu – některé infekční choroby postihující mozkovou tkáň (encefalitidy), a někdy zároveň i mozkové pleny (meningoencefalitidy), mohou vyvolat demenci. Další infekční choroba schopná vyvolat demenci je AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome).

Posttraumatické (poúrazové) demence – úrazy hlavy jsou častou příčinou invalidizace, zejména mladších jedinců – i z důvodu narušení poznávacích a výkonných funkcí, změn chování a poruchy osobnosti, které úraz hlavy způsobí.

Demence při hydrocefalu (normotenzní hydrocefalus) – je to neurologicko – psychiatrické onemocnění. Onemocnění se vyskytuje po 60. roce života. Normotenzní hydrocefalus charakterizuje trojice příznaků: porucha chůze, inkontinence, demence.

Ostatní demence – nikdy nesmíme zapomínat na demence nádorového původu. Demenci mohou způsobit jak nádory postihující primárně mozkovou tkáň, ale i tak nádory které postihují mozek metastaticky, například karcinom plic.

Lidské prionové nemoci – prionové nemoci představují skupinu neurodegenerativních onemocnění, která postihují lidi i zvířata. Jejich společným znakem jsou těžké změny v mozkové tkáni (hromadění patogenního prionového proteinu).

Creutzfeldtova – Jakobova nemoc (CJN) – je nejčastější (85%) formou lidských prionových onemocnění. CJN vede obvykle k rychle se zhoršující demenci s časným začátkem a rozmanitým klinickým obrazem. Asi u 1/3 nemocných se na počátku onemocnění objevují nespecifické příznaky (únava, nespavost, deprese, úbytek hmotnosti, bolesti různé lokalizace).

Demence u Parkinsonovy choroby – demencí trpí minimálně 20 % nemocných s Parkinsonovou chorobou. „Demence u těchto nemocných bývá přehlížena, neboť lékařská péče je soustředěna hlavně na léčbu základního onemocnění“ (PIDRMAN, 2007, str. 56).

Demence u Huntingtonovy choroby – typické jsou neurologické příznaky, které předcházejí rozvoji demence. Příznačné bývají podkorové známky – hypobulie, bradypsychismus. Častá je deprese. Ta může být v některých případech první známkou nemoci. (PIDRMAN, 2007).

1.2 Epidemiologie demencí

Lidstvo stárne – je to celosvětový trend, který přebírá vládu i v naší republice. Stárnutí s sebou přináší zdravotní, sociální a ekonomické problémy. Jedním z kompletních zdravotních problémů s významnými zdravotními i společenskými důsledky je demence. Demence se stává jedním z nejčastějších onemocnění – převyšuje výskyt diabetu mellitu a cévních mozkových příhod. Celkový počet pacientů v naší republice trpících demencí se odhaduje na 100 000 osob, četnost výskytu (prevalence) je tedy přibližně 1 % všech občanů. S věkem se výskyt demencí zvyšuje. V populaci starší než 65 let je četnost výskytu asi 5 %, objevuje se asi 10 nových případů na 1000 občanů za rok. Ve věkové kategorii nad 85 let trpí demencí 30 – 50 % jedinců. Objevuje se asi 90 případů na 1000 jedinců za rok (HÖSCHL, 1999).

Většina pacientů trpících demencí prochází na začátku stadiem takzvaně mírné kognitivní poruchy, která se vyskytuje u 1 – 5 % celkové populace, v 11 % u populace nad 90 let. Z uvedeného vyplývá, že věk je hlavní rizikový faktor demencí. (JIRÁK, 2009).

2. Alzheimerova choroba - charakteristika onemocnění

Alzheimerova choroba, neboli demence, je atroficko-degenerativní choroba, která se projevuje postupným poškozením intelektu a jiných kognitivních funkcí. V současné době je to nemoc nevléčitelná. Lékaři rozlišují dvě formy Alzheimerovy choroby. Formu s časným začátkem, kde se příznaky demence objeví před 65. rokem pacienta a formu s pozdním začátkem, kde se příznaky objevují po 65. roce života. Nyní se vyskytuje u 5% populace starší 65 let a u téměř třetiny populace starší 85 let. Demenci u Alzheimerovy nemoci se někdy říká „amnestická demence“. Rozvíjejí se poruchy vizuoprostorových funkcí, kde je výrazně postižena orientace, což se projevuje tím, nemocní často bloudí. Dezorientace může být patrnější v noci při nedostatečné sensorické stimulaci a pacientově snížené schopnosti percepce (MARKOVÁ et. al., 2006). Dále dochází k poruše exekutivních (frontálních) funkcí obsahující poruchu abstraktního myšlení, snížená pozornost, schopnost plánování a organizace, schopnost provádět ve správném pořadí i velmi jednoduché činnosti. Postupně dochází k deterioraci všech symbolických funkcí (fatických, praktických, gnostických). Řeč ztrácí svou plynulost, je obsahově prázdná, pacienti často hledají slova. V pozdních stádiích onemocnění pacienti přestávají být schopni komunikovat s okolím, bývají apatičtí, nepoznávají své blízké, postupně s nimi ztrácejí i oční kontakt, jsou inkontinentní, mutističtí a akinetičtí. Celková doba přežití je 5 – 19 let od počátku vzniku prvních příznaků (PIDRMAN, 2007).

Demence se rozvíjí nenápadně, plíživě. Nejdříve se u nemocného zhoršuje krátkodobá paměť a není schopen se postarat o některé věci v domácnosti. Rychlost, kterou AD postupuje, se u každého postiženého liší. Nemocný má však čím dál tím větší problémy s vyjadřováním, rozhodováním, nedokončuje myšlenky, je zmatenější. Mění se celá jeho osobnost. V posledních stádiích nemoci už vůbec není schopen se sám o sebe postarat. „Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta. Příznaky demence lze z hlediska praktického i didaktického rozdělit do tří základních skupin, které nazýváme A-B-C“. (PIDRMAN, 2007, str. 9).

A - activities of daily life – narušení aktivit denního života

B - behavior- poruchy chování

C - cognition- narušení kognitivních funkcí

Deset příznaků, které by nás měli varovat:

- 1) Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly. Zapomínat občas na pracovní úkoly, nebo zapomínat telefonní čísla a vzpomenout si na ně až později je normální. Lidé trpící Alzheimerovou demencí, však zapomínají častěji a nezpomenou si ani později.
- 2) Problémy s vykonáváním běžných činností. Lidé trpící Alzheimerovou demencí, si například 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 Alzheimerovou demencí zapomíná i jednoduchá slova, nebo je nahrazuje nesprávnými a jeho věty pak nedávají smysl.
- 4) Časová a místní dezorientace. Lidé s Alzheimerovou demencí 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 s Alzheimerovou demencí se mohou nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou.
- 6) Problémy s abstraktním myšlením. Používání kreditní karty. Člověk s Alzheimerovou demencí může úplně zapomenout, co ta čísla znamenají a co s nimi má dělat.
- 7) Zakládání věcí na nesprávné místo. Člověk s Alzheimerovou demencí dává věci na zcela nesmyslná místa: žehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.
- 8) Změny v náladě nebo chování. Člověk s Alzheimerovou demencí podléhá prudkým změnám nálady. Nečekaně propukne v pláč, nebo podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá zjevný důvod.
- 9) Změny osobnosti. Lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem. Ale člověk s Alzheimerovou demencí se může změnit zásadním způsobem. Stává se někdy velmi zmateným, podezřivým nebo ustrašeným.

- 10) Ztráta iniciativy. Člověk s Alzheimerovou demencí může propadnout naprosté pasivitě a potřebuje neustálé podněty, aby se do něčeho zapojil. (HOLMEROVÁ, 2009)

2.1 Etiopatogeneze

Etiopatogeneze onemocnění nám ukazuje soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci. Etiologie Alzheimerovy nemoci zůstává dosud neznámá, avšak mezi nepříznivé faktory řadíme: genetické, zánětlivé, virové a životní prostředí. Uvedené faktory mohou způsobovat onemocnění ve vzájemné součinnosti (PFIZER, 1998).

Neovlivnitelné faktory: věk, genetické faktory. **Ovlivnitelné faktory:** vaskulární faktory (kouření, obezita, diabetes mellitus, hypertenze a zvýšený cholesterol, nadměrné pití alkoholu, úrazy hlavy). V mozkové tkáni nemocných trpících Alzheimerovou chorobou dochází v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny, která se nazývá beta - amyloid. Tato bílkovina tvoří krystalky, kolem nichž dochází k řadě dalších neurodegenerativních dějů. Vznikají tak útvary, kterým se říká neuritické plaky. Čím více je plaků v určité oblasti mozkové kůry, tím více je tato mozková oblast postižena funkčně. Beta - amyloid vzniká z bílkoviny, která je v mozkových buňkách přítomna za normálních okolností, je tělu vlastní, nezbytná. Tato bílkovina se nazývá amyloidový prekurzorový protein. Proces, kdy se z amyloidového prekurzorového proteinu pomocí enzymů gama a beta - sekretázy vyštípne beta - amyloid je přirozený fyziologický jev. U pacientů s Alzheimerovou chorobou se to ale děje ve zvýšené míře a navíc beta - amyloid není dostatečně odbouráván enzymem alfa - sekretazou, která působí protektivně. Vzniká tak velké množství malých monomerních nebo větších oligomerních částic beta - amyloidu. Ten se pak v mozku kumuluje ve zvýšené míře vně nervových buněk ve větších shlucích tvořených fibrilami, kterým pak říkáme amyloidové (nebo senilní) plaky. V místě kontaktu plaky a okolí dochází k zánětlivým změnám. Zvýšené množství amyloidu v mozku narušuje metabolismus neuronů a již i malé monomerní formy mohou narušovat činnost synapsí. Důsledkem je pak narušení přenosu informací mezi jednotlivými neurony a porucha metabolismu uvnitř neuronů, kdy dochází ke zvýšené

fosforylaci tau proteinu. Tau protein je nezbytný pro udržování tvaru a pro transport živin uvnitř neuronů. Jeho hyperfosforylaci dochází k tvorbě takzvaných neuronálních smotků (klubek z tau proteinu). V mozku postižených dochází v pokročilejším stadiu onemocnění k odumírání nervových buněk, protože se nastartuje jejich řízená programovaná smrt - takzvaná apoptóza. Nejdříve dochází k tvorbě beta - amyloidu ve spánkovém a čelním laloku mozku (JIRÁK, 2009).

2.2 Stádia Alzheimerovy choroby a progresse demence

Stádia Alzheimerovy demence

Alzheimerova demence postihuje každého člověka jiným způsobem. Forma a průběh nemoci závisí z velké části na tom, o jakou osobnost se jednalo před počátkem nemoci, jakou má člověk fyzickou kondici a jaký byl jeho životní styl. Ve vývoji Alzheimerovy demence lze zřetelně rozlišit tři odlišná stádia. Ne každý člověk postižený AD vykazuje všechny uvedené příznaky. Členění na stádia slouží pouze jako pomůcka. Pro každé z nich jsou charakteristické jiné speciální „problémy“, přičemž některé z nich se mohou objevit v kterémkoli stádiu, zatímco jiné nemusejí nastat vůbec. Přejít mezi stádiem I a II a mezi stádiem II a III může trvat i několik let. (HOLMEROVÁ, 2010)

Höschl a Hořejší (1999) definují tři stádia AD následovně:

První stádium – mírná forma

V tomto stádiu se objevují pouze mírné a často přehlédnutelné příznaky, mezi které patří: zhoršování paměti (porucha takzvaně krátkodobé paměti – nemocný zapomíná na události, které se staly před chvílí), přechodná časová dezorientace (neschopnost vybavit si, který je den, měsíc a rok), prostorová dezorientace (neschopnost poznat známá místa, nemocný například nepozná ani to, že je ve svém vlastním bytě), ztráta iniciativy a průbojnosti, obtížné hledání slov.

Toto první období trvá obvykle dva až čtyři roky. Je pro ně typické, že se nemocný často opakuje, ztrácí a zapomíná věci, jako třeba klíče, obtížně hledá slova pro pojmenování zcela běžných předmětů, jako jsou hodinky či tužka. Bloudí i na zcela známých místech a projevují se u něj změny osobnosti, především sklon k pasivitě a ztráta zájmu o činnosti a věci, které mu předtím přinášely radost a uspokojení. Řada nemocných je těmito prvními příznaky vystrašena, uvedena do rozpaků a deprimována.

V tomto období si pacient tyto potíže často uvědomuje a může na ně reagovat depresivní náladou, úzkostí, smutkem nebo vztekem. Velmi brzy dochází k degradaci osobnosti (RŮŽIČKA et. al., 2003).

Druhé stádium – středně těžká forma

Příznaky a problémy jsou v tomto stadiu výraznější a znemožňují nemocnému vykonávat řadu běžných každodenních aktivit. Mezi příznaky a problémy II. stadia řadíme: významné výpadky paměti (kromě krátkodobé paměti bývají v této fázi postiženy i další složky paměti), snížená schopnost postarat se sám o sebe (nutnost pomoci například při mytí nebo oblékání), časté případy, kdy se nemocný člověk ztratí nebo zabloudí i na známých místech, zhoršení řečových schopností, halucinace. Druhé stádium obvykle trvá od dvou do deseti let. Je pro ně charakteristické další zhoršování mentálních funkcí a obvykle také dochází k poruchám chování. U nemocných se projevuje ve stále vyšší míře zmatenost, jejich pohyby se zpomalují, jsou nesnášenlivější, projevují se u nich bludy a halucinace.

Třetí stádium – těžká forma

Těžká forma Alzheimerovy choroby představuje poslední stadium, které trvá jeden až tři roky a je charakterizováno těmito příznaky a problémy: obtíže při příjmu potravy, nutnost pomoci další osoby při denních činnostech, neschopnost poznat přátele a dokonce i členy své vlastní rodiny, obtíže s chůzí (někdy až upoutání na lůžko), inkontinence moči nebo stolice, poruchy chování. V tomto stadiu již u nemocného nelze zaznamenat žádné nezávislé funkce na jakékoli úrovni: Není schopen hovořit ani vnímat mluvenou řeč, nepoznává nejen členy rodiny, ale i sám sebe v zrcadle. Není také schopen se sám o sebe postarat.

Ve velmi pokročilém stadiu nemoci už si pacient nepamatuje nic víc než prvních pět let života a v konečné fázi zmizí i ty a brzy nato pacient umírá. (BUIJSSEN, 2006).

Nemocný ve třetím stadiu onemocnění je zcela závislý na svém pečovateli a velmi často potřebuje trvalou domácí péči, nebo umístění do speciálního zařízení.(HOLMEROVÁ, 2010).

Progrese demence

Všechny typy demence jsou progresivní. To znamená, že struktura a chemie mozku má v průběhu času stále větší míru poškození. Jak rychle postupuje demence, závisí na jednotlivci. Každý člověk je jedinečný a zkušenosti s demencí má každý svým vlastním způsobem, závisí na mnoha faktorech, včetně fyzické a emoční odolnosti. Informace o demenci jako sérii fází může být užitečný způsob, jak nemoc pochopit. Důležité je si uvědomit, že poskytuje pouze hrubý návod na vývoji stavu. (SCHULER, 2010).

2.3 Diagnostika u Alzheimerovy choroby

Diagnostika demence je proces, na kterém se významně podílí několik rovnocenných složek - pacientem a pečovatelem počínaje a lékařem, který všechny informace shrne a vysloví diagnózu konče. Demenci nelze diagnostikovat či vyloučit „ode dveří“. (PIDRMAN, 2007).

Při podezření na Alzheimerovu nemoc je třeba v první řadě vyloučit jiná onemocnění, která mohou Alzheimerovu nemoc připomínat, ale jsou léčitelná (FRANKOVÁ, 2010).

2.3.1 Anamnéza

Pacient trpící demencí si svůj problém často neuvědomuje, nepřipouští si ho, různě intenzivně ho bagatelizuje a racionalizuje. Objektivizace příznaků další osobou je velice důležitá. Další osoba, nejbližší rodinný příslušník či pečující osoba - objektivizuje data o příznacích, době a délce vzniku, průběhu onemocnění, ale i anamnestické údaje. (PIDRMAN, 2007).

Po čem pátráme z amnestických dat:

Úrazy hlavy, mozkové příhody, onemocnění srdce, diabetes mellitus a poruchy metabolismu tuků. Léčené deprese a jiné psychické změny, přítomnost demence nebo jiné neurologické či psychické poruchy u přímých příbuzných (rodiče, prarodiče, sourozenci) a užívané léky.(JIRÁK, 2009).

2.3.2 Orientační vyšetření poznávacích funkcí

V rámci demence testujeme neurologicko - psychiatrické funkce, které jsou v těchto procesech narušené: paměť ve všech svých formách, řeč – schopnost, vizuospeciální funkce a praxi – schopnosti orientovat se v prostoru, schopnost obsluhovat televizi, mobilní telefon, auto, domácí spotřebič, naplánovat a vykonat smysluplnou aktivitu (PIDRMAN, 2007).

Poznávací funkce

Frontální exekutivní (výkonné) funkce – plánování a dokončení úkolu, zvládnutí zaměstnání, změny chování a osobnosti, agresivita nebo apatie. Důležitým poznatkem je i informace o tom, zda si pacient své postižení uvědomuje, nebo ne. U lidí trpících demencí je častá nozognozie, neuvědomění si poruchy. K testování jednotlivých složek poznávacích funkcí se používají testy, které s pacientem provádí psycholog, neurolog nebo psychiatr. Test je pro pacienta často stresující, proto je nutné pacienta na testování připravit, uklidnit ho. Klinicky nejužívanějším testem je MMSE (Mini Mental State Examination), který je však velice orientační a není vhodný k diagnostice demence každého typu. Velmi častý je také test hodin. (JIRÁK, 2009).

MMSE (Mini Mental State Examination) testuje:

- orientaci osobou, místem i časem,
- zapamatování si tří slov – hned a po jisté latenci
- počítání – odečítat sedm od sta,
- poznávání – pojmenování předmětu,
- splnění úkolu,
- překreslení obrázku,
- opakování věty.

Jde o nejpoužívanější orientační test kognitivních funkcí ve světě.

2.3.3 Hodnotící a měřicí škály

Wechslerova škála paměti: Poskytuje detailní informace o slovní i zrakové paměti, zvláště testuje okamžité i oddálené vybavení. Testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování si dvojice slov a tváří, uspořádání čísel a písmen.

WAB (Western Aphasia Battery): Testy řečových funkcí. Testuje spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění. Ve druhé části jsou názorové testy, které hodnotí čtení, psaní, počítání, vykonání úkolu.

Test řečové plynulosti: Klient musí v určitém časovém intervalu vyjmenovat co nejvíce slov podle zadání, například začínajících na stejné písmeno, co nejvíce zvířat, jmen. Hodnotí se pohotovost, motivace, pracovní a slovní paměť.

Testy vizuospaciálních funkcí (funkcí prostorové paměti) Bender – Gestaltův test: Testují schopnost obkreslit obrazce se stoupající náročností

Test kreslení dráhy: Hodnotí schopnost plánování, zrakově – pohybovou koordinaci, pozornost, schopnost přizpůsobit se.

Stroopův test: Vhodný k posouzení míry pozornosti, mentální pružnosti a adaptace na zátěž.

U pacientů hodnotíme i nekognitivní projevy, jako je chování, míra deprese, stupeň celkové integrity, škála ADL – aktivity denního života. (PIDRMAN, 2007).

2.3.4 Zobrazovací metody

CT a MR – computerová výpočetní tomografie a magnetická rezonance – magnetická rezonance upozorňují na morfologické odchylky – úbytek mozkové tkáně, změny prokrvení, přítomnost patologických útvarů.

Výpočetní tomografie i magnetická rezonance se při diagnóze a diferenciální diagnostice Alzheimerovy choroby zaměřuje na ložiskovou nebo celkovou atrofii mozku. Celkový a regionální úbytek mozku odpovídá zániku neuronů a probíhá podle určitých zákonitostí. (REKTOROVÁ et. al., 2007).

SPECT (jednofotonové emisní tomografii) a **PET** (pozitronové emisní tomografii) – podávají informace o kvalitě mozkového metabolismu, mozkového krevního průtoku, přítomnosti a aktivitě přenašečů vzruchů v mozku.

EEG (Elektroencefalografie) – upozorňuje na změnu mozkové aktivity ve smyslu zpomalení – difúzního či ložiskového, které může být významné pro organickou změnu typu demence. Vyšetření mozkomíšního moku - zahrnuje vyšetření metabolických biomarkerů Alzheimerovy choroby. Zvýšená kumulace beta - amyloidu je následována jeho sníženým vylučováním do mozkomíšního moku, kde jsme schopni ho měřit. Naopak tau protein a fosforylovaný tau protein bývá v likvoru zvýšen. Tyto změny jsme schopni zachytit dříve než atrofii. (JIRÁK, 2009).

2.4 Terapie Alzheimerovy choroby

Některé demence jsou při současném stavu vědění léčitelné, a dokonce plně reverzibilní (vyléčitelné bez následků). Většina demencí však zatím vyléčitelných není (Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky a další). Je však již možno vhodnou léčbou dosáhnout zpomalení průběhu demencí, oddálení těžkých stádií demencí, zlepšení kvality postižených. Léčebné přístupy lze zhruba rozdělit na biologické a nebiologické, přičemž je nutno oba přístupy kombinovat a vhodně doplňovat.

Z biologických léčebných přístupů je nejpoužívanější farmakoterapie. Farmakoterapii lze zhruba rozdělit na kognitivní farmakoterapii, ovlivňující především porušené poznávací funkce, a na nekognitivní farmakoterapii, ovlivňující přidružené poruchy nálad a afektů, chování, spánku. (JIRÁK, 2009).

2.4.1 Kognitivní farmakoterapie

U lehkých až středních forem Alzheimerovy choroby jsou v současnosti základními léčivy takzvanými inhibitory acetylcholinesteráz. Cholinesterázy jsou enzymy, které odbourávají jeden z významných přenašečů vzruchu (neurotransmitterů) – acetylcholin.

Inhibitory acetylcholinesteráz zlepšují acetylcholinergní přenos a jsou určeny především pro léčbu lehčích až středních stádiích, Alzheimerovy choroby. (RABOCH et. al., 2008). Tato látka se méně tvoří a méně je uvolňována v mozku u pacientů trpících Alzheimerovou chorobou, demencí s Lewyho tělísky

i u dalších demencí. Má stěžejní význam pro paměť. Zablokováním enzymů cholinesteráz v mozku proto dosáhneme zvýšení obsahu mozkového acetylcholinu a tím i zlepšení paměťových funkcí. V naší republice jsou používány 3 inhibitory mozkových cholinesteráz – Donepezil, Rivastigmin a Galantamin. (PIDRMAN, 2007).

Vývoj Alzheimerovy nemoci provázejí změny dendrických systémů včetně synapsí, změny většinou odpovídají stupni postižení kognitivních funkcí. (KOUKOLÍK et. al., 1998).

V těžších stádiích Alzheimerovy choroby je užívána látka působící přes jiný systém mozkových přenašečů vzruchu. Tato látka se jmenuje memantin, částečně blokuje receptory různé úrovně. Memantin působí jednak neuroprotektivně, takzvaně chrání nervovou buňku před některými škodlivinami, jako je nadměrné množství kalcia. Také zlepšuje schopnost učení a zapamatování si. V léčbě demencí je používána řada farmakoterapeutických přístupů, které nejsou založeny na důkazech - nebylo provedeno dostatečné množství studií nebo výsledky studií nebyly nejednoznačné.

Látky likvidující volné kyslíkové radikály: volné kyslíkové radikály (například peroxidy, hydroxilové ionty a jiné) jsou látky, které se vytvářejí při látkové přeměně a mají velmi krátké trvání. Jsou používány organizmem jako stavební jednotky nově vznikajících látek a mají svůj význam, například jako přenašeče informace. Za normálních okolností je jejich vznik a zánik v rovnováze, při jejich nadbytku jsou odbourávány přirozenými enzymy organismu (včetně mozkové tkáně). U Alzheimerovy choroby i jiných poruch manifestujících se syndromem demence jsou volné kyslíkové radikály v nadbytku, organizmus je nestačí odbourávat. Pak se tyto látky vážou na stěny nervových buněk, některé enzymy a další tkáně a působí jejich poškození. V léčbě demencí používány látky, které volné kyslíkové radikály vychytávají a likvidují. Mezi tyto látky náleží například E - vitamin, betakaroten, retinol, C - vitamin, selen a další. Tato farmaka však jsou používána spíše jako doplňková.

Nootropní farmaka a příbuzné látky jsou léčiva, která zlepšují především mozkovou látkovou přeměnu, využitelnost glukózy a dalších živin, působí proti nedostatku kyslíku. Patří mezi ně například piracetam nebo pyritinol. (PIDRMAN, 2007).

2.4.2 Nekognitivní farmakoterapie

Nekognitivní farmakoterapie ovlivňuje poruchy chování, změny nálad a afektů, poruchy spánku u demencí. K tišení neklidů, eventuálně i přidružených delirií se používají moderní látky, takzvaně antipsychotika II. generace, které mají minimum nežádoucích vedlejších účinků. Rovněž tak jsou používána moderní antidepresiva (farmaka působící proti depresi) a moderní anxiolytika (látky proti úzkosti). Nejdůležitější je neustálá aktivizace a stimulace pacienta a konfrontace pacienta s okolní realitou. (PIDRMAN, 2007).

2.4.3 Rehabilitační programy

Pro pacienty s Alzheimerovou chorobou jsou zaměřeny na kognitivní a fatické funkce, důraz je kladen na paměť a redukci základních aktivit běžného života. Pacient má mít ve svém okolí objekty a předměty, pokud je nepoznává, označeny. Je vhodné mít nápisy na fotografiích s členy rodiny, pokud je nepoznává. Vhodné je mít kalendář poblíž lůžka, nejlépe takový, kde má na jednotlivých listech pro lepší orientaci uvedeno datum současného dne. Cvičení paměti můžeme provádět za pomoci publikací, které pro tyto účely jsou již dnes na trhu k dispozici. Můžeme si pomoci i karetními hrami. Když už péče o pacienta není zvládnutelná, nemůže už být sám v bytě, většinou jej rodina umístí do určeného zařízení. (PIDRMAN, 2007).

2.5 Prognóza onemocnění

Demence, především Alzheimerova demence, je jednou z nejčastějších příčin snížené kvality života ve stáří a hlavní překážkou „úspěšného stárnutí“. Z dříve provedených studií vyplývá, že pacienti s demencí zpravidla přežívají 5 až 19 let. Většina demencí zatím vyléčitelných není. Hlavním faktorem, který ovlivňuje přežívání a úmrtnost seniorů, ať trpí demencí nebo ne, je věk. Je také potřeba brát v úvahu, že při hodnocení „délky přežívání“ nejde jen o roky života, ale především o jeho kvalitu v této

době. Z hlediska zpomalení progresu demence dosáhla medicína ve dvacátém století velkého pokroku, který má význam nejen pro pacienty a jejich rodiny, ale i pro objem nezbytné ústavní péče. Byly zahájeny studie, které zkoumají možnosti primární prevence Alzheimerovy choroby i jiných demencí. Další ověřují účinnost hormonální substituce, protizánětlivé léčby a Ginkgo biloba v prevenci Alzheimerovy choroby. Tyto i další skutečnosti opravňují k naději, že medicína již v dohledné době pokročí od paliativní léčby Alzheimerovy choroby k primární prevenci, nebo alespoň dokáže zabránit rozvoji onemocnění do stadia nejhoršího zneschopnění. (MEDICÍNA, 2001).

2.6 Role nejbližších příbuzných a pečovatелů pečujících o pacienty s Alzheimerovou nemocí

Domov, v němž nemocný žije, musí také podporovat životní styl a potřeby pečovatele a ostatních členů rodiny. Každý člen rodiny potřebuje svůj soukromý prostor pro sebe samé. (ZGOLA, 2003).

Až osmdesát procent nemocných Alzheimerovou demencí zůstává v domácím ošetřování. Rodinní příslušníci jsou touto náročnou a vyčerpávající prací duševně a fyzicky přetíženi. (ZACHARIASOVÁ, 2000).

Pečovatelé jsou nejvíce ohroženi z hlediska duševního, afektivními poruchami, zejména depresí a poruchami úzkostnými. Ty jsou doprovázeni bohatou symptomatologií, poruchami spánku a poruchami soustředění. Z hlediska tělesného zdraví jsou ohroženi celou řadou nemocí, které jsou vyznačovány jako psychosomatické. Jde například o vyšší krevní tlak a poruchy trávicího systému, tak i častější výskyt infekcí. (PIDRMAN, 2007).

Role pečovatele v péči o nemocné je klíčovým faktorem. Postoje, vztah, schopnost, zvládat nepředvídatelné situace, emoční napětí mezi pečovatelem a pacientem je nakonec tím momentem, který určí, zda bude nemocný schopen dále pobývat v rodině, či zda bude muset být umístěn v ústavu. (PIDRMAN, 2007).

System denní péče umožňuje umístit pacienta přechodně do zařízení, kde je se stejně postiženými pod trvalým dohledem. Zatímco osoba, která o nemocného pečuje, si

může dopřát odpočinek. Tato centra navíc zabezpečují pro pacienty stimulační programy a aktivity. Jsou obvykle součástí nemocnice nebo domu s ošetrovatelskou péčí. (PFIZER,1998).

2.7 Česká Alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost vznikala v průběhu roku 1996 a zaregistrována byla jako občasně 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. V současné době je Česká alzheimerovská společnost již respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2013a).

Česká alzheimerovská společnost už od svého vzniku v roce 1996 sídlí v Gerontologickém centru v pražských Kobylisích. Úzká spolupráce s poskytovatelem služeb na pomezí zdravotnických a sociálních služeb komunitního typu byla vždy důležitá pro směřování jejich činnosti. Podobně podstatná je i spolupráce s jejich kontaktními místy, s dalšími zařízeními, která poskytují kvalitní služby pro lidi s demencí v celé ČR. Nechtějí poskytovat akademické rady, chtějí znát současnou situaci nemocných, jejich rodin, ale také poskytovatelů služeb a z těchto zkušeností chtějí vycházet.

Jejich cílem je už od jejich vzniku pomoc a podpora lidí postižených demencí, mezi které řadí jak samotné nemocné, ale také jejich rodinné příslušníky, protože demence postihuje stejně těžce obě skupiny (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST 2013b).

PRAKTICKÁ ČÁST

3. Specifika péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou

Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou má svá specifika. Vzhledem k povaze onemocnění, které je popsáno v teoretické části, je třeba se v praxi zaměřit na:

Dobré přijetí – postoj pečujícího nebo ošetrovatelského personálu je základem dobrého přijetí a vztahu k nemocným. Pacienti s demencí potřebují být ujišťováni o tom, že jim člověk přichází pomoc. Lidská důstojnost člověka s demencí se musí respektovat a brát vážně.

Respektování osobnosti nemocného – zde je důležité získat o pacientovi maximum informací z předchozího života a na jejich základě s ním navázat kontakt, přizpůsobit péči jeho zvykům a potřebám.

Ocenění – člověk s demencí potřebuje být oceněn, mít stále vlastní hodnotu. Je proto vhodné k němu přistupovat pokud možno podobným způsobem jako v minulosti, když byl ještě zdrav.

Nonverbální komunikace – demence postihuje také schopnost vyjadřovat se a rozumět mluvené řeči. Schopnost komunikovat přetrvává až do pozdní demence. Symbolika se mění a význam tak mají nonverbální prostředky komunikace.

Fyzický kontakt – u většiny pacientů s demencí je tento kontakt nedostatečný nebo chybí úplně.

Komunikovat jednoduše – není vhodné, aby se nemocný musel často rozhodovat a vybírat například mezi více alternativami. *Dbát na to, aby nám klient při rozhovoru viděl do obličeje, mluvit zřetelně, pomalu a přiměřeně hlasitě – klient se cítí lépe, když na mluvčího vidí.*

Být názorný – ukázat předmět, o kterém mluvíme, jídlo, které nabízíme.

3.1 Jak komunikovat s nemocným s demencí

K pacientům s demencí je třeba přistupovat trpělivě, trvale reflektovat jejich stav. Dále se snažíme pátrat po tom, co potřebují a co si přejí. Musí u nás převládat pozornost, trpělivost, empatie a nonverbální komunikace. Na pacienta nespěcháme, respektujeme jeho jedinečnou a důstojnou lidskou bytost. Nebojíme se s pacientem zasmát. V každém případě je třeba se chovat tak, abychom pacienta neurazili a vždy respektovali jeho lidskou důstojnost. Každá osoba s demencí je jedinečný člověk s vlastními, velmi odlišnými zážitky ze života, se zálibami, koníčky i tím, co rádi nemají. Měli bychom usilovat o to, aby pacient s demencí byl co nejméně konfrontován se svou nesoběstačností a nedostatečností. Proto je důležité, aby pečující byl stále v kontaktu s pacientem. Snažit se jej vést a podporovat, aby eliminoval zmatek a případná nedorozumění. V rámci uspokojování základních potřeb člověka s demencí vystupují do popředí potřeby uznání, bezpečí, jistoty, lásky, sounáležitosti a seberealizace. Schopnost komunikovat je podmínkou, aby se člověk úspěšně začlenil do svého sociálního prostředí a aby navazoval a udržoval vztahy.

3.2 Prostředí pro nemocné s demencí

Prostředí pro nemocné s demencí má být vlídné a domácí. Přestože možnosti adaptace domácnosti pro potřeby nemocných s demencí jsou jen omezené, je možné pamatovat alespoň na některé zásady, které usnadní život. Jedná se zejména o opatření, která zvýší bezpečí nemocného i jeho okolí, a to odstraněním zbytečných bariér a nástrah (prahů, předmětů v cestě, prodlužovacích šňůr, klouzavých kobereců, jedovatých květin, ale také nadměrně horké vody, plynu), zlepšení bezpečnosti, zejména v koupelně a na toaletě (madla, neklouzavé rohože, ukrytí chemických přípravků a léků), zlepšení orientace pomocí barev, nápisů, označení a podobně. Zařízení pro nemocné s demencí by měla být projektována tak, aby odpovídala jejich potřebám. Ideální stav by mělo být oddělení s kapacitou do 15 obyvatel (maximálně 20), které

zahrnuje dostatečné prostory pro společné aktivity, prostory pro chození i soukromé obytné jednotky.

3.3 Správná výživa

Riziko podvýživy je závažnou komplikací, která je průvodním jevem u pacientů s Alzheimerovou chorobou, na kterou se nemyslí. Lidé s demencí mají sníženou potřebu pít, často i méně než 1 litr tekutin denně, dochází i k omezenému příjmu základních složek výživy, minerálů a vitamínů. Nedostatečná výživa vede k úbytku kosterní svaloviny, která není při zachování tukových zásob patrná. U nemocných s Alzheimerovou chorobou je nutné již od počátku dbát na správnou výživu, ale současně i navýšit celkový příjem bílkovin. Důležitým doporučením je jíst pravidelně ve 2-3 hodinových intervalech, a to i pokud se nedostavil pocit hladu.

3.4 Aktivizace u nemocných s demencí

Cvičení paměti - luštěte křížovky, můžete využít karetní hry, pexeso, sestavujte puzzle, procvičujte paměť a vybavte si zapamatované informace (například na stůl je umístěno 10 předmětů, následně je zakryjte, na list papíru napište všechny předměty, které jste si zapamatovali, posledním krokem je kontrola), využijte sešity „Cvičte si svůj mozek“, jsou v různých úrovních obtížnosti.

3.4.1 Využití různých terapií

Muzikoterapie (léčba hudbou) - je důležitý vzpomínkový efekt, například hudba mládí. I u těžkých forem demence je dlouhodobá paměť zachována.

Arteterapie (léčba uměním) - zahrnuje použití konkrétních tvůrčích činností, jako je například: malba, kresba, koláže, modelování a jiné.

Taneční terapie - klient je udržen v prostoru a čase, což podporuje percepční a kognitivní funkce.

Zooterapie (terapie za pomoci zvířat) - je *pasivní*, kdy zvíře má pozitivní efekt již pouhou svou přítomností v určitém prostředí a *interaktivní*, kdy klient pečuje o zvíře stále (rezidentní typ – zvíře přítomné v ústavu).

Canisterapie (terapie za pomoci psů)

Rezoluční terapie - je častěji doporučovanou metodou při komunikaci s klientem, který již není schopen se orientovat v realitě. Rezoluce předpokládá, že cokoli řekne pacient „TEĎ, je pro něj realitou a nemá smysl se snažit něco změnit“.

Reminiscenční terapie - klient si s sebou do zařízení přináší drobné předměty (fotografie, obrázky, vysvědčení, medaile, které byly kdysi součástí jeho života). Z nich mu je sestaven takzvaný vzpomínkový kufřík a album, se kterými s pomocí reminiscenčního terapeuta pracuje.

4. Ošetrovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou chorobou

Během praxe v Alzheimercentru v Průhonicích, které nabízí komplexní ošetrovatelskou péči včetně ubytování a stravování 24 hodin denně, jsem ve dnech od 5. 10. 2011 – 9. 10. 2012 ošetřovala paní M. Z. se základní diagnózou Demence na podkladě Alzheimerovy choroby. Během ošetřování, jsem u paní M. Z. sestavila ošetrovatelský proces, týkající se podpory soběstačnosti a dopomoc při všech denních činnostech. Informace o pacientce jsem získala ze zdravotnické dokumentace, od rodiny a ošetrovatelského personálu.

4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: M. Z.

Datum narození:

Věk: 82 let

Pohlaví: Žena

Adresa bydliště: Alzheimercentrum

Vzdělání: vyučila se radistkou a telegrafistkou

Zaměstnání: starobní důchodce, dříve pracovala u armády

Státní příslušnost: česká

Stav: vdova

Datum přijetí: 30.11.2010

Typ přijetí: plánované

Dny ošetrovatelské péče:

Medicínská diagnóza hlavní:

Demence na podkladě Alzheimerovy choroby

4.1.2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela ve 47 letech na tuberkulózu

Otec: zemřel v 70 letech na renální selhání

Sourozenci: 1 sourozenec, bratr zemřel na tumor mozku

Děti: 2 – dcera zdravá, syn se léčí s hypertenzí

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

Anémie – v minulosti

Vředová choroba gastroduodena

Osteoporóza

Ischemická choroba srdeční – kompenzovaná

Hospitalizace a operace: glaukom po operaci katarakta, operace kostrče pro úraz, stav po podvazu vaječníků

Úrazy: úraz kostrče

Transfúze: ne

Očkování: běžná očkování

Farmakologická anamnéza:

Tabulka 1 – medikace léků per os

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Ketilept	Tbl.	25mg	1-0-0-3	Antipsychotikum
Oxazepam	Tbl.	10mg	1 dle potřeby	Anxiolytikum
Helicid	Tbl.	20mg	1-0-1	Antiulcerózní látka
Citalec	Tbl.	10mg	1-0-0	Antidepresivum
Haloperidol	Tbl.	20mg	0-0-0-5	Antipsychotikum
Aricept	Tbl.	10mg	0-0-1	Inhibitor acetylcholinesterázy

Alergologická anamnéza:

Léky: neudává

Potraviny: neudává

Chemické látky: neudává

Jiné: neudává

Abúzy: neudává

Alkohol: dříve příležitostně

Kouření: nekuřačka

Káva: 1x denně

Léky: neudává

Jiné drogy: neudává

Gynekologická anamnéza:

Menarché: ve 13 letech

Trvání: 5 dní

Intenzita: střední

UPT: žádné

Antikoncepce: ne

Menopauza: v 55 letech

Potíže klimaktéria: návaly

Samovyšetření prsu: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: před deseti lety

Sociální anamnéza:

Stav: vdova

Bytové podmínky: umístěna v domově sociální péče

Vtahy, role a interakce v rodině: dobré

Záliby: ráda jezdila na chalupu, zahrádka, zvířata, vnoučata

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučila se radistkou a telegrafistkou

Pracovní zařazení: voják z povolání

Spirituální anamnéza:

Klientka nevyznává žádnou víru.

Psychiatrická anamnéza:

Klientka léčena pro kognitivní deficit od 3/07 Donepezilem. Na dávce 5-0-5 mg došlo dle MMSE (Mini Mental State Examination) ke zlepšení (ze 17 bodů na 22 bodů). Orientovaná pouze osobou a situací, ne tak časem, prvního prezidenta ani současného nezná, počítání bez problémů. Závěr: Morbus Alzheimer, zlepšení na terapii Donepezilem (zpráva z neurologie z 1. 8. 2007).

Psychologické vyšetření z 30. 5. 2006: Není si vědoma rapidního zhoršování paměti, jak to udává syn. Sama odvozuje celou problematiku od úmrtí manžela. Stále se k tomu v duchu vrací, vyčítá si to, že nebyla doma, když utrpěl infarkt myokardu. Od té doby pouze přežívá, stýká se svými dvěma dětmi. Jiné styky neudrží. Dříve byla také výhradně vázána na manžela a jiné lidi nepostrádala. Zapomnětlivost ji velmi zlobí. Tělesně se cítí vcelku zdráva. Slyší dobře, po oční operaci čte bez brýlí. Spánek bez poruch. Závěr: Dle současného vyšetření známky středně těžké generalizované deteriorace intelektu organického typu.

4.1.3 Popis fyzického stavu

Systém

Hlava a krk

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Bolí Vás hlava nebo krk?

Otázka číslo 2. – Můžete dobře pohybovat hlavou ze strany na stranu?

Údaje od rodiny: „Matka nikdy netrpěla ani si nestěžovala na bolest hlavy. Krk jí bolel pouze tehdy, když měla angínu. Pohyblivost hlavy a krku porušenou nemá.

Dutina ústní jí také nebolí. Na bolest si nestěžuje.

Objektivní údaje:

- hlava – normocefalická, na poklep nebolestivá
- oči – bulvy ve středním postavení, zornice izokorické, sklery bílé, kompenzace zraku brýlemi, na blízko
- nos – bez sekrece, uši – slyší dobře, bez obtíží
- dutina ústní – rty jsou souměrné, lehce suché, jazyk ve střední čáře, mírně povleklý, suchý, tonzily malé, růžové

- horní a dolní chrup – umělý, zubní protéza
- tvář – unavený výraz v obličeji, bez zájmu o okolí
- krk – krční páteř pohyblivá, pohyb hlavou bez obtíží

Hrudník a dýchací systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou.

Otázka číslo 1. – Bolí Vás něco? „Ne nic mě nebolí“.

Otázka číslo 2. – Dýchá se Vám dobře? „Ano“.

Údaje od rodiny: „Maminka si nikdy nestěžovala, že by měla potíže s dýcháním nebo, že by jí bolelo na prsou“.

Objektivní údaje:

- hrudník – hypersonický, bez patologických změn
- dýchání – sklípkové
- páteř na poklep nebolestivá
- dechová frekvence 18 dechů za minutu, dýchání normální, pravidelné, bez vedlejších dechových fenoménů
- poklep na plíce – plně jasný
- pacientka nikdy nekouřila

Srdeční a cévní systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Měla jste někdy problémy se srdcem nebo s krevním tlakem? „Ano měla jsem problémy se srdcem“.

Údaje od rodiny: „Matka má kompenzovanou ischemickou chorobu srdeční, pamatuje si, že má tuto nemoc, ale jaké měla příznaky, to nedokáže popsat. Krevní tlak měla vždy dobrý“.

Objektivní údaje:

- hodnota krevního tlaku: 140/75 mm/Hg, P 65' - pravidelný, dobře hmatný
- dolní končetiny bez otoků
- akce srdeční pravidelná
- na pravé noze varixy
- srdeční krajina bez vyklenutí

Břicho a GIT

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Bolí Vás břicho? „Ne nebolí“.

Otázka číslo 2. – Chodíte dobře na stolicí? „Ano“.

Otázka číslo 3. – Máte nějaké problémy po snědení některého jídlo? „Ano nemůžu nadýmavé“.

Údaje od rodiny: „Na bolesti si stěžovala jen tehdy, než jí diagnostikovali vředovou chorobu a poté v určitém období kdy se vřed ozýval. Nikdy moc nejedla nadýmavá jídla. Na stolicí myslím chodila dobře, nikdy nic neříkala“.

Objektivní údaje:

- břicho je souměrné, bez vyklenutí
- na pohmat měkké, nebolestivé
- peristaltika přítomná
- barva kůže světlá, do růžova

Močovo – pohlavní systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Máte problémy s močením? „Ne“.

Údaje od rodiny: „Doma maminka problémy s močením neměla“.

Objektivní údaje:

- pacientka nosí přes den natahovací kalhotky, zatím inkontinencí netrpí, toaleta se jí musí připomínat
- moč je světle žluté barvy, bez zápachu

Kosterní a svalový systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Bolí Vás ruce, nohy nebo záda? „Občas ano“.

Údaje od rodiny: „Maminka je po operaci kostrče, v minulosti měla úraz. A ještě měla zlomenou pravou ruku v zápěstí tak to občas také cítila, když jsem jí chytla za ruku. Jinak si na nic jiného nestěžovala“.

Objektivní údaje:

- pacientka si stěžuje na bolest, ale neumí ji blíže specifikovat
- tělo je normostenické, držení těla je v normě
- DK bez otoků, varixy na pravé noze
- HK menší bolestivost pravého zápěstí po zlomenině před 5 lety
- občas si stěžuje na bolestivost kostrče, ukáže rukou na to místo
- pacientka se pohybuje dobře

Nervový a smyslový systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Nosila jste někdy brýle? „Ano nosila na blízko“.

Otázka číslo 2. – Máte problémy se sluchem? „Ne nemám“.

Otázka číslo 3. – Pamatujete si co je dnes za den a jaký je rok? „Nevím“.

Údaje od rodiny: „Matka nikdy problém se zrakem neměla, až ve stáří potřebovala brýle na čtení. Problémy se sluchem nemá, slyší dobře, ale šepot už neslyší. Problémy s pamětí začala mít po smrti mého otce. Byla na něj velmi fixována. Žádné jiné lidi nevyhledávala, byla ráda s ním. Velmi těžce nese jeho smrt do dnes. Zapomínala už i to, kde bydlíme.“

Objektivní údaje:

- pacientka je dezorientovaná místem, časem, prostorem
- pozornost udrží krátce
- komunikace je špatná, musím pokládat otázky jen s odpovědí ano či ne
- smysly sluchové a čichové jsou zachované
- zrakové jsou omezené – brýle už nenosí
- reflexy jsou přítomné

Endokrinní systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Měla jste někdy problém se štítnou žlázou? „Nevím“.

Otázka číslo 2. – Trpěla jste někdy v minulosti cukrovkou? „Ne“.

Údaje od rodiny: „Nikdy neměla problémy se štítnou žlázou, nebo si to aspoň nepamatuji. S cukrovkou se léčila pouze má babička, u matky se nikdy neobjevila“.

Objektivní údaje:

- štítná žláza nehmatná, nezvětšená
- symetrická
- na pohmat nebolestivá

Imunologický systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Bývala jste často nemocná? „Nevím“.

Otázka číslo 2. – Jste na něco alergická? „Ne“.

Údaje od rodiny: „Maminka nikdy netrpěla na angíny či chřipky. V tomhle směru si nepamatuji, že by byla více nemocná. Alergická není na nic“.

Objektivní údaje:

- dle dcery pacientka na nic alergická není
- dcera si nepamatuje, kdy byla maminka naposledy nemocná, sama pacientka také neví

Kůže a její adnexa

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Měla jste někdy vyrážku na kůži? „Nevím“.

Otázka číslo 2. – Trpěla jste na velmi suchou kůži nebo objevovali se u vás prasklinky na kůži? „Ne, nikdy“.

Údaje od rodiny: „Nepamatuji se, že by matka někdy měla nějakou vyrážku na kůži. Když se o něco někdy škrábla hojilo se to dobře, žádné jizvy nemá. Suchou kůži má tak přiměřeně k věku, nikdy, ale suchou neměla. Použila tělové krémy“.

Objektivní údaje:

- kůže je suchá
- barva kůže je růžová
- kožní turgor snížený
- kůže je bez patologických změn
- žádné jizvy na kůži nemá

4.1.4 Aktivity denního života

Stravování

➤ Doma

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Stravovala jste se doma pravidelně? „Nevím“.

Otázka číslo 2. – Vařila jste doma? „Ano“.

Údaje od rodiny: „Matka byla celý život hlava naší kuchyně. Vařila ráda a také ráda jedla. Nikdy nebyla hubená, spíše oplácaná. Velmi ráda vařila mému otci. Jedla většinou všechno, ráda vařila klasická česká jídla. Doma měla vždy uklizeno. Po smrti otce, ale už vše zanedbávala, ale vařila si stále. V poslední době zhubla jen minimálně.“

Objektivní údaje:

- pacientka celý život ráda vařila
- po smrti manžela sice pořád vařila, ale o domácnost už se moc nestarala

➤ V centru

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Dáte si třeba například: polévku? „Ano dám“.

Otázka číslo 2. – Chutná vám jídlo tady v centru? „Ano“.

Otázka číslo 3. – Jsou jídla, která vám tady nechutná? „Ano, ovocné knedlíky“.

Otázka číslo 4. – Jaké jídlo vám tady chutná? „Polévky a omáčky“.

Objektivní údaje:

- pacientka má dietu číslo 3 – krájenou
- jí dobře, ale některé dny nechce jíst
- pacientka se stravuje 6x denně dle jídelníčku centra
- má ráda ovoce, které jí nosí dcera

Příjem tekutin

➤ Doma

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Vypijete za den 2 litry tekutin? „Ne“.

Otázka číslo 2. – Máte nějaké oblíbené tekutiny? „Nevím“.

Údaje od rodiny: „Matka celý život pila ráda minerálky, nejvíce měla ráda perlivé a ovocné. Zda vypila za den 2 litry tekutin to nevím. Ráda s otcem pili víno, občas si dala k obědu pivo“.

Objektivní údaje:

- dle dcery matka ráda pije minerálky s příchutí
- zda vypije aspoň 2 litry tekutin za den, neví.

➤ V centru

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Dáte si citronovou minerálku? „Ano dám“.

Objektivní údaje:

- pacientka pije méně, pití se jí musí nabízet
- za den vypije kolem 1500ml čaje a minerálky
- sama není schopna dodržovat pitný režim

Vylučování moče

➤ Doma

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Měla jste někdy problémy s močením? „Nevím“.

Údaje od rodiny: „Nevzpomínám si, že by měla někdy problémy s močením. Doma inkontinencí netrpěla“.

Objektivní údaje:

- dle dcery inkontinencí moče pacientka doma ještě netrpěla
- dcera si nevzpomíná, že by se kdy léčila nebo měla problémy s močením

➤ **V centru**

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Víte kde je toaleta? „Ne“.

Objektivní údaje:

- pacientka již trpí inkontinencí z důvodu, že nemůže najít toaletu
- pacientka nosí natahovací kalhotky
- je nutné se pacientky ptát zda nechce na toaletu – rozumí tomu, na co se jí ptáme
- moč je bez zápachu
- i kdyby pacientka měla u postele gramofon, inkontinence se nezlepší, vyhledává toaletu sama, jak na ní byla celý život zvyklá
- když nemůže najít toaletu, vykoná potřebu tím, že si sedne do bílého křesla podobnému záchodové míse

Vylučování stolice

➤ **Doma**

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Chodíte pravidelně na stolicí? „Ne“.

Údaje od rodiny: „Nevím jak často chodí matka na stolicí. Nikdy jsme se o tomhle nebavili, nevím, jestli měla někdy problém s vylučováním. Doma inkontinencí stolice netrpěla. Hygienu v tomto směru nezanedbávala“.

Objektivní údaje:

- dcera neví, zda matka chodí pravidelně na stolicí
- neví jestli někdy neměla problém s vylučováním

➤ **V centru**

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Byla jste dnes na stolicí? „Nevím“

Objektivní údaje:

- vylučování stolice je bez problému

- na toaletu se musím stále ptát
- pacientka má stolici 1x za dva dny
- konzistence a barva v normě

Spánek a bdění

➤ Doma

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Spíte dobře? „Ano spím“.

Údaje od rodiny: „Matka si nikdy nestěžovala, že by nemohla spát. Snad jen když jí něco bolelo tak nemohla spát. Nikdy moc neponocovala. S otcem vedli klidný manželský život“.

Objektivní údaje:

- dle dcery nikdy problém se spánkem neměla
- nikdy moc neponocovala

➤ V centru

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Víte, kde máte pokoj a postel? „Trochu“.

Objektivní údaje:

- pacientka v noci spí, jen třeba jednou za noc vyjde a hledá toaletu, poté znovu usne
- přes den chodí neustále po chodbách a chtěla by odejít
- aktivit se moc neúčastní

Aktivita a odpočinek

➤ Doma

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Co ráda děláte ve volném čase? „Jsem ráda na zahradě“.

Údaje od rodiny: „Rodiče měli chalupu, kam moc rádi jezdili. Maminka se velmi ráda starala o zahrádku, to byla její největší záliba. Potom její koníček, byla její práce. Ráda také pěstovala doma květiny“.

Objektivní údaje:

- pacientka velmi ráda pracovala na zahradě
- ráda pěstovala květiny
- **V centru**

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Chtěla byste jít na zahradu? „Ano“.

Objektivní údaje:

- pacientka o květiny jeví zájem doposud, ráda na ně sahá a čichá k nim
- ráda se jde projít na zahradu
- přes den je pacientka čilá a spát se jí nechce
- aktivity při kterých by měla nějaký časový úsek sedět, tak odchází a prochází se po chodbách nebo na zahradě
- moc nevyhledává kontakt s jinými lidmi

Hygiena

- **Doma**

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Provádíte každodenní hygienu? „Ano“.

Údaje od rodiny: „Matka byla vždy upravená a hezky oblečená. Žila hodně pro našeho otce, jiné lidi ani moc nevyhledávala. Hygienu vždy prováděla dvakrát denně. Po smrti otce, hygienu prováděla, ale jen v omezené míře. Třeba se neučesala, nebo si nevyčistila zuby.“

Objektivní údaje:

- dle dcery matka byla vždy čistotná, hygienu nikdy nezanedbávala
- po smrti otce už to bylo horší, dcera musela dohlížet

➤ **V centru**

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Víte kde je koupelna? „Trochu“.

Objektivní údaje:

- pacientka zvládá hygienu sama, akorát musíme dohlížet a podat šampon a mýdlo
- je schopna si vyčistit zuby, ale my musíme připravit pomůcky a vybídnout jí k činnosti
- u všeho musí být dohled

Samostatnost

➤ **Doma**

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Jak se cítíte? „Dobře“.

Údaje od rodiny: „Matka byla vždy závislá na otci.“

Objektivní údaje:

➤ **V centru**

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Víte kde jste? „Ano jsem doma“.

Objektivní údaje:

- pacientka je závislá na péči druhé osoby
- je nutný dohled nad hygienou a oblečením
- pacientku je nutné dovést na místo, kde bude sedět a jíst

4.1.5 Posouzení psychického stavu

➤ **Vědomí**

Objektivní údaje: lucidita vědomí je porušena, můžeme pozorovat delirantní stavy.

➤ **Orientace**

Objektivní údaje: pacientka je dezorientovaná místem a časem. Při otázku jak se jmenuje je stále ještě schopna odpovědět.

➤ **Nálada**

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1. – Jakou máte náladu? „Jde to“.

Objektivní údaje: pacientka působí zmateně, dochází k prudkým výkyvům nálady během krátké doby. Nemá ráda hodně lidí okolo sebe, překázejí jí. Dokáže být slovně agresivní.

➤ **Paměť**

• **Staropaměť**

Subjektivní údaje: „Všechno je tajný“.

Objektivní údaje: pacientka si nejvíce vybavuje své zaměstnání a to jak pracovala u armády. Proto říká, že všechno je tajné. Ke konfabulaci dochází jen mírně.

• **Novopaměť**

Subjektivní údaje: „Nevím“.

Objektivní údaje: u pacientky můžeme pozorovat výraznou poruchu kognitivních funkcí. Paměť má porušenou ve více složkách, porušená pracovní paměť a střednědobá.

➤ **Myšlení**

Objektivní údaje: pacientka neudrží pozornost. Myšlení má porušené v souvislosti s dezorientací. Není schopna udržovat kontakt s realitou a stím co se okolo ní děje.

➤ **Temperament**

Objektivní údaje: pacientka působí na první pohled klidným dojmem. Změna přichází, až když se jí něco nelíbí. Dokáže být slovně agresivní.

➤ **Sebehodnocení**

Objektivní údaje: pacientka není schopna sebehodnocení.

➤ **Vnímání zdraví**

Objektivní údaje: pacientka není schopna porovnat, zda je zdravá či nemocná.

➤ **Vnímání zdravotního stavu**

Objektivní údaje: pacientka nejeví o svůj zdravotní stav žádný zájem. Péči, ale neodmítá.

➤ **Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění**

Subjektivní údaje: „Ne“.

Objektivní údaje: pacientka si nemyslí, že by byla nemocná. Jen to má vše pomotané.

➤ **Reakce na hospitalizaci**

Subjektivní údaje: „Nevím“.

Objektivní údaje: dříve pacientka chodila stále po chodbách a snažila se utéct. Stále se jí. Ale už se nesnaží utéct.

➤ **Adaptace na onemocnění**

Subjektivní údaje: „Nic mi není“.

Objektivní údaje: pacientka není adaptovaná na onemocnění.

➤ **Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres).**

Objektivní údaje: pacientka působí klidným dojmem.

4.1.6 Posouzení sociálního stavu

➤ **Komunikace**

• **Verbální**

Objektivní údaje: pacientka při rozhovoru spolupracovala

• **Neverbální**

Objektivní údaje: neverbální vyjadřování je dobré. Udržuje zrakový kontakt jen chvíli.

➤ **Informovanost o onemocnění**

Subjektivní údaje: „Ano“.

Objektivní údaje: pacientka byla poučena o onemocnění, vzhledem ke zdravotnímu stavu a poškození kognitivních funkcí, není schopna úsudku o onemocnění.

➤ **Informovanost o diagnostických metodách**

Objektivní údaje: pacientka byla edukována o vyšetřeních. V den vyšetření se pacientce znovu informace zopakovali. I přesto byla zmatená a nic si nepamatovala.

4.1.7 Medicínský management:

Ordinovaná vyšetření: KO, JT, MMSE, pozorování pacientky.

Výsledky: Krevní testy v normě, jaterní testy také.

Pozorování: Orientovaná osobou, občas časem, místem nikoli. Při vyšetření spolupracovala, spontánně mluvící, na dotaz odpoví, na žádost vyhoví. V klinickém obraze dominují poruchy paměti a vypadávání slov.

MMSE: Výsledek kognitivního testu byl 17 bodů. Tato hodnota poukazuje na projevy demence mírného až středního stupně. Dominuje postižení krátkodobé paměti a orientace v čase (neví jaké je datum, rok, měsíc ani den v týdnu).

Konzervativní léčba:

Dieta: číslo 3 – racionální

Pohybový režim: volný

RHB: chůze

Medikamentózní léčba:

- Per os:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Ketilept	Tbl.	25mg	1-0-0-3	Antipsychotikum
Oxazepam	Tbl.	10mg	1 dle potřeby	Anxiolytikum
Helicid	Tbl.	20mg	1-0-1	Antiulcerózní látka
Citalec	Tbl.	10mg	1-0-0	Antidepresivum
Haloperidol	Tbl.	20mg	0-0-0-5	Antipsychotikum
Aricept	Tbl.	10mg	0-0-1	Inhibitor acetylcholinesterázy

4.1.8 Situační analýza:

Pacientka ve věku 81 let přijata do Alzheimercentra pro zhoršování kognitivních funkcí a zmatenost. K poruchám paměti začalo docházet po smrti manžela, kdy nechtěla už vycházet z domu, nenavštěvovala své děti. Dávala si jeho smrt za vinu. Postupně začala ztrácet orientaci v čase a prostoru. Pacientka jindy vždy byla důsledná na pořádek, ale při nástupu onemocnění přestala dbát o domácnost a o sebe. Pacientka si není schopna zapamatovat nové informace, na otázky odpovídá s latencí. Staré vzpomínky si vybavuje, ale neříká všechny věci správně. U pacientky se objevuje mírně agresivní povaha, kdy se dokáže rozčilit, když se jí něco nelíbí. Střídání nálad není časté. Pacientka chodí často po chodbě a hledá východ. Komunikace je velmi omezená,

často odpovídá zmateně a neadekvátně. Někdy takzvaný „slovní salát“. Odpověď je „ano“ či „ne“. Pacientka je přes den aktivní, chodí po chodbách a hledá, kudy by se z centra odešla. V noci usíná dobře s medikací, někdy se probouzí již okolo čtvrté hodiny a vyjde z pokoje, protože hledá toaletu. Pacientka jí sama lžící, občas je nutné jí připomenout, že má jíst, popřípadě ukázat a dát první sousto do úst. Jí všechno, není vybíravá, občas od jídla odbíhá. Tekutiny jí musí být nabízeny a musí se jí připomínat, že je potřeba pít. Pacientka má problémy s oblékáním, je potřeba jí oblečení připravit. Neví, jak se obléká triko, kalhoty je schopna si obléct na ruce a opačně. Klientku navštěvuje rodina, ale velmi nepravidelně, rodinu pozná, zvláště dceru. Reaguje na ně dobře.

5. Stanovení sesterských diagnóz

Po rozhovoru s pacientkou, její dcerou a dále na základě její dokumentace po zhodnocení jejího stavu stanovují následující ošetrovatelské diagnózy za pomoci Kapesního průvodce zdravotní sestry.

Aktuální diagnózy seřazené dle priority

1. Neschopnost nalézt toaletu z důvodu alterace kognitivních funkcí, projevující se funkční inkontinencí.
2. Poruchy paměti z důvodu patologických změn v mozku, projevující se zapomnětlivostí.
3. Chronická zmatenost z důvodu organické poruchy projevující se poruchami společenské přizpůsobivosti.
4. Porucha verbální komunikace z důvodu organické poruchy mozku při základním onemocnění projevující se sníženou nebo vymizelou schopností se dorozumět.
5. Porucha sociální interakce z důvodu organické poruchy projevující se nedostatečnou přizpůsobivostí a poruchami vztahů.
6. Deficit sebeděče při jídle, z důvodu alterace kognitivních funkcí projevující se zhoršenou schopností se najíst nebo dojíst celou porci.
7. Deficit sebeděče při koupání a hygieně, z důvodu alterace kognitivních funkcí, projevující se poruchou schopnosti provádět nebo dokončit osobní hygienu a samostatně se vykoupat.
8. Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku, z důvodu alterace kognitivních funkcí, projevující se poruchou schopnosti obléci se nebo dokončit oblékání a úpravu zevnějšku.
9. Porucha spánku z důvodu základního onemocnění, projevující se poruchou délky a kvality spánku.
10. Podávání léků pod dohledem zdravotní sestry z důvodu alterace kognitivních funkcí a základního onemocnění projevující se neschopností dodržovat léčebný režim.

Potencionální diagnózy

1. Riziko pádu a zranění z důvodu základního onemocnění, zhoršení mobility a jemné motoriky.
2. Riziko osamělosti z důvodu poruchy sociální interakce.

5.1 Rozepsané ošetřovatelské diagnózy

Alzheimerova nemoc, jak již bylo zmíněno a jak vyplývá ze stanovených ošetřovatelských diagnóz je onemocnění zasahující do všech rovin lidského života. Z tohoto důvodu jsou zde uvedeny vypracované pouze čtyři aktuální ošetřovatelské diagnózy seřazené podle priority pro pacientku.

1. Sesterská diagnóza aktuální:

Neschopnost nalézt toaletu - z důvodu alterace kognitivních funkcí, projevující se funkční inkontinencí moče.

Cíl:

- **Krátkodobý** – Pacientka se naučí, kde se přesně toaleta nachází. Močení se jí bude připomínat – do 5 dnů.
- **Dlouhodobý** - Bude chodit vícekrát na toaletu a ve vhodnou dobu. Nebude muset používat pleny – do 7 dnů.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka najde toaletu dle značení – 4 dny
- Stihne dojít na toaletu včas – do 3 dnů
- Pacientka chodí močit v pravidelných intervalech á 2hodiny – 4 dny
- Pacientka nepotřebuje pleny – do 5 dnů

Plán intervencí:

- 1. Určete poměr mezi dobou, než pacient dojde na toaletu/uvolní oděv – sestra ve službě, do dvou dnů.

- 2. Vezměte v úvahu onemocnění a užívané léky – primární sestra, denně.
- 3. Věnujte pozornost podmínkám prostředí, které mohou bránit včasnému dosažení záchodu a jeho úspěšnému použití (špatné osvětlení, neexistence madel, neznámé prostředí) – sestra ve službě, denně.
- 4. Změřte/odhadněte množství moči, vymočené nebo uniklé v rámci inkontinence – sestra ve službě, denně.
- 5. Zvolte oblečení, které lze rychle svléknout (suché zipy, kalhoty na gumu) – sestra ve službě, denně.
- 6. Ponechte přes noc rozsvícená světla na cestě k toaletě – sestra ve službě, denně.
- 7. Naplánujte močení každé 3 hodiny, aby se předešlo nadměrnému naplnění měchýře – sestra ve službě, denně.
- 7. Před spaním 2 – 3 hodiny už nepodávejte žádné tekutiny – sestra ve službě, denně.

Realizace:

1. den – Pozorovala jsem pacientku, jak zvládá potřebu na toaletu, jak najde toaletu a jak zvládá svléknutí.

1. den – Odhadla jsem množství uniklé moči při inkontinenci.

1. den – Vybrala jsem pacientce vhodné oblečení pro rychlé svléknutí na toaletě.

1-3. den – Ukázala jsem pacientce jaké označení je pro toaletu a kde ho najde. Když chodila na toaletu, znovu jsem jí označení připomínala. Ukázala jsem jí označení i na obrázku. Popisovala mi co na obrázku je.

1-3. den – Ptala jsem se pacientky každé tři hodiny, zda nemá potřebu na močení. Opakovali jsme si označení toalety. Sledovala jsem, jak moc jí dělá problém svléknout se.

1-6. den – Pacientce jsem připomínala potřebu na toaletu. Když zabloudila, znovu jsme si vše zopakovali.

Hodnocení: Cíl byl splněn částečně. Pacientka ví kde je toaletu, ale interval mezi močením se jí musí připomínat. Aby nedocházela k úniku moči. Při pravidelném opakování a připomenutí na toaletu pacientka bude schopna se sama orientovat. Nadále trvají intervence číslo 3., 4., 5., 6., 7.

2. Sesterská diagnóza aktuální

Poruchy paměti - z důvodu patologických změn v mozku, projevující se zapomnětlivostí.

Cíl:

- **Krátkodobý** - Pacientka si uvědomí problémy s pamětí. Společně s pacientkou vytvoříme metody na pomoc zapamatování si nejdůležitějších věcí – do 7 dnů.
- **Dlouhodobý** - Budeme akceptovat omezení, v důsledku zdravotního stavu – do 3 dnů.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka si bude pamatovat základní věci související s její osobou – do 7 dnů.
- Udržení dosavadního výsledku MMSE nebo zlepšení nejméně o dva až pět bodů – do měsíce.

Plán intervencí:

- 1. Asistujte při testování kognitivních schopností – primární sestra, do tří dnů.
- 2. Zhodnoťte stupeň dovedností včetně schopnosti pečovat o sebe – sestra ve službě, denně.
- 3. Zaveďte vhodné techniky trénování paměti (pomocí kalendáře, psaní seznamů, hry) – sestra ve službě, denně.
- 4. Sledujte chování pacientky – sestra ve službě, denně.
- 5. Přizpůsobte edukační metody a intervence funkčnímu stavu pacienta – sestra ve službě, denně.
- 6. Pomozte pacientce zvládat funkční omezení (nalézt zdroje uspokojení svých potřeb a dosažení maximální možné nezávislosti) - sestra ve službě, denně.

Realizace:

1. den – S pacientkou jsem prováděla testování kognitivních funkcí – MMSE. Výsledek byl 17 bodů.
1. den – S pacientkou jsem prováděla trénování paměti pro získání informací o stavu paměti, co si ještě vybavuje.

1-5. den – Při rozhovoru s pacientkou, jsem pozorovala míru soustředěnosti, komunikaci a zda udrží oční kontakt. Zda netrpí halucinacemi.

1-5. den – Každý den jsem se pacientky ptala na to jaký je den, rok, kde se nachází a jak se jmenuje. Při špatné odpovědi jsme si vše zopakovali. Společně jsme připravovali její oblečení a v pokoji si ukazovali, co jí patří.

1-6. den – S pacientkou jsem mluvila pomalu a srozumitelně. Vždy jsem jí vše pečlivě zopakovala a vysvětlila.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Pacientka by potřebovala více podnětů na pokoji k zapamatování si určitých dat. Důležité je pacientku edukovat, o důležitosti tréninků paměti, že se jich musí zúčastňovat. Pacientka ví, jak se jmenuje a kdy se narodila, ale další věci ze všedního života jí je potřeba připomínat a procvičovat si je. Nadále je potřeba pokračovat v intervencích číslo 3., 4., 5., 6.

3.Sesterská diagnóza aktuální

Chronická zmatenost - z důvodu organické poruchy projevující se poruchami společenské přizpůsobivosti.

Cíl:

- **Krátkodobý** - Pacientka se zapojí do péče a léčby tak, aby bylo možno situaci účinně zvládnout – do 7 dnů.
- **Dlouhodobý** - Pacientka se bude snažit pochopit svou nemoc a bude se snažit zachovat si paměť, co nejdéle, aby byla co nejméně závislá na pomoci druhých – do 7-14dnů.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka je schopna rozumět sdělenému a zúčastňuje se komunikace – do 7 dnů.
- Pacientka je povzbuzována, aby vyprávěla o své minulosti, co měla ráda a jak žila – do 4 dnů.
- Pacientka bude klidná a v rámci stavu orientována – do 5 dnů.

Plán intervencí:

- 1. Posuďte výsledky diagnostických vyšetření (paměti, orientace, udržení pozornosti) – primární sestra, do dvou dnů.
- 2. Posuďte schopnost rozumět sdělenému a účinně komunikovat – sestra ve službě, do dvou dnů.
- 3. Povšimněte si zhoršení/změn v osobní hygieně a chování – sestra ve službě, do 3 dnů.
- 4. Promluvte s blízkými osobami pacientky o jejím dřívějším chování – primární sestra, do 7 dnů.
- 5. Určete hladinu úzkosti v souvislosti se situací – sestra ve službě, do tří dnů.
- 6. Zajistěte klidné prostředí bez nadměrné stimulace – sestra ve službě, denně.
- 7. Vyhněte se vyvolání nelogického myšlení, protože může vést k obranné reakci – sestra ve službě, denně.
- 8. Udržujte orientaci v realitě (hodiny, kalendář, osobní předměty) – sestra ve službě, denně.
- 9. Dbejte na bezpečnost (pečlivý dohled) – sestra ve službě, denně.

Realizace:

1. den – Posoudila jsem u pacientky schopnost rozumět sdělenému a komunikaci.
- 1-3. den – Všimla jsem si změn v osobní hygieně a chování.
- 1-4. den – Zjišťovala jsem hladinu úzkosti v souvislosti v různých situacích.
- 1-5. den - Zajistila jsem pacientce klidné prostředí a bezpečnost při konverzaci.
- 1-6.den – Zajišťovala jsem, aby pacientka byla stále udržována v realitě.
Opakovaně jsem se pacientky vyptávala jaký je dnes den, rok a kde se nachází.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo částečně. Pacientka se snaží komunikovat a spolupracovat. Ale dělá jí problém vzpomenout si na některé věci z reality. Proto je důležité nadále pacientku povzbuzovat a motivovat k neustálé činnosti. Na základě zjištěných změn v chování a v osobní hygieně byly provedeny potřebné intervence a byl naplánován další postup. Dále budeme pokračovat v intervencích číslo 2., 6., 8., 9.

4. Sesterská diagnóza aktuální

Porucha verbální komunikace - z důvodu organické poruchy mozku při základním onemocnění projevující se sníženou nebo vymizelou schopností se dorozumět.

Cíl:

- **Krátkodobý** - Pacientka bude schopna slovně vyjádřit nebo naznačit obtíže s komunikací – do 7dnů.
- **Dlouhodobý** - U pacientky bude zavedena metoda komunikace, umožňující vyjádřit potřeby – do 7 dnů.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka bude dobře reagovat na komunikaci a bude správně interpretovat sdělení – do 7 dnů.
- Pacientka udrží pozornost – do 4 dnů.
- Pacientka bude schopna slovně vyjádřit, co by chtěla a co ne – do 4 dnů.
- Pacientka bude udržována v realitě pro rozvíjení lepší komunikace – do 5 dnů.

Plán intervencí:

- 1. Povšimněte si, zda je afázie sensorická či převodová – primární sestra
- 2. Zhodnoťte stupeň postižení – primární sestra, do dvou dnů.
- 3. Posuďte faktory prostředí, které mohou mít vliv na schopnost komunikace – sestra ve službě, denně.
- 4. Zjistěte schopnost pacientky číst a psát – sestra ve službě, do dvou dnů.
- 5. Vytvořte vztah s pacientkou, pečlivě jí naslouchejte a pozorně sledujte verbální i neverbální vyjádření – sestra ve službě, do 7 dnů.
- 6. Udržujte oční kontakt, nejlépe v úrovni pacientky – sestra ve službě, denně.
- 7. Jednejte s pacientkou klidně a vlídně – sestra ve službě, denně.
- 8. Vždy jí dejte dostatek času na odpověď – sestra ve službě, denně.
- 9. Zajistěte pacientce trénink paměti pro znovuzískání ztracených slov – sestra ve službě, denně.

Realizace:

1. den – Při rozhovoru s pacientkou jsme si všímali, jak udrží pozornost, oční kontakt a jak je pacientka orientována.

1-3. den – Dále jsme si všímali, zda netrpí halucinacemi, zda je schopna se soustředit. Pokládala jsme jí otázky s uzavřenou odpovědí ano či ne.

1-5. den – S pacientkou jsme prováděli každý den trénink paměti, pro znovuzískání ztracených slov. Zjišťovali jsme schopnost pacientky číst a psát pomocí knížek, které jsme jí předkládali, aby mi z nich kousek přečetla. Dále jsme před pacientku položili tužku a papír a požádali jsme jí, zda by mohla napsat své celé jméno.

1-6. den – S pacientkou jsme mluvili vlídně a vstříčně. Nechávali jsme jí dostatek času pro odpověď.

1-8. den – U pacientky jsme pozorovali verbální i neverbální projevy komunikace. Zajistili jsme klidné prostředí a bezpečnost pacientky při aktivitách. Každý den jsme jí připomínali jaký je den, rok, měsíc a roční období. Pacientka byla neustále udržována v realitě.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Pacientka dobře reagovala na komunikaci a snažila semnou vést dialog. Pacientka udržovala pozornost. Občas nechápala, co po ní žádám. Při nepochopení jsme si znovu vše vysvětlili a opakovali jsme si to. Úroveň psaní a čtení u pacientky je ještě zachována, proto je vhodné pacientku motivovat ke čtení každý den. Důležité je pokračovat v intervencích číslo 3., 5., 6., 7., 8., 9.

5.2 Celkové hodnocení

Celkový zdravotní stav pacientky by se dal zhodnotit takto: pacientka má problém oblasti krátkodobé paměti, kdy si nepamatuje, co se stalo před určitou dobou. V oblasti trénování paměti je pacientka ochotná, ale jen když ona sama chce a když nechodí neustále po chodbách. Do aktivit se zapojuje, jen když jí motivujeme tím, že jí všechno vysvětlíme a ukážeme. Proto je důležité, věnovat pozornost dalšímu trénování paměti a zapojování pacientky do aktivit. Problém s inkontinencí

se díky intervencím zlepšil, ale je kladen důraz na stálé připomínání. Pacientka se naučila, kde je toaleta a nebloudí po chodbách, k inkontinenci dojde jen výjimečně. Ranní hygienu zvládá jen s menší pomocí druhé osoby, která jí nasměruje, co se vše ráno dělá. Dále už provádí vše sama. Je jen nutný dohled. Při oblékání je také nutná dopomoc, oblečení s pacientkou jsme vybírali společně, oblékala se už sama. Znovu je nutný dohled. Pacientka přes den chodí po chodbě, nespává. V noci spí dobře, výjimečně se vzbudí okolo páté hodiny ranní a to vyjde z pokoje, protože hledá toaletu, když není rozsvíceno v koupelně. Jinak spí klidně celou noc. Potřeba je dohled nad pitným režimem, pacientka vypije za den kolem 1500ml, ale nepocítuje potřebu pít. Tekutiny jí jsou nabízeny. Někdy si o pití řekne, jindy když se před ní postaví hrneček, napije se sama. Pacientka se stravuje dobře, jí sama lžící, strava se jí podává krájená, pro lepší stravitelnost, většinou sní vše. Pacientka se někdy projevuje agresí vůči jiným pacientům a vůči zdravotnickému personálu jen tehdy, když po ní něco chtějí, co ona nechce. Většinou je jen slovně agresivní. Realizace ošetrovatelského procesu je vedena ve dne, vzhledem k charakteru onemocnění.

5.3 Doporučení pro praxi

Ošetrovatelská péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou je velmi náročná jak fyzicky tak i psychicky, proto je kladen důraz, aby péče byla efektivní a měla by mít komplexní charakter. V praxi to znamená zapojení všech složek účastnících se ošetrovatelské péče. To znamená propojení léčby farmakologické, psychoterapeutické a rehabilitační. Měli bychom mít na paměti, že léčbu a podporu potřebuje i pečující osoba, nebo rodina, na kterou je kladen velký nápor, z hlediska péče o nemocného. Nemoc hlavně v posledních stádiích klade velké nároky, právě na pacientovo okolí jak z psychického tak i fyzického hlediska.

Velkým přínosem by bylo pro rodiny, které se starají o takto nemocného člověka, kdyby byly pod odborným dohledem jak z hlediska ošetrovatelského tak lékařského. V této oblasti má velký význam Česká alzheimerovská společnost, která napomáhá rodinám pečujících o nemocného s demencí různými programy. Samozřejmě na trhu

jsou dostupné různé brožurky, rady a pravidla jak pečovat o takto nemocné. Další velmi pomocnou rukou v tomto pečování jsou denní stacionáře či domovy s pečovatelskou službou, kteří se o nemocné starají, když rodina chodí do zaměstnání a nemá přes den čas pečovat. Důležité jsou samozřejmě také poradny, kde mohou psát rodiny své zkušenosti a tím dochází k předávání si informací a poznatků v péči o nemocné s demencí. Když už péči o nemocného rodina nezvládne, přichází na řadu domovy pro seniory nebo specializovaná centra pro nemocné s Alzheimerovou demencí. Tato centra mají proškolený personál jak zdravotnický tak i ošetrovatelský, kdy jsou seznámeni, jaká má být péče o tyto pacienty na co se zaměřit.

Proto je nedílnou součástí tohoto povolání i neustálé prohlubování znalostí a absolvování pravidelných školení a seminářů, které jsou zaměřeny právě na vzdělání pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách, kteří jsou s nemocnými v neustálém kontaktu.

ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou chorobou bylo cílem přiblížit péči o klienta s tímto onemocněním. Péče o klienta s touto chorobou je velmi náročná jak psychicky tak i fyzicky, proto je důležité mít dostatek informací v péči o člověka s Alzheimerovou chorobou. Zpracováním ošetrovatelského procesu jasně vyplynulo, že ošetřování nemocných s demencí, zahrnuje komplexní ošetření. Jak z hlediska lékařského, tak z hlediska ošetrovatelského, který je podle mě nejdůležitější. Alzheimerova choroba je nevléčitelné onemocnění, proto farmakologickou léčbou jen zpomalíme příznaky, ale druhotné změny, které se dějí s celou osobností nemocného, musíme řešit hned a pravidelně opakovat to co už pro nemocného s demencí není jako každodenní rutina (například ranní hygiena, oblékání).

Alzheimerova choroba není už nemoc jen pacienta, ale celé jeho rodiny. Najednou se naše babička či maminka nedokáže o sebe postarat a co teď. Spousta rodin si proto pokládá otázku, co budeme teď dělat, může se to ještě zhoršit? Proto je důležité co nejdříve takto nemocného člověka dovést na potřebná vyšetření, aby rodina byla srozuměna s jeho zdravotním stavem. Díky tomuto je důležitá informovanost rodiny, jak se člověk s touto nemocí chová, na co dát v domácnosti pozor.

Péče o pacienta s Alzheimerovou je velmi náročná na čas a také po finanční stránce. Mnohdy už nezbyvá rodinám než svého rodinného příslušníka umístit do domova seniorů nebo do specializovaného centra. Spousta rodin potom řeší otázku, jestli udělali dobře. Důležité je když už je pacient v nějakém domově či centru, aby pečovatel, který dostane na starost vašeho příbuzného, aby vyvíjel snahu o komplexní péči. Aby byla dodržena důstojnost, spokojenost a co možná největší samostatnost nemocného. Snažit se nemocného chránit před strachem, studem a úzkostí. Důležité je, aby si pečovatel s nemocným vytvořil vztah založený na důvěře a trpělivosti. Proto by měl být ošetrovatelský personál co nejvíce vzděláván a školen v této oblasti, aby poskytoval kvalitní péči šitou pacientovi na míru.

Z mé zkušenosti z praxe je evidentní, že pro rodiny kdy se obětí této nemoci stane člověk mladší 65 let je dost traumatické a bolestivé. Mnohdy jsou to muži, kteří celý život byli na vedoucích pozicích své firmy. Ženy nejsou výjimkou. Najednou rodina přijde o hlavu rodiny. Proto je důležité reagovat na jakoukoli změnu v chování vaší blízké osoby, nic se v životě neděje jen z ničeho nic. Měli bychom být pozorní a všimnout si věcí okolo sebe.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) DOENGES, E. M. a kol. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8
- 2) BUIJSEEN, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Z angl. přel. Kašparovská Hana. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.
- 3) FRANKOVÁ, V. *Alzheimerova choroba*. Vademecum zdraví, 2010. ISSN 1802-3959.
- 4) HOLMEROVÁ, I. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4
- 5) HOLMEROVÁ, I. a kol. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009. ISBN 978-80-86541-26-6
- 6) HOLMEROVÁ, I. a kol. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2010. ISBN 978-80-86541-30-3
- 7) HÖSCHL, C. a kol. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-025-8
- 8) JIRÁK, R. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6
- 9) KALVACH, Z. aj. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- 10) KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-149-4
- 11) KOUKOLÍK, J.; JIRÁK, R., *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
- 12) MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- 13) PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5
- 14) PFIZER s.r.o., *Alzheimerova nemoc v rodině*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-96-9.

- 15) RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. et. al. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-586-4.
- 16) REKTOROVÁ, I. et. al. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7387-017-1.
- 17) RŮŽIČKA, E. et. al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.
- 18) SCHULER, M. a kol. *Geriatric pro sestry od A do Z*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4
- 19) ZACHARIASOVÁ, S. *Diagnóza Alzheimer: Helmut Zacharias: reportáž*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-218-8.
- 20) ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Internetové zdroje:

- 1) ALZHEIMERCENTRUM. 2013. Bazální stimulace [fotografie]. Alzheimer Centrum [online]. [cit. 2013-15-03]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace>
- 2) ALZHEIMERCENTRUM. 2013. Obrázek testu hodin.[online]. [cit. 2013-15-03]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poradna/testy/testy-hodin/>
- 3) ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. 2013. Na pomoc občanům postiženým demencí [online]. [cit. 2013-15-03]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/obecne-zasady-pece>
- 4) ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. 2013. ČALS [online]. [cit. 2013-15-03]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>
- 5) IILEFFE, Steve. Professor of Primary Care for Older People, University College London and Professor Jenny Rusted, Professor of Experimental Psychology, University of Sussex, [online]. Duben 2011[cit. 2013-15-03]. Dostupné na internetových stránkách: <http://alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=100>
- 6) MEDICÍNA. Odborné fórum lékařů a farmaceutů. Délka přežívání při demencích. 8, 6, 11-12. ISSN neuvedeno Dostupné z: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0601/med0601.html>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Prohlášení o sběru informací k vytvoření bakalářské práce	I.
Příloha B – Mini-Mental State Examination (MMSE).....	II.
Příloha C – Obrázek testu hodin.....	III.
Příloha D – Desatero: základní rady a pravidla při pečování o vaše blízké.....	IV.
Příloha E – Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou.....	V.
Příloha F – Fotografie Bazální stimulace.....	VI.

Příloha A – Prohlášení o sběru informací k vytvoření bakalářské práce

Prohlašuji, že jsem veškeré informace a podklady použité ke zpracování bakalářské práce, čerpala v rámci studia a odborné praxe.

Dne...29.3.2013.....

.....

podpis

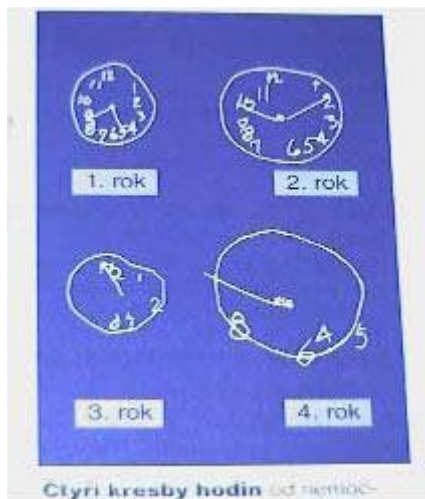
Příloha B – Mini-Mental State Examination (MMSE)

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.s kóre:
<p>1.Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek.</p> <p>Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2.Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta- například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakoval.</p> <p>Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	<p>3</p>
<p>3.Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě.</p> <p>Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	<p>5</p>
<p>4.Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	<p>3</p>
<p>5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti:</p> <p>(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale 	<p>2</p> <p>1</p>

<p>- Jestliže - Kdyby</p> <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky,<i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl)</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a průtnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div data-bbox="603 801 965 929" data-label="Image"> </div>	<p>1 1 1 1</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha</p> <p>11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha</p> <p>21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha</p> <p>24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Příloha C – Obrázek testu hodin



Zdroj: (ALZHEIMER CENTRUM, 2013).

Příloha D – Desatero: základní pravidla a rady při pečování o vaše blízké

10 RAD NA POMOC TĚM, KTEŘÍ PEČUJÍ O PACIENTY POSTIŽENÉ ALZHEIMEROVOU CHOROBOU ČI JINOU DEMENCÍ

1. Diagnózu potřebujete co nejdříve

Symptomy Alzheimerovy nemoci se projevují postupně a pokud je člověk fyzicky zdravý, podivné chování je možné snadno přehlédnout. Až budete vědět, o co se jedná, budete lépe zvládat současný stav a také mít možnost připravovat se na budoucnost.

2. Zajistěte si pomoc

Zjistěte si možné zdroje pomoci a služby, které jsou ve Vašem bydlišti dostupné. Je to ve Vašem vlastním zájmu i v zájmu člověka, o kterého pečujete.

3. Informujte se, jak nemocné ošetřovat

Postupy a rady jak ošetřovat nemocné poskytované Českou Alzheimerovskou společností Vám pomohou lépe chápat výkyvy v chování a změny osobnosti, které často tuto nemoc doprovázejí.

4. Neodmítejte pomoc

Pokud budete chtít všechno zvládat sama/sám, rychle se vyčerpáte. Opora rodiny a přátel Vám může mnohé ulehčit.

5. Nezapomínejte na sebe

Ošetřující se často zcela obětují péči o nemocné a pak zapomínají na sebe a zanedbávají své vlastní potřeby. Nezapomínejte na správnou výživu, pohyb a dostatek odpočinku.

6. Nepodléhejte stresu

Stres může způsobit zdravotní problémy (nestabilitu v prostoru, zažívací potíže, bolesti krční páteře, vysoký krevní tlak) a změny v chování

(vznětlivost, špatné soustředění, ztráta chuti k jídlu). Pamatujte, že i Vy potřebujete odpočívat.

7. Přijímejte změny

Lidé s Alzheimerovou nemocí se mění. Zároveň se mění i jejich potřeby. Často potřebují péči, kterou jim doma zajistit nemůžete. Podrobně sledujte všechny možnosti další péče, která se ve Vašem okolí nabízí. Až ji bude pacient potřebovat, usnadní Vám to správný výběr.

8. Zvažte situaci i z hlediska finančního a právního

Je-li to možné a vhodné, udělejte si společně s nemocným i se členy jeho rodiny představu o tom, jak budete postupovat v budoucnu.

9. Buďte realisté

V současné době již existují léky, které mohou zpomalit rozvoj Alzheimerovy choroby. Nedokáží ji však vyléčit a nemoc bude přes veškerou terapii postupovat. Nebraňte se zármutku, který Vám tato ztráta přináší, ale také se radujte z pozitivních chvil a pěkných vzpomínek.

10. Važte si sami sebe a neobviňujte se

Člověk, o kterého pečujete, potřebuje pomoc. Vy mu ji poskytnete. Za to si můžete sami sebe vážit. Kdyby Vám Váš blízký mohl poděkovat, určitě by to udělal.

Tyto informace jsou čerpány z listů České Alzheimerovské společnosti (ČALS).

Zdroj: (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2013).

Příloha E – Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou

**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.

Zdroj: (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2013).

Příloha F – Fotografie - Bazální stimulace



Zdroj: (ALZHEIMER CENTRUM, 2013).