

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

Kateřina Černá, DiS.

Praha 2014

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

Kateřina Černá, DiS.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Markéta Malá

Praha 2014



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

Černá Kateřina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

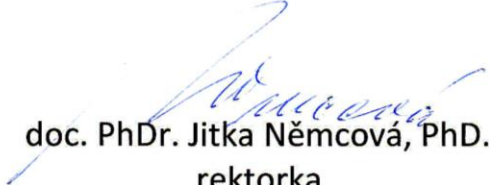
Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou Chorobou

Pflegeprozess bei einem Patienten mit Alzheimer-Krankheit

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Markéta Malá

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 03. 2014

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce MUDr. Markétě Malé za cenné rady, konzultace a připomínky při tvorbě této práce. Dále také rodině za podporu a pomoc při formálních úpravách mé práce.

ABSTRAKT

ČERNÁ, Kateřina. *Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce MUDr. Markéta Malá. Praha 2014. 52s.

Hlavním tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Teoretická část se zabývá epidemiologií, teoretickými poznatky onemocnění, hlavními rizikovými faktory, diagnostikou a léčbou onemocnění. Druhá část práce tvoří ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou, charakteristiku ošetrovatelského procesu, stanovení ošetrovatelských diagnóz, plánování, intervence, realizace, vyhodnocení a celkové zhodnocení ošetrovatelské péče.

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba. Demence. Ošetrovatelský proces. Pacient.

ABSTRAKT

ČERNÁ, Kateřina. Pflege für Patienten mit Alzheimer-Krankheit. Krankenpflegehochschule. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc). Supervisor - MUDr. Markéta Malá. Prag 2014. 52p.

Das Hauptziel der Arbeit ist eine Beschreibung der umfassenden Pflege für Patienten mit der Alzheimer-Krankheit. Der theoretische Teil befasst sich mit der Epidemiologie, den theoretischen Kenntnissen über die Krankheit, den wichtigsten Risikofaktoren, der Diagnose und Behandlung dieser Krankheit. Der zweite Teil Arbeit besteht aus Pflegeprozess bei Patienten mit der Alzheimer-Krankheit, eine Charakterisierung des Pflegeprozesses, die Festlegung der Pflegediagnosen, Planung, Intervention, Durchführung, Auswertung und Gesamtauswertung der Pflege.

Schlüsselwörter

Alzheimer-Krankheit. Demenz. Pflegeprozess . Patient.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD	11
1 EPIDEMIOLOGIE	12
2 ETIOPATOGENEZE	13
3 KLINICKÝ OBRAZ	15
4 SYMPTOMATOLOGIE	16
4.1 KOGNITIVNÍ PORUCHY	16
4.2 NEKOGNITIVNÍ PORUCHY.....	17
5 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA	18
6 DIAGNOSTIKA	19
7 STÁDIA VÝVOJE ALZHEIMEROVI NEMOCI	20
7.1 LEHKÁ DEMENCE.....	20
7.2 STŘEDNÍ STÁDIUM DEMENCE.....	20
7.3 TĚŽKÉ STÁDIUM DEMENCE.....	20
8 LÉČBA	22
8.1 FARMAKOTERAPIE.....	22
8.1.1 KOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE	22
8.1.2 NEKOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE	23
8.1.3 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	24
9 RADY PRO RODINNÉ PEČOVATELE	25
9.1 KAM SE OBRÁTIT.....	25
9.2 JAKÝM ZPŮSOBEM SE MŮŽEME DO PÉČE ZAPOJIT	25
9.3 PÉČE NA PLNÝ ÚVAZEK	26
9.4 MÁM SE VZDÁT SVÉ PRÁCE?	27
9.5 PRÁCE NA DVĚ SMĚNY?	28
9.6 JAK SE ZAPOJIT DO LÉČBY?.....	28
9.7 JAK TO SDĚLIT NEMOCNÉMU?	30
9.8 KOMUNIKACE S NEMOCNÝM.....	31
9.9 USPOŘÁDÁNÍ KAŽDODENÍHO ŽIVOTA, JAK NEMOCNÉMU POMOCT?.....	32
9.10 JAK ZAJISTIT NEMOCNÉMU BEZPEČNÝ DOMOV?.....	32
9.11 VHODNÉ ČINNOSTI	33
9.12 VZTAH MEZI VÁMI A NEMOCNÝM	33
9.13 JAK SPRAVOVAT FINANCE NEMOCNÉHO?	34
10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	36
10.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	36
10.2 VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘÍJMU	36
10.3 ANAMNÉZA	37
10.4 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 18.10. 2013	38
10.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	43
10.6 SITUAČNÍ ANALÝZA	44
11 AKTUÁLNÍ DIAGNÓZY	45

12 POTENCIÁLNÍ DIAGNÓZY.....	45
12.1 CELKOVÉ HODNOCENÍ.....	50
12.2 DOPORUČENÍ PRO RODINU.....	50
ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body mass index, výpočet tělesné hmotnosti
D	Dech
GSC	Glasgow Coma Scale, posouzení stavu vědomí
MMSE	Mini - Mental State Examination, krátký test kognitivních funkcí
P	Puls
RHB	Rehabilitace
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
UPT	Umělé přerušování těhotenství

ÚVOD

Alzheimerova nemoc je primární degenerativní (mající znaky úpadku, chátrání) choroba postihující mozek, projevující se demencí (duševní nemoc, která se projevuje oslabením rozumových schopností v důsledku degenerativních přeměn v mozkové tkáni). Tato nemoc je nejčastější příčina vzniku demence a patří mezi onemocnění, které viditelně zatěžují ekonomický stav rodiny nemocného a také pokladnu státu. V důsledku je tato choroba jednou z nejčastějších příčin úmrtí (dle statistiky západní Evropy je to 4. - 5. nejčastější primární příčina úmrtí). Četnější vznik Alzheimerovi nemoci je z malé části podmíněn také dědičností.

Cílem bakalářské práce je přiblížit toto onemocnění neodborné veřejnosti a zjistit, zda je možné pečovat o nemocného v domácím prostředí a jaké musí být vytvořené podmínky pro tuto péči. Je možné pečovat o nemocného v domácím prostředí? Musím opustit zaměstnání v případě rozhodnutí starat se o nemocného v domácím prostředí? Je časově náročná péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou? Toto jsou otázky, na které se budu snažit ve své práci odpovědět.

Alzheimerova nemoc má více forem dělení. Presenilní formu – s časným začátkem (příznaky se projevují do 65 let života) a s častějším výskytem je senilní forma – s pozdním začátkem (příznaky se projeví po 65 roku života). U této choroby můžeme hledat i formu familiární (onemocní více pokrevně blízkých příbuzných), je to velice vzácná forma nemoci. Máme také sporadickou formu bez familiárního výskytu a tato forma se vyskytuje velice často.

V současné době není léčba, ani žádná prevence, která by zabraňovala vzniku onemocnění, ale lékaři umí definovat (přesně určit) příznaky nemoci, popsat její nástup a prognózu. Čím dříve se toto onemocnění začne léčit, tím je větší šance na zmírnění příznaků a stabilizování (ustálení) nemoci.

Hlavním cílem je zachytit co nejvíce případů s tímto onemocněním v prvopočátku, tím můžeme zajistit nemocnému větší šanci na úspěch.

1 EPIDEMIOLOGIE

(obor lékařství zabývající se příčinami vzniku a šíření nemocí hromadného výskytu)

Dle většiny statistik představuje Alzheimerova demence ve své čisté formě přibližně 50 % všech demencí. Z celé populace trpí touto demencí 0,7 – 1 % obyvatel ve věku 65 let. Máme také další demence, smíšené alzheimerovské a vaskulární (cévní), které tvoří dalších 10 - 20 % nemocných.

Počet nemocných s Alzheimerovou demencí se za méně než pět let zdvojnásobil. U této choroby je velice důležitý věk, který úzce souvisí s výskytem a průběhem onemocnění.

Alzheimerova nemoc končí smrtí, je to jedna ze základních příčin konce života. Tato choroba představuje velikou komplikaci pro normální život, velice ovlivňuje kvalitu života samotných nemocných, ale především nejbližší rodiny a osob, které se o nemocného starají (KALVACH 2004).

V dnešní době tato nemoc není léčitelná, ale dá se zabránit tomu, aby tato demence došla do těžkého stádia. Stále se však vylepšují léčebné postupy, u kterých se předpokládá, že by v budoucnu mohly tuto demenci vyléčit, nebo alespoň zastavit další zhoršení stavu u nemocného Alzheimerovou nemocí.

Vzhledem k tomu, že populace lidí stárne, je Alzheimerova nemoc velkým problémem, můžeme o ní mluvit také jako o tiché epidemii (časem a místem ohraničený výskyt nemoci).

V naší republice neexistují spolehlivé statistiky prevalence a incidence Alzheimerovi nemoci, choroba je chybně stále ještě málo diagnostikována (nejčastější je záměna za vaskulární demenci), je prováděno málo autopsií, které by diagnózu ověřily (RŮŽIČKA, 2003, s. 64).

2 ETIOPATOGENEZE

(soubor příčin a mechanismů vedoucí ke vzniku onemocnění)

Alzheimerova choroba stejně jako ostatní demence jsou neurodegenerativního původu (nemoc způsobena předčasným zánikem nebo úpadkem schopnosti mozkových buněk v mozkové kůře), dochází zde ke ztrátě zdravých mozkových proteinů (bílkovin) a k tvorbě patologických (chorobných) proteinů. Předpokládáme, že hlavním neurodegenerativním prvkem je vznik beta – amyloidu (protein, tvořící plaky, které jsou důvodem vzniku Alzheimerovi nemoci). Beta - amyloid je tvořen z částí amyloidového prekurzorového proteinu (výchozí látka, ze které vznikají bílkoviny).

V centrálním nervovém systému se tento protein nachází v několika složkách a odlišuje se svou délkou a umístěním. Nejpodstatnější ze složek je 717 aminokyselin (organické sloučeniny), které prostupují neuronální membránou (blánou nervových buněk). Amyloidový prekurzorový protein se za normálních okolností člení enzymem alfa - sekretázou (složitá látka bílkovinné povahy, působící jako látka umožňující chemický, nebo biochemický proces) na jednoduché rozpustné složky, které se jmenují beta – peptid (jsou to převážně produkty látkové výměny aminokyselin a bílkovin). Beta – peptid má také svoje základní úkoly, například při vzniku nových neuronálních synapsí (vzájemné spojení nervových buněk). Alzheimerova nemoc uplatňuje především enzymy beta a gama – sekretáza, které dělí složky beta – peptidu na skupiny, které obsahují 42 a více aminokyselin. Beta i gama – sekretáza dělí amyloidový prekurzorový protein i za normálních okolností, ale pouze v nevýrazném množství (BRAGDON, GAMON, 2009).

Beta – peptid vytvořený za těchto podmínek v první řadě oligomerizuje (spojuje dvě částice k sobě). Molekuly (skupina nejméně dvou atomů spojených chemickou vazbou) tohoto typu jsou velice neurotoxické (poškozují nervový systém, např. tkáň mozku). Dále dochází k jejich shlukování v mimobuněčném prostoru v oblasti mozkové kůry, kde polymerizací (chemickou reakcí) peptidů vznikne protein beta – amyloid, tato bílkovina v základu tvoří vznik neurodegenerativního plaku. Oblast vzniku plaku podporuje celou řadu neurodegenerativních procesů. Toxický (jedovatý) důsledek beta – amyloidu napomáhá k povzbuzení některých proteinkináz (bílkovina enzymatické povahy) a k degeneraci (úpadku) intraneurálního proteinu tau (bílkovina

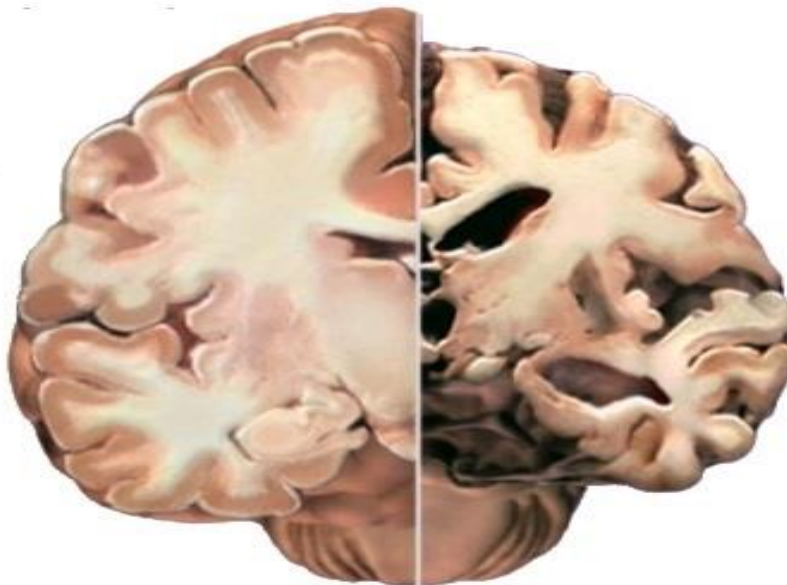
uvnitř nervu). Vznikají tím neurofibrilární klubka (jemná vlákna nervových buněk). Napadené nervové buňky dále podléhají apoptóze (naprogramovaná smrt buněk). Smrt buněk se při Alzheimerově nemoci stupňuje a vzniká kortikosubkortikální atrofie mozku (podkorové zúžení mozku). Snižuje se synaptická plasticita (tvárnost vzájemného spojení nervových buněk) a u některých růstových faktorů mozku dochází ke snížení jejich vzniku a k vývoji dalších degenerativních změn.

U osob trpících Alzheimerovou nemocí se mohou vyskytovat některé příznaky metabolického syndromu (skupina látkových výměn) jako je například – diabetes mellitus (cukrovka), hypertenze (vysoký krevní tlak), abdominální obezita (otyllost v břišní oblasti).

U Alzheimerovy nemoci se také hledá spojitost s vaskulárními rizikovými faktory a výskytem dlouhodobých, velice často neléčitelných depresivních (skličujících) onemocnění (VAVRUŠOVÁ, 2012).

Zdravý mozek

Alzheimerova nemoc



obr. 1 Mozek

3 KLINICKÝ OBRAZ

(průběh onemocnění)

Alzheimerova nemoc, se projevuje většinou plazivě a pozvolna, ale rozvíjí se dlouhodobě, okolo 2 - 3 let (může i déle). Tohle onemocnění se objevuje především ve vyšším věku, dnes už není výjimkou ani střední věk. Jako demenci s časným začátkem označuje onemocnění projevující se před 65 rokem života, u této demence bývá rychlejší stupeň průběhu. U časných demencí se předpokládá výskyt onemocnění také v rodinné anamnéze. Tato forma je typická především tím, že jsou zde často poruchy fatické (poruchy řeči) a také poruchy praktických činností. Alzheimerova nemoc v časně formě má nezvratný průběh, směřuje k porušení osobnosti a má nepříznivou předpověď (PIDRMAN, 2007).

Její první popis podal vášnivý kuřák dobrých doutníků, profesor Alois Alzheimer. V roce 1906 přednesl na konferenci v Tübingenu v jihozápadním Německu sdělení „Neobvyklá porucha cerebrálního kortexu“. Zde byl na veřejnosti poprvé představen případ pacientky Augusty D., která trpěla příznaky, jejichž soubor se stal později nozologickou jednotkou pojmenovanou po přednášejícím (PIDRMAN, 2005, s. 15).

4 SYMPTOMATOLOGIE

(nauka o příznacích nemoci)

Poruchy kognitivní (poznávací) a nekognitivní (porucha chování) – rozvržení „ABC“ :

- A = Activities of daily living (aktivity denního života)
- B = Behavioural changes (změny chování)
- C = Cognition (kognitivní funkce)

Lidé s touto nemocí postupně postrádají běžné denní činnosti – hygienické návyky, nemocný se neumí najít příborem, a postupem času se dostaví inkontinence (neschopnost udržet moč, nebo stolicí) a v konečných fázích Alzheimerovi demence nemocný umírá, je to obvykle důsledek infekce nebo úrazu. V těchto chvílích je zcela závislý na péči své rodiny a blízkých osob. Doba trvání onemocnění od prvopočátku příznaků až ke smrti bývá přibližně 7 – 15 let života (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2011).

4.1 KOGNITIVNÍ PORUCHY

- Poruchy, které ovlivňují paměť a učení, snažíme se jí nahradit konfabulacemi (chorobná obrazotvornost).
- Poruchy prostorové orientace – pacienti postrádají orientaci v dříve jim známých prostorech (byt, ulice, město), pochybí i při kreslení krychle nebo pětiúhelníku.
- Poruchy plánování, organizování, abstrakce (myšlenkový proces odlučující odlišnosti a zvláštnosti a zjišťující obecné, podstatné vlastnosti a vztahy).
- Poruchy korových symbolických funkcí – afázie (ztráta schopnosti řeči), agnózie (porucha poznávání, ztrácí význam slov), apraxie (ztráta naučených nebo vžitých pohybů).

4.2 NEKOGNITIVNÍ PORUCHY

- Poruchy behaviorální (poruchy chování), můžeme vysvětlit jako chování nemocného, které může rozrušit nebo způsobit potíže nemocnému, pečujícímu a rodinným příslušníkům v jeho blízkém okolí.
- Bloudění po bytě, po domě.
- Slovní a fyzická útočnost.
- Poruchy stravování.
- Apatie (netečnost, lhostejnost).
- Vokalizace (změna hlásky v samohlásku, vkládání samohlásky mezi souhlásky nebo připojování samohlásky k souhlásce).
- Poruchy afektivní (jednání z popudu) – deprese (pocit smutku, sklíčenost), anxieta (chorobný pocit úzkosti), mánie (chorobné zaujetí).
- Poruchy vnímání – halucinace (vidina, přelud, blouznění), iluze (mylná představa).
- Poruchy myšlení – bludy (nevyvratitelné přesvědčení), (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2011).

5 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Poruchy kognitivní a nekognitivní zmíněné výše směřují ke změně denních aktivit běžného života. Ovlivněny jsou celkově činnosti, které jsou nedílnou součástí každého dne zdravého člověka. Patří sem práce v zaměstnání, řízení auta, vaření, domácí práce, sebeobsluha, hygienické návyky, chůze. Pokud se pacient dožije konečných fází Alzheimerovi nemoci, ztrácí veškeré vzpomínky, nedokáže vykonat lehké i těžké dovednosti, přichází o orientaci času, místa, ztrácí pohyblivost, nejdříve není schopen opustit byt, poté místnost a v konečném stádiu neopustí lůžko. V tomto stádiu přichází i o schopnost poznat sám sebe a své blízké. Je naprosto neschopný zapamatovat si maličkosti, vyjádřit myšlenky a zformulovat věty, proto je odkázán na své blízké, kteří o něj pečují.

Při hodnocení některých činností u pacientů s Alzheimerovou chorobou dosáhneme vždy výsledků, které nám dokážou poskytnout důležité informace k tomu, abychom dokázali odlišit normální stárnutí, mírné kognitivní poruchy nebo ke zjištění účinku léčby. V praxi se využívá strukturovaný dotazník. Je to nejčastěji využívaná metoda (RAGNAULT, 2011).

6 DIAGNOSTIKA

(nauka o rozpoznání chorob)

Rozpoznání Alzheimerovi nemoci se určuje na základě klinických a laboratorních vyšetření. V současné době není žádná metoda, která by tuto nemoc stoprocentně potvrdila, ale je možné určit diagnózu s celkem vysokým předpokladem.

K orientačnímu stanovení diagnózy, byli vyvinuté různé screeningové vyšetření (nenáročné, rychlé, levné vyšetření na určitou chorobu). Nejvíce používanou metodou ke stanovení diagnózy je Mini – Mental State Examination (test kognitivních a psychických funkcí). Při plném zdraví dostane pacient v testu 30 bodů, 27 bodů je v normě, 22 – 21 bodů je lehká forma demence, 12 - 10 bodů je hodnoceno jako střední demence, pokud je hodnocení nižší než 10 bodů mluvíme o těžké demenci.

Podrobnější a rozsáhlejší vyšetření neurologického a psychického stavu nemocného, kterými se stanovuje úroveň paměťových schopností, pozornosti, logického myšlení a chápavost vykonávat pohybové činnosti, provádí psychiatr, neurolog nebo psycholog.

Využívá se také laboratorních vyšetření na vyloučení nemoci připomínající projevy Alzheimerovi nemoci (funkce štítné žlázy, krevní obraz, hladina tuku v krvi). Můžeme také využít zobrazovacích metod k vyloučení jiných onemocnění mozku, připomínající Alzheimerovu nemoc, používá se (počítačová tomografie nebo magnetická rezonance).

Konečnou diagnózu Alzheimerovi choroby můžeme stoprocentně určit až po smrti nemocného (RŮŽIČKA, 2003).

7 STÁDIA VÝVOJE ALZHEIMEROVI NEMOCI

7.1 LEHKÁ DEMENCE

- Projevuje se lehkými, přehlédnutelnými příznaky.
- Pacient není schopný zapamatovat si nové informace, ptá se na věc již zodpovězenou, nepamatuje si, kde nechal odložené své věci, ztrácí doklady a peníze.
- Trpí přechodnou dezorientací, nevybaví si aktuální datum a rok.

7.2 STŘEDNÍ STÁDIUM DEMENCE

- Objevují se problémy, které nemocnému znemožňují vykonávat běžné denní činnosti.
- Prohlubující se výpadky paměti.
- Ztrácí soběstačnost při hygieně a oblékání.
- Dostavuje se dezorientace v čase a v místě, pacienti zaměňují minulost a přítomnost, nepoznávají dříve známá místa.
- Dochází zde k bloudění a toulání se.
- Zhoršují se vyjadřovací schopnosti.
- Nemocný v tomto stádiu vyžaduje péči od svého okolí.

7.3 TĚŽKÉ STÁDIUM DEMENCE

- Nemocný se stává zcela závislý na svém okolí.
- Velice rozvinutá ztráta paměti.
- Porucha řeči v těžké formě.
- Nemocný nedokáže rozpoznat blízké osoby, ani velice známé předměty.
- Je zde celkově zhoršený fyzický stav nemocného.

- Nemocný není schopen se sám najíst, je nutné nemocného nakrmit.
- Nemocný není schopný udržet moč a stolicí.
- Pacient má velké problémy s pohybem a je většinou upoután na lůžko.
- V takto rozvinutém stádiu demence se nemocný většinou přijímá do nemocnice nebo do sociálního zařízení, protože jsou s touto nemocí spjaté ještě další nemoci, které negativně ovlivňují jejich život (zápal plic, infekce močových cest atd.). V domácím prostředí nejsme schopni poskytnout takovou zdravotní péči, která je v daném případě nutná (ZGOLA, 2003).

8 LÉČBA

Čím dříve rozpoznáme příznaky Alzheimerovi nemoci, tím rychleji můžeme začít s léčbou a procentuálně narůstá šance na zpomalení průběhu onemocnění. V naší době ještě neznáme léčbu, která by dokázala toto onemocnění zcela vyléčit, ale známe léčbu, která umí alespoň zkvalitnit a usnadnit průběh života nemocného. Tato léčba se snaží zpomalit rozvíjející se demenci a napomáhá tak k co nejdelší soběstačnosti postiženého touto nemocí (PIDRMAN, 2005).

8.1 FARMAKOTERAPIE

Léčba u této choroby se dá dělit na kognitivní a nekognitivní farmakoterapii.

8.1.1 KOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE

V této formě léčby se využívá více léčiv, která se v průběhu léčby mohou kombinovat. Prozatím se ale stále podrobují klinickým studiím, které ověřili účinky pouze u inhibitorů acetylcholinesteráz (enzym, který se snaží zabránit nebo omezit rozvoj demence), u jiných léčiv podrobených studiím nebyl tento účinek potvrzen.

V dnešní době jsou u nás i ve většině cizích zemí podávány nemocným tři inhibitory acetylcholinesteráz.

- Rivastigmin (Exelon) – tento lék má dvojitý účinek na Acetylcholinergní systém (je velmi důležitý pro mechanismy paměti, a také pro udržení dostatečné, kvalitativní úrovně vědomí).
- Galantamin (Reminyl) – tento lék má také dvojitý účinek na Acetylcholinergní systém.
- Donepezil (Aricept) – je to inhibitor Acetylcholinesteráz (blokuje její funkci). Tyto inhibitory jsou předepisovány především při lehkých až středně těžkých formách Alzheimerovi nemoci a u lehčích poškození poznávacích funkcí. U nejtěžší formy Alzheimerovi nemoci se použití těchto inhibitorů nedoporučuje.

8.1.2 NEKOGNITVNÍ FARMAKOTERAPIE

Léčba tohoto typu účinkuje proti nekognitivním příznakům i proti behaviorálním a psychologickým projevům demence. Pokud se objeví poruchy chování spjaté s agitovaností (neklidná aktivita, přecházení), agresivitou nebo psychotickými projevy je důležité užívat neuroleptika (antipsychotika – léky potlačující psychotické chování).

K léčbě Alzheimerovi demence používáme především:

Antipsychotika 1. generace

- Melperon (Buronil)
- Haloperidol – v případě výskytu těžkých a nezvládnutelných projevů

Antipsychotika 2. generace

- Tiaprid (Tiapridal) – tento lék je všeobecně u pacientů dobře tolerován
- Risperidon (Risperdal, Rispen)
- Olanzapin (Zyprex)
- Tyto látky se také využívají při potížích s usínáním a spánkovou inverzí

Antidepresiva 1. generace

- Používání těchto léků se snažíme vyvarovat
- Tricyklická antidepresiva (Amitriptylin, Imipramin)

Antidepresiva 2. generace

- Maprotilin (Ludiomil)

Antidepresiva 3. generace

- Citalopram (Citalec, Seropram)
- Sertalin (Zoloft), Paroxetin (Seroxat), Fluoxetin (Deprex, Prozac, Portal, Floxet)
- Fluvoxamin (Fevarin)

Antidepresiva 4. generace

- Mitrazapin (Remeron)
- Venlafaxin (Efectin)

Hypnotika

- Zolpidem (Hypnogen, Stilnox)
- Zopiclon (Imovane, Zopiclon), (RŮŽIČKA, 2003).

8.1.3 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Využíváme metodu reedukace (využití metod speciální pedagogiky při úpravě narušených funkcí - sluchu, zraku, řeči, pohybových a rozumových schopností), tato metoda je velice účinná pokud s ní začneme v prvopočátku nemoci. Na pacienta nesmíme tlačit, musí tuto metodu vykonávat bez odporu a bez pocitu, že něco udělal špatně nebo že v něčem zklamal. V těžších formách nemoci používáme realitní terapii (pacient musí být co nejvíce seznamován s realitou, v místě bydliště by měli být velké nápisy s názvy místností, pacient by měl mít také k dispozici kalendář s aktuálním datem). Velice důležité je zaměstnávání nemocného. Činnosti by měli být adekvátně přizpůsobené k aktuálnímu zdravotnímu stavu (LULLMANN, MOHR, 2007).

Součástí léčby, by měla být také péče o blízké rodinné příslušníky a osoby, které se o nemocného starají. Jelikož péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí je velmi psychicky, fyzicky a ekonomicky náročná, musí lidé starající se o nemocného často využít psychiatrickou a psychologickou terapii. Pečovatelé často z důvodu vyčerpání, přicházejí o svá zaměstnání (FRANKOVÁ, HORT, 2011).

9 RADY PRO RODINNÉ PEČOVATELE

Pokud jste dospěli k závěru, že chcete o svého blízkého s Alzheimerovou nemocí pečovat sami, můžeme vám nabídnout pár rad pro každodenní život. Pomohou vám usnadnit a lépe zvládat situace, které by mohli být později problémové.

Sdělené informace a rady je potřeba podle nastalé situace upravit, jelikož vývoj Alzheimerovi choroby probíhá u každého jedince individuálně (CALLONE, KUDLACEK, 2008).

9.1 KAM SE OBRÁTIT

V České Republice mezi hlavní instituce, na které se můžete obrátit, patří sociální odbory při obecních nebo městských úřadech. Zde vyřídíte většinu svých požadavků a dozvíte se potřebné informace a kontakty na pečovatelské služby a také, jak postupovat, aby vám byla přidělena finanční podpora.

I u nás existují organizace, které se zaměřují přímo na osoby s Alzheimerovou chorobou (Česká Alzheimerovská společnost), postupem času se do této organizace včleňují rodinní příslušníci a osoby starající se o své blízké s Alzheimerovou nemocí. Cílem České Alzheimerovské společnosti je motivovat a povzbuzovat pacienty s Alzheimerovou nemocí, jejich rodiny a pečující osoby. Tato společnost poskytuje veškeré informace o samotné péči o nemocné, o sociálních službách, dále také organizuje schůzky postižených a jejich rodinných příslušníků a pečujících osob.

Česká Alzheimerovská společnost má více míst po celém českém území, které si můžete vyhledat na internetových stránkách (REGNAULT, 2011).

9.2 JAKÝM ZPŮSOBEM SE MŮŽEME DO PÉČE ZAPOJIT

Pokud jste se rozhodli starat o rodiče nebo osoby, které nebydlí společně s vámi, je dobré zvážit otázku, zda se k nemocnému nepřestěhovat. Pokud budete bydlet u nemocného, bude péče o něj mnohem kvalitnější a budete mít nemocného pod

kontrolou. Společné bydlení s nemocným bude určitě náročné a neobejde se bez problémů, s tím by se mělo počítat již v počátku, proto je dobré toto rozhodnutí pečlivě a několikrát zvážit. V roli pečujícího se vám změní život od základů, proto vám zde uvedeme pár vět, které by měli být zodpovězeny před tím, než se stoprocentně rozhodnete stát se pečujícím.

- Opravdu je jeho/její zdravotní stav natolik vážný, aby vyžadoval permanentní dohled?
- Je v mých silách starat se o nemocného ve dne i v noci?
- Mám v záloze osobu, která by se v mé nepřítomnosti o nemocného postarala?
- Jak moc se budu muset nemocnému přizpůsobit?
- Jak moc se bude muset nemocnému přizpůsobit má rodina?
- Mám k dispozici takové bydlení, abych měla dostatečné soukromí, ale zároveň dohled nad nemocným?
- Bude mít nemocný dostatečné soukromí?
- Jsem natolik silná osobnost, abych tuto roli pečující zvládala dlouhodobě? (CARPEROVÁ, 2011).

9.3 PÉČE NA PLNÝ ÚVAZEK

V první řadě by bylo vhodné si ujasnit, kolik času chcete a můžete nemocnému věnovat. Do této doby jste měli určitě s nemocným naléhavější záležitosti, ale měli bychom si podat otázku, jak dlouho budete nemocnému k dispozici každý den. Samozřejmě nesmíte zapomenout také na své potřeby a na svůj život, který by neměl být zanedbáván. Podle studie probíhající v letech 2008 – 2013 bylo zjištěno, že pečující se denně nemocnému věnuje šest hodin a to není zanedbatelné, proto je nutné si hned na začátku určit pravidla, podle kterých se budete řídit jak vy, tak sám nemocný. Pokud by se tato pravidla nedodržovala, mohlo by se stát, že míra únosnosti bude překročena, a tím dojde k úplnému vyčerpání vašich sil.

Jako pečující nezanedbávejte své okolí, rodinu a přátele. Také oni vás potřebují, i když jim nevěnujete takovou pozornost jako za normálních okolností.

Snažte se kontaktovat profesionální pečovatele, jelikož nebudete moci nemocnému pomáhat při ranní hygieně, nebudete mu připravovat snídani, trávit s ním volný čas a ještě zastávat ostatní činnosti týkající se péče. V každodenních aktivitách vás může nahradit profesionální pečovatel, ale v intimnějších chvílích vás nenahradí. Intimnější chvíle bývají většinou nezapomenutelné (MIKŠOVÁ, FRONKOVÁ, 2006).

9.4 MÁM SE VZDÁT SVÉ PRÁCE?

Pokud jste v produktivním věku, je velice těžké se starat o nemocného a ještě k tomu vykonávat práci na plný úvazek, ale je také velice důležité, co vykonáváte za práci a jak je možné to spojit s pečováním o nemocného. Ve většině případů se pečující vzdá svého zaměstnání pouze dočasně, než najde způsob, jak současně pracovat a pečovat o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Toto rozhodnutí má velké dopady na finanční stránku, a tím také na psychiku pečujícího. Pokud jste se ocitli v situaci, kdy máte rok nebo dva do důchodu, bylo by dobré zvážit otázku odchodu do předčasného důchodu. V České Republice je také možnost pro pečovatele využít neplacené dovolené. Vše záleží především na domluvě se zaměstnavatelem. Tyto situace se u nás řeší především příspěvkem na péči, ale vyřízení může trvat týdny až měsíce. Je také možnost hrazení nákladů přes ostatní rodinné příslušníky, ale ti také nemusí být vždy ochotní a sdílní (FRANKOVÁ, 2011).

9.5 PRÁCE NA DVĚ SMĚNY?

V dnešní společnosti je těžké udržet si slušnou pracovní pozici, proto může dojít k situaci, kdy si nebudete moci dovolit svojí práci opustit, a proto by bylo dobré zvážit, jestli budete schopni zvládat více závazků najednou (práce, rodina, péče o nemocného). V této situaci je jediná rada, která vám umožní zjednodušit situaci, je přenést některé úkoly na ostatní příslušníky vaší rodiny. Pokud se cítíte, že vše zvládnete sami, mýlíte se a po nějakém čase pro vás bude vše velice náročné a depresivní. Dostanete se do stavu přepjatosti a každý další krok pro vás bude náročnější.

Existuje několik možností, jak si můžete péči o nemocného zjednodušit, můžete využít služeb školeného ošetřovatele, pomoc do domácnosti, dovoz hotového jídla.

Touto možností volby si ušetříte nějaký čas pro sebe a budete se moci nemocnému věnovat i v oblasti lásky, něhy. Budete mít více času na svoji rodinu, která vás určitě velice potřebuje a podporuje v tom, co děláte a k čemu jste se rozhodli.

Je velice důležité si zapamatovat pár důležitých informací:

- Pečujícím zabírá pomoc nemocnému přibližně šest hodin denně.
- Nezanedbávejte svojí rodinu, která vás potřebuje a vy budete v péči o nemocného potřebovat její pomoc.
- Pokud nebudete zvládat nějaké povinnosti, tak se obraťte na pomoc profesionálů (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, 2004).

9.6 JAK SE ZAPOJIT DO LÉČBY?

Pokud už jste oficiálním opatrovníkem nemocného nebo stále jen pečujícím jistě nemocného doprovázíte na různá vyšetření. Proto je dobré vědět několik informací, které vám usnadní organizování těchto povinností.

V prvním období nemoci, by si měl tato vyšetření a návštěvy lékaře korigovat sám nemocný v co největším rozsahu. Pokud je nemocný schopen se o tyto věci postarat

sám, je to velice dobré i pro jeho motivaci a přístup k léčbě, ale i přesto by měla být menší kontrola, aby jste si byli jisti, že nic není zanedbané. Je však dobré mít přehled o všech návštěvách a vyšetřeních, kdyby bylo potřeba jakkoliv zasáhnout. Brzy přejde nemocný do stádia, kdy všechny tyto věci budete muset mít na starosti vy, a proto je dobré se na to postupně připravovat a zajímat se o to, co do teď nemocný zvládal sám. Proto je dobré vědět několik věcí:

- Na vyšetření u specialistů ho budete objednávat vy, a jelikož je zde většinou dlouhá čekací doba, je dobré si pořídit diář, který budete mít pořád u sebe a budete si do něj zaznamenávat termíny vyšetření, aby nedošlo k tomu, že při každodenním shonu na nějaký termín zapomenete.
- Další důležitou věcí je užívání léků, proto je velice dobré a jednoduché pořídit si lékovku, do které si připravíte léky na celý týden (na ráno, poledne, večer) a nemůže se stát, že by si je nemocný zapomněl vzít nebo si popletl ranní dávku léků s večerní.
- U lékaře se stáváte mluvčím nemocného, pokud se vám bude zdát, že se nemocný chová jinak nebo má různé výkyvy, ptejte se na cokoliv. Lékař, u kterého se nemocný léčí, vám všechny otázky zodpoví. Nemocný se většinou sám nezeptá, jelikož se cítí trapně a obává se posměchu, který v tomto případě nehrozí a není na místě.
- Podle stádia nemoci budete také muset doma s nemocným provádět různá cvičení, která u nemocného udržují a podporují zachování stávajících schopností. Měly by jste se zapojit také do terapií nemocného a popřípadě zjistit od terapeutů, co je pro nemocného, o kterého se staráte, nejvhodnější. Na terapiích je velice důležité dávat pozor, aby jste byli schopni zapamatovat si všechna důležitá cvičení (MLÝNKOVÁ, 2011).

9.7 JAK TO SDĚLIT NEMOCNÉMU?

Jedním z vašich úkolů bude také hovořit otevřeně s nemocným o jeho chorobě a to není nic jednoduchého. Měli bychom nemocnému šetrně sdělit okolnosti jeho onemocnění a také skutečnost, že už není schopen zastávat věci tak jako dříve. Počítejte s nepřiměřenou reakcí nemocného a dejte mu čas na vstřebání všech nových informací a okolností. Vše ostatní také velice závisí na vašem vztahu a celkovém přístupu jeden k druhému. Je pár zásad, které je nutno dodržovat a tím vytvoříte nejlepší možný vztah mezi vámi a nemocným.

- O nemoci bychom měli mluvit otevřeně, pacient by měl být do léčebného procesu zapojen, jak je to jen možné, aby se sám cítil zodpovědný a ne plně závislý.
- Sdělení diagnózy přenechte lékaři a nesnažte se s nemocným probírat další stádium a vývoj nemoci. Pokud se vás nemocný zeptá ohledně vyšetření, které podstoupil a zcela to nepochopil, samozřejmě mu sdělte informace adekvátně k jeho stavu.
- V žádném případě nepředhazujte věci nepovedené nebo úkoly, které zapomněl. Už tak je pro nemocného traumatizující, že si uvědomuje, že není tak výkonný a obratný jako za plného zdraví. Naopak se snažte vyzdvihovat věci, které se mu povedli. Nesnažte se nemocnému lhát a opomíjet otázky týkající se jeho zdravotního stavu a snažte se mu odpovědět srozumitelně a upřímně.
- Další důležitou součástí je také probrat konečné stádium nemoci, kdy už nebudete moci sami vykonávat ošetrovatelskou péči, jelikož v posledním stádiu je péče velice náročná a vyžaduje odbornost. Proto se nemocný v posledním stádiu Alzheimerovy choroby umísťuje do specializovaného zařízení. Toto téma je nutné zmínit hned na začátku onemocnění, protože až dojde na nutnost hospitalizace, budete si jisti, že nemocný o všech okolnostech věděl a nebudete mít pocit, že jste ho nějak podvedli či zklamali a nemusíte mít výčitky svědomí (MIKŠOVÁ, FROŇKOVÁ, 2006).

9.8 KOMUNIKACE S NEMOCNÝM

Pokud chcete dosáhnout co nejlepší komunikace mezi vámi a nemocným, je podstatné váš projev přizpůsobit stádiu nemoci, ve kterém se nemocný nachází. Je velice důležité dodržovat jednoduchá pravidla.

- Snažte se mluvit pomalu, spíše hlubším hlasem a každé slovo pečlivě artikulujte, vysoký hlas není tak srozumitelný.
- S nemocným hovořte tak, aby měl možnost vidět váš obličej a pohyb vašich úst.
- Snažte se do rozhovoru zapojit i ostatní smysly, které nemocný teď používá častěji, chytněte ho za ruku, usmějte se na něj, dívejte se mu do očí.
- Snažte se vybírat jednoduchá slova a krátké věty, pokud vám nemocný nerozumí, snažte větu formulovat jinak a zeptat se ho čemu přesně nerozumí.
- V pokročilejším stádiu si nemocný nemusí pamatovat, kdo jste, a proto je dobré mu tuto informaci sdělit hned na začátku rozhovoru a přitom se mu dívat do očí a ujistit se, že tomu co říkáte, rozumí. Pokud ne, je nutné informace zopakovat.
- Při rozhovoru musíte být ve střehu, jelikož nemocný bude mít potíže s vyjadřováním, proto je velice nutné sledovat celkový pohyb těla k tomu, aby jste správně pochopili, co vám chce nemocný sdělit.
- Nutné je počítat také s tím, že se komunikace a vyjadřovací schopnosti nemocného budou zhoršovat a nebude to jednoduchá situace ani pro vás, ale ani pro nemocného. Velice důležité je zachovat klid a nerozčílit se, jelikož by to nemocného mohlo rozrušit a mohl by k vám ztratit náklonost a důvěru. Pokud už to nebude únosné, obraťte se na odborníky, kteří vám pomohou tuto bariéru překonat (KLEVETOVÁ,DLABALOVÁ, 2008).

9.9 USPOŘÁDÁNÍ KAŽDODENNÍHO ŽIVOTA, JAK NEMOCNÉMU POMOCT?

Nejlepší je pro vás kontaktovat lékaře, který by vám pomohl s organizací dne nemocného. Důležité body v organizaci jsou:

- Zavedení každodenních činností ve stejném pořadí a snažit se, aby to nemocný dodržoval každý den stejně a tím si zautomatizoval věci, které mu usnadní život při zhoršující se paměti.
- Jednotlivé činnosti musí být co nejjednodušší, aby je pacient mohl vykonávat bez větších problémů a přemýšlení.
- Později však tento systém ztrácí svojí funkci, a proto je dobré vytvořit kartičky s nápisy, a pokud nemocný už neumí číst, tak použít symboly, které nemocný zná a rozmístit je po domě či bytě, aby se nemocný dokázal zorientovat (REGNAULT, 2011).

9.10 JAK ZAJISTIT NEMOCNÉMU BEZPEČNÝ DOMOV?

- V kuchyni nebudou volně přístupné věci, o které by se mohl zranit, například ostré předměty, sekáčky na maso, elektrické spotřebiče, hlavně plotny kde hrozí riziko popálení. Důležité je také zajištění spotřebičů plynových. Křehké věci by měli být uschované, neboť se mohou rozbít a nemocného poranit.
- Z koupelny odstraňte všechny malé elektrické spotřebiče (fén, kulma, holící stojek), jelikož voda a elektrické zařízení mohou způsobit zranění nemocného. Důležité je všechny tyto informace sdělit i nemocnému. Do sprchy nebo k vaně můžete přidat madlo pro zmenšení rizika pádu.
- V celém bytě či domě nemají být předměty, které by mohl nemocný použít. Snažte se ostré a křehké věci uklidit mimo dosah nemocného a pokuste se mít nemocného stále pod kontrolou (REGNAULT, 2011).

9.11 VHODNÉ ČINNOSTI

- Domácí práce
- Ruční práce – malování, koláž, pletení. Mají to být činnosti, ve kterých se může projevit charakter a umělecký cit nemocného.
- Fyzická aktivita nepředstavuje pro nemocného žádné nebezpečí, může plavat, chodit běhat, později je dobré zařadit do aktivit také pěší túry, ale je nutné, aby jste nemocného v těchto aktivitách doprovázely a mohly případně pomoci v orientaci. V pokročilejším stádiu nemoci můžete využít procházek do přírody.
- Velice dobré je požádat nemocného, aby se s vámi podělil o jeho vzpomínky a tím se dostal do časů, kdy mu bylo dobře. Bude si vás mnohem více vážit a získáte jeho důvěru.
- Není dobré zapomenout na společenský život, proto je dobré zorganizovat návštěvy v menších skupinách, aby si své přátele nemocný nepletl.
- Pokud občas nastane situace, že se nemocnému nemůžete věnovat celý den, je dobré využít televizi nebo hudbu. Například klasická hudba má pro většinu nemocných uklidňující účinek (REGNAULT, 2011).

9.12 VZTAH MEZI VÁMI A NEMOCNÝM

Většinou s blízkou osobou máte velmi silnou vazbu, ale postupem nemoci se váš vztah bude měnit a neměly by jste být překvapeni, nebo zklamáni nastalou situací.

- Nemocnému se postupem času budete věnovat čím dál tím víc, ať už jde o manžela, manželku, rodiče či přátele. Budete truchlit nad tím, jak vám před očima odchází člověk, kterého máte rádi, proto veškeré věci sdílet s rodinou nebo s odborníkem, pomůže vám to lépe se vyrovnat s tím, že váš milovaný postupně odchází. Velice důležitým faktorem je také čas, který vám pomůže se smířit s realitou.
- Není vyloučeno, naopak je zcela jisté, že se vztah nemocného k vám změní. Ze začátku je pacient nedůtklivý a podrážděný, je to v čase, kdy ještě nezná svojí diagnózu, ale tuší že není něco v pořádku.

- Většinou se objevují známky apatie, je to většinou spojené s potvrzením diagnózy. Pacient se trápí a je smutný.
- Změny se týkají i intimního života, pokud se jedná o vašeho partnera, můžete si všimnout změn v sexuálním chování, vyžadování sexuálního styku mnohem víc než dříve, nebo naopak. Pokud si nevíte v této situaci rady, je nutné se obrátit na odborníky, kteří vám pomohou.
- S postupující nemocí ztrácí nemocný zábrany, a proto může dojít k nedorozumění, nemocný si neuvědomuje přehnanou náklonost k osobě neznámé a proto musíme být ve střehu. Osobě, která se stala objektem nemocného, je nutné se omluvit a vysvětlit příčinu. Většina lidí to jistě pochopí (REGNAULT, 2011).

9.13 JAK SPRAVOVAT FINANCE NEMOCNÉHO?

Po sdělení diagnózy Alzheimerovi choroby, je také nutné probrat finanční stránku. Pokud se nemocný sám podílí na řešení tohoto problému, bude to pro vás mnohem jednodušší.

- Pokud se stanete opatrovníkem, můžete také spravovat jeho finance. V případě že jste pouze pečujícím, je nutné se na tomto dohodnout. Jestliže nemocný sám přijde s nabídkou, nemějte žádné výhrady a problém je vyřešen.
- Nemocný vám svěří své finance a seznámí vás s tím, jaké má účty, jak finance spravuje a v jakých bankách má finance uložené. Je také velice dobré zajít společně do jeho banky a vše vysvětlit jeho bankovnímu poradci.
- V situaci, kdy nemocný nebude moci o svých financích rozhodovat sám, je velice důležité vysvětlit mu, že by měl své úspory svěřit do rukou člověku, kterému věří a který se o to dokáže postarat. Musíte mu také vysvětlit, že ho tím chcete chránit a především utvrdit v tom, že i když budete jeho finance spravovat vy, tak jsou pořád jeho a může si s nimi nakládat, jak uzná za vhodné, ale je potřeba vás o těchto změnách informovat.
- Je také důležité nechat si úředně ověřit plnou moc k finančním záležitostem, které se týkají běžných výdajů a nemocného utvrdit v tom, že s jeho penězi

nenakládáte po svém. Je dobré schovávat si doklady, výpisy a nemocnému je předkládat ke kontrole, vyvarujete se paranoidním pocitům.

- Nemocnému ponechte určitou finanční nezávislost, aby si nepřipadal jako malé dítě, které je nesvéprávné. Každý týden nebo každý měsíc by jste mu měli dávat stejnou částku na běžnou útratu. Bude si moci sám nakoupit pečivo, poslat dopis nebo vám koupit dárek a nebude pokaždé nucen, žádat vás o peníze.
- Nesmíte zapomínat na to, že jsou to především jeho peníze, vy mu je pouze spravujete a je jisté, že si čas od času bude chtít něco koupit sám.
- Ved'te nemocného k zodpovědnosti. Zkuste, aby si nemocný zavedl sešit, do kterého si bude zaznamenávat za co a kolik utratil peněz.
- Samozřejmě se nesmíte zlobit, pokud nebude mít nemocný vše zapsané nebo pokud zjistíte skutečnost, že některé peníze chybí.
- Samozřejmě chyby se u nemocného vyskytovat budou, ale pokud mu budete přidělovat rozumnou částku peněz, nemělo by to být později nic dramatického (REGNAULT, 2011).

10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

10.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X.Y.	Datum narození: 1946
Rodné číslo: 46.....	Věk: 68 let
Pohlaví: ženské	Bydliště: X
Zaměstnání: důchodkyně	Vzdělání: vyučena
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: rozvedená	
Jméno příbuzného: X.X.	Bydliště příbuzného: X.Y.
Datum příjmu: 20.5.2012	Čas příjmu: 8:00 hodin
Typ přijetí: na doporučení	Účel příjmu: terapeutický
Oddělení: Psychiatrická ambulance	Přijal: X.Y.
Ošetřující lékař: X.Y.	Obvodní lékař: X.X.

Pacientka byla poučena o léčebném řádu:
Informovaný souhlas s léčbou: pacientka podepsala
Medicínská diagnóza při příjmu: Alzheimerova choroba
Vedlejší medicínské diagnózy: Arteriální hypertenze
Důvod příjmu udávaný pacientkou: „Přivedla mě sem dcera a říkala, že jí to doporučil můj obvodní lékař.“

10.2 VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘÍJMU

P: 68/min, pravidelný	Hmotnost: 96 kg
TK: 150/70 torr	BMI: 34, obezita
TT: 36,0 °C	Stav vědomí: orientovaná, při vědomí
D: 22/min	Pohyblivost: mobilní s francouzskými holemi

Výška: 168 cm

Krevní skupina: AB Rh. pozit.

Pacientka byla srozumitelně seznámena se všemi okolnostmi a povahou jejího zdravotního stavu, souhlasí s realizací lékařských výkonů a vyšetření. Prohlašuje, že rozumí všem sděleným informacím, navržené léčbě, vyšetřením a výkonům, výsledkům a také možným komplikacím, které jsou spojené s vyšetřením.

Zdroj informací: lékař, ošetřující personál, pacientka, dokumentace, rodina.

Nynější onemocnění

68 letá pacientka přijatá do ambulantní péče na doporučení obvodního lékaře.

10.3 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 85 letech stářím. Otec zemřel v 52 letech při autonehodě. Má jedno dítě, dceru (34 let) svobodná, bezdětná, účetní, je zdravá.

Osobní anamnéza

V dětství překonala neštovice, průšnice, spalničky a další běžná dětská onemocnění. Hospitalizace a operace: v roce 2007 hospitalizována na pozorování po pádu ze schodů. Úrazy běžné dětské, transfuze žádné, očkování povinné.

Léková anamnéza

Ebixa, Lozap H

Gynekologická anamnéza

Menarche ve 13 letech, cyklus 28 dní, pravidelný bez větších bolestí, trvání cca 5 dní. Má 1 dítě, UPT: 0, abort: 0. Antikoncepci neužívala, samovyšetření prsu neprovádí. Klimakterium v 52 letech s přírůstkem na váze, pocením a návaly, v této době již bez potíží. Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně 1 za rok.

Alergologická anamnéza

Přecitlivělost na Penicilin (zjištěno v roce 2010).

Abúzy

Alkohol neguje, káva 3x denně černá, tabák neguje, léky – žádná závislost, drogy neguje.

Psychologická anamnéza

Vývojové období – vysoký dospělý věk, flegmatik, choleric, emoční oblast – labilita (podpora rodiny).

Sociální a pracovní anamnéza

Pacientka je 12 let rozvedená. Je v důchodu od roku 2006 a pobírá starobní důchod. Je vyučená prodavačka. Bydlí s dcerou v rodinném domě se zahradou. Vztahy v rodině jsou výborné. Vztahy mimo rodinu jsou bez problému. Záliby – čtení knih, sledování seriálů, procházky, vaření, pečení. Svůj volný čas věnuje především své dceři, ale také svým přátelům.

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky nevyhledává.

10.4 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 18. 10. 2013

<i>Systém</i>	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
<i>Hlava a krk</i>	„Asi dobrý, nic mě nebolí.“	Hlava normocefalická, pohmatově bez bolesti, lebka bez zjevných deformit. Obličejová část: spojivky růžové, bez známek zánětu, brýle nepoužívá, oči ve středním postavení, pohyblivé, skléry bílé, zorničky izokorické. Nos bez

		deformit s mírnou sekrecí, uši bez výtoku, naslouchací přístroj nepoužívá. Kůže na tvářích narůžovělá a suchá, rty souměrné bez ragád. Jazyk plazí středem je bez povlaku, poranění a je vlhký, zápach z úst nepřítomný. Chrup má stále svůj. Krk souměrný, náplň krčních žil přiměřená, bez známek otoků, lymfatické uzliny nezvětšené, štítná žláza na pohled bez zvětšení, šije bez opozice.
<i>Hrudník a dýchací systém</i>	„Jsem tlustá, tak mám problém vyjít do schodů a hrozně se při tom zadýchám.“	Hrudník bez deformit a kožních nálezů, souměrný. Prsa bez deformit, bez známek infekce, bradavky bez sekrece. Dýchání čisté, počet dechů 18/min, pravidelné, bez klidové dušnosti.
<i>Srdeční a cévní systém</i>	„Je to v pořádku, nic mě nebolí. Když jsou tady, tak je to dobrý.“	Srdeční akce pravidelná, frekvence 68/min, puls dobře hmatný. TK 150/70 torr. Dolní končetiny bez otoků, bez zánětlivých změn. Na pravé noze varixy.
<i>Břicho a gastrointestinální trakt</i>	„Jsem hrozně tlustá, ale jinak žádné problémy nemám.“	Břicho palpačně měkké, nebolestivé. Peristaltika auskultačně přítomná, normální odchod plynů. Játra, slezina a slinivka břišní nezvětšené. Na břicho nejsou žádné patologické změny.
<i>Močový a pohlavní systém</i>	„Musím na to hodně myslet, a hlídat si to, občas to nestihnu.“	Genitál ženský, moč je čirá, bez zápachu. Podbříšek palpačně nebolestivý, bez známek retence. Gynekologicky v pořádku.

<i>Kosterní a svalový systém</i>	„Občas mi trvá dlouho, než vstanu z postele, musím pomalu.“	Držení těla správné. Jemná i hrubá motorika bez změn. Pohyblivost omezená z důvodu obezity, pacientka si chůzi usnadňuje francouzskými holemi. Dolní končetiny bez otoků, varixy klidné, lýtka volná bez známek tromboembolické nemoci. Páteř bez patologických změn. Svalový systém – normotonus. Klouby bez patologických změn, bolestivost kloubů nepřítomná. Kosterní aparát bez deformit. Hodnocení rizika pádu – 5 bodů.
<i>Nervový a smyslový systém</i>	„Někdy si připadám zmatená, tak trochu jako blázen.“	Při vědomí. Orientovaná časem, místem, osobou. Třes a tiky nepřítomné. Čich, sluch, zrak, chuť, hmat bez patologických změn. Staropaměť bez problémů, novopaměť s výrazným problémem udržení a zpracování nových informací. Delší dobu trvání má také adaptace na novou nastalou situaci. MMSE – 17 bodů – demence mírná až středně těžkého stupně.
<i>Endokrinní systém</i>	„Nedokážu odpovědět.“	Endokrinní systém bez patologických změn. Štítná žláza bez známek zvětšení.
<i>Imunologický systém</i>	„Jsem zdravá.“	Bez známek infekce. Horní i dolní dýchací cesty průchodné. Lymfatické uzliny nezvětšené. Alergie na Penicilin.

		TT 36,0 °C.
<i>Kůže a její adnexa</i>	„Žádné jizvy nemám, kůže mám v pořádku.“	Kůže narůžovělá a suchá, turgor snížený, bez erytému. Otoky nepřítomné. Varixy na pravé noze, klidné. Ochlupení přiměřené ženskému pohlaví. Vlasy dlouhé, upravené, čisté. Nehty čisté, upravené.

Aktivity denního života

	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
<i>Stravování a pitný režim</i>	„Uvařím na co mám chuť, vypiju tak 1,5 – 2,5 l tekutin denně.“	BMI:34,0 - obezita. Turgor snížený. Bez diety. Výživa per os.
<i>Vylučování moče a stolice</i>	„S vylučováním problém nemám.“	Poslední defekace – 17. 10. 2013
<i>Spánek a bdění</i>	„Někdy usnu u seriálu, ale většinou jdu spát brzy.“	Pacientka vypadá odpočatá. Nejsou znatelné kruhy pod očima, nebo prvky únavy.
<i>Aktivita a odpočinek</i>	„Někdy se mi chce, ale někdy ne.“	Během dne pacientka tráví čas doma sama, navštěvují jí sousedky. V odpoledních hodinách se vrací dcera z práce a věnuje se pacientce a dbá na její dostatečný odpočinek.
<i>Hygiena</i>	„Mám ráda pěnové koupele vše zatím zvládám sama.“	Na hygienickou péči dohlíží dcera. Pacientka vypadá upraveně a čistě.
<i>Samostatnost</i>	„Myslím, že jsem na tom dobře.“	Podle Barthelova testu bazálních denních činností má pacientka 90 bodů je to lehký stupeň závislosti.

Posouzení psychického stavu

	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
<i>Vědomí</i>	„Jsem v pořádku, jen si někdy nevzpomenu.“	Pacientka zcela při vědomí. GSC – 14 bodů.
<i>Orientace</i>	„Někdy se mi stane, že když jdu do města nakoupit, tak pak nevím kudy zpět.“	Orientovaná časem, osobou, situací. Místem občas dezorientovaná.
<i>Nálada</i>	„Dnes mám náladu výbornou.“	Nervózní poklepávání nohou. Jinak velice spokojená a usměvavá.
<i>Paměť</i>	„Vzpomínek mám spoustu, ale nějak se mi nedaří zapamatovat si nové věci.“	Staropaměť je výbavná bez poruch. Novopaměť – zhoršené vyjadřovací schopnosti. Neschopnost vstřebat nové informace. Špatně se učí nové činnosti.
<i>Myšlení</i>	„Někdy mě to zlobí.“	Snaží se odpovídat. Některé otázky dostatečně nechápe. Odpovídá zmateně a nepřesně.
<i>Temperament</i>	„Dokážu se i pěkně naštvat a to pak lítá všechno.“	Extrovertní sangvinik.
<i>Sebehodnocení</i>	„Dokázala jsem toho hodně, ale mohla jsem být úspěšnější.“	Sama sebe hodnotí jako velice schopného člověka s rezervami.
<i>Vnímání vlastního zdraví</i>	„Chci být zdravá a nechci nikoho zatěžovat.“	Dodržuje léčebný režim dle svých možností.
<i>Vnímání zdravotního stavu</i>	„Jsem seznámena se všemi okolnostmi mého onemocnění.“	Veškeré informace ohledně zdravotního stavu pacientka zná a je si vědoma možných komplikací a dalšího rozvoje onemocnění.

Posouzení sociálního stavu

Komunikace - pacientka využívá verbální i neverbální komunikaci, bez zjevných problémů. Má menší slovní zásobu a občas nedokáže přesně vysvětlit, co přesně vyžaduje.

Sociální role

Primární – 68 letá žena – bez patologií.

Sekundární – matka – role naplněná.

Terciální – jako pacientka chápe svůj zdravotní stav svojí roli a snaží se přizpůsobit.

Sociální interakce – velice dobře vychází s lékařem. Má obrovskou podporu od dcery.

Pacientka je plně informovaná o svém zdravotním stavu, je seznámena s vyšetřeními, léčbou i možnými komplikacemi.

10.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření – pravidelné kontroly v psychiatrické ambulanci 2x za měsíc. Při potížích ihned.

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 – racionální

Pohybový režim: mobilní s francouzskými holemi

RHB: 0

Výživa: enterální, chuť k jídlu beze změn

Medikamentózní léčba:

Per os:

Ebixa 10mg, tbl., - 2 tablety ráno

Lozap H 50 mg, tbl., - 1 tableta ráno

Chirurgická léčba: 0

10.6 SITUAČNÍ ANALÝZA

68letá pacientka přijata dne 20. 5. 2012 v 8:00 hodin do psychiatrické ambulance na doporučení obvodního lékaře. Je orientovaná časem, osobou, situací, nepřesně místem. Je mobilní s francouzskými holemi, při rozhovoru se snaží udržovat oční kontakt, snaží se spolupracovat, při rozhovoru je velice vstřícná a milá, snaží se odpovídat na dotazy, ale občas nerozumí zadání a vyjadřovací schopnost je zhoršená. Nové informace dokáže zpracovat pouze na dobu nezbytně nutnou, poté informace vypouští. Pacientka je soběstačná – sama si uvaří, uklidí, ale je nutné na ni dohlédnout při procházkách do města, (občas se ztratí). S hygienou a stravováním problém nemá, vyprazdňování také bez problému, inkontinencí netrpí. Pacientka se snaží být ukázněná, na kontroly chodí pravidelně v doprovodu dcery. Je celkově nejistá a nedůvěřivá. Fyziologické hodnoty: krevní tlak – 150/70 torr, pulz – 68/min, dech – 22/min, tělesná teplota – 36,0 °C. Pacientka je obézní a je zde riziko pádu. Při zhoršeném zdravotním stavu se obává hospitalizace. Má ráda svojí dceru a velice ráda by se dočkala vnoučátek.

STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT POMOCÍ KAPESNÍHO PRŮVODCE ZDRAVOTNÍ SESTRY (ROK VYDÁNÍ 2001)

11 AKTUÁLNÍ DIAGNÓZY

1. Zmatenost chronická související s demencí Alzheimerova typu projevující se dezorientací, zapomínáním, zhoršenou schopností vybavit si některé informace a podržet je, MMSE= 17bodů – středně těžká až těžká kognitivní porucha.
2. Myšlení porušené související s poruchou kognitivních funkcí projevující se špatnými odpověďmi na otázky, zhoršeným vyjadřováním, poruchou vnímání, obavami z nemoci a celkovou nejistotou.
3. Strach a obavy související se sociálními podmínkami (hospitalizace) projevující se slovním sdělením.

12 POTENCIÁLNÍ DIAGNÓZY

1. Poranění, zvýšené riziko související s neschopností rozpoznat nebezpečí, poruchami vnímání a zhoršení úsudku.

Aktuální diagnózy

Sesterská diagnóza:

Zmatenost chronická související s demencí Alzheimerova typu projevující se dezorientací, zapomínáním, zhoršenou schopností vybavit si některé informace a podržet je. MMSE= 17bodů – středně těžká až těžká kognitivní porucha.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Zmatenost pacientky se nezhorší do další plánované kontroly za dva měsíce.

Cíl krátkodobý: U pacientky se během týdne neprojeví zmatenost.

Výsledná kritéria:

- Pacientka nosí na krku peněženku s telefonním číslem na svou dceru v průběhu celého dne.
- Pacientka ví, že má zavolat své dceři při potížích v průběhu celého dne.
- Pacientka ví, že má každý den trénovat paměť.
- Pacientka ví, že má každý den na vše dostatek času, pokud neví, zeptá se své dcery a požádá o pomoc.
- Pacientka zná své okolí přibližně 72 hodin. Pokud si není jistá, zeptá se dcery.
- Pacientka ví, že si musí vzít své léky připravené dcerou každé ráno.

Plán intervencí:

- Posuďte výsledky diagnostických vyšetření při každé kontrole – lékař.
- Udržujte denně orientaci v realitě pomocí hodin, kalendáře – rodina.
- Dbejte každý den na bezpečnost pacientky, dohlížejte na ni – rodina.
- Spolupracujte s rodinou pacienta při každé návštěvě a snažte se ji začlenit do péče o pacienta především při trénování orientace a paměti – sestra, rodina.
- Nespěchejte na pacientku každý den – rodina.
- Snažte se zajistit klidné prostředí, především v noci – rodina.
- Pomozte pacientce denně trénovat paměť – rodina.

Realizace:

- Spolupráce s dcerou funguje dobře, při každé kontrole plně spolupracuje a je vidět, že se své matce věnuje. U pacientky se stav nezměnil.
- Pacientka má na vše čas, snaží se běžné denní věci provádět sama s malou dopomocí své dcery.
- Pacientka má po bytě vylepené telefonní číslo na svou dceru a při potížích

<p>telefonuje.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientka je každé dvě hodiny kontrolována telefonicky svou dcerou, pokud není doma. - Pacientka lépe usíná a má lepší spánek, dcera se snaží udělat matce co neklidnější prostředí pro odpočinek a spánek. - Pacientka denně se svojí dcerou dělá cvičení na udržení a zlepšení paměti. - Pacientka má během noci zajištěné klidné prostředí bez rušivých prvků, má také k dispozici špunty do uší.
<p>Hodnocení:</p> <p>Pacientka i její dcera spolupracují s psychiatrickou ambulancí bez problémů.</p> <p>Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.</p>

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Myšlení porušené související s poruchou kognitivních funkcí projevující se špatnými odpověďmi na otázky, zhoršeným vyjadřováním, poruchou vnímání, obavami z nemoci a celkovou nejistotou.</p>
<p>Priorita: střední</p> <p>Cíl dlouhodobý: Kvalita života pacientky se po zjištění a pochopení svého zdravotního stavu vrátí do normy během 1 - 2 měsíců.</p> <p>Cíl krátkodobý: Pacientka dostane potřebné informace adekvátní k jejímu zdravotnímu stavu tak, aby pochopila svůj zdravotní stav během týdne.</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientka si uvědomuje poruchu myšlení a vnímání po dobu 2 dnů od sdělení potřebných informací. - Pacientka je informována o svém zdravotním stavu a léčbě, pokud si pacientka není jistá, může se během dne dotázat své dcery. - Pacientka se snaží každý den navštěvovat svojí sousedku. - Pacientka rozumí podaným informacím a její život se během 1 - 2 měsíců vrátí k normálnímu fungování.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zhodnoťte poruchy myšlení a vnímání pacientky při každé kontrole v psychiatrické ambulanci – sestra, lékař.

- Posuďte, jak dlouho se pacientka dokáže soustředit, zda je schopen řešit problémy každých 24 hodin – rodina.
- Sledujte denně výskyt bludů a halucinací, při zjištění volat ambulanci – rodina.
- Naslouchejte každý den pacientku, pokud má nějaký problém – rodina.
- Podporujte socializaci denně – rodina.
- Používejte jednoduché příkazy a mluvejte srozumitelně každý den – rodina.
- Informujte pacientku o zdravotním stavu, léčbě a péči o ní při každé kontrole – sestra, lékař.

Realizace:

- S pacientkou vedeme každý den rozhovor a zjišťujeme její soustředění.
- Pacientka se snaží navštěvovat každý den svou sousedku.
- Na pacientku mluvíme pomalu, používáme jednoduchá slova, dáváme jí čas vstřebat informace, popřípadě je podle potřeby zopakujeme.
- Pacientka je informována o svém zdravotním stavu, o léčbě a to opakovaně podle potřeby.
- Dle MMSE byla u pacientky zjištěna středně těžká až těžká kognitivní. MMSE - 17 bodů.

Hodnocení:

Pacientka i její dcera spolupracují s ambulancí bez větších problémů.

Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.

Sesterská diagnóza:

Strach a obavy související se sociálními podmínkami (hospitalizace) projevující se slovním sdělením.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pochopit strach a diskutovat o něm, umět odlišit zdravý strach od nezdravého do 3 měsíců.

Cíl krátkodobý: U pacientky zůstanou obavy z hospitalizace neměnné po dobu 1 měsíce.

Výsledná kritéria:

- Pacientka ví, že pokud bude každý den dodržovat předepsanou léčbu, pak není důvod k obavám z hospitalizace.
- Pacientka ví, jak se zachovat vždy, když se objeví obavy z hospitalizace.

<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka ví, jak se má během dne zachovat při nastalém problému, dokáže sama najít řešení.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posuďte stupeň strachu a reálnost hrozby pociťované pacientem – lékař, rodina. - Pomozte pacientovi a jeho blízkým, jak zvládnout strach a jak si poradit se situací – lékař, sestra. - Ved'te pacienta k vypracování vlastních odpovědí při řešení problémů – lékař, sestra, rodina.
<p>Realizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientka je mnohem klidnější po sdělení svých obav ošetřujícímu lékaři. - Pacientka i její dcera dostaly veškeré potřebné informace k tomu, jak zvládat nastalou situaci. - Pacientka se snaží každý den s dcerou nacvičovat řešení problému tak, aby pacientka v tomto směru dokázala být samostatná při nepřítomnosti dcery.
<p>Hodnocení:</p> <p>Pacientka s dcerou dodržují předepsanou léčbu, a tím se hrozba hospitalizace snížila na minimum.</p> <p>Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.</p>

Potenciální diagnózy

<p>Sesterská diagnóza: Poranění, zvýšené riziko související s neschopností rozpoznat nebezpečí, poruchami vnímání a zhoršení úsudku. Hodnocení rizika pádu - 5 bodů.</p>
<p>Priorita: střední</p> <p>Cíl dlouhodobý – Rodina upraví domácí prostředí do 2 měsíců tak, aby nedošlo k poranění pacientky.</p> <p>Cíl krátkodobý – Pacientka se neporaní v průběhu celého týdne.</p>
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posuďte rizika s ohledem na individuální situaci – lékař, rodina. - Pomozte pacientce odstranit či omezit individuální rizikové faktory – rodina.
<p>Realizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientka byla upozorněna dcerou na činnosti a místa, která jsou pro ni riziková. Dcera jí sdělila, aby se jim snažila vyhýbat. - Pacientka s pomocí dcery upravila domácí prostředí tak, aby nedošlo ke

zranění.
Hodnocení: Dcera s pomocí pacientky přizpůsobila domácí prostředí, tak aby nedošlo ke zranění. Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.

12.1 CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacientka navštěvuje psychiatrickou ambulanci z důvodu Alzheimerovi choroby. Je velmi milá a vstřícná. Žije s dcerou, která je jí ve všem oporou. Podle MMSE trpí středně těžkou až těžkou kognitivní poruchou, proto je u pacientky nutný dohled. Není zde možnost navracení zdravotního stavu, proto se snažíme zachovat alespoň kvalitu jejího života na maximální možné hodnotě.

12.2 DOPORUČENÍ PRO RODINU

Alzheimerova choroba jako duševní onemocnění seniorů už dnes není vůbec vzácným jevem, ani neznámým pojmem. Je však velice důležité, nepodcenit závažnost potřeby poučení. Je velice důležité s nemocným vše upřímně a adekvátně k jeho duševnímu stavu prokonzultovat. Velice důležitá je také léčba, která se snaží zpomalit nebo zastavit další zhoršování nemoci. Je také velice důležité, aby nemocný měl veškeré informace o Alzheimerově chorobě a jejím průběhu, o možnostech léčby, o důležitosti dodržování léčby a o možnostech domácího ošetřování. Pokud nemocný dojde do těžkého stádia demence, nebojte se obrátit na ošetřujícího lékaře, který vám jistě poradí, jak dále postupovat v péči o nemocného.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na pacienty s Alzheimerovou chorobou. V teoretické části jsem se snažila popsat veškeré informace, které s daným onemocněním souvisí.

V další části byl použit ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Ošetrovatelský proces byl zaměřen na sestavení ošetrovatelských diagnóz, plánování ošetrovatelských intervencí a následné realizaci. Je také nutno podotknout, že pacientů s tímto onemocněním stále přibývá.

Cílem mé práce bylo přiblížit toto onemocnění neoborné veřejnosti a zjistit, zda je možnost pečovat o nemocného v domácím prostředí. Nejtěžším úkolem, je sdělení nemocnému jeho diagnózu a přimět ho ke změně životního stylu, na který byl doposud zvyklý. Často se stává, že diagnózu popírá a proto nedodrží danou léčbu a tím dochází ke zhoršení zdravotního stavu. Pokud nemocný léčbu dodrží, je velká šance k udržení životního stylu na co nejvyšší možné hodnotě.

Položené otázky zmíněné v úvodu byly zodpovězeny. Cíl práce byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BRAGDON, A.D., D. GAMON a M. ZAJÍČKOVÁ. 2009. *Nedovolte mozku stárnout: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. Vyd. 2. Překlad Silvie Struková. Praha: Portál, 2009, 284 s. ISBN 978-80-7367-500-4; Alzheimerova nemoc v rodině.
- CALLONE, P. R., K. MOHR a L. HEIN. 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 2008, 118 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4723-204; Alzheimerova nemoc v rodině.
- CARPER, J., I. DLABALOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. Vyd. 1. V Praze: Vyšehrad, c2011, 284 s. ISBN 978-80-7429-194-4; Alzheimerova nemoc v rodině.
- DOENGES, M. E. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 861 s. ISBN 80-247-0242-8.
- FRANKOVÁ, V. 2010. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 226 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0424-235.
- FRANKOVÁ, V. 2011. *Klinická psychiatrie: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. Aeskulap. ISBN 978-808-7323-007.
- FRANKOVÁ, V., I. DLABALOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. 2011. *Paní Anežka má demenci: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. 2., upr. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-760-8; Alzheimerova nemoc v rodině.
- HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMOVÁ a H. NOVÁKOVÁ. 2004. *Alzheimerova nemoc v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Grafická úprava, sazba a produkce: Grifart spol. s. r. o., 2004.
- KALVACH, Z. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KLEVETOVÁ, D., I. DLABALOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory: průvodce pro blízké nemocných*. 1. vyd. Překlad Daniela Šimková. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-802-4721-699.

- LÜLLMANN, H., K. MOHR a L. HEIN. 2007. *Barevný atlas farmakologie: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. 3. vyd. Překlad Silvie Struková. Praha: Grada, 2007, 372 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-80-247-1672-5; Alzheimerova nemoc v rodině.
- MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2: průvodce pro blízké nemocných*. Aktualiz. a dopl. vyd. Překlad Daniela Šimková. Praha: Grada, 2006, 119 s. ISBN 80-247-1443-4.
- MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2: průvodce pro blízké nemocných*. Aktualiz. a dopl. vyd. Překlad Daniela Šimková. Praha: Grada, 2006, 171 s. ISBN 80-247-1442-6.
- MLÝNKOVÁ, J., I. DLABALOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. 2008. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Překlad Daniela Šimková. Praha: Grada Publishing, 2008, 192 s. Sestra. ISBN 978-802-4738-727.
- PIDRMAN, V. 2003. *Demence pro praktické lékaře: diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2003, 96 s. ISBN 80-734-5052-6.
- PIDRMAN, V., D. GAMON a M. ZAJÍČKOVÁ. 2007. *Demence: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. Vyd. 1. Překlad Silvie Struková. Praha: Grada, 2007, 183 s. ISBN 978-802-4714-905; Alzheimerova nemoc v rodině.
- REGNAULT, M. 2011. *Alzheimerova choroba. Průvodce pro blízké nemocných*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 119 s. ISBN 978-802-6200-109.
- RŮŽIČKA, E. 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*: 1. vyd. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-726-2205-6.
- VAVRUŠOVÁ, L. 2012. *Demence pro praktické lékaře: diagnostika a léčba*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2012, 180 s. ISBN 978-808-0633-820.
- ZGOLA, J. M. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí: diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Hodnocení rizika pádu.....	I
Příloha B – Test kognitivních všedních činností (MMSE).....	II
Příloha C – Barthelův test základních všedních činností.....	III
Příloha D – Glasgow Coma Scale.....	IV
Příloha E – Čestné prohlášení.....	V

Příloha A - Hodnocení rizika pádu

- **Pohyb**
 - 0 - neomezený
 - 2 - používá pomůcky
 - 1 - potřebuje pomoc k pohybu
 - 1 - neschopen přesunu
- **Vyprazdňování**
 - 0 - nevyžaduje pomoc
 - 1 - nykturie / inkontinence
 - 1 - vyžaduje pomoc
- **Medikace**
 - 0 - neužívá rizikové léky
 - 1 - Užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
- **Smyslové poruchy**
 - 0 - žádné
 - 1 - vizuální, smyslový deficit
- **Mentální status**
 - 0 - orientován
 - 1 - občasná noční dezorientace
 - 1 - dřívější dezorientace / demence
- **Věk**
 - 0 - 18 až 75 let
 - 1 - nad 75 let
- **Pád v anamnéze**
 - 1 - ano
- **Vyhodnocení:**
 - zaškrtneme a sečteme body = 5bodů
 - skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Příloha B - Test kognitivních funkcí (MMSE)

<i>Oblast hodnocení</i>	<i>Max. skóre</i>
<p>1. Orientace Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? 1 - Které je roční období? 1 - Můžete mi říci dnešní datum? 0 - Který je den týdnu? 1 - Který je teď měsíc? 1 - Ve kterém jsme státě? 1 - Ve které jsme zemi? 1 - Ve kterém jsme městě? 1 - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?, tato ordinace?) 0 - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 0 	
<p>2. Paměť Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta - například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.</p>	2
<p>3. Pozornost a počítání Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	2
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost) Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	1
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale 2 - Jestliže 1 - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: <i>Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.</i> 1 Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl). 0 Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec, podle předlohy. 1 1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. 0</p>	
<p>Hodnocení 00 - 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 - 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 - 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 - 30 bodů pásmo normálu</p>	<p>Body 17 bodů</p>

Příloha C – Barthelův test základních všedních činností

	<i>Činnost</i>	<i>Provedení činnosti</i>	<i>Bodové skóre</i>
1.	<i>Najedení, napití</i>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
2.	<i>Oblékání</i>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
3.	<i>Koupání</i>	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
4.	<i>Osobní hygiena</i>	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
5.	<i>Kontinence moči</i>	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
6.	<i>Kontinence stolice</i>	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
7.	<i>Použití WC</i>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
8.	<i>Přesun lůžko-židle</i>	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
9.	<i>Chůze po rovině</i>	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	<i>Chůze po schodech</i>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

<i>Hodnocení:</i>	<i>Závislost</i>	<i>Body</i>
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha D – Glasgow coma scale

<i>Kritérium</i>	<i>Reakce</i>	<i>Body</i>
<i>Otevření očí</i>	Spontánní	4
	Na výzvu	3
	Na bolestivé podněty	2
	Žádné	1
<i>Slovní reakce</i>	Orientovaná	5
	Zmatená	4
	Nepřiměřená, nekoordinovaná slova	3
	Neartikulované zvuky	2
	Žádná zvuková reakce	1
<i>Pohybová reakce</i>	Vyhoví koordinovaně výzvě	6
	Lokalizuje bolest, odtáhne se od podnětu	5
	Účelné obranné pohyby při bolestivém podnětu	4
	Flexní reakce na bolest	3
	Extenční reakce na bolest	2
	Žádné reakce na bolest	1

Vyhodnocení

<i>GSC</i>	<i>Kóma</i>
8 a méně	Těžké kóma
9 - 12	Střední
13 a více	Lehké kóma – 14 bodů

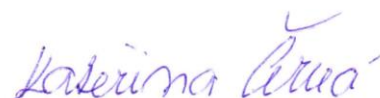
Příloha E – Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem ošetrovatelský proces u pacienta s chronickou ránou v komunitní péči v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 3. 2014



Jméno a příjmení studenta