

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA RADOSTOVÁ, DiS.

Praha, 2014

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O. P. S., PRAHA 5

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

Bakalářská práce

LENKA RADOSTOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Název studijní oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Jitka Pekarovičová

Vedoucí studijní skupiny: PhDr. Ivana Jahodová, RS, RM

Praha, 2014



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

Radostová Lenka
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou demencí

Nursing Process for Patients with Alzheimer's Disease

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Jitka Pekarovičová

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:

Podpis

ABSTRAKT

RADOSTOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou demencí*.
Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Jitka Pekarovičová. Praha.
2013. počet stran. 56.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou demencí. Práce je strukturovaná, jako ošetrovatelský proces. Teoretická část práce obsahuje historii vzniku alzheimerovy demence, její charakteristiku, etiologii, symptomatologii, diagnostiku, aktuální terapii, ošetrovatelskou péči dle strategie České alzheimerovské společnosti, která je dále v následující kapitole téže popsána. V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces, který obsahuje anamnézu, ošetrovatelské diagnózy, plán ošetrovatelské péče a jeho zhodnocení.

Klíčová slova: Demence. Ošetrovatelská péče. Paměť. Zapomínání.

ABSTRAKT

RADOSTOVÁ, Lenka. *Nursing Process for Patients with Alzheimer disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Jitka Pekarovičová. Praha. 2013. Pages. 56.

The issue of bachelor's thesis is the process of nursing for patient with Alzheimer's disease. The thesis is structured as a nursing process. The theoretical part includes history of Alzheimer's disease, characteristics, etiology, symptomatology, diagnostics, current therapy and nursing according to the strategy of Česká alzheimerovská společnost which is described in the chapter below. In the practical part there is composed the nursing care including anamnesis, nursing diagnoses, the nursing schedule and its assessment.

Key words: dementia, nursing care, memory, forgetting

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD

ALZHEIMEROVA DEMENCE	12
1 HISTORIE.....	12
2 CHARAKTERISTIKA	13
3 ETIOLOGIE	15
4 SYMPTOMATOLOGIE	16
4.1 PRVNÍ STÁDIUM.....	16
4.2 DRUHÉ STÁDIUM.....	16
4.3 TŘETÍ STÁDIUM.....	17
5 DIAGNOSTIKA	18
6 TERAPIE.....	20
6.1 FARMAKOLOGICKÁ.....	20
6.2 NEFARMAKOLOGICKÁ.....	21
7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	24
7.1 PÉČE V MÍRNÉM STÁDIU.....	24
7.2 PÉČE VE STŘEDNĚTĚŽKÉM STÁDIU.....	24
7.3 PÉČE V TĚŽKÉM STÁDIU.....	26
7.4 PÉČE V TERMINÁLNÍM STÁDIU	27
8 ZÁSADY PŘI PÉČI O BLÍZKÉHO S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ.....	28
9 ČALS – ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST	30
10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	31
10.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	31
10.2 ANAMNÉZA	32
10.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 5.9.2012.....	35

10.4 SITUAČNÍ ANALÝZA	40
11 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE I SEŘAZENÉ PODLE PRIORIT	41
11.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	41
11.2 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	48
11.3 CELKOVÉ HODNOCENÍ:	52
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	53
ZÁVĚR	55
SEZNAM LITERATURY	56
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AD - Alzheimerova demence

BMI – Body Mass Index (ukazatel tělesné hmotnosti)

CT - počítačová tomografie

ČALS – Česká alzheimrovská společnost

D – dech

EEG - elektroencefalografie

EKG - elektrokardiografie

MR - magnetická resonance

NINCD-ADRDA - National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (Národní institut neurologických a komunikativních poruch – Alzheimerova choroba a související demence)

P - puls

P-PA-IA - P = podpora, poradenství a pomoc, PA = programové aktivity,

IA = individualizované asistence

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

UPT – umělé přerušování těhotenství

(ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2009), (PREISS, 2006),
(VOKURKA, HUGO. 2008)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Acetylcholin – látka přenášející vzruchy v nervové soustavě

Acetylcholinesteráza – enzym rozkládající acetylcholin tlumící tak jeho působení na synapsy

Afázie – porucha tvorby a porozumění řeči

Agnózie – neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy, i když vlastní smysly nejsou poškozeny

Antidepresiva – skupina léků užívaná k léčbě deprese

Antipsychotika - skupina léků užívaných k léčbě psychóz

Anxiolitika – skupina léků odstraňujících úzkost

Apraxie – neschopnost vykonávat složitější pohyby, přičemž hybnost končetiny není porušena

Atrofie – zmenšení normálně vyvinutého orgánu, na němž se podílí úbytek jeho buněk nebo zmenšení jejich velikosti

Beta-amyloid – bílkovina tvořící významnou součást plaku u Alzheimerovy demence

Elektroencefalografie - diagnostická metoda, užívána k záznamu elektrické aktivity mozku

Elektrokardiografie - základní vyšetřovací metoda v kardiologii, snímá elektrickou srdeční aktivitu

Hypokampus – součást limbického systému, jenž se nachází na spodině mozku

Cholinesteráza – enzym, rozkládající estery cholinu

Inhibitor – látka, jenž umí tlumit určité děje

Ischemie – místní nedokrvenost tkáně a orgánu

Kognitivní – poznávací, týkající se vnímání a pomyšlení

Nootropika - léky zlepšující činnost mozku a jeho metabolismus

Subdurální hematoma - krvácení mezi tvrdou plenu mozkovou a pavoučnici

Stereotaktická biopsie – odběr tkáně z hlubokých vrstev mozku, pomocí jehly

Tumor - nádor, popř. i jakékoliv zvětšení či zduření určité části těla, které může být např. zánětlivého původu

(VOKURKA, HUGO. 2008), (MAXDORF, s.r.o.. 2008)

ÚVOD

V této bakalářské práci, se budeme zabývat onemocněním, které se nazývá Alzheimerova demence. V dnešní době je problematika této nemoci velmi aktuální a neustále se řeší otázka její včasné diagnostiky a léčby.

Cílem bakalářské práce je přiblížit problematiku Alzheimerovy demence samotným nemocným, jejich rodinám, známým, a další laické veřejnosti. Dále moje práce může sloužit studentům v rámci jejich vzdělávání. Také rodině a zdravotníkům, při zkvalitnění péče o alzheimerovského rodinného příslušníka či pacienta.

Naše bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První z nich je část teoretická, ve které je každá kapitola věnována problematice onemocnění. Je v ní zakombinována historie, charakteristika, etiologie a symptomatologie, dále pak diagnostika, terapie, zásady ošetrovatelské péče a pravidla při péči o alzheimerovského pacienta v domácnosti a nakonec informace o Alzheimerovské společnosti. Druhá část je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacientky s alzheimerovou demencí. Potřebné informace k vypracování ošetrovatelského procesu jsem získala od pacientky, z dokumentace domova pro seniory, kde pacientka bydlí a od jeho personálu, který o tuto pacientku pečuje. Ošetrovatelské diagnózy jsme stanovili pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry. Dále jsme vypracovali plán, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče.

ALZHEIMEROVA DEMENCE

„Stárnutí představuje neodvratný fyziologický děj, který je vlastně cestou do stáří, jež je poslední ontogenetickou periodou lidského života“ (WEBER, 2000, s. 15).

1 HISTORIE

První zmínky o Alzheimerově demenci (AD) jsou známi od profesora Aloise Alzheimerera.

Narodil se 14. června roku 1864 v Markebitu nad Mohanem. V roce 1883 odmaturoval, dále studoval na univerzitách, které sídlili v Berlíně, Würzburgu a Tübingenu. Svou praxi začal provozovat ve Frankfurtu, kde sídlila psychiatrická klinika. Působišť svého zaměstnání několikrát vystřídal. Mezi taková místa patří například Mnichovská královská psychiatrická klinika, nebo Slezská univerzita Fridricha Wilhelma v Breslau, na které se v roce 1912 stal ředitelem. Během svého života se jednou oženil a se svou ženou měli tři děti. V roce 1915 umírá na renální selhání.

Alois Alzheimer v roce 1906 přednášel na konferenci v Tübingenu v Německu o projektu, který nazval „Neobvyklá porucha cerebrálního kortexu“. Na této konferenci byl ukázán případ jeho pacientky Augusty D., která byla přijata v 51 letech na kliniku do Frankfurtu s halucinacemi a chorobnou žárlivostí. Poté byla ženě diagnostikována, v té době již známá, demence. Po její smrti objevil profesor Alzheimer při pitvě na její mozkové kůře viditelné plaky.

Spolupracovníci Aloise Alzheimerera byly přesvědčeni, že tato nemoc je ojedinělá, samostatná a dříve nediodnostikovatelná. Proto jí pojmenovali po svém objeviteli. Později, roku 1976 Katzman upřesnil název na Demenci Alzheimerova typu. (PIDRMAN, 2007), (ONDRŮŠKOVÁ, 2008).

2 CHARAKTERISTIKA

Ze všeho nejdříve bychom chtěla osvětlit, co to vlastně demence je.

„Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez myslí“ (BUIJSSEN, 2006, s 13).

„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené“ (PIDRMAN, 2007, s 9).

Alzheimerova demence (dále už jen AD) je závažné progresivní onemocnění kognitivních (poznávací, týkající se vnímání a pomyšlení) funkcí mozku, které se vyskytuje převážně ve vyšším věku a vyznačuje se charakteristickými příznaky. Tvoří přibližně 50-70% všech demencí. Primárně postihuje šedou kůru mozkovou a způsobuje nevratné změny v nervových buňkách a úbytek mozkové hmoty. V prostorách mimo nervové buňky dochází k ukládání bílkoviny, jenž se nazývá beta-amyloid (bílkovina tvořící významnou součást plaku u AD). V mozku tvoří svou přítomností krystalky, neboli drůzy, kolem kterých dochází k dalším neurodegenerativním dějům. Díky těmto procesům dochází k tvorbě bílkovinných plaků, kterým se také říká neuritické plaky. Čím je více plaků v jedné části mozku, tím více je tato část funkčně postižena. Určitý druh bílkoviny je v mozku za normálních okolností přítomen a nazývá se nekuzorový protein. Je štěpen enzymem alfa sekretáza, ale při patologických podmínkách tuto bílkovinu štěpí enzymy beta a gama sekretáza, které vytvářejí delší fragment než alfa sekretáza. Právě proto rozštěpené bílkovinné fragmenty neplní své fyziologické úkoly, přestávají být rozpustné a sráží se navzájem do dlouhých řetězců a tím vzniká beta-amyloid.

Tato nemoc postupuje u každého člověka variabilní rychlostí, ale stupně onemocnění, kterými postižený prochází, jsou u každého stejné.

Člověk, jenž onemocněl AD má nejdříve problémy s rozhodováním, vyjadřováním se, nedokončuje své myšlenky a je zmatenější. Postupně se mění celá osobnost jedince a v posledním stádiu se není schopen postarat sám o sebe.

Bylo zjištěno, že se AD vyskytuje ve dvou variantách. První z nich je familiární, neboli vrozená forma, která je vzácná. Vyskytuje se u jedinců, kteří jsou mladší 65-ti let. Tento typ připadá v úvahu, pokud se již vyskytl u rodinných příslušníků.

Druhá forma AD je sporadická, neboli občasná a vyskytuje se u naprosté většiny postižených. Objevuje se především po 50. roce věku, ale čím je člověk starší, tím je větší možnost, že touto chorobou onemocní.

V některých studiích bylo zjištěno, že lidé užívající léky s protizánětlivým účinkem, mají nižší riziko vzniku této demence (ČÁKIOVÁ, 2010), (HOLMEROVÁ, 2009), (JIRÁK, 2009), (PIDRMAN, 2007), (NEVŠÍMALOVÁ, 2005).

3 ETIOLOGIE

V dnešní době není zcela jasná etiologie tohoto onemocnění, ale známe významné rizikové faktory. Mezi ně patří převážně věk, ženské pohlaví a u některých typů dědičnost. Dále se může AD vyskytnout u pacientů, trpící například Downovým syndromem nebo aterosklerózou. Konzumace alkoholu a kouření také riziko vzniku AD zvyšuje.

Jak jsem již výše uvedla, tato choroba se vyskytuje převážně u seniorů. Ale není výjimkou, že se může objevit již kolem 30. a 40. roku věku jedince.

V posledních letech se vědci, jenž se zabývají výzkumem AD, dostali ke zjištění, že u seniorů, kteří onemocněli touto chorobou bez dědičnosti, se tato nemoc vyskytuje společně se změnami zejména na 19. chromozomu.

(ČÁKIOVÁ, 2010), (HOLMEROVÁ, 2009), (MYŠÁKOVÁ, 2013), (NEVŠÍMALOVÁ, 2005).

4 SYMPTOMATOLOGIE

Začátek onemocnění bývá bezpříznakový. Bílkovinné plaky se na povrchu šedé kůry mozkové ukládají, ale zatím není na pacientovi poznat, jestli AD trpí. Postupem času se začínou objevovat kognitivní poruchy a snížené známky výkonnosti. Tyto příznaky si již pacient a jeho okolí uvědomuje. Od této doby se pacientův stav zhoršuje až do posledního stádia, kdy není schopen se sám o sebe postarat, rozpadají se jeho osobnostní rysy a základní sociální vazby. Tato stádia lze charakterizovat, jako postupná ztráta paměti a soběstačnosti a můžeme je rozdělit do tří částí.

4.1 PRVNÍ STÁDIUM

První stádium nemoci je demence mírného stupně. Počátečním stádiu AD trvá přibližně 1 až 4 roky od začátku onemocnění. Příznakem v tomto stupni choroby je postupná porucha učení se nových věcí, přičemž si onemocnění dobře vybavují starší údaje. Dále se vyskytuje porucha pozorování, zapamatování a vybavení určitých informací. Dotyčný má problémy s hledáním předmětů a zapomíná vykonat běžné úkony. Může zapomínat jména osob a neobvyklé názvy. Všechny tyto příznaky jsou překážkou v každodenních činnostech, ale pacienta neomezují v soběstačnosti.

4.2 DRUHÉ STÁDIUM

Dalším stupněm AD je střední stádium, které se vyskytuje v období, přibližně 2 až 10 let od začátku onemocnění. Hlavním příznakem je závažná porucha paměti, jenž v tomto stádiu dokáže uchovat jen hluboko vštípenou vzpomínku. Nové informace lze vštípit pouze jen na velmi krátkou dobu, nebo vůbec. Pacient si už nepamatuje obyčejné věci, jako je adresa domu, kde je, co dělal včera, nebo před hodinou. Stává se dezorientovaným, ztrácí se ve známém prostředí, zapomíná jména známých osob a další skutečnosti. Jeho soběstačnost je značně narušena.

4.3 TŘETÍ STÁDIUM

Poslední formou AD je pozdní, neboli těžké stádium, které se vyskytuje v 7. až 14. roce od začátku choroby. V tomto posledním úseku onemocnění si pacient není schopen zapamatovat vůbec nic. Vybavují se mu jen útržky vzpomínek, ze kterých nic nepochopí. V pozdější době tohoto stádia pacient není schopen si ani vzpomenout na své blízké, nepoznává je. Stává se absolutně nesoběstačným.

Kromě paměti a soběstačnosti jsou postiženy ještě další kognitivní funkce. Vyskytují se další poruchy, které jsou u každého jedince rozdílné. U člověka, jenž je postižen AD se může rozvinout porucha řeči, která se projevuje špatnou plynulostí, pojmenováním a porozuměním. Dále je postižena zrakoprostorová orientace, exekutivní funkce, jenž zajišťují cílené jednání, řešení problémů a přizpůsobování, tudíž klient není schopen dále cestovat, neumí nakládat s penězi a ztrácí schopnost pracovat. Ve většině případů se v posledním stádiu AD rozvinou tři příznaky, kam patří porucha schopnosti mluvit a porozumět řeči, apraxie (neschopnost vykonávat složitější pohyby, přičemž hybnost končetiny není porušena) a nakonec agnózie (neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy, ikdyž vlastní smysly nejsou poškozeny). Již od počátku choroby dochází ke změnám osobnosti, ke kterým jsou přidružené emoční poruchy a změny chování, jenž se projevují depresemi, což jsou pocity smutku a stresu, méněcennosti a další. Také se projevují stavem bezúčelné psychomotorické hyperaktivity, neklidným přecházením, uvolňováním nahromaděné aktivity, spojené se strachem a úzkostí. Dále se dostavuje úzkost a agresivita. Průběh choroby v pozdějším stádiu mohou komplikovat psychotické poruchy, mezi které patří halucinace, která lze vysvětlit jako vidina, přelud, nebo blouznění. Mezi tyto poruchy patří také bludy, které jsou nevyvratitelné chorobné představy mimo realitu, jenž svědčí o poruše osobnosti. Také se můžeme setkat s paranoiou, která se vyznačuje bludy, vztahováním, podezíravostí nebo dráždivostí.

Může se stát, že u některých jedinců, kteří jsou postiženi AD, se můžou vyskytnout i příznaky, jenž nesouvisí s psychikou. Tam patří například poruchy chůze, epileptické záchvaty nebo třeba náhlý vůlí neovladatelný krátký svalový záškub. Tyto příznaky se vyskytují spíše v pozdních stádiích AD (NEVŠÍMALOVÁ, 2005), (SNOPKOVÁ, 2007).

5 DIAGNOSTIKA

Dosud nebyl objeven žádný test, odběr, či zkouška, která by definitivně rozhodla o onemocnění AD.

K vyšetřovacím metodám AD jsou užívána, kromě obvyklých metod, mezinárodní diagnostická kritéria, která se nazývají NINC-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association).

Díky histopatologickým nálezům lze s velkou pravděpodobností stanovit diagnózu AD. K této skutečnosti nám pomůže biopsie mozku nebo posmrtná vyšetření.

Mezi základní vyšetřovací metody, které pacient podstupuje, patří anamnéza, vědomí, kde se vyšetřuje jeho kvalita (orientace místem, časem, situací a osobou) a kvantita (Glasgow coma scale). Dále pak vyšší mozkové funkce, kam patří kognitivní schopnosti, uvažování, emoce a celkový vzhled jedince. Následuje vyšetření hlavy, krku, horních a dolních končetin, břicha, páteře a čítí. Veškeré tyto informace zjišťuje lékař v ambulanci nebo u lůžka klienta. Potřebuje k tomu otázky a úkoly, jenž jsou zaměřené na orientaci, paměť, vybavování, pozornost, řeč, zrakoprostorové a praktické schopnosti. Díky neuropsychologickému vyšetření můžeme dosáhnout přesnějších výsledků při bližším zkoumání kognitivních funkcí a jejich poruch. Další důležité informace o osobnosti pacienta, stupni soběstačnosti a funkčních schopnostech získáme od osob, kteří o něj pečují.

Mezi další diagnostické metody patří laboratorní testy, kde se zjišťují hodnoty biochemické, hematologické a endokrinologické, kde je zvláště důležitý test na funkci štítné žlázy. Dle anamnézy se vyšetřuje serologie, metabolismus vitamínu B12 a kyseliny listové, popřípadě další. Dále do základních diagnostických metod patří EEG (elektroencefalografie), lumbální punkce a toxikologie, hlavně na těžké kovy. Dále pak EKG (elektrokardiografie), rentgen plic .

U progresivní demence s nejasnými a neprůkaznými výsledky vyšetření, je nejlepší provést stereotaktickou biopsii mozku (odběr tkáně z hlubokých vrstev mozku, pomocí jehly), protože bychom jinak mohli zanedbat možnost léčby. Mezi další zobrazovací metody patří CT (počítačová tomografie) nebo MR (magnetická resonance) mozku, které dokážou odlišit některé příčiny demence, jako je například tumor (nádor, popř. i jakékoliv zvětšení či zduření určité části těla, které může být např. zánětlivého původu), subdurální hematom (krvácení mezi tvrdou plenu mozkovou

a pavoučnici), ischemie (místní nedokrvenost tkáně a orgánu) a další. Bohužel neexistuje nález, který by spolehlivě ukázal na AD. Jedním jasnějším ukazatelem se stává atrofie (zmenšení normálně vyvinutého orgánu, na němž se podílí úbytek jeho buněk nebo zmenšení jejich velikosti) mozku a hypokampu (součást limbického systému, jenž se nachází na spodině mozku). Tento jev se vyskytuje již v časných fázích AD, zvláště u mladších pacientů. Funkční zobrazovací metody lékařům dávají informace o regionálním mozkovém metabolismu a o neuromediátorových změnách. U klientů s AD se prokazuje snížený průtok. Vyskytuje se převážně v oblasti temenní a spánkové části mozku. Dále se objevují abnormality v průtoku krve mozem při paměťových úlohách jedince a snížení vazebné kapacity nikotinových receptorů v postižených částech mozku. Bohužel, ani tyto nálezy nejsou dostatečným výsledkem vyšetření k diagnostice AD. (NEVŠÍMALOVÁ, 2005), (PREISS, 2006).

6 TERAPIE

Tato nemoc je v dnešní době neléčitelná. Stále se provádějí výzkumy, kterými se vědci snaží přijít na kloub v léčbě AD, ale nemají zatím žádné velké výsledky.

6.1 FARMAKOLOGICKÁ

Ve farmakologické léčbě AD se zabýváme dvěma postupy. Jedním je symptomatický postup, jenž se zabývá léčbou příznaků onemocnění. Druhým je postup neuroprotektivní či preventivní, který se zabývá zpomalením nebo zastavením postupu nemoci.

Hlavními léky preventivního neboli neuroprotektivního postupu jsou takové, jenž zlepšují paměť a její výkonnost. V dnešní době se v prvních dvou stádiích AD nejvíce užívají inhibitory acetylcholinesteráz (inhibitor – látka, jenž umí tlumit určité děje, acetylcholinesteráza – enzym rozkládající acetylcholin tlumící tak jeho působení na synapsy). Tyto inhibitory, odbourávají významný přenašeč nervových vzruchů, který se nazývá acetylcholin (látka přenášející vzruchy v nervové soustavě). Této látce se tvoří méně a také je do mozku méně uvolňována, pokud pacient trpí AD nebo i jinou demencí. Je to látka, jenž má důležitý význam pro paměť. Díky užívání inhibitorů dosáhneme toho, že se v mozku pacienta postiženého AD zablokují enzymy cholinesteráz (enzym, rozkládající estery cholinu) a acetylcholin zvýší svůj obsah. Tím selepší kvalita paměti a její funkce. Mezi používanými inhibitory v České republice a nejspíše i v celém světě jsou tři přípravky. Jsou jimi Donepezil, Rivastigmin a Galantamin. V posledním stádiu demence se užívá látka, která působí na jiný systém přenášení vzruchů. Jmenuje se Memantin a částečně blokuje receptory. Tento lék chrání nervovou buňku před škodlivinami, kterými jsou například kalcium a zlepšuje schopnost učení a zapamatování si.

Mezi skupiny léků u symptomatických postupů terapie patří nootropika (léky zlepšující činnost mozku a jeho metabolismus). Jejichž hlavní vlastností je funkce zlepšit mozkovou látkovou přeměnu, využitelnost glukózy a dalších živin a také působí proti nedostatku kyslíku. Jsou používána jako přídatná farmaka v léčbě AD. Mezi přípravky této skupiny patří například Pyritinol nebo Piracetam. Některé podobné látky nootropikům, mají účinek ovlivňovat mozkové cévy a průtok krve, což uskutečňuje například Nicergolin, Vinpocetin nebo Naftydrofuryl. Patří mezi ně i ginkgo-biloba,

což je extrakt ze stromu, který se nazývá Jinan dvojlaločný. Dalšími léky užívané za symptomatickým účelem patří antipsychotika, která ovlivňují chování, změny nálad poruchy spánku u demencí. Užívají se k tišení neklidných pacientů. Dalšími skupinami léků působící na psychiku člověka, jsou antidepresiva (skupina léků užívaných k léčbě deprese) a anxiolytika (skupina léků odstraňujících úzkost). (NEVŠÍMALOVÁ, 2005), (MIŠÁKOVÁ, 2013)

Ke konci roku 2013 britští vědci učinili objev látky, která dokáže zabránit v odumírání mozkové tkáně při neurodegenerativních onemocněních. Tento průlom je velmi důležitý jak pro Alzheimerovu demenci, tak například pro Parkinsonovu nebo pro Huntingtonovu nemoc. Vědci vycházeli z informace, že nervové buňky napadené nemocí odumírají. Obranný systém na to reaguje tak, že přestane produkovat důležité proteiny, čímž mozek začne odumírat. Touto problematikou se začal zabývat výzkumný tým z Univerzity v Leicesteru a začaly tuto látku podávat pokusným myším. Během celé pokusné procedury vědci zjistili, že tato látka dokázala zablokovat sebedestrukční proces mozku, což žádná jiná látka před tím nedokázala. Během dalšího vývoje této látky budou muset vědci odstranit všechny nežádoucí účinky, aby jej mohl užívat člověk. O této látce zjistili, že napadá například slinivku břišní, způsobuje diabetes mellitus a hubnutí. (ČESKÁ TELEVIZE, 2013)

„Jakožto doklad přítomnosti člověka bychom měli brát přítomnost jeho žijícího těla. Nejsme ani samostatné duše, ani samostatná těla, jsme duch přítomný v těle a oduševnělá těla. Pochopit tuto pravdu znamená pochopit důstojnost toho, jehož mysl selhává, ale jehož přítomnost na světě, jakožto osoby, je nezpochybnitelná.“ (CALLONE et.al.,2009, s.86)

6.2 NEFARMAKOLOGICKÁ

Mezi další typy léčby AD patří i nefarmakologická léčba. V této terapii se zabýváme postupy, jimiž bychom zabránili v postupu choroby, její rychlosti a dokonce je zde možnost i prevence. Patří sem psychologické a sociální metody. Psychoterapie je nedílnou součástí léčby AD. Napomáhá při zlepšování kvality paměti různými technikami a procvičováním. Některé techniky můžeme zahrnout do běžného života klienta, jako třeba zapisováním si poznámek nebo vytvořit si orientační body ve svém prostředí.

Existuje velké množství metod, jenž napomáhají člověku trpící demencí.

Programové aktivity se uplatňují zejména v prvním a druhém stádiu AD. Lidé v těchto fázích AD jsou částečně soběstační a je s nimi dobrá komunikace, mohou se podílet na různých aktivitách, mezi které patří třeba ruční práce, jako je pletení, vyrábění různých výrobků, malování a další. Tito lidé dochází do denních center, anebo do domovů pro seniory a pečovatelských domů. Jestliže se určitých aktivit účastní pravidelně, jejich denní rytmus nabývá na pravidelnosti a z toho nemocní těží. V dnešní době, se instituce zprostředkovávající aktivity, zabývají zejména respektováním a plněním přání klientů. Bohužel se ale stává, že může dojít k nežádoucím poruchám chování a narušení denního rytmu. Když se nemocný dostane do takovéto situace, je to tíživé jak pro rodinu, tak pro personál. Aby personál udržel pacientův správný denní rytmus, musí veškeré jeho denní aktivity rozvrhnout. Například určit dobu jídel, při jejichž přípravě může pacient pomáhat. Také se může zapojit do prostírání stolu nebo mytí nádobí. Nemocné nemůžeme do aktivit nutit. Můžeme je zkusit navnadit, ale nepřikazujeme jim jejich účast. Abychom je přece jen aspoň trochu aktivizovali, můžeme je vzít za ostatními do společenské místnosti, aby se mohly aspoň dívat. Dáváme jim tím možnost se zapojit do činnosti později, pokud se jim jejich názor rozleží v hlavě.

Individualizované aktivity se uplatňují zejména u více rozvinutých demencí. Z důvodu progresu dochází ke zhoršení celkového, psychického a somatického stavu, a proto pacienti potřebují co nejvíce individuální režim. Stále se účastní různých aktivit, ale často se rychle unaví, nebo nemají zájem se některých zájmových činností účastnit, jelikož jim to nedělá dobře. Proto je dobré zavést pacienta mezi ostatní, aby byl v kolektivu a mezi lidmi. Také dbáme na to, aby měl pestrý přísun jednoduchých a zajímavých činností, které mu budou vyhovovat a budou napomáhat v udržení sebeobsluhy, jelikož potřebují čím dál více naší pomoc.

Reflektivní podpora vychází z poznatků moderní vědy. K pacientovi postiženému demencí bychom se měli chovat s patřičným respektem, úctou a jednat s ním, jako by byl jedinečný. Podporujeme jeho důstojnost, vycházíme mu vstříc v jeho přáních. Při jeho péči dbáme na jeho zdravotní stav a potřeby. Snažíme se mu zprostředkovat veškeré pohodlí a jsme schopni poskytnout veškeré podněty, které mu jsou příjemné. Naopak se ho snažíme zbavit podnětů nepříjemných. Dorozumíváme se s klientem díky verbální a neverbální komunikaci a tím mu poskytujeme pocit jistoty a bezpečí. Společně personál a rodinní příslušníci tvoří tým, který se o nemocného stará,

bez rozdílu hodnoti, pozice v jeho životě. V České republice reflexní podpoře výrazně pomáhá bazální stimulace.

Orientace realitou je jednou z nejstarších metod. V dnešní době se již všechny její aspekty nevyužívají, jelikož tento typ léčby nemá takový efekt, jak se předpokládalo. Sice u pacientů došlo k určitému zlepšení, ale na úkor celkového nepohodlí, zhoršení celkového stavu a dokonce i k nežádoucímu chování. K takovému zhoršení došlo proto, že člověk postižený demencí si přebírá realitu svým způsobem a jiný názor anebo jinou pravdu netoleruje.

Validace je metoda, díky které se personál chová k pacientovi s větší citlivostí, péčí a je více respektován. V případě, že nemocný neustále mluví o svém blízkém (který například již nežije) a nechce se účastnit nějaké aktivity jen z tohoto důvodu, hovoříme s ním nadále na dané téma a nasloucháme jeho vyprávění. V naprosté většině případů dochází k tomu, že se pacient zklidní a začíná spolupracovat a dokonce se chce podílet na určité aktivitě.

Reminiscence je metodou, která ke svému účelu využívá vzpomínky nemocného. Společně s pacientem postiženým demencí vzpomínáme na věci, které byly a jsou pro něho důležité. Při tom pomáhají i rodinní příslušníci, jenž nám zprostředkovávají například rodinné fotografie z pacientova mládí, oblíbené obrázky nebo předměty. Také nám pomohou při sdělování informací. Nejjednodušší a nejvíce preferovanou pomůckou je album, do kterého můžeme vložit fotografie, různé obrázky, výstřižky z novin, důležité dokumenty a další věci, jenž měly a mají pro pacienta určitou hodnotu. V dnešní době máme několik možností, díky kterým můžeme reminiscenci aplikovat. Jedním z nich je takzvaný „memory book“, což je něco jako portfolio. Další možností je „memory box“. To je krabice s drobnými předměty, které jsou pro pacienta důležité. Může v ní být umístěna první kniha, kterou četl, přívěšek na řetízek, oblíbená hračka z dětství a další. V některých zařízeních se může objevit i místnost, které se říká „memory room“, což je pokoj, který je vybaven v určitém dobovém stylu a který by pacientovi připomínal dobu, na kterou si pomatuje. Mezi metody v reminiscenci patří například i hudební album, oblíbený film, tanec a další. (HOLMEROVÁ, 2009), (JIRÁK, 2009).

7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

„ Čím déle může nemocný s Alzheimerovou chorobou využívat vlastních tělesných a duševních schopností, tím déle bude zachována dostatečná kvalita jeho života“ (HOLMEROVÁ, 2004).

Ošetrovatelská péče se v různých stádiích demence od sebe liší. Česká alzheimerovská společnost vypracovala strategii, dle které se lze starat o pacienty s AD v různých stádiích. Nazvala jí P-PA-IA. Přičemž P znamená podpora, poradenství a pomoc, PA znamená programové aktivity a IA vysvětluje individualizované asistence.

7.1 PÉČE V MÍRNÉM STÁDIU

V prvním stádiu zvaném *P-PA-IA 1 počínající a mírná demence*, se o sebe pacient dokáže postarat, ale potřebuje určitý dohled a dopomoc. Nejdůležitější je správně stanovená diagnóza a následně upravená medikace na určité stádium demence. Jelikož jsou lidé v tomto stádiu relativně soběstační a aktivní, mohou být nějakou dobu doma sami. Když je jim zajištěna pečovatelská služba i pomoc rodinných příslušníků a některé věci, návody a další se jim řádně vysvětlí, dokáží se o sebe docela dobře postarat. Jsou schopni rozumět svému zdravotnímu stavu, ale většinou se dostávají do deprese a pocit nejistoty.

Mezi potřeby lidí v tomto stádiu demence patří stanovení správné a včasné diagnózy, patřičná farmakologická léčba a seznámení s pravděpodobnou prognózou. Dále by se měl plánovat další postup v léčbě AD za pomoci lékaře. Pacient by měl být natolik informován o svém stavu, že dokáže vyslovit svá přání před progresí zdravotního stavu a ta bychom měla respektovat. Na začátku onemocnění, kdy se u pacienta příznaky AD ještě tolik neprojevují, by si měl zařídit všelijaké právní záležitosti a další úkony, kterým rozumí a považuje za důležité, a které nebude schopen uskutečnit v dalších fázích onemocnění. Pacient by měl také vyhledat pomoc, která zahrnuje podporu, psychologickou pomoc a poradenství.

7.2 PÉČE VE STŘEDNĚTĚŽKÉM STÁDIU

V druhém stádiu *P-PA-IA 2 středně pokročilá a rozvinutá demence* se pacient potýká s omezenou soběstačností, dezorientací a potřebou pomoci v určitých denních

aktivitách a trvalém dohledu. Kvalita života je u pacientů v tomto stádiu velmi dobrá. Rádi se zapojují do určitých, jimi oblíbených, aktivit a činností, které dokáží dobře vnímat a porozumět jim. Nevyskytují se u nich žádné závažné poruchy chování či jiné psychologické problémy. Lidé v této fázi demence těžší hlavně ze zavedeného denního rytmu do jejich života. Díky těmto aktivitám se jejich život stává zajímavějším, pomáhá jim v udržení sebepěče, soběstačnosti a důstojnosti. Vytvoření denního rytmu je důležité i pro ošetřující personál a rodinu. Rodinní příslušníci se nemocnému členu rodiny mohou věnovat déle a s lepší péčí. Vytvoření denního rytmu v rodinném prostředí mezi příbuznými, má pro pacienta vesměs stejný efekt, jako ve zdravotnickém zařízení. V takovýchto institucích je personál schopen pracovat s více lidmi najednou a zajistit pacientům různorodé aktivity, které zapadají do jejich denního rytmu. Ošetrovatelský personál, k tomu určený, vytváří takové aktivity, které jim napomáhají v utužení soběstačnosti. K takovým činnostem patří například ranní a večerní hygiena a stolování. Samozřejmě také naplňují kvalitu jejich života po celý den. Mezi denní aktivity můžeme zahrnout i některé nefarmakologické postupy, kam patří například pohybová terapie a cvičení na podporu léčby chorob a dalších onemocnění. Dále pak procházky, kognitivní rehabilitace, senzorická stimulace, reminiscence a další. Různé aktivity mohou probíhat v denních stacionářích a mohou být součástí pobytových zařízení. Velice důležité je řádné vybavení místnosti, technické zařízení, pomůcky a správné personální obsazení. Takováto místnost by měla co nejvíce připomínat domácnost. Měla by mít malou kuchyňku, dostatečně prostornou toaletu, tišší místo pro odpočinek, ve kterém by mohlo být umístěno pohodlné křeslo a společenský prostor, kde se mohou konat aktivity, například tanec nebo cvičení. Dalšími důležitými faktory pro uskutečňování aktivit jsou pomůcky, mezi které například patří hudební nástroje, těsta, pomůcky pro vyrábění drobných věcí a další. Také je důležité, aby aktivity odpovídaly možnostem pacientů. Měli by je bavit, podporovat jejich důstojnost, a aby co nejvíce odpovídaly jejich každodenním činnostem, jako je oblékání, hygiena, stolování a třeba pletení. Pokud se tyto aktivity konají v denních stacionářích nebo pobytových zařízeních, měli by být přítomni vyškolení a kvalifikovaní pracovníci v dostatečném množství, aby se mohly věnovat každému pacientovi určitou dobu. Další důležitou věcí je pro nemocného jeho soukromí, které bychom měli zachovávat. Nejlépe ho zajistíme, když jej uložíme například na jednolůžkový pokoj, kde je soukromí dostatek. Bohužel většina pobytových zařízení mají pokoje uzpůsobeny do dvojlůžkových, ale v dnešní době se objevuje čím dál více zařízení, která na soukromí pacientů velice dbá. I tak se

zdravotníci snaží o to, aby nemocní měl co nejvíce soukromí a to například při hygieně, oblékání a dalších činnostech. Dále bychom měli respektovat jejich práva a důstojnost. Můžeme začít tím, že budeme pacienta oslovovat formálněji, jako „paní“ a „pane“, titulem nebo tak, jak si sám přeje. Klademe důraz na to, aby se sám dokázal obléknout a umýt jeho zažitým způsobem. Důležité je vytvořit pacientovi bezpečné prostředí. Zajistíme ho například tak, že ve společných prostorách je neustále přítomen nejméně jeden z personálu. Také by měl být prostor chráněn proti nepozorovanému odchodu. To zajistíme signalizací odchodů, číselným kódem na dveřích nebo uzamčení oddělení zevnitř. Pokud se u pacienta vyskytne porucha chování, přičemž agresivně ohrožuje své okolí, je nutné zavolat kvalifikovaného pracovníka, což je ve většině případů zdravotní sestra. Takovýto pracovník zhodnotí situaci, dokáže zjistit příčinu nenadálého chování a ve většině případů zavolá lékaře. Medikace se podává, pokud je pacient řádně vyšetřen lékařem a ten pak následně předepíše léky. Pokud se takovéto stavy opakují často, jedná se již o stádium těžké demence s komplikacemi poruch chování.

7.3 PÉČE V TĚŽKÉM STÁDIU

Další stádium se nazývá *P-PA-IA 3 těžká demence, demence komplikovaná poruchami chování*. Lidé v tomto stádiu těží z individuální asistence a aktivit, jelikož se jejich zdravotní stav zhoršil natolik, že se na programu režimových aktivit už nedokáží natolik podílet. Účast na takovýchto aktivitách se pro ně stává nepřínosnou. Jsou z nich unaveni, zatěžují je a nepřinášejí pohodlí. Důležitější jsou pro ně individuální aktivity, které upřednostňují sebeobsluhu. Dále se zhoršila schopnost verbální komunikace, tudíž přibývá komunikace neverbální. Také je třeba studovat důvody poruch chování, které mohou být způsobeny somatickými příznaky, jako je třeba bolest, nepohodlí, dehydratace, zácpa, porucha močení a další. Mobilita pacienta je omezena, proto je třeba rehabilitovat a eventuálně i polohovat. Z důvodu častých potíží při polykání se upravuje konzistence stravy a hydratace. Takovýto pacienti se mohou účastnit denních aktivit a zapojit se do kolektivu, ale je zřejmé, že kvalifikovaný personál o ně musí pečovat po 24 hodin. Takovýto pracovníci musí být obeznámeni problematikou a proškoleni v ošetrovatelské péči. Zdravotní sestry musí umět posoudit zdravotní stav, jeho zhoršení a rozhodnout o přivolání lékaře. V rámci podpory a udržení důstojnosti, bychom měli pacienta oslovovat tak, jak si sám přeje nebo jeho blízcí. Během dne oblékáme klienta do civilního oblečení, aby se cítil pohodlně. Prostředí, ve kterém žije,

bychom měli uzpůsobit tak, aby se v něm cítil chráněný a v bezpečí. Proti nepozorovanému odchodu můžeme pacienta chránit například signalizačním zařízením, postranicemi a dalším. Omezovací prostředky lze užívat, pokud byl pacient řádně vyšetřen a dle předpisu lékaře a vždy takovýto zásah musíme řádně dokumentovat. Dále pak zajistit zvýšený či nepřetržitý dohled nad pacientem s problémovým chováním, dokud neodezní. Je třeba takovýmto poruchám předcházet například nefarmakologickými metodami, režimovými opatřeními a přístupy. Aktivita se u pacientů ve stádiu P-PA-IA 3 vytvářejí dle jejich zdravotního stavu. Někteří se účastní aktivněji, jiní méně a můžou posedávat ve společnosti lidí, jenž zrovna nějakou aktivitu vykonávají a dívat se na ně. Veškerý program je přizpůsoben potřebám klientů.

7.4 PÉČE V TERMINÁLNÍM STÁDIU

Demence je sám o sobě stav *terminální*. Od začátku samotného onemocnění zkracuje lidem život. Toto poslední stádium trvá několik týdnů a projevuje se především ztrátou verbální komunikace a jde se dorozumívat jen pomocí neverbální komunikace s omezením na mimiku. Mobilita pacienta se uskutečňuje výhradně na lůžku, dochází k úbytku svalové hmoty, sníží se příjem potravy a tekutin, inkontinence, objevují se poruchy polykání a další. Pacient často trpí bolestí, jenž bývá způsobena nepohodlím polohy, ve které leží, kontrakturami i v důsledku somatických potřeb. O takového pacienta se začne pečovat paliativním způsobem. Od péče o klienta v stádiu P-PA-IA 3 se toto stádium liší zejména v množství kvalifikovaného zdravotnického personálu i pomocného. Také bývá každodenně přítomen lékař. Hlavním směrem paliativní péče, je zajištění komfortu, sledování a zvládání mučivých příznaků, včetně bolesti. (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2009).

8 ZÁSADY PŘI PÉČI O BLÍZKÉHO S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

Pokud se o pacienta starají rodinní příslušníci nebo jiní blízcí, je třeba dodržovat určité zásady, snažit se vyvarovat nežádoucím situacím a dbát na bezpečí nemocného.

Mezi prvními věcmi, co musí ošetřující udělat, je odklidit z místností, kde se nemocný pohybuje, všechny předměty, které překážejí. Tím se sníží riziko pádu a úrazu.

Při odklizení nebezpečných předmětů, je také důležité myslet na to, k čemu by se nemocný mohl ještě dostat a co by mohlo ublížit jemu nebo jeho okolí. Například dbáme na zamykání nebezpečných látek, jako jsou saponáty, přípravky na úklid, zápalky, léky a další. Na bojleru stáhnout maximální teplotu ohřívání pod 50°C. U dveří do místností, kam nemocný chodí, odstraňte zámky. Důležité doklady, peněženky, klíče od auta a další je třeba odstranit z jeho dosahu, neboť je mohou přemístit na jiná místa, ačkoli si to neuvědomují.

Dalším důležitým aktem, je zabezpečit plynové a elektrické spotřebiče, které se při špatné manipulaci stávají nebezpečnými. Mezi takovéto spotřebiče patří například sporák, mikrovlnná trouba. Pokud možno, nejlépe je takovéto přístroje vypojit ze zásuvky, nebo jejich ovládací zařízení něčím přikrýt.

Další důležitou věcí je, aby alzheimerovský pacient neřídil automobil. S největší pravděpodobností se možnosti řízení nebude chtít vzdát. Musíte se tedy snažit ho od myšlenky, usednout za volant, odpoutat. Například tím, že ho zaměstnáte něčím jiným.

Pokud je to možné, kontrolujte, kam nemocný chodí, jelikož by se mohl ztrátit. Pověřte sousedy, aby vás upozornily, když se bude pohybovat někde samotný. Zámky dveří by měly být pro pacienta těžko odemykatelné. Je dobré připevnit pacientovi na ruku náramek se jménem a adresou a dávat pozor, aby jej nosil.

Další důležitou zásadou je péče o nemocného v rámci stravování, oblékání a podávání léků. Je dobré konzumovat potraviny společně s nemocným a při tom dbát na vyváženou stravu a dostatečnou hydrataci. V rámci oblékání mu pomoci s výběrem a pokud potřebuje pomoci, podáváte mu každý kus oblečení a řádně vysvětlíte, kam patří. Dávky denních léků vždy řádně připravte a dbejte na to, aby nemocný dostal vždy správné. Léky odstraňte z dosahu nemocného.

Při komunikaci s alzheimerovským pacientem může lehce dojít k nedorozumění. Pro takto nemocné lidi je těžké správně porozumět a být pochopen. Proto je důležité se

snažit s nimi mluvit vlídně a klidně, tázacími a oznamovacími větami, jako například místo „Máš hlad?“ raději řeknem oznamovacím způsobem: „ Oběd je na stole, tady máš příbor.“ Dalším důležitým faktorem je schopnost rozptylovat nemocného. Komunikovat s ním spíše o skutečnostech, kterým on sám věří, jelikož není schopen rozlišovat rozdíl mezi minulostí a přítomností.

Plánování denních činností je dalším důležitým faktem. Nemocní s AD se často nudí, proto je třeba jim připravit na každý den jednoduché úkoly (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2003).

9 ČALS – ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST

ČALS vznikla v roce 1996 a v roce 1997 se stala občanským sdružením. Vznikla díky spolupráci profesionálů v oboru gerontologie, jenž se zajímaly o lidi postižené AD. Později se členy ČALS stávali tací, kterých se AD týkala více. Jsou to většinou rodinní příslušníci a pečovatelé. Jejím sídlem je Gerontologické centrum v Praze v Kobylisích. Toto sdružení se zabývá péčí o pacienty s AD a také o rodinné příslušníky. V dnešní době je ČALS příslušníkem již několika mezinárodních organizací, jakými jsou Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International.

Česká alzheimerovská společnost zprostředkovává dvě sociální služby. Patří mezi ně konzultace, které jsou určeny jak lidem trpící alzheimerovou demencí, tak i rodinným příslušníkům a respitní péče. Dále se mezi služby zahrnuje i funkce vzdělávání, jelikož je ČALS akreditovaným vzdělávacím zařízením. V rámci výuky pořádá několik akreditovaných vzdělávacích programů, otevřené přednášky a každý rok konferenci, které se nazývají Pražské gerontologické dny. ČALS také poskytuje konzultace profesionálním zdravotnickým pracovníkům. Tato společnost vytvořila certifikaci, která se nazývá Váška, jež je zaměřena na kvalitu zdravotně sociálních služeb pro pacienty s AD.

Mezi nejznámější služby ČALS patří takzvané Čaje o páte. Je to setkání svépomocné skupiny pro rodiny, které pečují o nemocného s AD. Během setkání mohou rodinní příslušníci získat plno informací o péči o člověka s demencí, mohou si mezi sebou sdělovat zkušenosti, starosti, jak řešit nelehké úkoly a další. Na takováto setkání svépomocné skupina jsou často zváni zdravotníci, jenž odpovídají na určité otázky. Čaje o páte se konají v budově ČALS od 17-ti hodin a většinou trvají přibližně dvě hodiny.

Prezidentem ČALS je Doc. MUDr. Miloš Vojtěchovský, CSc. a předsedkyní Doc. MUDr. Iva Holmerová Ph.D. (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2005, 2013).

10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Klinickou praxi, v rámci bakalářské práce, jsem absolvovala v Domově pro seniory v Chýnově, v období 05.09.2012 až 11.9.2012. Byla zde přijata pacientka dne 15.11.2010, po domluvě s rodinnými příslušníky, z důvodu onemocnění AD. S pomocí obecné ošetrovatelské dokumentace, informací od pacientky a zdravotnické dokumentace, jsem uspořádala ošetrovatelskou anamnézu, sestavila údaje o celkovém stavu pacientky. Dále jsem zpracovala ošetrovatelské diagnózy aktuální a potencionální, které jsem seřadila dle priorit, podle Kapesního průvodce zdravotní sestry. Navrhla jsem ošetrovatelský plán, následně realizovala a nakonec zhodnotila.

10.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: M. M.	Pohlaví: Žena
Datum narození: 1934	Věk: 80
Adresa bydliště a telefon: Chýnov	
Adresa příbuzných: xxx	
Rodné číslo: xxx	Číslo pojišťovny: xxx
Vzdělání: vyučena	Zaměstnání: důchodce
Stav: vdova	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 15.11.2010	Typ přijetí: plánované
Oddělení: Domov pro seniory	Ošetřující lékař: MUDr. Jitka Vovsová

Důvod přijetí udávaný pacientem: Neví

Medicínská diagnóza hlavní: Alzheimerova demence ve středně těžkém stádiu

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Hypertenze
- Glaukom
- Ulcerózní kolitida
- Gastroduodenální vřed
- Mírná polyartróza nosných kloubů
- Stav po operaci varixů dolních končetin
- Stav po cholecystektomii
- Stav po apendektomii

Vitální funkce při přijetí**TK:** 140/96 (hypertenze)**P:** 78' (v normě)**D:** 20' (v normě)**TT:** 36,6 °C (normotenze)**Stav vědomí:** při vědomí, někdy dez.**Výška:** 168 cm**Hmotnost:** 75 kg**BMI:** 30 (obezita)**Pohyblivost:** omezena**Krevní skupina:** xxx**Nynější onemocnění:**

Hypertenze

Glaukom

Ulcerózní kolitida

Gastroduodenální vřed

Mírná polyartróza nosných kloubů

Informační zdroje:

Zdravotní dokumentace v domově pro seniory, pacientka

10.2 ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza:****Matka:** zemřela v 83 letech stářím**Otec:** zemřel v 75 letech na nádor**Sourozenci:** bratr, nestýkají se**Děti:** 1 dcera, zdravá**Osobní anamnéza:****Překonané a chronické onemocnění:**

Stav po apendektomii

Stav po cholecystektomii

Stav po operaci varyxů na DK

Hypertenze

Glaukom

Ulcerózní kolitida

Gastroduodenální vřed

Mírná polyartróza nosných kloubů

Hospitalizace a operace:

Cholecystektomie 1975

Apendektomie 1978

Operace varixů dolních končetin 1986

Úrazy: 0**Transfúze:** 0**Očkování:** běžná očkování**Léková anamnéza:**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
AMOLOSTAD	Per os	10 mg	1-0-0	Antihypertensiva
RYTMONORM	Per os	300 mg	½-0-1-0	Antiarytmikum
DIOSMINOL micronized	Per os		1-0-1	Venofarmaka
LETCOL	Per os	80 mg	0-0-1/2	Statin
HELIDES	Per os	40 mg	1-0-0	Antacida
WARFARIN	Per os	3 mg	Po ½-0-0 Út-Ne 1-0-0	Antikogulancia
MICTONORM UNO	Per os	30 mg	1-0-0	Spasmolitika
RODENDO oro	Per os	0,5 mg	1-0-1	Antipsychotika
PERALEN	Per os	500 mg	Při bolestech	Antipyretika, Analgetika

Alergologická anamnéza:**Léky:** 0**Potraviny:** 0**Chemické látky:** 0**Jiné:** 0**Abúzy:****Alkohol:** 0**Kouření:** 0**Káva:** 1x denně**Léky:** 0**Jiné drogy:** 0

Gynekologická anamnéza: (u žen)	Urologická anamnéza: (u mužů)
Menarché: nepamatuje si Cyklus: pravidelný Trvání: cca 5 dní Intenzita, bolesti: neudává PM: nepamatuje si A: 0 UPT: 0 Antikoncepce: 0 Menopauza: nepamatuje si Potíže klimakteria: neudává Samovyšetřování prsou: neprovádí Poslední gynekologická prohlídka: neví	Překonané urologické onemocnění: xxx Poslední návštěva u urologa: xxx Samovyšetřování varlat: xxx

Sociální anamnéza:

Stav: vdova

Bytové podmínky: domov pro seniory

Vztahy, role a interakce v rodině: často se vídá s dcerou a vnoučaty, naopak se nevídá s bratrem

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: navštěvuje jí přítelkyně a našla si přátele v domově

Záliby: ráda se prochází po zahradě a tvoří výrobky, poslouchá rádio, dívá se na televizi a luští křížovky.

Volnočasové aktivity: procházky za dobrého počasí, zúčastňuje se programů domova

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučena

Pracovní zařazení: důchodce

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: neví od kdy, pobírá starobní důchod

Vztahy na pracovišti: není aktuální

Ekonomické podmínky: pobírá důchod

Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky: 0

10.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 5.9.2012

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	„Někdy mě trochu bolí hlava a někdy v krku, ale to je asi normální.“	Hlava: nebolestivá Oči: otoky víček nemá, barva bělma v normě, rohovka zakalená Uši, nos: bez patologie Dutina ústní: jazyk bez povlaku, zubní náhrada Krk: pohyblivost zachována, štítná žláza nezvětšena
Hrudník a dýchací systém:	„Dýchá se mi dobře.“	Hrudník: žádné deformity Prsa: bez rezistence Dýchání: spontání, pravidelné Dech: 20´ Cyanóza: nepřítomna Kašel: nemá
Srdečně cévní systém:	„Prý mám vysoký tlak.“	TK dnešní: 140/90 Srdeční akce dnešní: 78´ Varixy: nemá Otoky: nemá
Břicho a GIT:	„Někdy mě bolí břicho.“	Břicho: měkké, nebolestivé, poklep diferencovaně bubinkový, ascites nepřítomný, povrchová a hluboká palpce bez rezistencí, bez známek peritoneálního dráždění Bolest: (stupnice od 1-10) hodnotí stupeň č. 0. V tu chvíli bolest nepociťovala Peristaltika: přítomna Játra nepřesahují pravý oblouk žeberní, Slezina nenaráží.
Močový a pohlavní systém:	„Myslím, že je vše v pořádku.“	Močení: Močí sama Moč: čirá, bez příměsí

SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Kosterní a svalový systém:	„Špatně se mi chodí, proto mám berle.“	Postoj: vzpřímený, chůze pomalá s pomocí kompenzačních pomůcek Záda: bez potíží Klouby: Pohyb obtížný a bolestivý zvláště na DK Svalový tonus: přiměřený Bolest: (stupnice 0-10) hodnotí stupeň č. 2 (Příloha B)
Nervový systém a smysly:	„Myslím, že trochu zapomínám.“	Orientace: jen osobou (Příloha F) Reflexy: zachovány Sluch, čich, hmat, chuť: v normě Zrak: používá brýle na dálku a na blízko
Endokrinní systém:	„Myslím, že nemám žádné potíže.“	Štítná žláza: nezvětšena DM: nemá
Imunologický systém:	„Občas bývám nemocná, když nastydnou.“	Bez problémů
Kůže a její adnexa:	„Myslím, že v pořádku.“	Kůže: prokrvená, bez známek cyanózy, ikteru, vyrážky Turgor: přiměřený Vlasy, nehty: bez patologických změn

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacientka se snaží o sebe dbát, ale má problémy s oblékáním a úpravou zevnějšku. Během rozhovoru se snažila spolupracovat. Mluvila klidně s občasnými pomlkami, jelikož si nemohla na něco vzpomenout.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	doma	„Vařila jsem si sama.“	Dieta: Neví, jestli jí dodržovala. Apetit: Prý jedla vše.
	v nemocnici	„Jím, co mi sestřičky přinesou. Vaří tu dobře.“	Dieta: Bezezbytková, šetřící BMI: 30 - obezita Apetit: Dobrý

Příjem tekutin:	doma	„Nevím, pila jsem většinou asi vodu, čaj nebo kávu.“	Nelze oběktivně posoudit.
	v nemocnici	„Většinou pijí čaj.“	Pacientka má u lůžka k dispozici dostatek tekutin (čaj). Je jí neustále připomínána nutnost dostatečně pít.
Vylučování moče:	doma	„Myslím, že bylo vše v pořádku.“	Nelze zcela oběktivně posoudit.
	v nemocnici	„Nevím.“	Pacientka nemá problémy s močením.
Vylučování stolice:	doma	„Myslím, že bylo vše v pořádku.“	Nelze zcela objektivně posoudit.
	v nemocnici	„Nevím, myslím že je to dobré.“	Pacientka má nepravidelnou stolicí. Střídají se u ní zácpa a průjem.
Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění:	doma	„Myslím, že jsem neměla problém se spaním.“	Nelze oběktivně posoudit.
	v nemocnici	„Spím dobře.“	Pacientka spí velmi dobře celou noc.
Aktivita a odpočinek:	doma	„Chodila jsem do práce a starala se o dítě. Také jsem občas s manželem zašla ven.“	Nelze oběktivně posoudit.
	v nemocnici	„Občas se projdu, když to jde. Ráda poslouchám rádio.“	Pod dohledem sestry chůze po chodbě nebo v areálu domova. Riziko pádu – (příloha)
Hygiena:	doma	„Myla jsem se každý den.“	Nelze oběktivně posoudit
	v nemocnici	„Pomáhají mi sestřičky.“	S asistencí sestry.
Soběstačnost:	doma	„Vše jsem zvládala.“	Nelze oběktivně posoudit.
	v nemocnici	„Něco zvládnu a s něčím mi pomáhají sestřičky.“	Chůze, hygiena a úprava zevnějšku za pomoci sestry. Barthelův test – 75 bodů (Příloha C)
Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí:		„ Myslím, že vnímám dobře.“	Vědomí: neporušené

Orientace:		„Asi jsem orientovaná dobře.“	Orientace: pouze osobou MiniMental test: (Příloha D)
Nálada:		„Myslím, že mám veselou náladu.“	Nálada: Převážně dobrá nálada.
Paměť:	staropaměť	„Myslím, že si staré věci pamatuju dobře.“	Zachována
	novopaměť	„Nevím. Mám pocit, že občas zapomínám.“	Má problém si nové informace zapamatovat.
Myšlení:		„Doufám, že mi to ještě myslí dobře.“	Pacientka má menší problémy s logickým myšlením. Zejména v obyčejných úkonech, jako je například oblékání.
Temperament:		„Asi jsem veselá a občas mě popadne taková ta nálada si zavzpomínat.“	Pacientka projevuje znaky sangvinika a extroverta. Občas se projevuje jako melancholik. Někdy má sklony k flegmatismu.
Sebehodnocení:		„Nevím, co bych na to řekla. Přejde mi, že jsem úplně normální.“	Pacientka je optimistická, veselá a milá. Při některých úkonech, které jí nejdou bývá podrážděná.
Vnímání zdraví:		„Nevím, co na to říct. Asi, že zdraví je velmi důležité?“	Pacientka nedokáže zcela vyjádřit pojem zdraví.
Vnímání zdravotního stavu:		„Myslím, že jsem zdravá.“	Pacientka si neuvědomuje svůj zdravotní stav.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:		„Občas mě něco bolí, ale to asi patří ke stáří.“	Pacientka své onemocnění nebere na vědomí.
Reakce na hospitalizaci:		„Mě se tu líbí. Je to tu skoro jak v hotelu. Když jsem byla v nemocnici na operaci, moc se mi tam nelíbilo“	Pacientka si zcela neuvědomuje, že je v domově pro seniory. Tvrdí ale, že se jí tu líbí. Naopak na pobyt v nemocnici pohlíží negativně.
Adaptace na onemocnění:		„Myslím, že jsem zdravá. Ale když mě něco bolí nebo jsem nastydlá, tak to většinou zvládám dobře. Vždycky jsem marodila tak pár dní.“	Pacientka nevnímá svá nynější onemocnění, ale tvrdí, že nemoce zvládá dobře.

Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	„Někdy mám strach, že netrefím do pokoje, ale on se vždycky někdo najde, kdo mě nasměruje.“	Pacientka projevuje obavy, když se ztratí na chodbě a nemůže najít pokoj. Zároveň projevuje důvěru v personál, který jí vždy dovede.	
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie):	„V nemocnici se mi nelíbilo, ale sestřičky i doktoři byli hodní.“	Pacientka neudává problémy způsobené lékařem nebo sestrou.	
Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace:	Verbální	„Myslím, že jsem docela ukecaná.“	Mluví dobře, srozumitelně, správně artikuluje, ale má problémy se slovní zásobou.
	Neverbální	„Myslím, že je třeba si při mluvení pomoci rukama i nohama. Patří to k tomu.“	Pacientka nemá problém s neverbálním vyadřováním.
Informovanost:	o onemocnění	„Říkají mi, že jsem nemocná, ale mě to nepřijde.“	Pacientka si neuvědomuje svůj zdravotní stav.
	o diagnostických metodách	„Myslím, že mi vždycky řekly, co se mnou budou dělat.“	Pacientka je informovaná o diagnostických metodách.
	o specifikách ošetrovatelské péče	„Tady vždycky řeknou co se se mnou bude dít.“	Pacientka je informována o specifikách ošetrovatelské péče.
	o léčbě a dietě	„Beru každý den prášky na to, co mi je. Jídlo mi tu chutná.“	Pacientka ví, že užívá léky na své onemocnění a že má dietní omezení, ale nebere tyto skutečnosti na vědomí.
	o délce hospitalizace	„Myslím, že tu jsem už dlouho, ale líbí se mi tu.“	Pacientka si neuvědomuje, jak dlouho tu je a neprojevuje zájem o vědění, jak dlouho zde zůstane.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	primární role (související s věkem a pohlavím):	„Asi stará žena, bába.“	Žena, 79 let. Role jsou zcela naplněny.
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	„Matka, babička, důchodce.“	Matka, babička, vdova, důchodce. Role jsou zcela naplněny.
	terciální role (související s volným časem a zálibami):	„Tak to už nevím.“	Pacientka ráda luští křížovky, poslouchá rádio, chodí ven, povídá si s přáteli a začleňuje se do zájmových aktivit domova.

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT:

Ordinovaná vyšetření: xxx

Výsledky: xxx

Konzervativní léčba:

Dieta: šetřící, bezzbytková Pohybový režim: volný RHB: ob den fyzioterapeut

Výživa: per os

Medikamentózní léčba:

- per os: Amolostad 10mg, Rytmonorm 300mg, Diosminol, letcol 80, Helides, Warfarin, Mistonorm uno 30mg, Rodendo oro 0,5mg, Paralen 500mg
- intra venózní: xxx
- per rectum: xxx
- jiná: xxx

Chirurgická léčba: xxx

10.4 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka, 79 let, byla přijata do domova pro seniory 15.11.2010, pro Alzheimerovu demenci středně těžkého stádia, která se u ní projevuje občasnou dezorientací v místě a čase, chronickou zmateností a zapomínáním. Nyní již nevnímá svůj zdravotní stav. Dle testu MMSE se pacientka nachází ve středně těžkém stádiu.

Pacientka při pohybu užívá francouzské berle. Je třeba doprovod při chůzi, hygieně a oblékání. Má naordinovanou šetřící a bezzbytkovou dietu, tekutiny se jí musí připomínat a trpí střídavě průjmem a zácpou. Dle Barethova testu pacientka projevuje lehkou závislost.

11 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE I SEŘAZENÉ PODLE PRIORIT

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- 1) **Chůze porušena**, z důvodu stavu, postihující klouby dolních končetin, projevující se porušenou schopností chůze a bolestí.
- 2) **Péče o sebe sama nedostatečná**, z důvodu percepčního nebo kognitivního onemocnění, projevující se neschopností vykoupat se, umýt se celý nebo část těla osušit se vybrat si oblečení, používat různé pomůcky, udržet vzhled na přijatelné úrovni, dále porušenou schopností obléci si část oděvu, zapnout knoflíky.
- 3) **Bolest chronická**, z důvodu chronického onemocnění, projevující se vyslovenou stížností, porušenou schopností pokračovat v dřívějších činnostech.
- 4) **Interpretace okolí porušena**, z důvodu Alzheimerovy demence, projevující se dezorientací v místě a čase, chronickou zmateností, neschopností vyplnit jednoduché příkazy či instrukce.
- 5) **Paměť porušena**, z důvodu Alzheimerovy demence, projevující se pozorovanými případy zapomínání, neschopností určit, zda něco bylo provedeno, vybavit si nové děje či konkrétní informace.
- 6) **Zmatenost chronická**, z důvodu Alzheimerovy demence, projevující se poruchou krátkodobé paměti a dezorientací v místě a čase.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

- 1) **Poranění, zvýšené riziko**, v souvislosti s vývojovým věkem pacientky, poruchou chůze a orientace.
- 2) **Průjem**, v souvislosti s onemocněním GIT.
- 3) **Tělesné tekutiny, riziko deficitu**, v souvislosti neuvědomnění si potřeby tekutin.
- 4) **Zácpa, riziko vzniku**, v souvislosti s onemocněním GIT

11.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 1:
Chůze porušena , z důvodu stavu, postihující klouby dolních končetin, projevující se porušenou schopností chůze a bolestí.
Priorita: střední
Cíl dlouhodobý: Pacientka je schopna se pohybovat s pomocí kompenzačních pomůcek do 3 dnů
Cíl krátkodobý: Pacientka dokáže používat kompenzační pomůcky do 24 hodin

Výsledná kritéria:

- pacientka má vždy zajištěný dozor při chůzi
- pacientka umí používat kompenzační pomůcky do 3 dnů
- pacientka umí odhadnout své možnosti při chůzi do 24 hodin
- pacientka má zajištěnou bezpečnost vždy

Plán intervencí od 5.9.2012 do 7.9.2012:

- zajisti pacientce dostatečný dozor při chůzi (vždy) – sestra, fyzioterapeut, pečovatel
- zajisti pacientce bezpečnost (vždy) - sestra, pečovatel,
- pouč pacientku a blízké o individuálně potřebných bezpečnostních opatřeních (do 24 hodin) – sestra
- pouč pacientku o správné manipulaci s kompenzačními pomůckami (24 hodin) – sestra, fyzioterapeut

Realizace od 5.9.2012 do 7.9.2012

Pacientka již při začátku pozorování vykazuje známky poruchy chůze. V rámci rozhovoru pacientka sdělila, že se pohybuje pomocí francouzských berlí a že při chůzi pociťuje bolest, kterou na numerické škále označila číslem 2.

Již od příchodu do domova pro seniory měla pacientka zajištěný dostatečný dozor a doprovod při chůzi.

Dne 5. 9. je pacientka před procházkou po chodbě poučena, aby si pozorovala své možnosti při chůzi a dokázala si odpočinout. Během dopolední a odpolední procházky se po chvilkách zastavovala nebo si sedla na židle, jenž byly umístěny po okrajích chodby.

Dne 5. a 6. je pacientka sledována při pohybu s berlemi, během něhož je zároveň poučována o správné manipulaci a chůzi s nimi.

Dne 7. 9. se pacientka při chůzi pohybuje s pomocí zdravotnického personálu domova nebo s rodinnými příslušníky. Během chůze dokáže odhadnout své fyzické možnosti a dokáže se správně pohybovat s pomocí kompenzačních pomůcek.

Hodnocení : 7.9.2012

Cíl byl splněn.

Pacientka v závěru splňuje všechna kritéria, která byla stanovena. V rámci svých schopností se dokáže správně pohybovat, respektovat své fyzické možnosti a to vše v doprovodu zdravotnického personálu.

Ošetřovatelské intervence dále pokračují.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 2:

Péče o sebe sama nedostatečná, z důvodu percepčního nebo kognitivního onemocnění, projevující se neschopností vykoupat se, umýt se celý nebo část těla, osušit se, vybrat si oblečení, udržet vzhled na přijatelné úrovni, dále porušenou schopností obléci si část oděvu, zapnout knoflíky.

<p>Priorita: střední</p> <p>Cíl dlouhodobý: Pacientka umí provádět péči o sebe sama na úrovni svých znalostí a dovedností do 3 dnů</p> <p>Cíl krátkodobý: Pacientka má zajištěnou pomoc v rámci domova pro seniory vždy</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka má zajištěnou pomoc při hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku vždy - pacientka má zajištěnou bezpečnost při hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku vždy - pacientka se stará o svůj zevnějšek, hygienu a oblékání v rámci svých znalostí a dovedností do 3 dnů
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - posoud' aktuální stav soběstačnosti pomocí Barthelova testu (Příloha C) (do 24 hodin)- sestra - zjistí míru soběstačnosti pacientky(do 24 hodin) – sestra, pečovatel - zjistí, zda pacientce něco nebrání v účasti na hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku (1x denně) – sestra, pečovatel - poskytni pacientce dopomoc při hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku (vždy) – sestra, pečovatel - zapoj pacienta do činností při hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku (vždy) – sestra, pečovatel - zajisti bezpečnost pacientky při vykonávání hygieny, oblékání a úpravě zevnějšku (2x denně) – sestra, pečovatel - zajisti dostatek času při provádění činnosti (vždy) – sestra, pečovatel - dbej na soukromí pacientky(vždy) – sestra, pečovatel - umožni pacientce komunikaci s ošetřujícím personálem (vždy) – sestra, pečovatel - pozitivně motivovuj pacientku (vždy) – sestra, pečovatel
<p>Realizace od 5.9.2012 do 7.9.2012:</p> <p>Pacientka již při začátku pozorování vykazuje známky nedostatečnosti při vykonávání péče o sebe sama. Od prvního setkání při ranní hygieně a následném sebepéči pacientka potřebuje dopomoc od ošetřovatelského personálu. 5. 9. je pacientkou vyplněn Barthelův test všedních činností na 75 bodů, což je lehká závislost.</p> <p>Při každé hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku je přítomen ošetřující personál a dle potřeby poskytuje pacientce dostatek péče, bezpečnost a soukromí.</p> <p>5. 9. až 7. 9. personál sleduje stav sebepéče pacientky v rámci jejích možností a podporuje schopnost pacientky, aby vykonávala co nejvíce jednotlivých úkonů samostatně.</p>
<p>Hodnocení: 7.9.2012</p> <p>Cíl byl splněn.</p> <p>Pacientka má zajištěnou dopomoc při každé hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku. Dále umí vykonávat sebepéči v rámci svých možností.</p> <p>Ošetřovatelské intervence dále pokračují.</p>

<p>Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 3:</p> <p>Bolest chronická, z důvodu chronického onemocnění, projevující se vyslovenou stížností a porušenou schopností pokračovat v dřívější činnosti.</p>
<p>Priorita: Střední</p> <p>Cíl dlouhodobý: Pacientka umí spolupracovat při léčbě bolesti do 1 týdne</p> <p>Cíl krátkodobý: Pacientka se umí neverbálně vyjadřovat při klasifikaci chronické bolesti, následné úlevě a zvládnání bolesti do 2 dnů.</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka ví, že si může při bolesti vyžádat analgetický lék do 24 hodin - pacientka zná svojí úlevovou polohu do 24 hodin - pacientka spolupracuje se zdravotnickým personálem, při léčbě chronické bolesti do 1 týdne - pacientka neverbálně komunikuje při dokládání informací o chronické bolesti, jejím zvládnání a klasifikaci do 2 dnů
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - proved' důkladné posouzení bolesti, včetně lokalizace a charakteru nástupu, trvání častosti a závažnosti (3x denně dle vývoje aktuálního stavu) - sestra - posud' chování pacientky (do 24 hodin) - sestra, pečovatel - povšimni s vlivu bolesti na životní prostředí (3x denně dle vývoje aktuálního stavu) - sestra, pečovatel - určete pomocí numerické škály (0-10) (příloha B), nakolik je pacientka schopna bolest akceptovat (3x denně, dle vývoje aktuálního stavu) - sestra - pečuj o pohodlí pacientky, které je základem nefarmakologického mírnění bolesti (vždy) - sestra, pečovatel - podávej analgetika dle indikace, pokud je to nutné k udržení přijatelné úrvně bolesti (vždy)- sestra
<p>Realizace od 5.9.2012 do 11.9.2012</p> <p>Pacientka při pozorování ohodnotila na stupnici (0-10) svou bolest číslem číslem 2. Při dalším posuzování pacientka sdělila lokalizaci bolesti na dolních končetinách v okolí kyčlí a kolen, zejména při delší chůzi a vstávání z lužka nebo židle, kdy se bolest vyšplhá na numerické škále na číslo 3. Při odpočinku jí prý nic nebolí. Pacientka při posuzování okázala svou úlevovou polohu v polosedě na lůžku s nataženými dolními končetinami, kterou se snaží zaujímat při každé větší bolesti.</p> <p>5. 9. Při poučení o možnosti podání léků s analgetickým účinkem pacientka sdělila, že léky na bolest užívat nechce. Prý jí bolest zvlášť nevádí a pokud ano, pomůže jí odpočinek a úlevová poloha.</p> <p>5. 9. až 11. 9. Pacientka při každém rychlejším pohybu nebo při delší chůzi dokázala pomocí mimiky projevit, pokud jí bolest nějakým způsobem obtěžovala.</p>

Hodnocení: 11.9.2012

Cíl byl splněn částečně.

Pacientka umí spolupracovat při léčbě bolesti a dokáže se neverbálně projevovat při klasifikaci bolesti, její následné úlevě a jejím zvládnutí.

Ošetrovatelské intervence dále pokračují.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 4:

Interpretace okolí porušena, z důvodu Alzheimerovy demence, projevující se dezorientací v místě a čase, chronickou zmateností, neschopností vyplnit jednoduché příkazy a instrukce.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má upravené činnosti tak, aby byla zachována bezpečnost do 1 týdne

Cíl krátkodobý: Pacientka má zajištěnou bezpečnost vždy

Výsledná kritéria:

- pacientka má zajištěnou neustálou bezpečnost vždy
- pacientka má zajištěnou bezpečnost v prostředí, ve kterém žije do 1 týdne
- pacientka má upraveny denní činnosti tak, aby byla zachována její bezpečnost do 1 týdne

Plán intervencí:

- zjistit, je-li nemocný ohrožen v prostředí, ve kterém žije a do jaké míry si rizika uvědomuje (do 24 hodin) - sestra, pečovatel
- postarej se o bezpečnost a ochranu před úrazy (vždy) - sestra, pečovatel
- podporuj aktivitu a odpočinek (vždy dle potřeby) - sestra, pečovatel
- komunikuj s pacientkou, klad' jí jednoduché otázky a užívej konkrétní termíny (vždy při komunikaci) - sestra, fyzioterapeut, pečovatel.
- pomoz s plánováním další péče dle potřeby (do 24 hodin) – sestra, pečovatel
- připevni na oblečení/prádlo nebo formou náramku/přívěsku pacientce na tělo identifikační štítek pro případ, že se zatoulá nebo ztratí (do 24 hodin) – sestra, pečovatel

Realizace od 5.9.2012 do 11.9.2012:

Pacientka při prvním rozhovoru vykazovala známky dezorientace v místě a čase, zmatenosti a vykonání jednoduchých příkazů nedokázala samostatně vyplnit.

5. 9. je prozkoumáno prostředí, ve kterém pacientka žije s následným zjištěním, že svůj pokoj pacientka velmi dobře zná. Prostředí je bezbariérové se základními bezpečnostními úpravami při pohybu po prostředí, ve kterém žije. V rámci bezpečnosti je zkontrolováno prádlo pacientky, na kterém je vyšit identifikační štítek. Při zkoumání denních činností je zjištěn velmi dobrý denní program, ve kterém je rovnoměrně rozvrstvena chůze, cvičení a odpočinek.

5. 9. až 11. 9. je pacientka podporována v plnění denních činností, přičemž má zajištěn dostatečný dozor a bezpečnost. Při komunikaci s pacientkou je dbáno na dostatečné vysvětlení různých jednoduchých otázek

a dohlédnuto na správné plnění, v rámci jejích možností.
<p>Hodnocení: 11.9.2012</p> <p>Cíl byl splněn.</p> <p>Pacientka plní denní činnosti , které jsou již řádně upravené tak, aby jí dobře vyhovovali, přičemž má zajištěnou dostatečnou bezpečnost.</p> <p>Ošetrovatelské intervence dále pokračují.</p>

<p>Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 5:</p> <p>Paměť porušena, z důvodu Alzheimerovy demence, projevující se pozorovanými případy zapomínání, neschopností určit, zda něco bylo provedeno, vybavit si nové děje, či konkrétní informace.</p>
<p>Priorita: Střední</p> <p>Cíl dlouhodobý: Pacientka má vytvořené metody na pomoc zapamatování si nejdůležitějších věcí do 1 týdne</p> <p>Cíl krátkodobý: Pacientka a ošetřující personál dokáží akceptovat omezení v důsledku zdravotního stavu do 2 dnů</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka a ošetřující personál dokáží vnímat a chápat omezení v důsledku zdravotního stavu pacientky do 2 dnů - pacientka má zajištěné metody a prostředky, sloužící k zapamatování si nejdůležitějších věcí a informací do 1 týdne
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - asistuj při testování kognitivních schopností, pomocí MiniMental testu Příloha D) a seznam se s výsledky testu (do 24 hodin) - sestra - zhodnot' stupeň dovedností pacientky (do 24 hodin) - sestra, pečovatel - zaved' vhodné techniky trénování paměti (do 1 týdne) - sestra - trénuj s pacientkou opakování osobních údajů, vzpomínek a hovořte o místech a geografických souvislostech (vždy dle možností) - sestra, pečovatel - pomoz pacientce vyvinout kompenzační postupy, zlepšující funkční výkon a bezpečnost pacientky (do 1 týdne) – sestra, pečovatel
<p>Realizace od 5.9.2012 do 11.9.2012</p> <p>Při vyhodnocování kognitivních funkcí pomocí Mini Mental Testu byly zjištěny 2 body, což vysvětluje jejich poruchu. Pacientka vykazuje znatelnou poruchu paměti, která se projevuje neschopností si zapamatovat nové méně důležité a některé více důležité informace a skutečnosti. Dále se porucha paměti projevuje v základních výkonech sebepečce, kterými jsou hygiena, oblékání a úprava zevnějšku.</p> <p>5. 9. až 6. 9. je pacientce vysvětlen důvod porušení paměti, důležitost jejího procvičování a personál si uvědomuje poruchu paměti pacientky. Je schopen se k ní dle jejího stavu chovat a akceptovat ho.</p>

5. 9. až 11. 9. je důkladně zhodnoceno prostředí, ve kterém žije, přičemž je zjištěna přítomnost velkého, čitelného kalendáře s obrázky připomínající aktuální roční období, jenž je umístěn na dobře viditelném místě. Dále pak zarámované rodinné fotografie vystavené na příslušných poličkách, fotoalbum s popiskami na zadních stranách fotografií, na poličkách jsou také vystaveny různé předměty, které jsou pro pacientku nějak důležité, malé upomínkové předměty jsou uloženy v krabici, ve které je i papír s popisky a informací o jednotlivých předmětech a také různé křížovky a luštění, jenž má uložené ve stolku vedle lůžka

Hodnocení: 11.9.2012

Cíl byl splněn.

Pacientka zcela nechápe svůj zdravotní stav, jelikož si ho neuvědomuje. Je si však schopna uvědomit, že zapomíná a do jejích zálib patří luštění křížovok, prohlížení si fotografií a upomínkových předmětů. Dále pak ošetřující personál vnímá a chápe omezení ve zdravotním stavu pacientky.

Ošetřovatelské intervence dále pokračují.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 6:

Zmatenost chronická, z důvodu Alzheimerovy demence, projevující se poruchou krátkodobé paměti a dezorientací v místě a čase.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: pacientka má zajištěnou péči od ošetřujícího personálu a aktivní zapojení do péče tak, aby bylo možné situaci účinně zvládnout do 1 týdne

Cíl krátkodobý: pacientka má zachováno zdraví a bezpečnost vždy

Výsledná kritéria:

- pacientka má zachované zdraví a bezpečnost vždy
- pacientka má zajištěnou péči od ošetřujícího personálu vždy
- pacientka má zajištěné aktivní zapojení ošetřujícího personálu do péče a léčby, aby možnou situaci účinně zvládl do 1 týdne

Plán intervencí:

- posuď výsledky diagnostických vyšetření pomocí testu na odhad zmatenosti (Příloha F) (do 24 hodin) - sestra
- posuď schopnost rozumět sdělení a účinně komunikovat (do 24 hodin) - sestra, pečovatel
- posuď dosavadní spolupráci s ošetřujícím personálem a ochotu ke spolupráci (do 24 hodin) Všeobecná sestra
- udržuj orientaci v realitě. (hodiny, kalendář) (vždy) - sestra, pečovatel
- dbej na bezpečnost (vždy) - sestra, pečovatel
- dovol pacientce oddávat se vzpomínkám a žít ve své vlastní realitě, pokud to nemá negativní vliv na její zdraví (vždy) - sestra, pečovatel

Realizace od 5.9.2012 do 11.9.2012:

Při vyhodnocování testu na odhad zmatenosti byly zjištěny 3 body, což vysvětluje, že pacientka trpí zmateností. Při bližším rozhovoru vykazovala známky dezorientace v místě a čase a vykonání jednoduchých příkazů nedokázala samostatně vyplnit, proto jí v tom pomáhá ošetřující personál.

5.9. má během plnění jednotlivých úkonů pacientka zajištěnu bezpečnost v podobě ošetřujícího personálu a kompenzačních pomůcek. Pacientka má ve svém prostředí umístěn kalendář se správným datem.

5.9. až 11.9. se ošetřující personál aktivně zapojuje do péče o pacientku tak, aby veškeré procedury a úkony byly zvládnuty správně, v klidu a pacientka nebyla více zmatena. Během vykonávání jednotlivých úkonů se ošetřující personál snaží pacientku, v rámci možností, co nejvíce orientovat v místě a čase, přičemž jí podporuje ve vzpomínkách na pro ní důležitou minulost.

Hodnocení: 11.9.2012

Cíl byl splněn.

Pacientka má zajištěné zdraví bezpečnost během ošetrovatelské péče. Dále pak jí v rámci možností aktivně zapojuje do procesu péče o sebe sama.

Ošetrovatelské intervence dále pokračují.

11.2 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY**Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 1:**

Poranění, zvýšené riziko, v souvislosti s vývojovým věkem pacientky, poruchou chůze a orientace

Priorita: Nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka má upravené prostředí tak, aby bylo co nejvíce bezpečné do 1 týdne

Cíl krátkodobý: Pacientka nebude zraněna vždy

Výsledná kritéria: xxx

Plán intervencí:

- posuď u pacientky riziko pádu pomocí jednoduchého „screeningového“ nástroje (Příloha E) (do 24 hodin) - sestra
- urči znalosti pacientky, které jsou potřebné k bezpečnosti/prevenci poranění a motivaci předcházet poranění (do 24 hodin) - sestra
- všímej si známek poranění a jeho stáří (do 24 hodin) - sestra, pečovatel
- urči pomůcky ke zlepšení bezpečnosti prostředí (do 24 hodin) - sestra
- zajisti dostatek ošetřujícího personálu pro pacientku (do 24 hodin) – sestra
- uprav prostředí pacientky tak, aby nedošlo k jejímu poranění (do 1 týdne) – sestra, pečovatel

Realizace od 5.9.2012 do 11.9.2012:

5.9. je posouzeno riziko pádu, které je vyhodnoceno 5-ti body, což znamená, že pacientka vykazuje známky rizika pádu. Při bližším rozhovoru s pacientkou je zjištěno, že její znalosti ohledně bezpečnosti, prevence poranění a jejímu předcházení jsou dostatečné. Během ranní hygieny je zjištěno,

že pacientka nevykazuje známky poranění.

5.9. až 11.9. je během důkladné prohlídky blízkého prostředí v okolí pacientky zjištěny dostatečné pomůcky k zajištění rizika poranění, jaký mi jsou signalizace v bezprostřední blízkosti lůžka pacientky, po stranách lůžka je přítomna postranice, lůžko je zabrzděné a snižené tak, aby se pacientce dobře vstávalo, berle jsou nastavené do vhodné výšky, koupelna a wc jsou umístěny v blízkosti pacientky a jsou vybaveny protiskluzovými podložkami, v okolí pacientky a v celé budově je zajištěn bezbariérový přístup.

Hodnocení: 11.9.2012

Cíl byl splněn.

Pacientka má zajištěnou dostatečnou bezpečnost v rámci ošetřujícího personálu a prostředí a během klinické praxe nebyla zraněna.

Ošetrovatelské intervence dále pokračují.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 2:

Průjem, v souvislosti s onemocněním GIT

Priorita: Nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nebude mít průjem do 1 týdne

Výsledná kritéria: xxx

Plán intervencí:

- oveř a zaznamenej frekvenci, charakter, množství stolice, obvyklou denní dobu a vyvolávající frekvenci průjmu (do 24 hodin) - sestra, pečovatel
- všiměj si různých doprovodných symptomů (při každé stolici) – sestra, pečovatel
- uprav složení stravy pacientky, aby neobsahovala pokrmy vyvolávající průjem (do 24 hodin) – sestra, nutriční terapeut
- zajisti, aby pacientka omezila konzumaci kofeinu a pokrmů s vysokým obsahem vlákniny (do 1 týdne) - sestra, pečovatel
- pečuj o okolí konečníku, dle potřeby (po každé průjmové stolici) - sestra, pečovatel
- zvyšuj příjem tekutin a obnov normální příjem stravy, jakmile je pacientka toleruje (do 24 hodin odeznění průjmu) - sestra
- povzbuzuj pacientku k příjmu tekutin, které jí nedráždí (vždy, dle možnosti) - sestra, pečovatel
- umísti podložní mísu, či pojízdný záchod do blízkosti pacientky, pokud si to přeje (do několika minut) - sestra, pečovatel
- pečuj o soukromí pacientky (vždy) - sestra, pečovatel

Realizace od 5.9.2012 do 11.9.2012

Pacientka má naordinovanou dietu bezebytkovou, šetřící.

5.9. jsme pacientkou obeznámeni, že momentálně průjmem netrpí, a že na stolici byla 4.9. dopoledne. Stolice byla polotuhá v menším množství, středně hnědé barvy a bez příměsí. Pacientka při průjmech

nepocit'uje žádné dobrovodné symptomy.

5.9. až 11.9. je pacientce neustále připománána potřeba dodržovat dostatečný pitný režim nedráždivých tekutin a konzumace stravy, která nezpůsobuje průjem. Pacientce je přistaven pojízdný záchod na stranu lůžka, na kterou vstává. Před každou defekací si pacientka dojde do koupelny na toaletu, kde má dostatek soukromí, které potřebuje. Další defekace, během klinické praxe proběhly 7.9. a 10.9. v dopoledních hodinách.

Hodnocení: 11.9.2012

Cíl byl splněn.

Pacientka se během klinické praxe dokázala chovat tak, aby neprodělala průjem a také jej neměla.

Ošetrovatelské intervence dále pokračují.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 3:

Tělesné tekutiny, riziko deficitu, v souvislosti s neuvědomněním si potřeby tekutin

Priorita: Nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zajištěné dostatečné množství tekutin a pomoc ošetrovatelského personálu vždy

Výsledná kritéria: xxx

Plán intervencí:

- všimni si věku, úrovně vědomí a duševního stavu pacientky (do 24 hodin) - sestra, pečovatel
- pobízej pacientku k pití (vždy, dle možnosti) - sestra, pečovatel
- posuzuj kožní turgor a stav sliznic (3x během každého dne) - sestra

Realizace od 5.9.2012 do 11.9.2012:

Během prvního rozhovoru je zjištěno, že pacientka nedokáže samostatně dodržovat pitný režim, jelikož si neuvědomuje jak potřebu, tak i žízeň.

5.9. až 11.9. má pacientka zajištěný dostatek tekutin v 1,5 litrových konvicích na nočním stolku, tak na jídelním stole v pokoji. Během každé návštěvy personálem, se pacientce neustále opakuje, že by měla dodržovat pitný režim a je pobízena, aby vypila při každé návštěvě aspoň 1 skleničku čaje. Během klinické praxe byl sledován kožní turgor a stav sliznic, kde vše byl v normě.

Hodnocení: 11.9.2012

Cíl byl splněn.

Pacientka měla zajištěno dostatečné množství tekutin, dohled a pomoc ošetrovatelského personálu.

Ošetrovatelské intervence dále pokračují.

<p>Potencionální ošetřovatelská diagnóza č. 4: Zácpa, riziko vzniku, v souvislosti s onemocněním GIT</p>
<p>Priorita: Nízká Cíl dlouhodobý: Pacientka má změněné navyklé způsoby, jenž jsou zaměřené na prevenci vzniku zácpy do 1 týdne</p>
<p>Výsledná kritéria: xxx</p>
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prober s pacientkou obvyklý způsob vyprazdňování a používání projímadla (do 24 hodin) - sestra - zhodnot' vliv současného příjmu potravy a tekutin na funkci střev (do 24 hodin) - sestra - zdůrazni přiměřený příjem tekutin (vždy dle možnosti) - sestra - povzbuzuj pacientku k větší pohyblivosti a cvičení, v rámci jejich možností (vždy) - sestra, pečovatel fyzioterapeut - dbej na dostatek soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci (vždy) - sestra, pečovatel - podávej pacientce projímavé přípravky, dle ordinace lékař vždy dle možnosti) - sestra
<p>Realizace od 5.9.2012 do 11.9.2012:</p> <p>5.9. je s pacientkou probrána problematika jejího vyprazdňování, během kterého je zjištěno, že pacientka byla naposledy na stolici 4.9. dopoledne, kdy konzistence stolice byla polotuhá, bez zjevných charakteristických vad. Při rozhovoru o projímadle pacientka sdělila, že jej užívá jen někdy, když je to nejnutnější, což ošetřující sestra potvrdila dle dokumentace. Dále pak je s pacientkou probrán stav současného příjmu potravy, kdy je zjištěna naordinovaná dieta bezezbytková, šetřící. Ošetřovatelský personál pacientce neustále připomíná nutnost dodržování pitného režimu, v čemž pacientka náležitě poslechne a při každé připomínce se snaží vypít určité množství tekutin.</p> <p>5.9. až 11.9. je pacientka neustále povzbuzována k přiměřené fyzické aktivitě, přičemž se pacientka, za pomoci ošetřovatelského personálu, snaží pohybovat v rámci svých možností. Pacientka je schopna se sama přesunout do blízce přilehlé koupelny a pojízdný záchod užívá jen v noci. Pacientka během klinické praxe odmítá projímavé přípravky a na stolici se během této doby dostavila 7.9. a 10.9..</p>
<p>Hodnocení: 11.9.2012</p> <p>Cíl byl splněn.</p> <p>Pacientka má upravenou stravu a navyklé způsoby tak, aby nedošlo k zácpě a také jí během klinické praxe neměla.</p> <p>Ošetřovatelské intervence dále pokračují.</p>

11.3 CELKOVÉ HODNOCENÍ:

V rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče se zdravotní stav pacientky zlepšil, ale nijak výrazně. Léčba během klinické praxe probíhala bez obtíží. Ačkoli byla pacientka poučena o svém zdravotním stavu, neuvědomovala si jej a celkový pobyt v domově chápala jako rekreaci. Stanovili jsme si ošetrovatelské diagnózy, které pomocí intervencí naplánovali, následně zrealizovali a nakonec zhodnotili. Pacientka se dokáže pohybovat s pomocí kompenzačních pomůcek, umí je správně používat a tím byl cíl splněn. Dále se pacientka dokáže postarat o sebesama v rámci svých dovedností a možností, přičemž byl vždy přítomen ošetřující personál a pacientce vždy dopomohl. U chronické bolesti byl cíl splněn částečně. Pacientka nemá žádné problémy při neverbálním vyjadřování, ale odmítala spolupracovat při možnosti analgetické léčby chronické bolesti. Cíl u poruchy interpretace okolí byl splněn. Pacientka měla pokaždé zajištěnou bezpečnost, přítomnost ošetřujícího personálu a upraveny denní činnosti tak, aby jí vyhovovali. Při poruše paměti byl též cíl splněn. Pacientka věděla o různých metodách, které mohou dopomoci k zapamatování si různých informací a ráda je používala. Ošetřující personál, neměl se zdravotním stavem pacientky žádné problémy a dokázal jej akceptovat. Z důvodu chronické zmatenosti měla pacientka zajištěnou dostatečnou péči v podobě ošetřujícího personálu, který jí v rámci jejích možností zapojoval do procesu sebestarání, přičemž bylo zachováno její zdraví a bezpečí. Při zvýšeném riziku poranění měla pacientka zajištěnou co největší bezpečnost v podobě úpravy prostředí a pomoci ošetřujícího personálu. Nedošlo k žádnému zranění. Během klinické praxe pacientka netrpěla průjmem, ani zácpou. Měla zajištěné dostatečné množství tekutin ve své blízkosti a ošetřující personál jí při každé příležitosti připomínal pitný režim. Během klinické praxe se u pacientky nevyskytli žádné potíže, snažila se spolupracovat, ačkoli jí některé věci musel personál několikrát opakovat nebo vysvětlovat. Vše snášela velmi dobře, několikrát i zavtipkovala a ráda se smála. Ke všem aktivitám se stavila velmi dobře a snažila se jich účastnit. Rodina se během praxe nedostavila, ale jinak chodí pravidelně a pacientka se na ně vždy těší. Personál domova, jejich péči a přístup hodnotí pacientka velmi dobře. (VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., 2013)

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Alzheimerova demence je v celku rozšířené onemocnění, zejména u geriatrických pacientů. Na základě studia odborné literatury a odborné praxe v různých nemocničních zařízeních a v Domově pro seniory v Chýnově, jsem vypracovala doporučení pro praxi, které se zaměřuje na doporučení pro pacienta, jeho rodinu a všeobecnou sestru.

Doporučení pro pacienta:

Snažit se zjistit o svém onemocnění co nejvíce informací.

Snažit se procvičovat svou paměť různými způsoby.

Snažit se různými způsoby předcházet krizovým situacím, které jsou spojeny se zapomínáním a dezorientací.

Dbát o svou bezpečnost.

Doporučení pro rodinu pacienta:

Snažit se zjistit informace o onemocnění, možnostech léčby a možnostech následné péče.

Snažit se dostatečně komunikovat se zdravotníky.

Snažit se zapojovat do péče o nemocného rodinného příslušníka a psychicky jej podporovat.

Doporučení pro všeobecnou sestru:

Neustále se vzdělávat a využívat nejnovější postupy a trendy v péči o pacienta s Alzheimerovou demencí.

Edukovat pacienta a jeho rodinu.

Dbát na bezpečnost pacienta.

Projevovat trpělivost a ochotu při péči o pacienta.

Respektovat všechny potřeby pacienta.

Poskytovat pacientovi při úkonech dostatek času.

Projevovat zájem o pacienta.

Snažit se dozvědět se o pacientovy co nejvíce informací.

Snažit se individualizovat péči pro určitého pacienta a vytvořit pravidelný denní režim.
Rozšířit možnosti rehabilitační péče a denních aktivit dle informací o zálibách pacienta.
Snažit se různými způsoby předejít syndromu vyhoření.
Snažit se zapojovat rodinu pacienta do péče o něj.

ZÁVĚR

AD je závažné progresivní onemocnění kognitivních funkcí mozku, která se nejčastěji vyskytuje ve vyšším věku. AD je v současnosti jednou z nejčastějších demencí. Její nástup a rychlost postupu je u každého pacienta variabilní, ale je důležitá včasná diagnostika, díky níž lze nápadně zpomalit průběh nemoci, zlepšit kvalitu života a oddálit dobu, kdy bude pacient potřebovat trvalou péči, jak v domácím prostředí, tak ve specializovaném zařízení. Během postupu nemoci pacient prochází třemi stádii, během kterých má nejdříve problémy s rozhodováním, vyjadřováním, nedokáže dokončit své myšlenky a stává se zmatenějším. Během té doby se mění celá osobnost pacienta a v závěru nemoci se nedokáže postarat sám o sebe.

V současnosti je Alzheimerova demence nevyléčitelná, ale britští vědci dokázali vynalézt látku, jenž zabraňuje odumírání mozkové tkáně při neurodegenerativních procesech. Zatím jsou teprve na začátku a bude trvat ještě několik let, než tento přípravek budou moci užívat lidé, postižení Alzheimerovou demencí.

Cílem bakalářské práce bylo přiblížit problematiku Alzheimerovy demence nemocným, jejich rodinám i laické veřejnosti. Také je vhodná pro vzdělávání studentů zdravotnictví a zdravotnických pracovníků. Cíl bakalářské práce byl splněn.

SEZNAM LITERATURY

BUIJSSEN, Huub. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-081-X.

CALLONE, Patricia, R., et al., *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vyd. Praha: Grada. 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

ČÁKIOVÁ, Julie. *Národní informační centrum pro mládež*. [online]. 29.06.2010. [cit. 25.02.2013]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/demence-alzheimerova-choroba>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Čaje o páté*. [online]. 2013. [cit. 18.12.2013]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/sluzby-cals/caje-o-pate/>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Česká alzheimerovská společnost*. [online]. 2005. [cit. 10.03.2013]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/uvod/>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Gerontologie*. [online]. 2003. [cit. 18.12.2013]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=25>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *P-PA-IA*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 2009

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Služby*. [online]. 2013. [cit. 18.12.2013]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/sluzby-cals/>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Výkonný výbor a revizní komise*. [online]. 2013. [cit. 18.12.2013]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/vykonny-vybor/>

ČESKÁ TELEVIZE. *Průlom: Lék na Alzheimerovu nemoc se blíží, vědci uzdravili myš*. [online]. 2013. [cit. 21.02.2014]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/245724-prulom-lek-na-alzheimerovu-nemoc-se-blizi-vedci-uzdravili-mysi/>

DOENGES, Marilyn, E a Mary, Frances, MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

GRONYCH, Luděk. *KOCOUR.RPS.CZ*. [online]. 2012. [cit. 14.3.2014]. Dostupné z: <http://www.kocour.rps.cz/cs/node/174>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén. 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HOLMEROVÁ, Iva. et al., *Péče o klienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum (Vážka). 2009. ISBN 978-80-86541-28-0.

HOLMEROVÁ, Iva, et al.. *Alzheimerova choroba v rodině*. 1. vyd. Praha: Pfizer s.r.o.. 2004.

JIRÁK, Roman et al.. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada. 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

MAXDORF, s.r.o., *Velký lékařský slovník*. [online]. 2008. [cit. 15.12.2013]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/>

MIŠÁKOVÁ, L., 2013. *Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, obor Všeobecná sestra.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa., Evžen RŮŽIČKA, Jiří TICHÝ, et al., *Neurologie*. dotisk 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2005. ISBN 80-7262-160-2. (Galén). ISBN 80-246-0502-3. (Karolinum)

NĚMCOVÁ, Jitka. et al. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci – Text pro posluchače zdravotnických oborů*. 1. vyd. Plzeň: Maurea. 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.

ONDRŮŠKOVÁ, Monika. *Bakalářská práce Ondrůšková Monika – Dspace UTB*. [online]. 2008. [cit. 2013-12-15]. Dostupné z: http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/7320/ondr%C5%AF%C5%A1kov%C3%A1_2008_bp.pdf?sequence=1

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. ISBN 978-80-247-1490-5

PREIS, Marek, Hana, KUČEROVÁ et al. *Neuropsychologie v Neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada. 2006. ISBN 80-247-0843-4.

SNOPKOVÁ, Ivana. et al., *Alzheimerova demence*. [online]. 2007. [cit. 2013-12-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/alzheimerova-demence-291143>

VOKURKA, Martin, Jan HUGO. *Kapesní slovník medicíny: výkladový slovník lékařských termínů pro širokou veřejnost: [3500 nejdůležitějších hesel]*. 2., roz. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, ISBN 978-80-7345-163-9.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., *Obecná ošetrovatelská dokumentace*. [online]. 2013. [cit. 15. 12. 2013.] Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/2%20Ošetrovatelské%20dokumentace%20podle%20vybraných%20typů%20péče.aspx>

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče*. [online]. 2012. [cit. 14.02.2014]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5806.pdf>

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče*. [online]. 2012. [cit. 14.02.2014]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5824.pdf>

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče*. [online]. 2012. [cit. 14.02.2014]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5807.pdf>

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče*. [online]. 2012. [cit. 14.02.2014]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-701-3314-7.

PŘÍLOHY

Příloha A - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce	I
Příloha B - stupnice VAS (vizuální analogová škála)	II
Příloha C - Barthelův test základních všedních činností	III
Příloha D - Mini Mental Test	IV
Příloha E - Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu	V
Příloha F – Test na odhad zmatenosti	VI

Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení studenta k zaslání 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 Alzheimerovou demenci* v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

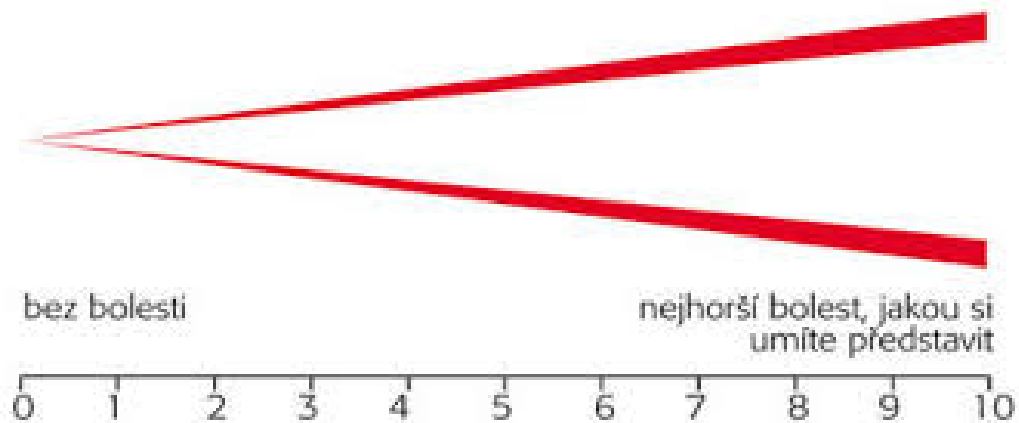
V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta

Zdroj: NĚMCOVÁ, Jitka. et al. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci – Text pro posluchače zdravotnických oborů*. 1. vyd. Plzeň: Maurea. 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.

Příloha B – stupnice VAS (vizuální analogová škála)



GRONYCH, Luděk. *KOCOUR.RPS.CZ*. [online]. 2012. [cit. 14.3.2014]. Dostupné z:
<http://www.kocour.rps.cz/cs/node/174>

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech


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

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ
ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče.*
[online]. 2012. [cit. 14.02.2014]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Mini vyhodnocení duševního stavu

Úkol	Instrukce	Způsob vyhodnocení	Body
Orientace v čase	„Kolikátého je dnes?“ Zeptejte se na chybějící údaje	Jeden bod za správný: den, měsíc, rok, datum a sezóna	5
Orientace v prostoru	„Kde jste?“ Zeptejte se na chybějící údaje	Jeden bod za správný: stát, okres, město, budova a poschodí	5
Zapamatování 3 předmětů	Jmenujte pomalu a jasně 3 předměty. Požádejte pacienta, aby je opakoval.	Jeden bod za každý správně pojmenovaný předmět	3
Série 7	Pacient odečítá od 100 sedmičky nebo hláskuje pozpátku slovo „racek“ (5 pokusů)	Jeden bod za každou správnou odpověď nebo písmeno	5
Vybavení 3 předmětů	Požádejte pacienta o vybavení 3 předmětů uvedených ve třetí otázce	Jeden bod za každý zapamatovaný předmět	3
Pojmenování předmětů	Ukažte pacientovi hodinky a tužku a požádejte jej, ať tyto předměty pojmenuje	Jeden bod za každou správnou odpověď	2
Opakování fráze	Požádejte pacienta, aby po vás opakoval větu: „Máš pas? Snad. Sám si jej vezmi!“	Za správnou odpověď na první pokus jeden bod	1
Verbální příkaz	Řekněte pacientovi: „Vezměte si tento papír do pravé ruky, přeložte jej napůl a položte.“	Za korektní splnění každého ze tří úkolů jeden bod	3
Psaný příkaz	Ukažte pacientovi kartu s příkazem: „Prosím, zavřete oči.“	Jeden bod, jestliže pacient zavře oči	1
Psaní	Požádejte pacienta, aby napsal krátkou větu.	Jeden bod, jestliže má věta předmět, sloveso a dává smysl	1
Kreslení	Požádejte pacienta, aby nakreslil následující obrázek: 	Jeden bod, má-li kresba 10 rohů a dvě protínající se linky	1
vyhodnocení	Skóre 24 a vyšší je považováno za normální		30

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče.* [online]. 2012. [cit. 14.02.2014]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5806.pdf>

Příloha E - Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny: - diuretik - antikonvulziv - antiparkinsonik - antihypertenziv - psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		

PROTOKOL:

1. Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlete jeho funkci
5. Zajistěte vhodnou obuv
6. Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení
9. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ
ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Multimediální тренажёр планирования оштрователске пече.*
[online]. 2012. [cit. 14.02.2014]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5824.pdf>

Příloha F – Test na odhad zmatenosti

ODHAD ZMATENOSTI

(vyvinuto Dr. R. Gaird – Guy's Hospital, 1981)

ZKRÁCENÝ MENTÁLNÍ BODOVACÍ TEST pro ošetřovatelské zhodnocení
(Jeden bod za každou správnou odpověď. Je-li počet nižší než 7 bodů, jedná se o zmatenost.)

Zeptejte se nemocného na:

1. Věk
2. Čas do nejbližší hodiny
3. Adresu (pro připomenutí: Na konci testu by měla být adresa pacientem zopakována, abychom se ujistili, že pacient dobře slyšel.)
4. Rok
5. Jméno nemocnice
6. Poznání alespoň dvou osob (např. sestra, lékař)
7. Datum narození
8. Rok první světové války
9. Jméno současného prezidenta
10. Odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat zpětně měsíce v roce prosinec - leden

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ
ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Multimediální trenážer plánování ošetřovatelské péče.*
[online]. 2012. [cit. 14.02.2014]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5807.pdf>