

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBU V DOMÁCÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Anežka Potužáková, DiS.

Praha 2014

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V DOMÁCÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Anežka Potužáková, DiS.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Antonín Wirth

Praha 2014

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 31.3.2014

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala MUDr. Antonínu Wirthovi za cenné rady a podněty, dále vedoucí ročníku PhDr. Ivaně Jahodové za konzultace a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat paní Evě, za možnost naučit se pohlížet na stáří s respektem a úctou.

Abstrakt

POTUŽÁKOVÁ, Anežka. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácí péči*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Antonín Wirth. Praha 2014. s. 60.

Hlavním tématem mé bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácí péči. Teoretická část se zabývá historií nemoci, teoretickými poznatky onemocnění a hlavními rizikovými faktory. Dále jsem věnovala pozornost kognitivním poruchám i nekognitivním poruchám. Popisuji zde diagnostiku onemocnění, léčbu onemocnění a preventivní opatření. Součástí práce je nabídka pomoci pečujícím příbuzným, rodině a ošetrujícímu personálu v domácí péči. Uvádím zde také společnosti a organizace, které se věnují této problematice a uvádím, jaké služby nabízejí.

Druhá část bakalářské práce je ošetrovatelský proces, stanovení ošetrovatelských diagnóz, plánování, intervence, realizace, vyhodnocení a celkové zhodnocení ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: Alzheimerova nemoc. Demence. Stáří. Domácí ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče. Pacient.

Abstract

POTUŽÁKOVÁ, Anežka. Comprehensive Nursing Care for Patients with Alzheimer's Disease in Home Care. Medical College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Antonín Wirth. Praha 2014. 60 pages.

The main topic of my bachelor's thesis is about a comprehensive nursing care for a patient with Alzheimer's in home care. The theoretical part contains the history of the disease, the theoretical knowledge of the disease and the main risk factors. I also describe cognitive disorders and non-cognitive disorders. I describe the diagnosis of diseases, treatment for the diseases and preventive measures. The thesis contains suggestion how care of relatives, family and nursing staff in home care. Here I also introduce organizations which deal with this issue and the services they offer.

The second part of the thesis is the nursing process, the determination of nursing diagnoses, planning, intervention, implementation, evaluation and overall evaluation of nursing care.

Keywords: Alzheimer's Disease. Dementia. Age. Home Nursing. Nursing Care. Patient.

OBSAH

ÚVOD	12
1 Stárnutí.....	13
1.1 Stáří	13
1.2 Dlouhověkost	14
2 Demence	15
2.1 Příznaky demence	15
2.2 Dvě skupiny demencí.....	16
3 Alzheimerova choroba.....	18
3.1 Historie výzkumu.....	18
3.2 Příčiny	18
3.3 Rizikové faktory vzniku AN	19
3.4 Neurodegenerativní změny AN.....	20
4 Příznaky nemoci	21
4.1 Kognitivní příznaky	21
4.2 Nekognitivní příznaky.....	21
5 Stádia Alzheimerovy choroby	22
5.1 Časné stádium	22
5.2 Střední stádium.....	22
5.3 Konečné stádium.....	23
6 Diagnostika AN	24
7 Terapie AN	26
7.1 Farmakologická léčba	26
7.2 Nefarmakologická léčba.....	27
7.2.1 Reminiscenční terapie	27
7.2.2 Životní příběh	28
7.2.3 Bazální stimulace.....	28
8 Prevence.....	29
9 Možnosti péče.....	31
9.1 Hospic	31

9.2 Domovy se zvláštním režimem	31
9.3 Denní stacionáře.....	32
9.4 Agentura domácí péče.....	32
9.5 Charita	32
10 Komplexní ošetrovatelský proces o pacientku s AN	34
10.1 Identifikační údaje.....	34
10.2 Medicínský management	44
10.3 Situační analýza	45
10.3.1 Stanovení sesterských diagnóz	45
10.4 Celkové hodnocení.....	55
10.5 Doporučení pro veřejnost.....	55
Závěr	57
Seznam použité literatury	58

Seznam použitých zkratek

AD	Alzheimerova demence
ADL	ang. activity daily living/aktivity denního života
AN	Alzheimerova nemoc
BDN	ang. brain-derived/neurotrofický faktor
BMI	ang. body mass index, index tělesné hmotnosti
BPSD	ang. behavioral and psychological symptoms of dementia/behaviorální a psychologické příznaky demence
CDT	ang. clock drawing test
CMP	cévní mozková příhoda
CT	ang. computer tomografi
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
D	dech
DNA	ang. deoxyribonucleic acid
DSM	diagnostická kritéria demence, deficit postižení
MMSE	Mini-Mental State Examination
MR	magnetická rezonance
P	puls
SPECT	zkratka pro jednofotonovou emisní tomografii
TK	krvní tlak
TT	tělesná teplota

Seznam použitých odborných výrazů

Agtovanost	typ hyperaktivity
Aromaterapie	léčba vůněmi
Arteterapie	léčba uměním, využívání umělecké činnosti pro léčbu psychiky a osobnosti
Agrese	nepřátelské, zlostné až útočné projevy (proti věcem, zvířatům, lidem)
Behaviorální	týkající se chování (ang. Behaviour – chování)
Biopsie	mikroskopické vyšetření vzorků tkáně vyjmuté ze živého organismu
Canisterapie	léčebný kontakt psa a člověka
Delirium	blouznění, třeštění, zmatenost s halucinacemi
Deprese	označení chorobného stavu, u něhož je kromě skleslé nálady snižená aktivita, časté je nebezpečí sebevraždy
Dezorientace	ztráta orientace, bezradnost; úmyslné uvádění ve zmatek
Embryo	zárodek; při pohlavním rozmnožování počáteční stadium vývoje organismu
Etiopatogeneze	soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci
Ergoterapie	pracovní terapie; léčba prováděním pracovních činností, činnostní léčba
Felinoterapie	využívání koček k léčebným účelům
Gramofon	toaletní vozík
Intelekt	schopnost hromadit poznatky a vědomosti učením, schopnost abstraktního myšlení
Kognice (cognition)	souhrn operací, jejichž prostřednictvím si člověk uvědomuje a poznává svět i sebe samého
Malnutrice	špatná výživa, podvýživa
Muzikoterapie	léčba hudbou
Neurotransmitter	chemická látka uvolňovaná z nervového zakončení na synapsi. Slouží k přenosu impulsu přes synaptickou štěrbinu a umožňuje tak další vyživující; nutriční doplněk stravy šíření podráždění (v nervovém systému) nebo vyvolání určité reakce (stah svalů, vyprázdnění žlázy)

Post mortem	po smrti
Progresivní	vzestupný, pokrokový (op. regresivní)
Reverzibilní	vratný, schopný zpětného procesu

ÚVOD

Koncem 20. století se mezi civilizační choroby ve vyspělých zemích zařadila právě i jedna z forem demence. Je jí Alzheimerova nemoc (dále jen AN). Ve své bakalářské práci se zabývám tímto tématem, neboť se s tímto onemocněním setkáváme stále častěji i v našem blízkém okolí. Právě mé osobní setkání s pacientkou, která má diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu již v těžkém stádiu, mne inspirovalo k tomuto pojednání. Konkrétně její případ je totiž ukázkou spolupráce rodiny, přátel, Agentury domácí péče a Charity. Její kombinovanou péči popisuji v praktické části práce jako ukázkou z praxe.

Zda je možné vynalézt na tuto nemoc lék, však není otázkou, kterou se budu zabývat, ale jak pomoci člověku s touto nemocí. Jaké možnosti pomoci má na výběr rodina v této složité životní situaci. Jakým způsobem se zodpovědně postavit do role pečujícího. Jak pečovat o svého blízkého s diagnózou Alzheimerovy choroby doma? Co nabízí možnost domácí péče? Co je k tomu zapotřebí? Jestli je tato volba možná a za jakých podmínek?

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, za jakých podmínek je možné pečovat o pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácí péči a jaké jsou možnosti kombinované péče. Práce je směřována pro neodbornou veřejnost.

Bakalářská práce je rozdělena do tří částí. Teoretická část obsahuje nejprve teoretický úvod do problematiky: stárnutí, typy demencí, diagnostiku AN, rizika vzniku AN, příznaky AN, stádii AN, preventivní opatřeními, způsoby léčby a druhy terapií.

V praktické části pak dále zaznamenávám vlastní zkušenost a popisuji, jak jsem pečovala o osobu s Alzheimerovou chorobou po dobu čtyř dnů.

V závěru práce zhodnotím, zda bylo dosaženo vytyčených cílů ošetřovatelských diagnóz a uvádím doporučení pro praxi.

1 STÁRNUTÍ

Stárnutí je přirozený proces, který se děje s každým tělem. Podle vědců začíná lidské tělo stárnout po třicátém roce věku. Pro člověka je totiž přirozené fungovat v koloběhu. Na začátku je embryo, které se vyvíjí a po narození roste a díky svému okolí získává informace, učí se a trénuje své schopnosti, vyrůstá, adaptuje se a stává se zkušenějším díky všemu, co jej obklopuje. V době dospívání lidské tělo zesiluje a připravuje se na hlavní úkol ve svém životě a to je rozmnožování, neboli předávání genetické informace. Po vychování potomků a předání zkušeností, je z biologického hlediska vše splněno. Zatímco schopnost buněk dělit se byla v prenatálním věku šedesátinásobná, u sedmdesátiletého člověka se sníží o dvě třetiny. U každého probíhá stárnutí jinak, nastupují obtíže a degenerativní změny. To, jak rychle člověk stárne, je již dáno geneticky, ale ovlivňuje to i životní styl, stres, práce a prostředí, ve kterém žije. Vědci se zajímají o to, zda je v našem genetickém materiálu DNA také informace o stárnutí a délce života. Ale to je otázkou zkoumání stejně jako to, co se děje v našich buňkách, kdy se tělo dozví, že má začít stárnout (KLEVETOVÁ; DLABALOVÁ, 2008)?

1.1 STÁŘÍ

Stáří je velkou změnou pro člověka. Musí přehodnotit své možnosti, které se zmenšují. Dalo by se říci, že se ale na stáří postupem let lidské tělo adaptuje. Člověk je omezen v pohybu opotřebením pohybového aparátu, snižuje se rychlost ztrátou svalové hmoty, je náchylnější k nemocem, snižuje se mu imunita, oslabuje organismus, zvyšuje se únava díky ztrátě výkonnosti a vytrvalosti. Tělo se stává náchylnější k úrazům zhoršenou pohyblivostí a obtížnějším udržením rovnováhy těla. Člověk je sice slabší a jeho výkonnost klesá, neznámá to ale, že je nepotřebný a na obtíž. Pojem starý nerovná se hloupý. Lidé vyššího věku jsou často aktivní. Rádi pracují, věnují se sportu a svým koníčkům. Řada lidí pracuje až do velmi vysokého věku (MLÝNKOVÁ, 2011).

Stáří samotné se dělí do několika období dle věku. Raným stáří označujeme období od šedesáti do sedmdesáti čtyřech let. Od sedmdesátého pátého do osmdesátého devátého roku života mluvíme o tzv. vlastním stáří. Po devadesátém roce již hovoříme o dlouhověkosti. Stává se ale, že je člověk v natolik dobrém fyzickém i psychickém stavu,

který neodpovídá jeho věku. V tomto případě se můžeme setkat s pojmy kalendářní věk nebo biologický věk, které se nemusí shodovat.

1.2 DLOUHOVĚKOST

Známý český lékař MUDr. František Koukolík, DrSc. se v některých z dílů pořadu pro Českou televizi s názvem Metuzalém věnuje tématice stáří. Jeho vědecké poznatky jsou velice přínosné a zajímavé. V epizodě věnované úspěšnému stárnutí se zabývá důvody, které mají za příčinu dožívání se vyššího věku.

Člověk díky vědě dokázal posunout stárnutí, ale i lidský věk. Dříve lidé umírali v docela mladém věku na zcela přirozená onemocnění, docházelo k tzv. regulaci populace přirozeně. Příroda regulovala náš živočišný druh morem, epidemiemi, válkami a bídou. Dnes díky očkovaní, složení potravin a prevenci onemocnění přežívá daleko větší množství lidí, které se dožívá mnohem vyššího věku. Naše společnost má velké množství starší populace. Je normální, že se lidé dožívají sedmdesáti, osmdesáti, výjimečně i sta let (KOUKOLÍK, 2012).

2 DEMENCE

Slovo demence je latinského původu. Vzniklo spojením předpony *de* - od, z a slova *mens*, které znamená mysl. Volně můžeme spojení těchto slov překládat jako úbytek intelektu oproti předchozím intelektovým schopnostem. Při tomto onemocnění ubývá stejně rychle mozkové tkáň, jako ubývá intelektu.

"Demence jsou závažné duševní choroby, jejichž základními projevy jsou příznaky úbytku kognitivních (poznávacích) funkcí. Mezi kognitivní funkce patří paměť, intelekt, pozornost, motivace (HÖSCHL a kol., 2004, s. 468)."

Člověk se během stárnutí setkává s řadou obtíží. Stárne tělo - to způsobují nemoci pohybového aparátu, stárne i lidský mozek - to zapříčiňují onemocnění neurologická a psychická. Stárnutí mozku vyřadí z činnosti některé z kognitivních funkcí a tento defekt nazýváme demence. Nejčastěji bývá zasažena paměť a následně další funkce nekognitivní. To vede ke snížení a následně ke ztrátě schopnosti zvládat zcela běžné činnosti a být soběstačný v denní rutině. Nesprávně se stáří může označovat za demenci a i naopak - dementní jednání je připisováno starému člověku. Mluvíme-li o demenci, mluvíme o chorobě, ale je-li někdo starý, nemusí být automaticky dementní.

2.1 PŘÍZNAKY DEMENCE

Různí autoři definují demenci rozdílně. Jedni se zaměřují na poruchu kognitivních funkcí. Zdůrazňována je zejména porucha paměti, snížení intelektu a úbytek pozornosti. Jiní ji ještě dále rozdělují a specifikují. Popisovány jsou rozdíly ve schopnosti vykonávat denní aktivity, vznik postupných omezení a následný dohled a pomoc blízkých. Zaznamenávají se změny chování během adaptace na nemoc a v různých údobích nemoci. Následně jsou uváděny změny kognitivních funkcí jako jeden z příznaků.

MUDr. Pidrman ve své knize Demence popisuje tři skupiny příznaků A-B-C:

A - *activities of daily life* - snížená schopnost vykonávat aktivity denního života;

B - *behavior* - změny v chování;

C - *cognition* - porucha kognitivních funkcí (PIDRMAN, 2007).

Tab. č. 1: DSM-IV kritéria demence

Mnohočetný kognitivní deficit včetně postižení paměti a minimálně jedno z dalších postižení:

- Afázie - problémy s řečí
- Apraxie - neschopnost provádět účelné pohyby
- Agnozie - selhání rozpoznávacích funkcí
- Narušení exekutivních funkcí - ztráta schopnosti správně rozpoznat a adekvátně hodnotit situaci

Kognitivní deficit natolik závažný, že interferuje se zaměstnáním nebo sociálními funkcemi

Prohlubující se kognitivní deficit v porovnání s předcházejícím stavem

Tyto poruchy nejsou součástí deliria

Zdroj: vlastní zpracování dle Pidrmána, 2005

2.2 DVĚ SKUPINY DEMENCÍ

V knize MUDr. Pidrmána (2005) jsou uvedeny dva typy dělení vzniku demence. První typ je důsledkem poškození vlastního mozku organickým onemocněním jako je toxická encefalopatie. Ten druhý popisuje vznik demence jako doprovodného onemocnění jiné choroby, která je obvykle léčitelná. Trvání této dysfunkce je tedy jen dočasné a reverzibilní. Jako příklad zde uvádí stav po několika infarktech, kdy dochází k narušení krevního oběhu v mozku.

- Primární demence - funkce intelektu jsou poškozeny z důvodu onemocnění mozku organickým onemocněním.
- Sekundární demence - je spojena s doprovodnými onemocněními a má reverzibilní schopnost, je považována za léčitelnou.

Již dříve bylo v práci zmiňováno o tom, že stárnutí je přirozený jev. S narůstajícím věkem obvykle narůstají zdravotní a sociální problémy. Je nezbytné se na přicházející

změny adaptovat. Je velmi zajímavé u jednotlivců pozorovat rozdíly ve schopnosti přizpůsobení se těmto změnám (PIDRMAN, 2005).

"Být rozhodný a odvážný měnit to, co se měnit dá. Být trpělivý a snášet to, co se měnit nedá. Být moudrý, abys uměl rozlišit mezi tím, co se změnit dá a co se změnit nedá (Démostenés)."

3 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Tato nemoc se vyvíjí po řadu let. Její projevy jsou v začátku jen těžko znatelné a pokud není pacient dobře informován, nevěnuje problémům s tím souvisejícím takovou pozornost. Jistých příznaků si začne všímat ve stádiu, kdy se začne zpomalovat a narušovat denní rytmus. Změna fungování chování bude výraznější a to ho motivuje se svým stavem začít něco dělat. Vhodným řešením je proto navštívit odborníka.

3.1 HISTORIE VÝZKUMU

Tato nemoc, na kterou není doposud vynalezen lék, je pojmenována podle Aloize Alzheimer (1864-1915). Během lékařské konference v letech 1907 zveřejnil příznaky onoho onemocnění. Popsal případ ženy, která se o sebe nezvládala postarat, trpěla zapomnětlivostí a byla dezorientovaná. U této během vyšetření post mortem zaznamenal mnohem tenčí mozkovou kůru, než je tomu zvykem u zdravých lidí. Na začátku dvacátého století se tato nemoc objevovala jen zřídka. Dnes se již vyskytuje i u lidí staršího věku častěji. Jenom v České republice je diagnostikována přibližně u 120 tisíc lidí. Touto chorobou trpěla řada významných osobností, například herečka Audrey Hepburn a Liz Taylor, bývalý prezident Ronald Reagan, vysoká státnice Margaret Thatcherová nebo autor fantasy knížek pro děti Terry Pratchett. Nikdo z nich si již na svůj život nevzpomínal - na důležité role, které ve své oboru sehráli (TELEVIZE.CZ, 2014).

3.2 PŘÍČINY

V knize Alzheimerova nemoc v rodině autoři uvádějí několik faktorů zapříčiňujících vznik tohoto onemocnění. Všechny tyto důvody často působí současně. V mozku jsou narušeny komunikační procesy, přičemž dochází k selhání komunikátorů (mozkových neurotransmiterů). Dalším následkem nemoci je odumírání samotných neuronů, buněk mozkové tkáně zodpovědných za přenos informací.

Bylo popsáno více příčin, které vedou k onemocnění:

- genetické - toto onemocnění se často vyskytuje u více členů rodiny;
- zánětlivé - příčinou je jiné inflamatorní onemocnění;
- virové - vznik z důvodu jiné virové nemoci;

- životní prostředí - vznik nemoci je ovlivněn životním stylem.

3.3 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU AN

Nejvíce ohroženi touto nemocí bývají staří lidé. Čím vyššího věku člověk dosahuje, tím je u něj i větší pravděpodobnost rozvoje tohoto onemocnění. Častěji touto chorobou trpí ženy a to z prostého důvodu. Právě ženské pohlaví se dožívá delšího věku než mužské, a proto u nich může tato nemoc propuknout spíše. Lidé, kteří žijí dlouhodobě sami a v ústraní, bez konfrontace s jinou osobou a kontaktu se společnostmi, mají málo podnětů ke složitějšímu přemýšlení. Je proto z jejich strany nedostatečně vyvinuto úsilí mentálně růst. Je to velmi dobře vysvětleno v knize Nedovolte mozku stárnout, ze které byl vybrán tento úryvek.

"Někdy léčba prostě spočívá v zajištění dostatečného množství společenských kontaktů, duševních podnětů a tělesných cvičení, čímž si uchováваме mozek zdravý. A zatímco všichni čekáme na lék proti AN, neměli bychom zapomínat, že k rozvoji AN v pozdějším věku přispívají stejné faktory, které škodí našemu mozku i ve třiceti nebo čtyřiceti letech (BRAGDON, 2009, s. 68)."

Dalším rizikovým faktorem je výskyt onemocnění v rodině. Zjistíme-li, že někdo z našich rodičů, prarodičů nebo sourozenců touto nemocí trpěl, měl by to být signál věnovat této problematice zvýšenou pozornost. Uvádí se, že touto nemocí trpí lidé se sníženou duševní aktivitou a menším vzděláním. (GERONTOLOGIE.CZ, 2014) V knize Život bez nemocí se autoři zmiňují o genetických dispozicích pro vznik tohoto onemocnění (GORDON, 2011).

"Vědcům se podařilo identifikovat přinejmenším dvacet genů a genetických abnormalit spojených s Alzheimerovou nemocí. Nejznámější je gen ApoE, který ovlivňuje koncentraci bílkoviny apolipoproteinu E v krvi. Úkolem tohoto proteinu je pomáhat odstraňovat nadbytek cholesterolu z krve a transportovat ho ke zpracování do jater (GORDON, 2011, s. 80)."

3.4 NEURODEGENERATIVNÍ ZMĚNY AN

Při normálním stárnutí se začíná snižovat hmotnost lidského mozku, zvláště po 55. roce věku. Po 77. roce uvádějí neuropatologové pokles hmotnosti v průměru o 18 % ve srovnání s věkem 20 - 49 let. S věkem se také snižuje tloušťka mozkové kory hlavně v čelních lalocích. Po 60. roce věku se rozšiřují mozkové komory.

V průběhu Alzheimerovy nemoci vzniká obdobný děj jako u stárnoucího mozku - s výraznou akcentací - zvláště u presenilní formy. Čím větší je hmotnost mozku před onemocněním, tím větší je rezerva pro uchování kognice pro případ onemocnění Alzheimerovou demencí. U ní je úbytek hmotnosti mozku o 40 - 80% vyšší než u normálního stárnutí. Nejvíce je postižen spánkový lalok. Dvě typické patologické struktury, charakterizující tuto nemoc, jsou senilní plaky a neuronální klubka. Plaky jsou v histologických řezech patrné jako okrouhlé mikroskopické útvary obsahující chorobnou bílkovinu amyloid. Uloženy jsou ve zvláštních oblastech mozkové kůry a představují vlastní příčinu poškození kognitivních funkcí.

Tzv. neuronální klubka jsou párová spirální vlákna patrná mikroskopicky. Jejich podstatnou součástí je patologická bílkovina, nazvaná protein τ . Jsou vlastním Alzheimerovým objevem a vznikají chorobnou změnou neurofibril. Existuje ještě další patologická struktura - B amyloidový, který je neurotoxický. Ten se ukládá v jádrech výše zmíněných senilních plak a ve stěnách tepének (JIRÁK, 2013).

4 PŘÍZNAKY NEMOCI

Všichni staří lidé vnímají problémy s pamětí a jejího zhoršování si všimají. Učí se obtížně novým věcem jako je například cizí jazyk, řízení automobilu, či práce s počítačem.

4.1 KOGNITIVNÍ PŘÍZNAKY

Mezi kognitivní příznaky nemoci řadíme:

- porucha paměti (zapomínání a ztracení předmětů, zapomínání čísel a jmen);
- porucha chování (agresivita, nesoustředěnost, logické myšlení);
- porucha orientace v čase i v prostoru (zabloudí postupně i na známých místech);
- ztrácejí nadhled (úbytek soudnosti, přeceňování);
- porucha a snížení intelektu (neschopnost vykonávat zaměstnání a postupně běžnou denní rutinu);
- neschopnost porozumět slyšenému slovu a tvořit správně řeč;
- porucha výkonných funkcí, je problém jednodušší úkoly správně provádět za sebou (REGNAULT, 2011).

4.2 NEKOGNITIVNÍ PŘÍZNAKY

Mezi nekognitivní, neboli také BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia), behaviorální a psychologické příznaky demence, řadíme tyto:

- poruchy chování (toulání, bloudění, útky z domova);
- poruchy emotivity (výkřiky, opakování úkonů a pohybů bez smysluplnosti);
- poruchy cyklu spánek - bdění (posun cyklu až úplná inverze spánku).

Jmenované poruchy jsou pro pečující okolí daleko více zatěžujícím a rušivějším faktorem, než příznaky poruch kognitivních funkcí pacienta (REGNAULT, 2011).

5 STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY

"AD je progresivní onemocnění. To znamená, že její příznaky se stále zhoršují. Na začátku je nemocný ještě schopný postarat se sám o sebe jen s mírnou pomocí při řešení obtížných úkolů (řešení finančních záležitostí apod.). Těch, které zvládne sám, ubývá. V nejtěžším stádiu AD již není schopen se ani samostatně najíst, nedodrží hygienické návyky. Stává se zcela závislým na péči okolí (FRANKOVÁ, 2009, s. 36)."

5.1 ČASNÉ STÁDIUM

Rozvoj příznaků brání ve vykonávání obvyklých každodenních činností. Časné stádium Alzheimerovy choroby se vyznačuje následujícími symptomy:

- odumírají mozkové buňky v hypokampu - tato hemisféra, pokud je narušená, již není schopna vykonávat tu danou činnost, kterou dříve řídila;
- nadále je mozek poškozován a šíří se do spánkového laloku - zde způsobuje potíže s vyjadřováním a poruchy rozumět mluvenému slovu;
- komplikace a zhoršená schopnost komunikovat normálně - může nemocného znervózňovat a dovést ke konfliktům, to může být důvodem uzavření se a zvýšením pasivity při hovoru; je proto vhodné zaměřit se na schopnosti, které jsou neporušené a podpořit jejich používání a posilování (CALLONE, 2008).

5.2 STŘEDNÍ STÁDIUM

Střední stádium AN se vyznačuje těmito symptomy:

- již odumírají mozkové buňky v celé oblasti mozku - problémy s denními činnostmi a věcmi, které k tomu používá např. oblékání, čištění zubů, přípravou jídla, ...;
- není schopen spojit si věci, které vidí se správnou reakcí těla - řízení auta, jízda na kole, ...;
- okolí si všímá změn.

V tomto stádiu se uskutečňuje obvykle jedna z prvních návštěv lékaře (CALLONE, 2008).

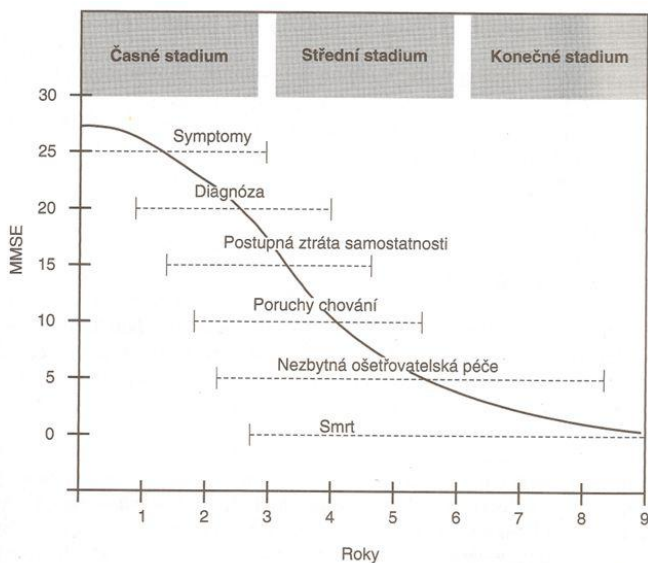
5.3 KONEČNÉ STÁDIUM

Konečné, neboli také pozdní stádium Alzheimerovy choroby, se vyznačuje těmito symptomy:

- neschopnost správně reagovat;
- ztráta logického myšlení a schopnost úsudku;
- snížená schopnost pečovat o sebe;
- snížená kontrola mozku nad tělem, dochází často ke smrti pacienta.

Nejběžnější průběh Alzheimerovy choroby je pomalu se šířící a progresivní onemocnění. Změny probíhají dlouhodobě a z počátku nejsou nijak výrazné. Nemocný na dané onemocnění neumírá, i když je základní příčinou smrti. Nejčastější příčinou smrti jsou přidružená nová onemocnění k současně pobíhající chorobě, či úrazy nebo pády (CALLONE, 2008).

Obr. č. 1: Klasický průběh AD



Zdroj: PIDRMAN, 2007, s. 16

6 DIAGNOSTIKA AN

"V diagnostice Alzheimerovy nemoci je zásadní včasné rozpoznání přítomnosti syndromu demence, následováno určením Alzheimerovy nemoci jako jeho nejpravděpodobnější příčiny. Přechodným stavem mezi normálním stárnutím a demencí je mírná kognitivní porucha. Pomocné vyšetřovací metody již neslouží pouze k vyloučení jiných příčin demence, ale mohou přímo podpořit diagnózu Alzheimerovy nemoci (ČECHOVÁ, 2011, online)."

Během odebírání anamnézy je třeba zaměřit se nejen na získávání informací, ale i na jejich objektivitu. Proto je vhodné informovat se také od blízké osoby, nebo ošetřujícího personálu. AN má plíživý začátek a je proto těžko rozpoznatelná. Její progresse není možno si nevšimnout a zaznamená jí nejen rodina, ale i zkušený psychiatr. K rozlišení typů demence se používá spíše celá řada testů (hodnocení efektní terapie, hodnotící škály, výkonné testy), díky nimž se určí typ demence a popřípadě stádium, ve kterém se nemocný nachází. Je vhodné ověřit si, není-li akutní stav nemocného zapříčiněn jinou skutečností, proto se uplatňuje pravidlo tzv. 4D (deprese, delirium, drugs - léky, demence) u geriatrických pacientů (PIDRMAN, 2005).

U nemocný se vyšetřuje:

- kognitivní funkce - MMSE obsahuje 30 otázek/činností, jejichž správné splnění či odpověď se hodnotí vždy nulou nebo jedním bodem, maximální počet bodů je 30 (bezchybně provedeno), minimální 0 (není schopen rozvést);
- aktivity denního života - používá se test podle Barthela, v němž se hodnotí potřeba pomoci druhé osoby v 10 činnostech, 0 (činnost nezvládá samostatně) – 5 (činnost zvládá s dopomocí) – 10 (činnost provede sám);
- poruchy paměti – CDT je jednoduchý v zadání, pacient je vyzván, aby nakreslil hodiny a zadaný čas, za bezchybný obrázek dostává 1 bod a pokud obrázek nenakreslí 6 bodů;

- základní laboratorní parametry: hematologické, biochemické, vitamín B12, fosfát, hormony štítné žlázy, test na boreliózu, AIDS, atd.;
- neurologické vyšetření (zobrazovací metody): MR, SPECT, CT.

V současnosti se klade důraz na odhalení možného postižení v co nejrychlejším čase a nejnižším stádiu nemoci. Je celosvětově stanoven diagnostický proces při stanovení AD viz tabulka níže.

Tab. č. 2: Diagnostický proces při stanovení AD

<p>AD</p>	<p>Klinická kritéria pro pravděpodobnou AD</p> <p>Histopatologický nález AD dle biopsie nebo autopsie</p>
<p>Pravděpodobná AD</p>	<p>Demence dle anamnézy a neuropsychologických testů</p> <p>Progresivní deficit paměti a v jedné z dalších kognitivních oblastí</p> <p>Bez poruchy vědomí</p> <p>Nástup mezi 40. - 90. rokem věku</p> <p>Absence systémového nebo jiného mozkového onemocnění způsobujícího demenci</p>
<p>Možná AD</p>	<p>Demence s různým začátkem nebo průběhem</p> <p>Přítomnost systémového nebo jiného mozkového postižení</p> <p>Progresivní kognitivní deficit</p>

Zdroj: vlastní zpracování dle Pidrmána, 2005

7 TERAPIE AN

"Terapie každé demence má být komplexní, skládající se z farmakoterapeutických a jiných biologických přístupů, z reedukační terapie a nácvikových metod paměti, z léčby interkurentních onemocnění, z rehabilitace a v neposlední řadě z práce s pečovatelem (HÖSCHL a kol., 2004, s. 473)."

O léčbě Alzheimerovy choroby ještě není mnoho zjištěno, a proto je možno pohovořit o ní jen v největší stručnosti. Zatím není jednoznačně známa etiopatogeneze této nemoci, není tedy možno léčit ji kauzálně. Specialista na terapii Alzheimerovy choroby doc. Dr. Jirák odůvodňuje dosavadní léčebné postupy jako racionální ovlivnění známých etiopatogenetických řetězců vzájemně spolu souvisejících (JIRÁK, 2013).

7.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

V dosavadní léčbě je nejvýznamnější terapie kognitivní - terapie paměti, intelektu, motivace - nejdůležitějšího defektu způsobeného nemocí. U Alzheimerovy demence je nejvíce postižen mozkový acetylcholinergní systém (je velmi důležitý pro mechanismy paměti, a také pro udržení dostatečné, kvalitativní úrovně vědomí). Přesto zůstává schopnost syntézy a uvolnění acetylcholinu do jisté míry zachována.

- *Kognitiva:* používají se ke zlepšení funkce centrálního acetylcholinergního systému (inhibitory acetylcholinesterázy blokují odbourávající enzym - zvyšují množství acetylcholinu, schopného vazby na příslušné receptory).
- *Alkaloidy:* zvyšují odolnost nervové tkáně k hypoxii, podporující oxidativní metabolismus glukosy a neuronální proteosyntézu, odstraňují volné kyslíkové radikály.
- *Antioxidanty:* mají relaxační vliv na hladkou svalovinu cév a odstraňují volné kyslíkové radikály.
- *Hypnotika:* používají se zejména na začátku při poruchách rytmu spánku (POZOR - mohou se stát návykovými, je třeba zlepšit).

- *Antidepresiva*: proti depresi, využívají serotonin k přenosu elektrického signálu mezi neurony (zvyšování dávek je postupné).
- *Anxiolitika*: pro vyrovnání nálady a zvládnání psychické zátěže.
- *Neuroleptika*: při komplikujícím paranoidním a halucinatorním syndromu agitovanosti a ostatních poruchách.

7.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Tato léčba je založena na terapii, během které se usiluje o zachování a zapojení funkcí mozku v co nejširším rozsahu. Pečuje se tak o zachování všech těchto funkcí, jak jen je to nejdéle možné. Jejich opakování činností ve snadno zapamatovatelném vzorci napomáhá k jejich rychlejšímu vybavování a i dlouhodobějšímu zapamatování. Někdy tedy stačí jen drobný náznak několika prvních kroků, což způsobí rychlé oživení paměti a následně vede k samostatnému dokončení činnosti (VAVRUŠOVÁ, 2012).

7.2.1 REMINISCENČNÍ TERAPIE

Staří lidé si nejlépe pamatují návyky, vzpomínky a zážitky z mládí. Jedná se o proces dlouhodobé paměti, která je u starých lidí méně potlačována. Všichni tento jev známe od svých prarodičů, kteří rádi vyprávějí příběhy svého mládí, ale již si nevzpomenou, co měli ten den k obědu. Z toho důvodu je reminiscenční terapie založena na práci s dlouhodobou pamětí. V tomto případě se využívají věci, fotografie a hudební nahrávky spojené s jejich životem. Do nemocničních zařízení rodina přináší tzv. vzpomínkové kuffíky, které jsou plně maličností z jejich domova. Věci, které byly součástí jejich denního života podporují jejich vnímání, které ještě funguje. I přesto, že je mozek zasažen nemocí, stále reaguje na dobře známé podněty a to je úkolem terapie. Existuje celá řada terapií: bazální stimulace, ergoterapie, muzikoterapie, canisterapie atd. Každá z těchto metod je vhodnou aktivizační metodou. Podporují rozvoj vnímání pacienta a střídání těchto činností cvičí jednotlivé oblasti mozku (ALEZHEIMERCENTRUM.CZ, 2014).

7.2.2 ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH

Pokud je pacient s AN hospitalizován v některém sociálním zařízení, není jednoduché od něj získat pravdivé informace. Personál často neví, odkud pacient pochází, jaké měl zájmy a koníčky, co bylo jeho povoláním a jak žil se svou rodinou. Pro ujednocení obrázku o klientovi je vhodné odebrat anamnézu od rodinných příslušníků a domácích ošetřovatelů. Je dobré je požádat o sepsání jednoduchého životopisu klienta a zážitků s nimi, na které si pamatují. Díky těmto informacím se může personál lépe orientovat a volit individuální přístup konkrétně vytvořený pro pacienta, s ohledem na jeho životní příběh. Tyto informace jsou obohacující i pro personál, který má možnost seznámit se s minulostí pacienta. Stává se pro ně známější a "uchopitelnější". Není tedy pro ně člověkem bez minulosti.

7.2.3 BAZÁLNÍ STIMULACE

Podněty působící na pacienta aktivují činnost mozku tím, že způsobují dráždění hmatových smyslů. Dotek je pocit velmi intenzivní, protože je spojen již od narození s projevy lásky, pocitem bezpečí a ochrany. Proto je vnímán samotným pacientem velmi pozitivně. Díky kvalitnímu vedení personálu, který stimulaci provádí, se tak zlepšuje psychická složka nemocného. Jedná se o ukládání pacienta do různých poloh s podporou kompenzačních pomůcek, například polštářů, podložek, přikrývek (z různých materiálů). Například při poloze "hnízdo" v pozici na boku či na zádech je k pacientovi přiložena deka či polštář tak, aby ani končetiny nebyly bez podpory. Má za úkol navodit pocit bezpečí a klidu tím, že je tělo jakoby objaté v náručí.

Mezi další využívané metody patří ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, felinoterapie, canisterapie, aromaterapie, atd. (FRIEDLOVÁ, 2007).

8 PREVENCE

Jako u jiných onemocněních je potřeba i s touto nemocí bojovat, a to nejlépe ještě předtím, než vypukne. Jedinou možností je zde prevence. Cvičit a namáhat celý mozek je zdravé v jakémkoliv věku. Udržovat se nejen v tělesné, ale mimo jiné i duševní kondici je zdravé a blahodárné pro náš mozek a psychiku. Autorka Jean Carperová, která má v rodinné diagnóze AN, se rozhodla svým specificky zaměřeným životním stylem předejít rozvoji onemocnění v brzkém věku a tato doporučení, kterých je cca stovka, sepsala a vydala v roce 2010 jako knihu, aby pomohla sebrat odvalu i ostatním bojovat proti této chorobě ještě před jejím propuknutím (CARPER, 2011).

Základním pravidlem prevence dle Carperové je nutnost volit *vhodnou stravu*. Dodržovat pravidelné stravování jako prevenci malnutrice, která se může stát komplikací a je průvodním jevem u starších lidí s AN. Přísun základních energetických živin a jiných nutrientů (bílkoviny, minerály, vitamíny) by měl být vyšší, než jejich spotřeba, a to z toho důvodu, aby organismus nečerpal energii z vlastních zásob. Stejně tak i konzumace ryb by měla být vyšší. Maso lososa totiž obsahuje omega-3 mastné kyseliny a DHA kyselinu, která se řadí mezi nezbytné části tkáně mozku. Tyto kyseliny zabraňují hromadění betaamyloidních proteinů a tím i vzniku jejich plaků. V jejich doporučeních nechybí ani konzumace špenátu, který je zdrojem kyseliny listové, jejíž účinky v těle snižují hladinu homocisteinovou (poškozuje stěny cév).

Dalším příkladem, na který jsme snad denně upozorňováni, je pít dostatek tekutin. Doporučuje se v různých formách (šťávy, džusy, mošt, čaje). Předchází se tak bolestem hlavy a únavě. Tělo se správně pročisťuje. Kávu a víno je vhodné konzumovat v přiměřeném množství, jejich účinky jsou pak blahodárné (NAVRÁTILOVÁ, 2011).

Dále je pro prevenci AN vhodné procvičovat mozek různými způsoby. Snažit se mozek udržovat v kondici, například luštěním křížovek, počítáním příkladů, hlavolamy, skládáním puzzlí. Kterýkoliv z těchto druhů zábavy zlepšuje prokrvení mozku. Samozřejmě zkoušení nových věcí např. česání si vlasů jinou rukou, než jsme zvyklí. Populární hra šachů donutí mozek přemýšlet nad různými taktikami, což vytváří nová spojení mezi mozkovými buňkami. Každodenní stimulace mozku a udržování duševní kondice snižuje riziko onemocnění.

Je potřeba si udržovat dobrou náladu. Dávat si pozor na špatnou náladu a smutek, aby se nezhoršovaly a nepřešly v depresi, která je zodpovědná za ztrátu buněk v několika oblastech mozku. Doporučuje se studovat cizí jazyk nebo začít uvažovat o studiu či kurzu. Vhodné je také začít hrát na hudební nástroj a pamatovat si písně nazpaměť, odvážit se přihlásit do vědomostní soutěže nebo se dále vzdělávat.

Pro prevenci je také nezbytné, aby se staří lidé *nevyhýbali společnosti* a aktivně se zapojovali do dění kolem sebe, podporovali kontakty se členy rodiny a věnovali svůj čas přátelům. Pro osamělé lidi je vhodné pořízení si domácího mazlíčka, který se může stát zároveň i vhodnou terapií (CARPER, 2011).

9 MOŽNOSTI PÉČE

V této kapitole jsou posuzovány možnosti péče ve zdravotnických zařízeních. Dále je zde zmínka o organizacích pro podporu lidí trpících AN a uvedeny příklady pomoci sociálních služeb v domácí péči.

9.1 HOSPIC

Hospicová péče je vhodnou volbou pro pacienty s Alzheimerovou chorobou převážně v terminálním stádiu. Jedná se o pomoc blízkým, kteří již nejsou schopni pečovat o nemocného v domácím prostředí. Účinnou pomoc jim tyto hospice nabízejí, pokud je již péče o blízkého natolik náročná, že ji nejsou schopni vykonávat v takové míře, aby byly uspokojeny potřeby nemocného. Personál se zde snaží poskytovat maximální péči po dobu 24 hodin denně. Zajišťují péči, která nijak pacienta neomezuje v jeho aktivitách, ale zahrnuje jak fyzickou, psychickou, tak i duchovní stránku. Ošetřující personál se zde věnuje také paliativní péči, která ulehčuje pacientovi prožívání bolesti. Personál je vzdělán v péči o pacienty v terminálním stádiu a těžce nemocné pacienty s různými typy demence. Rodina může svého blízkého navštěvovat a v případě zájmu se i zde o něj starat ve kteroukoli denní dobu. Jakákoliv aktivita vyvinutá ze strany rodiny je kladně vítána a podporuje se.

9.2 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Domovy se zvláštním režimem jsou jednou z vhodných možností pro pacienty v časném a středním stádiu Alzheimerovy choroby. V těchto zařízeních je jejich specializace právě v pomoci s Alzheimerovou chorobou a demencí. Jednotlivá zařízení jsou vybavena tak, aby splňovala bezpečnost a kvalitu péče poskytovanou nemocnému. Personál je vzdělán v oboru geriatrické a poučen o onemocněních, se kterým pacient přichází. Ví, jak se má správně chovat k nemocnému, jak s ním může jednat. Peče se v těchto domovech poskytuje pacientům nepřetržitě po dobu 24 hodin. Personál zde zaměřuje svou péči k udržení aktivního využívání všech schopností, které ještě pacient má. Hlavním úkolem je zachování kvalitního života vhodně zvoleným individuálním plánem (DREVCICKYPARK.COM, 2014).

Dle § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je hlavním účelem sociálních služeb *"poskytování pobytových sociálních služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby v souladu s jejich právy a svobodami (MPSV ČR, 2014)."*

9.3 DENNÍ STACIONÁŘE

Denní stacionář je jakýsi předstupeň péče ústavní. Jeho posláním je udržet seniory v příjemném prostředí jejich domova a pečovat o ně v blízkosti jejich vrstevníků a rodiny. Denní stacionáře mají připraven celodenní program pro pacienty. Program je vždy přizpůsoben možnostem pacienta. Rodina sem vždy ráno přiveze svého blízkého a odpoledne opět odveze domů.

9.4 AGENTURA DOMÁCÍ PÉČE

Agentura domácí péče vykonává zdravotní a pečovatelské služby v rodinách pečujících o své blízké v domácím prostředí. Tato pomoc je poskytována všem věkovým skupinám. Do této skupiny patří staří a chronicky nemocní lidé, dále pak handicapovaní a děti (DOMACI-PECE.EU, 2014).

Péče zkušené zdravotní sestry v domácím prostředí má na pacienta blahodárný vliv. Pacient je léčen v pohodlí domova. Zdravotní sestra provádí základní péči sama nebo pomáhá rodině. Při péči o blízkou osobu jim pomáhá a zároveň je i učí, jak tuto péči poskytovat správně. Sestra dochází domů k pacientovi pravidelně dle domluvy s rodinou. Péči může naordinovat praktický lékař a v tomto případě je hrazena pojišťovnou na dobu 3 hodin denně.

9.5 CHARITA

Charita je nezisková organizace, která je provozována pod záštitou římskokatolické církve. Pořádá celou řadu kampaní a vzdělávacích programů pro veřejnost a zřizuje školící centra. Pořádá mnoho sbírek a kampaní na pomoc lidem v nouzi, sociálně slabším rodinám a matkám s dětmi. Pomáhá cizincům žijícím v České republice a je členem Caritas Internationalis i Caritas Europa. Svoji pomoc nabízí nejen u nás, ale i v místech živelných

katastrof. Dobrovolníci, ale i zaměstnanci Charity, pracují převážně v terénu, a to přímo u klientů doma. Docházejí pravidelně k potřebným domů a poskytují zdravotní či sociální služby. Nabízejí zejména výpomoc nemocným a starým lidem. Fungují také jako výpomoc rodinám pečujícím o nemocného v domácí péči, což je zmíněno také v této práci (CHARITA.CZ, 2014).

10 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O PACIENTKU S AN

Teoretické poznatky nyní budou využity ke zpracování praktické části bakalářské práce, jejímž předmětem je zhodnocení ošetřovatelského procesu. Ke zpracování tohoto byla vybrána pacientka s diagnózou Alzheimerovy choroby. Paní Eva je v těžkém stádiu Alzheimerovy choroby, a proto byly informace získávány od jejího syna, od kterého bylo zároveň získáno i svolení pracovat s jeho maminkou a z takto získaných informací vytvořit tuto práci. K danému případu byly vypracovány ošetřovatelské diagnózy a sestaven podrobný ošetřovatelský plán.

10.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Z důvodu ochrany osobních údajů jsou v práci zmíněna pouze vybraná data.

Jméno a příjmení:	xxxxx, PhDr.	Datum narození:	7.3.1922
Rodné číslo:	xxxxxxx/xxxx	Věk:	92 let
Pohlaví:	žena	Bydliště:	x
Zaměstnání:	důchodkyně	Vzdělání:	vysokoškolské
Národnost:	česká	Státní příslušnost:	ČR
Stav:	vdova		
Medicínská diagnóza hlavní:			Alzheimerova choroba (od r. 2012) v roce 2010 potíže s pamětí
Vedlejší medicínské diagnózy:			Hypertenze od roku 2012 Porucha metabolismu lipidů
Vitální funkce:			
P: 72/min., pravidelný		Hmotnost: 57 kg	
TK: 130/80 torr		BMI: 23,42 - norma	
TT: 36,4		Stav vědomí: při vědomí, dezorientována	

D: 14/min.

Pohyblivost: omezená, jen s dopomocí

Výška: 156 cm

Krevní skupina: 0 Rh. pozit.

Nynější onemocnění: 92letá pacientka v domácí péči s Alzheimerovou chorobou v progresi

Informační zdroje: chorobopis pacientky (je částečný z důvodu ztráty), syn, ošetřovatelky, obvodní lékařka

Anamnéza:

Rodinná anamnéza:

Matka pracovala v domácnosti. Byla o 18 let starší než její otec. Zemřela v 60 letech v koncentračním táboře Osvětim, protože byla Židovka. Otec se živil jako knihovník. S matkou se rozvedl, aby zachránil dceru před nacisty. Zemřel na CMP. Sourozence nemá, je jedináček. Manžel byl archeologem a převážně žil ve Francii, kde také zemřel ve věku 54 let na nedomykavost chlopně. Děti má 2, dceru (65), vdaná žije sama, již v důchodovém věku, matkou 2 dětí. Syn (63) svobodný, bezdětný, farář.

Osobní anamnéza:

V dětství proběhla u pacientky běžná dětská onemocnění. Léčila se s pneumonií. Léčí se s hypertenzí kompenzovanou pouze antihypertenzivy. Alzheimerovo onemocnění se začalo projevovat nenápadnými příznaky. Kognitivní porucha paměti v roce 2010 (do roku 2010). Pacientka si uvědomuje v březnu téhož roku poruchu paměti a občasnou závrať. Diagnostikována Alzheimerova choroba s pozdním začátkem a středně těžkým deficitem kognitivních funkcí v roce 2011. Diagnostikována Gonartrosis oboustranně v roce 2012. Začínající močová inkontinence a s tím vznesena související žádost na příspěvek o sociálních službách. Léčba chronické žilní insuficience.

Léková anamnéza:

Dorta, Atoris, Godasal, Helicid, Tiapridal, Ebixa, Seropram, Myostan, Lactulosa.

Gynekologická anamnéza:

Nelze přesně již zjistit, dokumentace pacientky se ztratila.

Operace dělohy v 50 letech hysterektomie, ne z onkologického důvodu (o tomto se zmínila synovi ještě před onemocněním).

Alergologická anamnéza:

Nejsou zjištěny žádné alergie.

Abúzy:

Alkohol dříve jen při oslavách, tabák - 1 cigareta za celý život, léky - žádná závislost, drogy - neguje. Káva - pila dříve hodně.

Psychologická anamnéza:

Vývojové období - vysoký dospělý věk, premorbidní osobnost - melancholik, emoční oblast - labilita, podpora rodiny.

Sociální anamnéza:

Pacientka je 14 let vdova. Je již delší dobu v důchodovém věku. Bydlí v prostorách kláštera, kde má samostatný bezbariérový byt. Vztahy v rodině jsou dobré. Její dcera ji navštěvuje méně často, protože bydlí v jiné zemi. Stejně tak ji navštěvují vnoučata. Její syn ji navštěvuje denně. Záliby nyní nemá žádné. Dříve až do svých 80 let vyučovala jógu a plně se věnovala své profesi archeoložky. Volný čas věnuje aktivitám: čte, zpívá, hraje si s míčem, cvičí s asistencí.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vysokoškolské vzdělání (PhDr.)

Pracovní zařazení: dříve archeoložka, nyní v penzi

Vztahy na pracovišti: zřejmě dobré, na dobu v zaměstnání vzpomínala velmi ráda

Ekonomické podmínky: průměrné, má péči, kterou jí hradí děti

Hospitalizace a operace:

Hospitalizace na interním oddělení v roce 2012 z důvodu akutní ischemické CMP s levostrannou hemiparézou. Dále se léčila v roce 2012 na chirurgickém oddělení se zánětem nehtového lůžka. Po propuštění z nemocnice doléčeno ambulantně. V roce 2013 vznikl dekubitu pravé hýždě 2 cm x 1 cm. Léčeno betadinem, převazy doma.

Tab. č. 3: Posouzení současného stavu ze dne 3.3.2014 v 9:00

<i>Assesment</i>	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
<i>Hlava a krk</i>	<p>Na otázku zdali má bolesti hlavy odpověděla, že ne.</p> <p>Informace od syna: <i>"Matka nikdy bolestmi hlavy netrpěla. Zubní protézu nosí již dlouhé roky a myslím, že je na ni zvyklá."</i></p> <p>Zdravotní sestra: <i>"Pacientka čte bez brýlí. Nosí zubní protézu, kterou jí ráno pomáhám nandat a večer ji vyndává a sama si jí čistí."</i></p>	<p>Hlava normocefalická, pokleповě nebolestivá.</p> <p>Vlasy jsou husté a prošedivělé.</p> <p>Tvář: oči souměrné, skléry bílé. Nos bez deformit a výpotku. Rty bez známek cyanózy a souměrné, jazyk plazí středem. Chrup používá umělý, horní zubní protéza je vyndavací. Krk - štítná žláza nezvětšená.</p>
<i>Hrudník a dýchací systém</i>	<p>Na dotaz jak se jí dýchá odpovídá <i>"Dobrý."</i></p> <p>Informace od syna: <i>"Nepozoruji, že by měla s dýcháním potíže. Maminka nikdy ani nekouřila a pracovala často venku. Myslím, že jí to prospívalo."</i></p> <p>Zdravotní sestra: <i>"Pacientka již dlouho nebyla nemocná. Kašel ani jiné obtíže ji netrápí. Alespoň jednou týdně provádíme cvičení s dýcháním. Pacientka navíc moc ráda zpívá."</i></p>	<p>Hrudník souměrný, bez deformit.</p> <p>Dýchání - sklípkovité, čisté, akce srdeční pravidelná, klidná, bez pískotů, prsa bez výtoků, bez odchylek.</p> <p>Dechů 14/minutu, bez klidové dušnosti a cyanosy.</p>
<i>Srdečně cévní systém</i>	<p>Nelze zjistit.</p> <p>Informace od syna: <i>"Matka se neléčila se srdcem. Byla celý život hodně aktivní a sportovala."</i></p>	<p>Dolní končetiny bez otoků.</p> <p>Srdce pokleповě nezvětšeno. Frekvence 72/min, ozvy ohraničené,</p>

	Zdravotní sestra: <i>"Pacientka neužívá v tomto případě žádné léky."</i>	bez šelestů, TK – 130/80. Akce srdce pravidelná.
	Nelze zjistit.	
Břicho a GIT	<p>Informace od syna: <i>"Občas trpí na zácpu. Používá na to předepsaný lék."</i></p> <p>Zdravotní sestra: <i>"Pacientce podávám každé ráno Lactulosu. Předpis má od obvodní lékařky. Je to z důvodu časté zácpy a obtížného vyprazdňování. Nemá problémy s nadýmáním."</i></p>	<p>Břicho - měkké, palpačně nebolestivé, bez rezistence, játra nezvětšená.</p> <p>Peristaltika lehce slyšitelná, jinak bez deformit.</p> <p>Funkční inkontinence.</p>
	Nelze zjistit	
Močový a pohlavní systém	<p>Informace od syna: <i>"Měla zánět, ale ten se vyléčil a teď se moč už jen kontroluje."</i></p> <p>Zdravotní sestra: <i>"Jendou měsíčně odnáším sterilní moč do laboratoře z důvodu kontroly častých zánětů v minulém roce. Pacientka v době zánětlivého onemocnění sama sdělila, že má potíže slovy, že to bolí."</i></p>	<p>Ledviny a močový měchýř nehmatné. Funkční inkontinence.</p> <p>Laboratorní kontrola moče 1x/měsíc.</p>
	Nelze zjistit	
Kosterní a svalový systém	<p>Informace od syna: <i>"Má problémy s artrózou. Bere léky na bolest. Už se jí nechodí tak dobře. Loni ošklivě spadla a byla nějakou dobu v nemocnici."</i></p> <p>Zdravotní sestra: <i>"Ráno a odpoledne s pacientkou chodím s chodítkem. Je potřeba"</i></p>	<p>Hybnost končetin nízká, riziko pádu = 7 bodů - zvýšené riziko pádu.</p> <p>Chůze za opory asistentky o chodítko (šouravá).</p> <p>Svalstvo končetin je rovnoměrné, symetrický a</p>

	<i>ráno pacientku rozpohybovat je po noci trochu ztuhlá."</i>	svalový tonus přiměřený. Riziko vzniku dekubitů = 24 bodů – nebezpečí vzniku dekubitů. Viditelné klouby jsou bez deformit. Málo pohyblivé a bolestivé - analgetika.
Nervový systém smysly	Nelze zjistit Informace od syna: <i>"Maminka si na nic nevzpomíná, je ale v dobrém stavu."</i> Zdravotní sestra: <i>"Pacientka dovede říci, že je něco horké, studené, kyselé. Neví, jaký je den, kde je, ani kdo je její syn. Mne také nepoznává. Velmi dobře ale vidí a slyší."</i>	MMSE = 5bodů – těžká kognitivní porucha. Čich, chuť, hmat je bez patologických projevů.
Endokrinní systém	Nelze zjistit. Informace od syna: <i>"Nevím o žádných problémech."</i> Zdravotní sestra: <i>"Žádných problémů si nejsem vědoma."</i>	Štítná žláza nezvětšená. Žádné patologické projevy endokrinního systému.
Imunologický systém	Nelze zjistit. Informace od syna: <i>"Matka nikdy na nic alergii neměla a o ničem nevím."</i> Zdravotní sestra: <i>"Nevím o ničem s čím by se v poslední době léčila."</i>	Uzliny nebolestivé, nezvětšené bez patologie. Bez známek infekce. Změřená tělesná teplota činí TT = 36,4 C.
Kůže a její adnexy	Nelze zjistit. Informace od syna: <i>"V loňském roce měla</i>	Kožní turgor je snížený Vlasy, nehty a kůže je bez

mamka odřenou nohu a hojilo se to docela dlouho. Museli jsme často ránu převazovat, ale úspěšně se to zhojilo."

defektů, jsou bez patologických změn.

Zdravotní sestra: "*Pacientka má už starou kůži, proto ji často hydratuji, mažu krémy, masíruji. Je potřeba dbát na polohování, a proto spí na antidekubitní matraci, používá kompenzační pomůcky a často ji polohuji.*

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Tab. č. 4: Aktivity denního života

	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
<i>Stravování a pitný režim</i>	<p>Informace od syna: "<i>Ráno s mámou snídám a nemá problém s tím, že by něco nejedla.</i>"</p> <p>Zdravotní sestra: "<i>Jíst jí chutná, jí vše co umí rozkousat. Volím pro pacientku jídlo, které jí chutná, snadno jej rozkouše a dodá jí energii.</i>"</p>	<p>Připravené jídlo sní sama bez pomoci.</p> <p>Jí spíše měkkou a snadno rozžvýkatelnou stravu.</p> <p>Pacientky váha je 57 kg, výška je 156 cm. Body mass index (BMI) je v normě 23,4.</p>
<i>Příjem tekutin</i>	<p>Informace od syna: "<i>Mamka pije asi dost, nevím. Nikdy alkohol nepila, co si pamatuji.</i>"</p> <p>Zdravotní sestra: "<i>Pije sama</i></p>	<p>Záznam o příjmu tekutin - množství (čaje, šťávy, bílou kávu, džusy).</p> <p>Je nutné jí dostatečně hydratovat.</p>

	<p><i>připravené nápoje. Je potřeba ji trochu pobízet a někdy jí do sklenice s pitím dát brčko, lépe se jí saje a vypije toho více."</i></p>	<p>Důležité je dodržování pitného režimu.</p>
Vylučování moče	<p>Informace od syna: "<i>Má inkontinenci, ale používáme na to pleny."</i></p> <p>Zdravotní sestra: "<i>Trpí funkční inkontinencí, převážně v noci, ale umí i sama sdělit, že chce na záchod."</i></p>	<p>Funkční inkontinence</p> <p>Během dne se vyprazdňuje na toaletním křesle.</p> <p>Používá pleny na inkontinenci.</p> <p>Moč žlutá, bez patologických příměsí.</p>
Vylučování stolice	<p>Informace od syna: "<i>Matka chodí na záchod na gramofon."</i></p> <p>Zdravotní sestra: "<i>Stolice je často nepravidelná. Dovede naznačit, že chce na toaletu. Posazují ji po jídle, ráno, večer na gramofon.,,</i></p>	<p>Vyprazdňuje se na toaletní křeslo nebo do plen.</p> <p>Stolice je bez patologických příměsí.</p> <p>Užívá <i>Lactulosu</i> 1x denně/1 lžice ráno, jako prevence zácpy.</p>
Spánek a bdění	<p>Informace od syna: "<i>Myslím, že spí celou noc, když se přijdu podívat, jestli je uložena, už spí, ale občas</i></p>	<p>Spánek nepřerušovaný, spí skoro celou noc.</p> <p>Usíná brzy.</p>

ji překládám na druhý bok."

Zdravotní sestra: „, Snažím se, aby měla dostatek aktivit během dne a nespala. Po probuzení se cítí odpočatá, často si ráno přispi."

<p><i>Aktivita a odpočinek</i></p>	<p>Informace od syna: "<i>Když byla mladá, ráda sportovala. Až do svých 80 let se věnovala aktivně cvičení jógy a sama ji předcvičovala."</i></p> <p>Zdravotní sestra: "<i>S pacientkou opakujeme aktivity, které jí baví. Tyto aktivity se snažím obměňovat. Často ji povzbuzuji a chválím např. při chůzi. Je opravdu velmi šikovná. Vzhledem ke svému věku a onemocnění ve velmi dobré kondici."</i></p>	<p>Při aktivitách má dobrou náladu.</p> <p>Ráda a dobře spolupracuje.</p> <p>Projevuje radost při činnostech (házení s míčem).</p> <p>Chůze, cvičení, ruční práce(skládání), čtení, prohlížení, hudba, zpěv.</p>
------------------------------------	---	--

<p><i>Hygiena</i></p>	<p>Informace od syna: "<i>Matka byla vždy velmi upravená a měla hezké vystupování."</i></p> <p>Zdravotní sestra: "<i>Pacientku sprchujeme každé ráno v</i></p>	<p>Hygienu nezvládá samostatně.</p> <p>Hygienu provádí s pomocí, nutný dohled.</p> <p>Hygiena je prováděna</p>
-----------------------	--	--

*koupelně a to včetně vlasů
třikrát týdně."*

denně.

Soběstačnost

Informace od syna: *"Žila celou dobu sama, a to i před smrtí mého otce. Pomoc potřebovala až teď v době, kdy onemocněla. Nezvládám ale péči sám, a proto jsem musel zařídit vše pro to, aby se v době mé nepřítomnosti o ní měl kdo postarat. Jsem ale rád, že jí mohu mít doma."*

Pacientka není soběstačná.
Nutný dohled především při osobní hygieně.
Barthelové test základních všedních činností = 35b – vysoce závislá.

Zdravotní sestra: *"Nezvládá ani běžné denní úkony sama."*

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Posouzení psychického stavu:

Vědomí - pacientka je při vědomí.

Orientace - neorientuje se v čase, ani prostoru. Nepoznává své blízké a ošetřující personál.

Nálada - velmi dobrá, usměvavá. Neprojevuje se agresivně, je klidná.

Paměť- staropaměť i novopaměť není zachována. GCS = 10 bodů, střední porucha vědomí.

Myšlení - zpomalené v důsledku Alzheimerovy demence.

Temperament - pacientka působí jako sangvinik, má ráda společnost lidí kolem sebe.

Sebehodnocení - nelze zjistit.

Vnímání zdravotního stavu - nelze zjistit.

Posouzení sociálního stavu:

Komunikace - je porušená pacientka opakuje různá slova, neutvoří celou větu. Ztrácí schopnost neverbální komunikace, moc nemluví, nebo zmateně.

Sociální role:

Primární - 92letá žena a její ovlivnění nemocí.

Sekundární - maminka, babička, prababička, penzistka - role momentálně nenaplněna.

Terciální - klientka Charity, klientka Agentury domácí péče.

Sociální interakce:

Dobře vychází se zdravotnickým personálem. Má velkou podporu rodiny. Má ráda pohodlí v domácím prostředí a ráda chodí do přírody na procházky na invalidním vozíku.

10.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: pravidelné kontroly moči (á 1 měsíc) do laboratoře

Výsledky: poslední kontrola 14.02.2014, výsledek negativní

Konzervativní léčba:

Dieta: nemá

Pohybový režim: dopoledne i odpoledne

RHB: každou druhou středu odpoledne

Výživa: per os

Medikamentózní léčba:

Tab. č. 5: Léky podávané per os

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Doreta	tbl	37,5mg/325mg	1-0-0	Analgetikum
Godasal	tbl	100mg	0-1-0	Antitrombotikum
Helicid (apo-ome)	cps	20mg	1-0-0	Antiulcerotikum

Tiapridal	tbl	100mg	0-0-1/2	Antipsychotika
Ebixa	tbl	10mg	2-0-0	Psychostimulanty
Seropram	tbl	20mg	1/2-0-0	Antidepresivum
Lactulosa	sirup	66,7/ 100ml	1-0-0	Laxantiva

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Pozorování: pacientka zmatená, dezorientovaná, většinu otázek nechápe, neodpovídá, nepodrží myšlenku, je to na ni moc požadavků; snaží se něco říct, ale používá stále stejná slova, která nedávají smysl.

10.3 SITUAČNÍ ANALÝZA

92letá pacientka je orientována pouze částečně osobou, nepřesně časem – neví rok a měsíc, dezorientovaná místem a situací. Je zmatená, zapomíná, nemobilní jen díky podpůrných prostředků a pomoci, při rozhovoru navazuje oční kontakt, snaží se spolupracovat a cosi říct, což nedává často smysl, v projevu usměvavá, dobře naslouchá, má zhoršenou vyjadřovací schopnost, obtížně zpracovává informace a hůře je podrží. Je převážně nesoběstačná, nutná dopomoc, dohled a vedení, především při osobní hygieně, oblékání, mytí, úpravě zevnějšku (Barthelův test = 35b – vysoká závislost), občasná inkontinence moči převážně v noci (funkční). Trpí občasnými poruchami spánku. Hydratace přiměřená, se stravováním problémy nemá, chuť k jídlu přiměřená.

10.3.1 STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ

Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle *NANDA taxonomie I (kapesního průvodce)*:

1. **zmatenost chronická;**
2. **péče o sebe sama nedostatečná;**
3. **myšlení porušené;**
4. **pohyblivost porušená (DOENGES; MOORHOUSE, 2001).**

Ošetrovatelská diagnóza č. 1:

Zmatenost chronická související s patofyziologickými změnami projevující se dezorientací, zapomináním, zhoršenou schopností vybavit si některé informace a podržet je, občasným blouděním a poruchami spánku a MMSE = 5 bodů – těžká kognitivní porucha.

Cíl:

- krátkodobý – pacientka bude mít pravidelný režim - denně;
- dlouhodobý – pacientka bude se svým okolím dobře spolupracovat a její stav se nebude horšit- po celý týden.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka bude dodržovat režim spánku díky vhodným aktivitám denně;
- pacientka bude v klidném a pohodlném prostředí denně;
- pacientka bude mít ve své blízkosti společnost nejméně 4x denně;
- pacientka bude v prostředí, které pro ní bude bezpečné po dobu 24 hodin;
- pacientka nebude vystavena nadměrnému zatížení při aktivitách denně.

Plán intervencí:

- mluv na pacientku vlídným a laskavým slovem - zdravotní sestra, rodina;
- vhodně uprav prostředí, ve kterém se pacient pohybuje - rodina;
- zvol správné pomůcky, se kterými si pacientka nemůže nijak ublížit - zdravotní sestra, rodina;
- vybav prostředí pacientky známými věcmi (fotografie, obrázky) - rodina;
- podávej smysluplné krátké informace, které pacientku co nejméně rozptýlí - zdravotní sestra, rodina;
- orientuj pacientku vždy výstižně v krátkých a zvládnutelných větvích - zdravotní sestra, rodina.

Realizace:

Tab. č. 6: Tabulka realizace ošetrovatelské diagnózy č. 1

Den	Pohyblivost porušená
1. den	Zhodnotila jsem riziko pádu. Posoudila jsem pacientčinu schopnost rozumět mluvenému slovu. Odstranila jsem z pacientčina dosahu všechny předměty, které by měly za příčinu poranění pacientky. Sestavila jsem seznam potřebných kompenzačních pomůcek.
2. - 4. den ráno	Ráno jsem pacientku informovala: datum, rok, moje jméno, její jméno. Sdělovala jsem informace, které se dějí kolem pacientky. Při každé činnosti jsem mluvila vlídně a povzbudivě. Během dne jsem s pacientkou mluvila laskavým a chápavým tónem. Sledovala jsem fyzický stav pacientky a dle toho jsem vybírala aktivitu i její náročnost a obsah.
2. - 4. den odpoledne	Během dne jsem pacientce podávala krátké slovní informace o tom, co se děje kolem ní. Během dne jsem zajistila klidné prostředí pro chvíle relaxace, například při bazální stimulaci.
2. - 4. den večer	V místnosti syn vystavil rodinné fotografie a do misky nandal předměty spojené s životem pacientky. Syn si s pacientkou povídal a udržoval s matkou komunikaci. Syn upravil prostředí, ve kterém matka bydlí tak, aby snížil rizika pádu a úrazů. Večer po uložení pacientky do postele jsem vždy zvedla postranici postele.

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Hodnocení: Dostatečně jsem během dne pacientku aktivizovala, aby nedocházelo k poruchám spánku a spánkové inverzi. Prostředí syn přizpůsobil pacientčím potřebám. Během poledne za pacientkou docházel zaměstnanec Charity a odpoledne za ní docházela rehabilitační sestra nebo zaměstnankyně z Agentury domácí péče. Denně pacientku několikrát navštěvuje její syn. Aktivity jsou voleny dle aktuálního stavu pacientky.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2:

Péče o sebe sama nedostatečná při příjmu potravy, mytí, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování související s neuromuskulárním postižením projevujícím se nemožností vykonat osobní hygienu a obléci se, neschopností podržet stolicí, nekontrolovaným únikem moči.

Cíl:

- krátkodobý – provádět péči o sebe sama na úrovni svých schopností - denně;
- dlouhodobý - u pacientky nedojde k rozvoji imobilizačního syndromu - do měsíce.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- pacientka sní připravené jídlo a pití po dobu 24 hodin;
- pacientka se vyprázdní do 3 dnů;
- pacientka se cítí spokojeně je čistá a upravená denně;
- pacientka se bude mobilizovat během dne po dobu 24 hodin.

Plán intervencí:

- podávejte pacientce dostatek tekutin a vhodně připravenou energetiky vyváženou stravu - zdravotní sestra, rodina;
- zaznamenávej informace o stolici i moči (typ, konzistence, příměsi) - službu mající zdravotní sestra/rodina;
- informuj lékaře v případě vzniku komplikací spojených s vylučováním - zdravotní sestra;
- podávej laxativa v předepsaných dávkách dle ordinace lékaře - zdravotní sestra;
- dodržuj posazování pacientky na toaletní vozík v pravidelných intervalech, vždy po jídle, ráno po probuzení a večer před spaním – zdravotní sestra/rodina;
- vyměňuj pacientce často znečištěné pleny (na noc, na den) a používej pudr, jako prevenci opruzenin nebo kůži hydratuj krémy- zdravotní sestra/rodina;

- oblékej pacientce čisté prádlo na den a noc, v případě znečištění (jídlem, pitím, potem, močí) vždy pacientku převleč do nového svršku – zdravotní sestra/rodina;
- udržuj pacientku upravenou a vol vždy vhodné oblečení (teplo/zima), důležité je, aby bylo pacientce pohodlné - rodina, zdravotní sestra.

Realizace:

Tab. č. 7: Tabulka realizace ošetrovatelské diagnózy č. 2

Den	Péče o sebe sama nedostatečná
<p>1. den</p>	<p>Vypočítala jsem pacientce BMI.</p> <p>Sledovala jsem pacientčinu spolupráci při ranní hygieně.</p> <p>Sledovala jsem množství jídla, které pacientka snědla.</p> <p>Sledovala jsem, které potraviny dělají pacientce problém s konzumací.</p> <p>Vytvořila jsem pacientce jídelníček na dobu 4 dnů.</p> <p>Vytvořila jsem tabulku pro zaznamenávání příjmu tekutin.</p> <p>Vytvořila jsem tabulku pro záznam odchodu stolice (konzistence).</p> <p>Léky jsem drtila v hmoždíři a podala je pacientce na lžičce s čajem (má potíže s polykáním celých tablet).</p>
<p>2. - 4. den ráno</p>	<p>Během hygieny jsem motivovala pacientku ke spolupráci.</p> <p>Ráno jsem prováděla pacientce hygienu ve sprše.</p> <p>Pacientka si sama umyla ruce i obličej a vyčistila si protězu.</p> <p>Pacientka se s mou pomocí oblékla a sama se učesala.</p> <p>Provedla jsem hygienu vlasů 2x a péči o nehty 1x.</p> <p>Podávala jsem vždy ráno laxativa dle ordinace lékaře.</p> <p>Hydratovala jsem pacientce kůži na nohou a provedla jsem masáž zad.</p> <p>Ruce i obličej si pacientka namazala sama.</p>
	<p>Po jídle jsem pacientku posazovala na toaletní vozík.</p>

2. - 4. den odpoledne	<p>Udržovala jsem pacientku v čistotě a měnila jsem pravidelně pleny.</p> <p>Odpoledne docházel k pacientce zaměstnanec Charity s teplým obědem.</p> <p>Zdravotní sestra pacientku posadila na toaletní křeslo a vyměnila plenové kalhotky.</p>
----------------------------------	---

Před ukládáním do postele jsem pacientku posazovala na toaletní vozík.

Měnila jsem pacientce plenu na noc.

Jako prevenci jsem aplikovala pudr nebo mast proti opruzeninám.

2. - 4. den večer Volila jsem vhodné oblečení na spaní a připravovala jsem pohodlné a klidné prostředí pro spánek (vyvětraná místnost, čistá postel).

Upevnila jsem dobře plenu na spaní, aby nedošlo k úniku moči mimo ni.

Hodinu před spaním jsem podala pacientce naposledy tekutiny z důvodu snížení možnosti inkontinence během spánku.

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Hodnocení: Stanoveného cíle bylo dosaženo, ale je potřeba nadále zvýšeně o pacientku pečovat a při všech činnostech pacientce pomáhat je zvládnout. Pacientka se vyprázdnila první den 2x a pak třetí den 1x. Pacientka většinu jídla snědla. Jí s chutí, není třeba jí jídlo nutit. K pití je potřeba ji spíše pobízet. Pacientka je vždy v čistotě a vhodně oblečená. Pacientku jsem denně dostatečně mobilizovala a měla jsem pro ni připravenou řadu vhodných aktivit na každý den.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3:

Myšlení porušené související s poruchou kognitivních funkcí projevujících se neadekvátními odpověďmi na otázky, zhoršeným vyjadřováním, poruchou vnímání.

Cíl:

- krátkodobý – pacientka bude mít radost z připravených aktivit - denně;
- dlouhodobý - u pacientky nedojde ke zhoršení projevů poruchy chování a agresivitě - po celý měsíc.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka užívá léky dle ordinace lékaře pravidelně během dne;
- pacientka dodržuje stanovený režim denně;
- pacientka používá techniky k zapamatování základních pojmů denně;
- pacientka projevuje kladný vztah ke zvolené aktivitě.

Plán intervencí:

- zadávej pacientce jasné pokyny - zdravotní sestra, rodina;
- vnímej, co pacientku baví a těší – zdravotní sestra;
- dávej pozor na pozitivní a negativní reakce při aktivitách - zdravotní sestra;
- vol aktivity, které pacientce dělají radost - zdravotní sestra;
- udávej pacientce správný směr a upozorňuj ji na daný cíl - zdravotní sestra, rodina;
- vždy se ujišťuj, že zadaná činnost odpovídá schopnostem pacientky - zdravotní sestra, rodina;
- vyvaruj se případnému neúspěchu a ujisti se, že pacientka činnosti rozumí a je schopna ji vykonat - zdravotní sestra, rodina;
- uváděj pacientku do situací, které podpoří spontánní činnost - zdravotní sestra, rodina;
- vždy prováděj úkon ve stejném pořadí, podle dříve naučeného vzorce chování - zdravotní sestra, rodina.

Realizace:

Tab. č. 8: Tabulka realizace ošetrovatelské diagnózy č. 3

Den	Myšlení porušené
1. den	Vytvořila jsem tabulku pro dávkování léků. Připravila jsem dávkovač léků na 4 dny. Během rozhovoru s pacientkou jsem hodnotila rozsah poruchy myšlení a

také to, jak se pacientka snaží reagovat na mé otázky a jak dlouho je pacientka schopna udržet pozornost.

Provedla jsem s pacientkou MMSE test.

Zaznamenávala jsem reakce na zvolenou aktivitu z důvodu možného opakování při pozitivních či negativních reakcích.

Úkony ranní hygienu jsem prováděla vždy ve stejném pořadí.

Vždy jsem pacientce řekla co budu dělat.

2. - 4. den ráno

V případě, že jsem chtěla, aby pacientka některou z činností provedla sama, nejprve jsem jí řekla co má dělat. Pokud požadovanou aktivitu nevykonala ukázala jsem jí, co chci, aby sama provedla. V případě že ani tento požadavek nesplnila, provedla jsem úkon spolu s ní dohromady.

2. - 4. den odpoledne

Před jídlem jsem pacientce umyla ruce. Pacientka došla s chodítkem ke stolu. Pacientku jsem posazovala na stejné místo při jídle a prostírala jsem stůl vždy stejně. Posazovala jsem pacientku do křesla a pouštěla jí hudbu.

Sledovala jsem pacientčiny reakce na zvolené aktivity.

Sledovala jsem, jak se pacientka po celém dni cítí a jak vypadá (unavená, smutná, veselá, ...).

Hrála jsem s pacientkou hru o poznávání těla, kdy jsem pacientce říkala názvy částí těla a ona je opakovala po mně. Dále pak jiné varianty hry: barvy, zvířata, roční období.

2. - 4. den večer

Při ukládání ke spánku jsem prováděla činnost vždy ve stejném pořadí, aby se pacientka dobře připravila na spánek.

Mluvila jsem se synem o stavu pacientky a zjistila, jaký byl její stav dříve a jak se chovala. Seznámil mne s jejími dřívějšími návyky a s činnostmi, které ráda dělala.

V místnosti syn vystavil rodinné fotografie a do misky nandal předměty spojené s životem pacientky.

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Hodnocení: Stanoveného cíle bylo dosaženo. Nadále je potřeba motivovat pacientku a chválit ji. Daří se pacientce podávat léky pravidelně. Denní režim, který je pravidelný pacientka zvládá. Pacientka je vedena k používání základních pojmů během dne. Pacientka ráda provádí různé aktivity. Projevuje při nich radost a zájem.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4:

Pohyblivost porušena v důsledku neuromuskulární poruchy (svalová slabost) projevující se zhoršenou schopností zastat základní péči o své zdraví, nutností dopomoci při každodenních činnostech.

Cíl:

- krátkodobý – pacientka s pomocí přejde o chodítku chodbu - denně;
- dlouhodobý – pacientka bude dostatečně aktivizována a nebude mít úraz – do měsíce.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka používá kompenzační pomůcky a vhodné oblečení denně;
- pacientka má pomocníka/y k zajištění aktivního režimu denně;
- pacientka je aktivně zapojována do všedních činností v rámci svých možností.

Plán intervence:

- udržuj jemnou motoriku vhodně zvolenou činností - zdravotní sestra;
- prováděj pasivní cvičení na lůžku - rehabilitační sestra, zdravotní sestra;
- posiluj horní a dolní končetiny aktivitami, které dovede zvládat - zdravotní sestra;
- cvič a posiluj svaly vhodně zvolenými cviky - rehabilitační sestra, zdravotní sestra;
- využívej zbývajících schopností pacientky při každodenních činnostech - zdravotní sestra;
- neztrácej trpělivost a pomáhej pacientce jednotlivé úkony zvládat - zdravotní sestra;
- často pacientku chval a podporuj ji v jejím úsilí - zdravotní sestra, rodina.

Realizace:

Tab. č. 9: Tabulka realizace ošetrovatelské diagnózy č. 4

Den	Pohyblivost porušená
1. den	<p>Pozorovala jsem pacientku při aktivitách. Hodnotila jsem její snahu a provedení aktivity. Zhodnotila jsem pacientku dle Barthelové testu všedních činností. Vytvořila jsem pacientce tabulku denních aktivit.</p>
2. - 4. den ráno	<p>Volila jsem aktivity k procvičování jemné motoriky, například navlékání velkých korálků, namotávání klubíčka, zapínání knoflíků, skládání utěrek a kapesníků.</p> <p>Nasadila jsem pacientce obuv a prováděla jsem oporu při chůzi s chodítkem.</p> <p>Pacientka chodila s chodítkem po chodbě s mou asistencí.</p> <p>Pacientka si se mnou házela s velkým míčem a kopala do míče nohama.</p> <p>Jedenkrát jsem pacientku teple oblékla na ven a na kolečkovém křesle jsem jí odvezla na mši do domova důchodců (1.5 km); v domově důchodců mají bezbariérový přístup.</p>
2. - 4. den odpoledne	<p>Jednou s pacientkou cvičila rehabilitační sestra. Cviky prováděla s pacientkou na lůžku (zvedání nohou, zvedání rukou, přitahování se pomocí síly v rukou při posazování).</p> <p>Během cvičení sestra pacientku nahlas motivovala a chválila.</p> <p>Během aktivit jsem volila jednoduché a snadno proveditelné cviky.</p> <p>Hodně jsem pacientku slovně chválila a povzbuzovala.</p> <p>Pacientka měla dostatek odpočinku a relaxace mezi jednotlivými aktivitami.</p>
2. - 4. den večer	<p>Brala jsem ohled na náročnější činnosti, například po chůzi ze schodů a do schodů, kterou jsem prováděla ještě za asistence pacientčina syna. Dopřála jsem jí vždy dostatek oddechu.</p> <p>Pokud nebyla činnost příliš náročná a ujistila jsem se, že pacientka má ještě dost energie (nezadýchává se, nestěžuje si na bolest, projevuje zájem o činnost,</p>

vypadá spokojeně), v tom případě jsem aktivitu s pacientkou zopakovala a
nebo pokračovala v jiné.

Pacientku jsem polohovala za pomoci kompenzačních pomůcek: polohovací
had (výplň polystyrenové kuličky), pěnový polštář a antidekubitní matrace.

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Hodnocení: Stanoveného cíle bylo dosaženo. Pacientka používala kompenzační pomůcky během dne. O pacientku se ráno a večer starala zdravotní sestra. Pacientka má zajištěnou kombinovanou péči díky aktivní režim po většinu dne. Pacientka je vždy seznámena s činnostmi, která bude prováděna a v rámci jejich možností je také aktivně zapojována.

10.4 CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacientka je v domácí péči z důvodů onemocnění Alzheimerovou chorobou. Je jí zajištěna střídavá péče po dobu 24 hodin denně. Pacientka je veselá, usměvavá a denní aktivity zvládá s dopomocí a vedením ošetřovatelek v rámci svých schopností velmi dobře. Užívá léky pravidelně. Její stav je nyní delší dobu stabilní a nemění se. Nevyskytly se jiné problémy ani onemocnění.

Rozhovor se synem: Maminka žila dlouhou dobu v Praze sama. Nenavštěvoval jsem jí často. Má sestra žije v Rakousku, také za matkou často nejezdila. Maminka byla soběstačná do vysokého věku. Asi před třemi lety se začaly objevovat problémy s pamětí a po poradě s lékařem jsem ji poskytl ubytování u sebe. Nemoc se začala zhoršovat a já jsem sám péči nezvládal. Dostalo se mi podpory od přátel a známých, kteří mi nabízeli pomoc. Bylo ale potřeba, aby měla matka celodenní program. Kontaktoval jsem Charitu a Agenturu domácí péče. Je to ale i finančně náročné, a proto jsem zažádal o příspěvek na péči. Péči mi pomáhá spolufinancovat i má sestra.

10.5 DOPORUČENÍ PRO VEŘEJNOST

Může se stát, že je rodina nedostatečně informována ohledně péče o rodinného příslušníka v domácí péči. AN je dlouhodobě progredující onemocnění, na které si rodina musí zvykat a snažit se mu přizpůsobovat svůj domov. Potřeby nemocného se prakticky během celého průběhu a v jednotlivých stádiích nemoci mění. Proto je vhodné poradit se a informovat o úpravě prostředí, ve kterém nemocný žije.

Jsem přesvědčená, že je to pro nás zkušenost a především nová role života. Být shovívavými a chápavými dětmi, které se budou snažit věnovat čas a ohled jejich stáří, tak jak nejlépe budou moci. Je to období, na které se nás snažili oni sami připravit svou trpělivostí, přísností a láskou. Pokud jste schopni jakkoli o své rodiče prarodiče či praprarodiče pečovat, je to možnost projevit jim úctu udržovat soudržnost rodiny.

Jedná se samozřejmě o závazek, který je potřeba brát vážně a především si ujasnit některé organizační záležitosti a určit si systém spolupráce, který bude všem vyhovovat.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, za jakých podmínek je možné pečovat o pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácí péči a jaké jsou možnosti kombinované péče.

Zabývala jsem se aspekty, které jsou důležité pro pacienta k jeho aktivizaci v domácím prostředí, na co je potřeba se u pacienta zaměřovat a jaké způsoby volit bezpečnou péči. Přesvědčila jsem se, že péče o pacienta s AN v domácím prostředí napomáhá ke zlepšení psychické i duševní pohody nemocného. Tento způsob péče o nemocného člena rodiny také napomáhá upevňovat vztahy v rodině.

Jednou z možností léčby je samozřejmě i ústavní péče. Tento způsob péče bych doporučila rodinám s nemocnými, které potřebují zajistit péči na krátkou dobu nebo odlehčit v určitém náročnějším stádiu nemoci. Je řada institucí, které takovou službu nabízejí jako prevenci programu proti syndromu vyhoření.

Komplexní domácí péče je náročná nejen finančně, ale fyzicky a psychicky. U soudila jsem, že pro rodinu je vhodná tzv. kombinovaná péče, během které se na péči podílí nejen rodina a její nejbližší okolí, ale i organizace a zařízení věnující se péči o nemocné s demencí a AN. V praktické části jsem se ujistila, že se jedná o záslušnou efektivní činnost, jejímž smyslem je pomáhat rodinám pečovat kvalitně o nemocné doma. Agentury domácí péče, zaměstnanci organizací, pracovníci Charity a denní stacionáře slouží jako vhodný kompromis.

Závěrem své práce bych ráda doporučila zmiňované postupy rodinám s nemocným, které hledají způsoby, jak se co nejlépe starat o svého blízkého doma.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje:

- AUTORSKÝ KOLEKTIV, 1998. *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer, ISBN 80-85800-96-9.
- BRAGDON, A., 2009. *Nedovolte mozku stárnout*. 2. vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-500-4.
- CALLONE, P., 2008. *Alzheimerova nemoc*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2320-4.
- CARPER, J., 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. 1 vyd. Praha: Vyšehrad, ISBN 978-80-7429-194-4.
- DOENGES, M., E.; MOORHOUSE, M., F., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-0242-8.
- FRANKOVÁ, V., 2011. *Alzheimerova demence v praxi*. Praha: Mladá fronta, ISBN 978-80-204-2423-5.
- FRANKOVÁ, V., 2009. *Paní Anežka má demenci*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-760-8.
- FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1314-4.
- GORDON, D., 2011. *Život bez nemocí: zaručené způsoby, jak se vyhnout více než 90 nemocem, od těch nejběžnějších po ty závažné*. 1. vyd. Praha: Reader's Digest Výběr, ISBN 978-80-7406-136-3.
- HÖSCHL, C., J. LIBIGER a J. ŠVESTKA, 2004. *Psychiatrie*. 2., dopl. a oprav. vyd. Praha: Tigris, ISBN 80-900130-7-4.
- JIRÁK, R., 2013. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-873-5.
- KLEVETOVÁ, D., I. DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2169-9.
- MIKULA, J., 2008. *Prevence deketitů*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-20-2.
- MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3872-7.

- PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1490-5.
- PIDRMAN, V., 2005. *Demence pro praktické lékaře*. Praha: Maxdorf, ISBN 80-7345-052-6.
- REGNAULT, M., 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0010-9.
- VAVRUŠOVÁ, L. 2012. *Demencia*. Martin: Osveta, ISBN 978-808-0633-820.

Internetové zdroje:

- ALZHEIMERCENTRUM.CZ. 2014. *Druhy péče* [online]. [cit. 2014-03-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/druhy-pece>>
- ČECHOVÁ, L. *Alzheimerova léčba a mírná kognitivní porucha: diagnostika a léčba*. Neurologie pro praxi [online publikace] Praha: neurologiepropraxi.cz, 8. března 2011 [cit. 2014-02-28] Dostupné na WWW: <<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/03/08.pdf>>
- DOMACI-PECE.EU. 2014. *Agentura domácí péče, s. r. o. Holoubkov* [online]. [cit. 2014-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.eu/>>
- DREVCICKYPARK.COM. 2014. *Domov se zvláštním režimem* [online]. [cit. 2014-03-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.drevcickypark.com/domov-se-zvlastnim-rezimem-1404036797.html>>
- GERONTOLOGIE.CZ, informační servis o službách pro seniory. 2014. *O Alzheimerově chorobě* [online]. [cit. 2014-02-20] Dostupné na WWW: <<http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=25>>
- CHARITA.CZ. 2014. *Služby charity* [online]. [cit. 2014-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.charita.cz/cinnost-v-cr/sluzby/>>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2014. *Zákon o sociálních službách* [online publikace]. [cit. 2014-03-12]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>
- NAVRÁTILOVÁ, M. *Výživa & Alzheimerova choroba*. [online publikace] Praha: pfizer.cz, 2011 [cit. 2014-02-28] Dostupné na WWW: <<https://pfizer.cz/sites/cz/Brochures/vyziva-alz-namoc.pdf>>
- TELEVIZE.CZ. 2014. *Zákeřný zloděj lidské osobnosti* [online]. [cit. 2014-02-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.televize.cz/clanky/zakerny-zlodej-lidske-osobnosti-3100>>

TISKOPISY-KUMPRECHT.CZ. 2014. *Barthelův test základních, všedních činností* [online]. [cit. 2014-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.tiskopisy-kumprecht.cz/administrace/photos/CBN-015_395.jpg>

ZDRAVI.E15.CZ. 2014. *Úrazy seniorů v domácím prostředí* [online]. [cit. 2014-02-20]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/urazy-senioru-v-domacim-prostredi-448650>>

Ostatní zdroje:

KOUKOLÍK, F. *Úspěšné stárnutí*. Metuzalém [online pořad] Praha: ceskatelevize.cz, 19. dubna 2012 [cit. 2014-02-15] Dostupné na WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/porady/10319914104-metuzalem/video/>>

V práci bylo též využito osobních konzultací se synem pacientky a s její ošetřovatelkou.

Seznam příloh

Příloha A - Mini - Mental State Examination

Příloha B - Barthelové test základních, všedních činností

Příloha C - Test ke zhodnocení rizika pádu

Příloha D – Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Příloha E - Denní příjem tekutin

Příloha F – Stolice

Příloha G - Denní aktivity

Příloha H - Dávkování léků

Příloha A - Mini - Mental State Examination

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Test kognitivních funkcí

Datum vyšetření:

	1	2	3	4	5	6	7	8
den								
měsíc								
rok								

Jméno pacienta:

1. Orientace

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem, pacient má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin

- Kolikátého je dnes?
- Který je dnes den v týdnu?
- Který je měsíc?
- Který je rok?
- Které je roční období?
- V jaké zemi se nacházíme?
- Ve kterém okrese?
- Ve kterém městě?
- Jak se jmenuje tato nemocnice?
- Na kterém jsme poschodí?

2. Zapamatování

Slova vyslovuje pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započítáte 1 bod za každé správné opakování slova. Pokud si slova není schopen vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je pacient naučí. Jinak nete vyšetřovat položku „výbavnost“.

Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

- lopata
- šátek
- váza

3. Pozornost a počítání

Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. (Maximálně 5 bodů)

Nyní, prosím, odečítejte od 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

100

93 M

86 R

79 K

72 O

65 P

Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

Za každé správné písmeno započítáte 1 bod. (Maximálně 5 bodů)

4. Výbavnost

Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl(-a) zapamatovat.

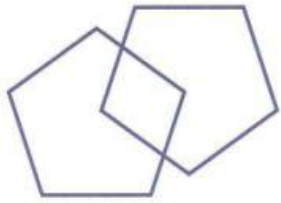
- lopata
- šátek
- váza

EXELON
(mestigmin)

NOVARTIS

číslo vyšetření:

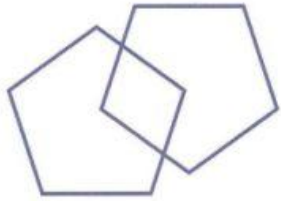
9.



10.

číslo vyšetření:

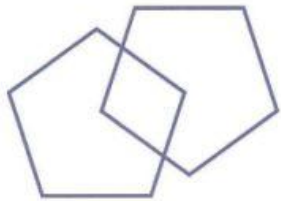
9.



10.

číslo vyšetření:

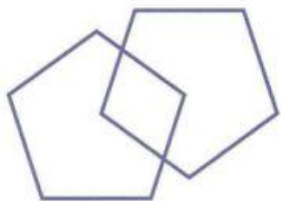
9.



10.

číslo vyšetření:

9.



10.

5. Pojmenování předmětu

Za správnou odpověď započíte 1 bod.

Ukažte náramkové hodinky

Co je to?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ukažte tužku

Co je to?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Opakování

Za správnou odpověď započíte 1 bod.
přípustný je pouze jeden pokus.

Opakujte, prosím, po mně:

„První pražská paroplavba“.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Třístupňový příkaz

Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn:

Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

Za každou správně provedenou činnost započíte 1 bod.

Pravá ruka

Přeložení na polovinu

Položení na podlahu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Čtení a vykonání psaného příkazu

Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s napsáním: „Zavřete oči“ a vyzvěte ho: Nechte pacientovi 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše 3x. Započíte 1 bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

Přečtěte, prosím, co je zde napsáno a udělejte to.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Psaní

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:

Napište, prosím, jakoukoli větu.

1 bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V testu mohou být pravopisné chyby.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Obkreslení obrazce

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej: Započíte 1 bod, pokud pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do 1 minuty, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a překřížení. Třes ani rotace nevadí.

Nakreslete obrázek co nejjednodušší podle předlohy.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zpracováno na podkladě:

Prof. MUDr. Eva Topinková – Jak správně a včas diagnostikovat demenci, Praha, 1999, se souhlasem autorky.

Ódoborná spolupráce při grafické realizaci: MUDr. Aleš Bartoš, FN KV, Praha 10

Celkem:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ZAVŘETE OČI!

EXELON
(rivastigmin)

NOVARTIS

Příloha B - Barthelové test základních, všedních činností

Jméno pacienta: _____

Rodné číslo: _____

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH, VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Činnost	Úroveň schopnosti	Body	Datum	Datum
Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10		
	s pomoci (krájení, mazání másla a pod.)	5		
	neprovede	0		
Oblékání	samostatně bez pomoci	10		
	s pomoci	5		
	neprovede	0		
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5		
	neprovede	0		
Koupání	samostatně nebo s pomoci	5		
	neprovede	0		
Kontinence moči	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní (1 x týdně)	5		
	inkontinentní, katetrizován	0		
Kontinence stolice	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní	5		
	inkontinentní	0		
Použití WC	samostatně bez pomoci	10		
	s pomoci	5		
	neprovede	0		
Přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15		
	s malou pomocí (verbálně či fyzicky) vydrží sedět	10		
	s větší pomocí (1 - 2 lidé fyzicky)	5		
	neprovede	0		
Chůze po rovině	samostatně nad 50 metrů	15		
	s pomoci pod 50 metrů	10		
	na vozíku 50 metrů	5		
	neprovede	0		
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10		
	s pomoci	5		
	neprovede	0		
Počet bodů celkem:				
Hodnotila sestra:				

Hodnocení stupně závislosti základních, všedních činnostech	
vysoce závislý	0 - 40 bodů
Závislost středního stupně	45 - 60 bodů
Lehká závislost	65 - 95 bodů
Nezávislost	100 bodů

CBN-015

Vyrábí a dodává: TISKÁRNA Kumprecht, Nové Město nad Metují, tel.: 491 474 577

Zdroj: TISKOPISY-KUMPRECHT.CZ, 2014

Příloha C - Test ke zhodnocení rizika pádu

Tabulka: Položky rizik pádů

Parametr	Stav/podmínka	Skóre
Úroveň vědomí/duševní stav	orientovaný	0
	dezorientovaný	2
	intermitentně deliriózní	4
Záchyty pádů (v posledních 3 měsících)	žádné pády	0
	1-2 pády	2
	3 nebo více pádů	4
Chůze - samostatnost	samostatná/kontinentní	0
	pomocí vozíku	2
	samostatná/kontinentní	4
Visus	přiměřený	0
	špatný	2
	nevidoucí	4
Chůze/rovnováha	chůze a rovnováha normální	0
	potíže s rovnováhou při stojí	1
	potíže s rovnováhou při chůzi	1
	snížená svalová koordinace	1
	změna ve způsobu chůze	1
	trhnutí nebo nestabilita při obratu	1
	vyžaduje použití pomůcky, opory	1
Systolický krevní tlak	bez snížení	0
	snížení < 20 mmHg	2
	snížení > 20 mm Hg	4
Léčba (jaká - vypsána)	žádná během posledních 7 dnů	0
	užívá 1-2 během posledních 7 dnů	2
	užívá 3-4 během posledních 7 dnů	4
	měněná léčba v současnosti	1
Predispoziční faktory (hypotenze, vertigo, CMP, PN, ztráta končetin, záchvaty, artritida, osteoporóza, fraktury)	žádné	0
	1-2	2
	3 nebo více	4
Celkové skóre (větší než 10 představuje značné riziko)		

Zdroj: ZDRAVI.E15.CZ, 2014

Příloha D – Hodnocení rizika vzniku dekubitů

body	A fyzický stav	B stav vědomí	C aktivita	D pohyblivost	E inkontinence
4	dobrý	dobrý	chodící	plná	není
3	zhoršený	apatický	s pomocí	omezená	občasná
2	špatný	zmatený	sedící	velmi omezená	trvalá – moči
1	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	moči i stolice

hodnocení	předpokládaná úroveň rizika
17–20	pravděpodobně žádné riziko
15–16	nízké riziko
13–14	střední riziko
10–12	vysoké riziko
5–9	velmi vysoké riziko
celkové hodnocení: 16 bodů a méně = riziko	

Zdroj: MIKULA, 2008, s. 20

Příloha E - Denní příjem tekutin

Denní doba	pondělí	úterý	středa	čtvrtek
Ráno	300 ml	250 ml	350 ml	450 ml
Dopoledne	250 ml	300 ml	250 ml	150 ml
Poledne	450 ml	500 ml	400 ml	350 ml
Odpoledne	250 ml	250 ml	250 ml	350 ml
Večer	150 ml	200 ml	150 ml	200 ml

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Příloha F – Stolice

	pondělí	úterý	středa	čtvrtek
byla/nebyla	II	0	0	I
konzistence	tuhá	-	-	tuhá

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Příloha G - Denní aktivity

	pondělí	úterý	středa	čtvrtek
Dopoledne	posilování paměti	cvičení s míčem	dechové cvičení	čtení knihy
Odpoledne	chůze po schodech	cvičení jemné motoriky	posilování horních a dolních končetin	poslouchání hudby
Kdo ji prováděl	zdravotní sestra	zdravotní sestra	rehabilitační sestra	syn

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Příloha H - Dávkování léků

Tabulka prášky podala

	pondělí	úterý	středa	čtvrtek
Ráno	✓	✓	✓	✓
Poledne	✓	✓	✓	✓
Večer	✓	✓	✓	✓

Zdroj: vlastní zpracování, 2014