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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PATRICIE SCHWEIBAR

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová

Praha 2014

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

Schweibar Patricie
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 4. 10. 2013 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Nursing Process for Patients with Alzheimer Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jarmila Verešová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2013

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

ABSTRAKT

SCHWEIBAR, Patricie. *Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová. Praha 2014. 79 str.

Bakalářská práce se zabývá onemocněním Alzheimerova choroba a ošetřovatelským procesem u pacientky s tímto onemocněním. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je rozpracována stručná charakteristika demencí, dále charakteristika Alzheimerovy choroby, její definice, klasifikace, diagnostika, léčba a specifika ošetřovatelské péče.

V části praktické je zpracován ošetřovatelský proces u jedné pacientky s Alzheimerovou chorobou.

Bakalářská práce je doplněna doporučením pro praxi, ze kterého může rodina a veřejnost čerpat.

KLÍČOVÁ SLOVA

Alzheimerova choroba. Demence. Ošetřovatelský proces. Pacient. Péče.

ABSTRACT

SCHWEIBAR, Patricie. *Nursing process for patients with Alzheimer's disease.* College of Nursing, o. p. s. Target title: Bachelor (Bc.). Thesis supervisor: PhDr. Jarmila Verešová. Prague 2014. 79 pgs.

The bachelor thesis deals with Alzheimer's disease and the nursing process for a patient with this disease. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part elaborates briefly on dementia and on Alzheimer's disease, its characteristic, definition, classification, diagnosis, treatment and nursing care specifics. The practical part follows the nursing process in one patient with Alzheimer's disease. The thesis is accompanied by recommendations for practice, which can be used to educate families and the public.

KEYWORDS

Alzheimer disease. Dementia. Nursing process. Patient. Care.

PŘEDMLUVA

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn otčímem, který trpěl Alzheimerovou chorobou. Nemoc se projevila náhle po operaci žlučníku. V jeho případě měla velký vliv narkóza. Po probuzení byl dezorientovaný místem, časem i osobou. Nepoznával nás a chvílemi byl i agresivní. Bez milosti se nemoc stupňovala každým dnem k horšímu. Začal být zcela inkontinentní. Přestal přijímat potravu ústy, museli jsme jej krmit umělou výživou přes PEG. Trpěl spánkovou insomnií, která ho fyzicky i psychicky vyčerpávala, ale především maminku, nás a blízkou rodinu. Potřeboval celodenní péči. V té době byla tato nemoc pro nás neznámá, vše bylo nové a nepochopitelné. Totální rozpad osobnosti otčíma, byl největší zátěží především pro nás pečující. Nikdo si nedokáže představit a v plné míře pochopit, jak zničující je tahle nemoc, hlavně pro rodinu nemocného. Dokud se ho tahle nemoc osobně netýká.

Podklady k vypracování bakalářské práce jsem čerpala z knih, brožur a internetových odkazů.

Práce je určena nemocným trpící Alzheimerovou chorobou, jejich příbuzným, pečujícím, které se o toto téma zajímají a chtějí si prohloubit vědomosti o této problematice.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci na téma *Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou* jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou všechny citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce.

Jako autor uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že v souvislosti s vytvořením této bakalářské práce jsem neporušila autorská práva třetích osob, zejména jsem nezasáhla nedovoleným způsobem do cizích autorských práv osobnostních a/nebo majetkových a~jsem si plně vědom následků porušení ustanovení § 11 a následujících zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, včetně možných trestněprávních důsledků vyplývajících z ustanovení části druhé, hlavy VI. díl 4 Trestního zákoníku č. 40/2009 Sb.

V Praze dne 31. 05. 2014 .....

(podpis autora)

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucímu bakalářské práce paní PhDr. Jarmile Verešové za účinnou metodickou, pedagogickou a odbornou pomoc a další cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

V Praze dne 31. 05. 2014 .....

(podpis autora)

OBSAH

ÚVOD **11**

1 Stáří a stárnutí **12**

1.1 Definice stárnutí 12

1.2 Definice stáří 13

2 Demence **16**

2.1 Základní symptomy demence 16

2.2 Dělení demencí 18

2.2.1 Atroficko – degenerativní demence 18

2.2.2 Demence symptomatické (sekundární) 18

3 Alzheimerova choroba **20**

3.1 Historie onemocnění 20

3.2 Příčiny onemocnění 21

3.3 Příznaky onemocnění 23

3.4 Typy Alzheimerovy demence 24

3.5 Stádia Alzheimerovy demence 24

3.6 Diagnostika 26

3.7 Terapie 28

4 Specifika ošetřovatelské péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou **30**

5 Ošetřovatelský proces **36**

6 Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou **38**

7 Doporučení pro praxi **77**

ZÁVĚR **79**

LITERATURA **80**

SEZNAM PŘÍLOH **83**

SEZNAM ZKRATEK

ADAS	……..	Alzheimer´s Disease Assessment Scale
CA	…….	karcinom
CMP	…….	cévní mozková příhoda
CT	…….	počítačová tomografie
ČALS	…….	Česká alzheimerovská společnost
EEG	…….	elektroencefalografie
EKG	…….	elekrokardiografie
GEU	…….	mimoděložní těhotěnství
MMSE	…….	Mini-Mental State Examination
MoCA	…….	Montreal Cognitive Assessment
MRI	……	magnetická rezonance
PEG	……	perkutánní endoskopická gastrostomie
PET	…….	pozitronová emisní tomografie
SKT	……	symptom Kurz Test
SPECT	……	tomografická scintigrafie
ŠŽ	……	štítná žláza

ÚVOD

Pro naši bakalářskou práci jsme si vybrali téma ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Zatímco 20. století se ve zdravotnictví neslo ve znamení rakoviny, v 21. se stala hrozbou Alzheimerova choroba, ta již byla známa, ale teprve její nekontrolovatelný nárůst v populaci a výskyt u čím dál mladších jedinců vyvolal ve světě obavy. Lidé po celém světě si mylně myslí, že tato nemoc postihuje pouze seniory. Výskyt tohoto onemocnění roste s věkem, ale objevují se případy už i u čtyřicetiletých osob a v budoucnosti by to mohli být ještě mladší lidé. Nejenže u této nemoci nejsou příčiny zcela objasněny, ale stále nejsou známy postupy, jež by vedly k úplnému vyléčení těch, jež tato nemoc postihla. I přes vyspělou technologii moderní medicíny a řadu výzkumů, lze pouze prodloužit životy pacientů a zpomalit tak příznaky onemocnění oddalujících smrt.

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demence (60%). Je pro ni charakteristický úbytek až ztráta schopnosti myšlení, paměti a logického uvažování. V mozku postižených dochází k úbytku mozkových buněk a to především v oblasti mozkové kůry. Histologicky se objevují senilní plaky v okolí nervových buněk. Následkem změn v buňkách mozkové kůry dochází k postupné demenci. Prvním varovným příznakem je zhoršení krátkodobé paměti. Postižený má čím dál větší problémy s vyjadřováním, rozhodováním, nedokončuje myšlenky, je zmatenější. Dochází ke změně celé jeho osobnosti. V posledních stádiích nemoci už vůbec není schopný se sám o sebe postarat.

Můžeme říci, že pocity jako beznaděj, smutek a bezradnost nedoprovází pouze nemocného, ale i pečovatele a především rodinu. Tito lidé jsou vystaveni velmi vysoké psychické zátěži. Většina rodinných příslušníků nezvládne péči o takto postiženého člena rodiny a snaží se ho umístit do zařízení, kde by se o něj postarali. Nejčastěji se jedná o domovy pro seniory a léčebny pro dlouhodobě nemocné.

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

V odborné terminologii je užíváno několik synonym. Pojem *geront* pochází z řeckého slova *gerón*, tj. *starý muž* nebo *stařec*. Od tohoto slova se odvozuje gerontologie, což je věda o stáří. Lékařský obor zaměřený na stáří nazýváme geriatrie. Latinsky se geront řekne *senex*, z toho odvozujeme latinsky název *senilní, senilita*. Období stáří a stárnutí je většinou vnímáno negativně. Ve stáří již nejde o budování vlastního života, o organizaci životní dráhy, ale především o organizaci současného žití. Stárnoucích a starých lidí přibývá a každý člověk má právo na důstojné stáří. Ve stále více spěchající mladší společnosti bývá starší člověk vnímán jako překážející, zdržující, což u něj vyvolává obranné, často až agresivní reakce. Jsou omezeni z důvodu ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů a ztráta možnosti seberealizace. Osobnost stárnoucího člověka je ovlivňována celým jeho předcházejícím vývojem, životními zkušenostmi a navyklými způsoby vyrovnávání se s náročnými situacemi (Švingalová, 2006).

Starší lidé se více soustředí na sebe, na svoji osobu. Bývají přecitlivělí, někdy hypochondričtí, konfliktní ve společnosti, tím se často dostávají do společenské izolace, někdy se rozcházejí i s příslušníky vlastní rodiny. Obecně s věkem klesá vitalita a energie. Za typické jsou považovány poruchy paměti. Vracejí se ve vzpomínkách k tomu, co bylo v prožitém životě důležité. Více se uzavírají, žijí více ve svém světě (Haškovcová, 2010).

1.1 Definice stárnutí

Stárnutí je přirozený a biologický proces, který trvá od početí po smrt. Je přirozený a nezvratný. Rozdíly v průběhu stárnutí jsou velmi individuální. Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje. Je velice nesnadné určit dobu, kdy se člověk definitivně „stane“ starým. Rozlišujeme dva typy stárnutí: fyziologické a patologické.

Fyziologické stárnutí – probíhá přirozeně, tvoří součást života. Fyziologické stárnutí je zákonitá epocha vývoje jedince od oplození až po zánik tzv. ontogeneze.

Patologické stárnutí – projevuje se různými způsoby, nejčastěji se sníženou soběstačností. Jde o předčasné stárnutí či nepoměr mezi kalendářním a funkčním věkem, tj. kalendářní věk je nižší jak věk funkční (Malíková, 2011).

1.2 Definice stáří

Stáří (*sénium*) je pozdní fází ontogenetického vývoje člověka. Je to období involučních změn, jak funkčních tak i morfologických. Přesné stanovení hranice stáří a určení, že po jejím překročení se člověk stává starým, je přinejmenším složité. Obvykle se rozlišují tři klasifikace stáří: stáří kalendářní, biologické a sociální.

Kalendářní stáří

Kalendářní věk souhlasí prožitému času bez ohledu na stav organismu. Pojetí stáří je velmi zjednodušené a poskytuje nám pouze číselné vyjádření věku jedince a přitom se vůbec nezabývá osobností člověka jako individuální bytosti. Periodizace kalendářního věku se u některých autorů trochu liší.

Podle Světové zdravotnické organizace se stáří člení:

45 – 59 let - střední věk, interevium

60 – 74 let – rané stáří, senescence

75 – 89 let – vlastní stáří, pokročilý stařecký věk, senium

90 let a více – dlouhověkost, patriarchium (Říčan, 2010).

Biologické stáří

Biologické stáří na rozdíl od kalendářního postihuje celý organismus, projevuje se hlavně omezením výkonnosti jednotlivých orgánů a horšími možnostmi myšlení a smyslových orgánů. V podstatě se jedná o zhoršení zdravotního stavu jedince. Projevuje se poklesem tělesné hmotnosti a výšky, objevuje se celková atrofie orgánů a tkání. Snižuje se elasticita orgánů a tkání. Ubývá svalová výkonnost, zhoršuje se motorika jedince a funkce vnitřních orgánů.

Biologický věk se oproti tomu kalendářnímu těžce hodnotí, jelikož u kalendářního je směrodatné pouze datum narození. Biologický věk je možné definovat jako souhrn všech možných příznaků, podle nichž lze ohodnotit celkovou zdatnost jedince. Na organismus má vliv zevní prostředí, životní styl a životospráva (Dienstbier, 2009).

Sociální stáří

Sociální stáří postihuje změnu sociálních rolí, potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Začátek sociálního stáří považuje odchod do penze. Stáří je tak chápáno jako sociální událost. Odchodem do důchodu se výrazně mění životní styl starších lidí. Dochází k přechodu z aktivního, pracujícího člověka na důchodce. V tomto období je velmi důležité, aby člověk věděl, jak vyplnit svůj volný čas.

Mezi další sociální změny ve stáří kromě penze patří:

Odchod dětí z domova – tzv. „*syndrom prázdného hnízda*“, může u rodičů vyvolat pocit osamělosti. Ta může vyústit až v psychické poruchy. Na druhé straně mají rodiče více volného času a pocit osvobození. Manželské vztahy se mohou více upevnit nebo rozpadnout.

Změna bydliště – lidé opouští svůj dům z různých důvodů. Většinou je to proto, že už o sebe nezvládnou pečovat a jsou nuceni odejít do sociálních zařízení.

Změna sociálních rolí – z rodičů se stávají prarodiče, z vdaných a ženatých vdovy a vdovci. Další role se utváří podle zájmů jedince.

Odchod a smrt partnera – je to nejtěžší zkouška v životě jedince. Musí být připraven převzít role partnera (Kalvach, 2004).

Funkční stáří

Funkční věk vyjadřuje skutečný funkční potenciál člověka. V podstatě vyjadřuje souhrn charakteristik jedince, které má tři hlavní dimenze biologické, sociální a psychologické.

Biologická dimenze – patří sem snížená funkčnost orgánů, změna tkání, porucha imunitního systému, stárnutí smyslových orgánů, úbytek neuronů centrální nerovové soustavy, porucha endokrinní soustavy. Fyziologické změny jsou vrásčitá pokožka, šedé vlasy a stařecké skvrny.

Psychologická dimenze – zahrnuje percepční a kognitivní funkce a vyjadřování emocí.

Sociální dimenze – vztahy ke společnosti, aktivity, vztahy k sobě i jiným, sociální role a pozice ve skupině, kulturní život a životní styl (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

2 DEMENCE

Demence, latinsky „de mens“- doslova šílená mysl. Tento termín poprvé ve svém díle „De medecina“ použil Aurelius Cornelius Celsus v 1.stol našeho letopočtu. Do moderní psychiatrické klasifikace jej zavedl Dominique Esquirol roku 1814.

Demenci řadíme mezi organická mozková onemocnění, která mozkovou tkáň různým způsobem poškozují. Většinou se automaticky spojuje s vyšším věkem. Mluví se o tom, že je to běžné onemocnění ve stáří. Není tomu tak. Prozatím neexistuje účinná léčba na hlavní formy tohoto onemocnění. Demence sama o sobě není nemoc, je to syndrom způsobený onemocněním mozku. Buď progresivní, nebo chronické povahy, kde dochází k porušení vyšších nervových kortikálních funkcí, jako je paměť, orientace, chápání, myšlení počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Jedná se o duševní poruchu, kdy je postižený omezován v běžných denních činnostech a v posledním stádiu onemocnění je zcela závislý na pomoc jiné osoby. Stanovení diagnózy není jednoduché, často k tomu dochází až v pokročilém stádiu (Raboch in Růžička et al., 2003).

2.1 Základní symptomy demence

Poruchy paměti

Tyto poruchy jsou prvními příznaky demence. Máme tři fáze paměti – uvědomování, uchovávání a vybavování. U demencí je nejvíce postižena krátkodobá paměť, kdy nemocný není schopen zapamatovat si, co dělal před malou chvílí. Tyto výpadky nahrazuje tzv. konfabulacemi (smyšlenkami). Dlouhodobá paměť bývá obvykle zachována déle. Pokud dojde i k jejímu narušení, postižený nezvládá vykonávat každodenní činnosti. Poruchy paměti mají vliv na adaptaci v novém prostředí. *Agnózie* je ztráta schopnosti, kdy postižený nepoznává známé věci, předměty ani prostředí (Lužný, 2012).

Poruchy pozornosti

Ztrácí zájem o své koníčky, televizi, tisk a později i o svou rodinu. Musí se mu

neustále připomínat co dělat, aby dokázal činnost dokončit.

Poruchy intelektu

Poruchy intelektu jsou vrozené a získané. Vrozené poruchy intelektu souvisí s nevyhovujícím prenatálním a postnatálním vývojem intelektu. Patří sem mentální retardace, která se dle hloubky postižení dále dělí. Získané poruchy intelektu závisí na úbytku předchozího, již dosaženého intelektu (typické pro demenci). U některých demencí postupuje plynule u jiných velmi rychle (Lužný, 2012).

Poruchy orientace

Poruchy orientace převážně v čase a prostoru. V posledním stádiu demence je dezorientován i vlastní osobou. Tato porucha přivádí postiženého do obrovské úzkosti, proto je velmi důležité postiženému s orientací pomáhat a tím mu vytvářet pocity bezpečí (Lužný, 2012).

Poruchy řeči

Rozlišují se řečové schopnosti produktivní a receptivní. Receptivní řečová schopnost je taková schopnost pochopit smysl informace v ústní nebo písemné formě. Produktivní řečová schopnost je předat informaci ústně či písemně druhým. Porucha řečových schopností se nazývá *afázie*. Lidé s demencí trpí většinou poruchou produktivní i receptivní. Postižení se pokouší něco sdělit, ale nejsou schopni vyjádřit slovy to, co chtějí. Vzápětí se rozčílí. Pokud klademe otázky a postižený nerozumí je ještě více rozrušen. Je důležité mluvit v krátkých, jednoduchých větách (Glenner a kol., 2005).

Poruchy s ovládáním emocí

Lidé s demencí mají s ovládáním emocí velký problém. Dochází k postupnému úbytku vyšších citů. Nejčastějšími příznaky demence je deprese, vztek, lítost, úzkost a obavy z budoucnosti (Glenner a kol., 2005).

Poruchy osobnosti

Základem osobnosti je temperament, který je geneticky podmíněn a další prvek je charakter, který se vytváří během vývoje každého jedince. Každá demence vede k poruše osobnosti a v posledním stádiu způsobí až totální rozpad. Výrazně se začnou projevovat negativní vlastnosti (Lužný, 2012).

2.2 Dělení demencí

Demence dělíme dle příčiny atroficko-degenerativní a demence symptomatické.

2.2.1 Atroficko – degenerativní demence

U této skupiny demencí dochází ke snížení počtu nervových buněk, pokles počtů spojů nervových buněk, k poruše funkce nervových buněk i pomocných nervových buněk. Tvoří se a ukládají se patologické bílkoviny, u kterých probíhají další degenerativní procesy.

Alzheimerova choroba; Demence s Lewyho tělísky – Lewy Body Disease; Demence při Parkinsonově chorobě; Frontotemporální demence; Demence při Huntingtonově chorobě (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

2.2.2 Demence symptomatické (sekundární)

Symptomatické (sekundární) demence jsou způsobeny onemocněním, které sekundárně poškozuje mozek. Dysfunkce mozku je symptomem průvodního onemocnění, proto označení symptomatické či sekundární. Může se jednat o onemocnění vaskulární, infekční, endokrinologické, metabolické, úrazy, nádory a podobně. Symptomatické demence ještě lze dělit do dvou podskupin (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

1. Vaskulární demence

Vaskulární demence vznikají na podkladě mozkového infarktu. Příčinou je zúžení či postupné ucpávání mozkové cévy nebo krvácení. V anamnéze nemocných

s vaskulární demencí obecně nacházíme rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění – diabetes mellitus, obezita, kouření, arteriální hypertenze, hyperlipidémie, onemocnění cév dolních končetin, ischemická choroba srdeční, anémie, stenotické zúžení karotid, arytmie či ischemie retinálních cév (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Poruchy kognitivních funkcí se mohou vyskytnout i po operacích z důvodu snížení krevního tlaku a snížené prokrvení mozku během operace. Příznaky vznikají rychle, je zpomalený, zmatený, nerozumí situaci, nedokáže odpovědět na otázky. Vyskytují se depresivní příznaky, které se v průběhu času mění.

Vaskulární demence s akutním začátkem; Podkorová vaskulární demence (Binswangerova nemoc); Multiinfarktová demence (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

2. Ostatní symptomatické demence

Symptomatické (sekundární) demence vznikají v důsledku jiného postižení CNS. Nejčastěji jsou to traumatické změny, metabolické poruchy, infekční choroby a řada dalších. Vyskytují se většinou v mladém věku, a proto je velmi důležité tyto choroby diagnostikovat a zabránit vzniku nezvratné demence.

Demence infekčního původu; Metabolické demence; Demence intoxikací; Alkoholová demence; Farmakogenní demence; Demence při hydrocefalu s normálním tlakem; *Posttraumatické (úrazové) demence* (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

3 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerově chorobě jsme se rozhodli věnovat, protože je nejčastěji se vyskytující demencí vůbec. Jedná se o onemocnění mozku, které vede k výraznému poklesu duševních schopností. Postižený má poruchy paměti, orientace, motivace, citů. Fungování je narušeno ve sféře citové tak sociální a postupně dochází k rozpadu osobnosti a naprosté nesoběstačnosti (Vokurka, 2007).

3.1 Historie onemocnění

Jako první popsal tuto chorobu Alois Alzheimer na konferenci v Tübingenu roku 1906. Zmiňovaná nemoc v 1907 byla nazvána jeho jménem. Po smrti své pacientky Augusty D. která trpěla halucinacemi, ztrátou paměti a depresemi, se Alois Alzheimer rozhodl pro pitvu. Při té objevil dvě abnormality. Za prvé to byly senilní plaky v celé mozkové kůře, skládající se z degenerovaných axonů shluklých kolem β-amyloidů a za druhé mnoho vláskovitých fibril sdružených do klubek přítomných ve velké části buněk mozkové kůry. V pokročilejším stadiu nemoci se jádro i buňka pravděpodobně rozpadly a zůstalo pouze husté seskupení vláken (zdroj: http://oja.korh.cz/zmp.doc).

Alzheimerovy zápisky o výzkumu a vyšetřování pacientky se našly v archivu Mnichovské univerzity v 90. letech 20. století. Z Alzheimerových zápisků o vyšetření Augusty D. (její odpovědi jsou psány kurzívou):

26. 11. 1901

„..Seděla na posteli s bezmocným výrazem. Jak se jmenujete? *Augusta.* Příjmením? *Augusta.* Jak se jmenuje váš manžel? *Augusta. Myslím*. Váš manžel? *Ah, můj manžel.* Vypadala, jakoby nerozuměla otázce. Jste vdaná? *Za Augustu.* Paní D.? *Ano, ano, Augusta D.* Jak dlouho tu jste? Vypadá, jakoby se snažila vzpomenout. *Tři týdny.* Co je toto? Ukazuji jí tužku. Pero. Peněženku a klíč, diář a cigaretu určila správně…“

29. 11. 1901

„..Jaký je rok? *1800.* Jste nemocná? *Druhý měsíc.* Jak se jmenují pacienti? Odpovídá rychle a správně. Jaký je měsíc? *Jedenáctý.* Jak se jmenuje jedenáctý měsíc? *Ten poslední, jestli není poslední.* Který? *Nevím.* Jakou barvu má sníh? *Bílou.* Saze? *Černou.* Obloha? *Modrou.* Louka? *Zelenou.* Kolik máte prstů? *Pět.* Očí? *Dvě* Noh? *Dvě..“* (zdroj: http://oja.korh.cz/zmp.doc).

Alzheimerova nemoc je celosvětově pátou příčinou nemocí a neexistuje na ni žádný lék. Jedná se o zrychlené stárnutí mozku, postupnou ztrátou osobnosti až do fáze, kdy je postižený zcela závislý na pomoci druhých. Mezinárodní sdružení pro Alzheimerovu chorobu vychází ze statistik, že v současné době neustálou péči 13 % starších 60 let, což je 101 miliónů obyvatel planety. V polovině 21. století jejich počet naroste na 277 miliónů. Lidstvo stárne a tím přibývá i nemocných Alzheimerovou chorobou. Touto nemocí trpí 17 – 25 miliónů lidí, z toho přes 90 000 tisíc v České republice. Odhaduje se, že v 2030 tento počet stoupne na 35 miliónů. Náklady péče porostou nejen kvůli množství pacientů, ale především kvůli tomu, že větší část z nich bude využívat institucionální péči. Nyní se o postižené Alzheimerovou nemocí stará rodina převážně zdarma nebo s malým příspěvkem. Starost o nemocného člověka s demencí je psychicky, fyzicky i finančně náročná (zdroj: http://www.alzheimer.cz).

3.2 Příčiny onemocnění

Alzheimerova choroba je neurogenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho dochází k mozkové atrofii (úbytku tkáně). Vzniká syndrom demence. V mozkové tkáni postiženého Alzheimerovou chorobou dochází k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny mimo nervovou buňku, nazývá se *beta-amyloid.* Bílkovina tvoří krystalky tzv. drůzy, kolem nichž probíhají další neurogenerativní procesy. Zrodí se tak útvary, které nazýváme *neuritické plaky.* Čím více je plaků v oblasti mozkové kůry, tím více je mozková část postižena funkčně. Přesná příčina tohoto onemocnění nebyla doposud zcela objasněna, ale je známo několik faktorů, které riziko vzniku Alzheimerovy choroby zvyšují (Holmerová, Janečková, Niklová, 2009).

Rizikové faktory:

- ***genetická predispozice*** - přítomnost genových mutací chorobné bílkoviny (beta-amyloidu) na chromozomech 21,14 a 1
- nedostatek živin ***v dětství*** – nedostatek důležitých vitamínů, minerálů, omega-3-mastných kyselin (rybí tuk), zaručujících optimální rozvoj mozku
- nedostatek živin ***v dospělosti***
- pohlaví – více jsou ohroženy ***ženy***
- vysoký ***věk*** – riziko zdvojnásobuje každých dalších 5 let po dosažení věku 65 let
- ***úrazy*** hlavy – patří sem poranění hlavy, při nichž je ztráta vědomí delší jak 15 minut
- ***životní styl*** – kouření, alkoholismus, deprese, nedostatek pohybu
- nižší úroveň dosaženého ***vzdělání***
- nízká ***duševní*** aktivita
- ***infekční*** onemocnění
- snížená ***imunita***
- ***zdraví*** – vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, vysoká hladina lipidů, cukrovka
- ***cévní*** mozkové příhody

(Holmerová, Janečková, Niklová, 2009).

3.3 Příznaky onemocnění

Deset varovných signálů, jedná-li se o Alzheimerovu chorobu.

Deset příznaků	**Zdravý člověk**	**Člověk s Alzheimerovou chorobou**
Ztráta paměti	Občas zapomenou na běžné úkoly, ale později si vzpomenou.	Zapomínají stále častěji a nevzpomenou si.
Výkon běžných činností	Z roztržitosti zapomenou dát k jídlu salát na stůl.	Zapomenou, že vůbec salát dělali.
Problémy s řečí	Každý má problém najít vhodné slovo.	Zapomínají jednoduchá slova, nahrazují nesprávnými a věty nedávají smysl.
Dezorientace v čase i místě	Lidé zapomenou jaký je den nebo kam jedou.	Ztratí se ve své ulici a neví jak dojít domů.
Špatný úsudek	Jsou zabráni do činnosti, že zapomenou vyzvednout dítě ze školky.	Nevědí, že dítě vůbec existuje.
Problémy s abstraktním myšlením	Komplikovanější placení složenek vyvádí člověka z míry.	Neví, co ta čísla znamenají a co má s nimi dělat.
Umístění základních věcí	Zapomenou, kam založí klíče nebo peněženku.	Dává věci na nesmyslná místa – žehličku do ledničky, hodinky do cukřenky.
Změny v náladě nebo chování	Každý občas trpí špatnou náladou.	Náhlé změny nálad.
Změny osobnosti	Lidská povaha se mění věkem.	Zásadní změna. Je zmatený, podezíravý a ustrašený.
Ztráta iniciativy	Dočasná nechuť k zaměstnání, k domácím pracím.	Naprostá pasivita. Potřebuje neustálé podněty, aby se do něčeho zapojil.

(Holmerová, Mátlová eds., 2010).

3.4 Typy Alzheimerovy demence

Familiární forma – tento typ demence se vyskytuje u 5-10 % případů Alzheimerovy choroby. Nalézány genové mutace.

Sporadická forma – výskyt u 90-95 % případů Alzheimerovy choroby. Nenalézáme pozitivní genové mutace, pokud se jedná o výskyt Alzheimerovy demence v rodině.

Alzheimerova demence s časným počátkem – musí být splněna kritéria pro onemocnění Alzheimerovy demence, dále věk nižší 65 let. Rychlé horšení paměti a horšení kognitivních i nekognitivních funkcí. Vyskytuje se afázie (porucha řeči), agrafie (neschopnost psát), akalkulie (neschopnost počítat), apraxie (ztráta schopnosti pohybů) a agnózie (ztráta schopnosti rozpoznat předměty nebo osoby).

Alzheimerova demence s pozdním počátkem – musí být splněna kritéria pro onemocnění Alzheimerovy demence, dále věk vyšší 65 let. Tento typ onemocnění má známky postupného, pomalého začátku onemocnění jako horšení paměti nebo horšení kognitivních či nekognitivních funkcí.

Atypický nebo smíšený typ Alzheimerovy choroby – splňuje kritéria pro časný i pozdní typ Alzheimerovy demence. Vzhledem ke klinickému a obrazu a průběhu nejsme schopni postiženého zařadit do výše uvedených kategorií (Lužný, 2012).

3.5 Stádia Alzheimerovy demence

V Alzheimerově chorobě lze rozlišit tři odlišná stádia. Každé z nich má jiný soubor příznaků. Některé z těchto příznaků se mohou prolínat do jiného stádia, jiné nemusí nastat vůbec.

Lehká demence – první stádium

Tato fáze se vyznačuje mírnými a často přehlédnutelnými příznaky. Běžně je považováno za projev stárnutí. V tomto stádiu můžeme pozorovat změny osobnosti a chování. Je charakteristické mírnějšími poruchami paměti, především krátkodobé

paměti, kdy zapomene, co snídal, ale vybavuje si své mládí. Zhoršuje se časová a místní orientace, postižený bloudí na známých místech a není schopný si vybavit jaký je den, měsíc ani rok. Nemocnému dělá potíže vybavit si některé slova a těžkosti vznikají zejména v nových situacích, kdy osoba s demencí neví jak reagovat a nemá v těchto situacích naučené způsoby chování. Otáčí se na své blízké pro radu, když není schopen odpovědi. Objevují se poruchy jako je např. afázie, apraxie, agnózie a jiné. Postižený se za tyto poruchy stydí, a tudíž se vyhýbá společnosti své rodiny a přátel. Svou nemoc popírají a obviňují své okolí, že jim úmyslně schovávají věci. Těmito příznaky jsou vystrašeni, v rozpacích a deprimováni. Bývají často úzkostní či depresivní. Toto stádium může trvat dva až čtyři roky (Masařová, 2006).

Střední demence – druhé stádium

Objevují zhoršené poruchy paměti a dochází i k narušení paměti dlouhodobé. Nedovede pojmenovat běžné věci. Nemocný je dezorientován v čase i prostoru a vyskytuje se u něj apraxie. Ztrácí schopnost číst, psát, počítat a je narušené centrum řeči. Objevují se různá bludná přesvědčení a nemocný není schopen adekvátního sociálního chování. Vyžadují prakticky nepřetržitou přítomnost druhé osoby a pomoc v každodenních činnostech, protože má problémy s dodržováním hygieny a s oblékáním. Střední stádium může trvat dva roky až deset let (Masařová, 2006).

Těžká demence – třetí stádium

Poslední stádium, které obvykle může trvat jeden rok až tři roky. Je typické úplnou dezorientací, ztrátou schopnosti myšlení a omezenou komunikací. Je zde přítomna ztráta většiny běžných i sebeobslužných dovedností. Převládá negativismus a úplná apatie. Psychická i fyzická stránka člověka je výrazně narušena. Velmi často se jedná o poruchu chůze a s tím spojené především pády. V tomto stádiu nemocný často trpí inkontinencí a jsou zcela závislý na péči druhých. Pečovatelská péče je znesnadňována poruchou chování nemocného a častou agresí. V této fázi nastává spánková inverze, to znamená, že nemocný přes den spí a v noci je aktivní. Nemocný nepoznává své blízké, a často už ani sám sebe. Svého syna považuje za svého bratra či otce nebo úplně někoho cizího. Nemocný se cítí stále osamocen, neboť okamžitě po kontaktu s rodinou ihned zapomene, že s nimi mluvil. Porucha řeči je velmi výrazná, opakuje jedno slovo nebo

jednu větu. Ke konci může dojít k úplné ztrátě řeči. Taktéž dochází k příjmu potravy. Nemocnému musíme jídlo podávat nakrájené nebo mixované. Terminálním stadiu je nemocný upoután na lůžko, nekomunikuje, nerozumí a je zcela závislý na pečovatelské a ošetřovatelské péči.

Obecně můžeme říci, že jde o pomalu vznikající demenci s plynulým zhoršováním po psychické i fyzické stránce. Alzheimerova choroba končí smrtí, objevení prvních příznaků do smrti trvá 7 – 10 let. V mladším věku u forem s časným začátkem a genetickým podmíněním bývá průběh rychlejší. Nemocný často umírá na přidružené nemoci nejčastěji záněty plic a průdušek. Jinou příčinou smrti jsou pády a úrazy, kdy nemocný je upoután na lůžko. Důsledek upoutání na lůžko jsou často proleženiny (dekubity) a již zmíněný zánět plic, který vede ke smrti (Masařová, 2006).

3.6 Diagnostika

V dnešní době bohužel není žádné vyšetření, které by přesvědčivě detekovalo Alzheimerovu chorobu v jejím časném stádiu. Tedy kromě provedení biopsie mozku či diagnózy post mortem.

Diagnóza je stanovena na základě klinických a laboratorních vyšetření. Provádí se kompletní laboratorní vyšetření včetně stanovení hormonů štítné žlázy, metabolismu vitamínu B12 a kyseliny listové k vyloučení sekundární příčiny demence. Hodnotí se sérologické testy k vyloučení lues, HIV či lymské boreliózy. Z vyšetření likvoru je patrné zvýšení tau-proteinu a nižší koncentrace beta-amyloidů. Nezbytné je vyšetření neuropsychického stavu pomocí testů, které provádí většinou psychiatr, neurolog nebo psycholog. V testech se hodnotí úroveň kognitivních schopností pacienta (paměť, pozornost, logické uvažování, schopnost vykonávat motorické úkony). Dalším důležitým vyšetřením je vyšetření mozku pomocí počítačové tomografie (CT) a magnetické rezonance (MR), aby mohla být vyloučena přítomnost jiných nemocí, které mohou mít podobné příznaky (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008).

Anamnéza

Od nemocného a jeho příbuzných je nutné zjistit, které kognitivní oblasti mozku jsou postiženy. Dále by mělo být upřesněno časové období, od kterého se potíže objevili, charakter progrese a dopad na každodenní aktivity. Důležitá jsou prodělaná onemocnění, současná přidružená onemocnění, užívané medikace, rodinná anamnéza a vzdělání (Franková, 2010).

Neurologické a fyzikální vyšetření

Používají se neuropsychologické testy, jež hodnotí paměť, výkonné funkce, poznávací funkce, řečové schopnosti, vizuospeciální funkce a praxi. Tyto testy jsou ale pouze orientační, dokážou přesně popsat poškozené funkce, ale nelze očekávat, že sami o sobě stanoví diagnózu. Z těchto vyšetření kognitivních funkcí je nejčastěji používán MMSE (Mini-Mental State Examination). Slouží k posouzení narušení kognitivních funkcí, tedy ke zjišťování přítomnosti či nepřítomnosti demence. K posouzení stupně narušení psychických funkcí slouží test ADAS (Alzheimer´s Disease Assessment Scale) nebo SKT (Symptom Kurz Test). Alternativou MMSE je i MoCA (Montreal Cognitive Assessment), jedná se o screeningový test k zachycení časného stádia demence. Mezi dalšími testovacími škálami to jsou ještě: Test 5 slov podle Bruna Duboise, Test hodin, Stroopův test, Montrealský kognitivní test, Isaacův test kategorické produkce a mnoho dalších (Franková, 2010).

Test 5 slov podle Bruna Duboise

Nemocnému ukážeme seznam slov. Velkými, tiskacími písmeny jsou pod sebou napsaná slova: MUZEUM, LIMONÁDA, MRAVENCE, CEDNÍK, KAMION. Pacient si slova přečte nahlas. Po chvíli se pacienta tážeme: Jaký je tam nápoj? Jaké je tam kuchyňské náčiní? Jaká je tam budova? Jaký je tam hmyz? Jaký je tam dopravní prostředek? Pod další chvíli papír otočíme, aby slova nebyla vidět. Opět se tážeme na slova napsaná na papíru. Po prodlevě tří minut, které jsme zaplnili kresbou, znovu vyzveme pacienta k odříkání slov z papíru. Pokud si nevybaví slova, napovídáme např.: Ještě tam byl nápoj… (Franková, 2010).

Laboratorní vyšetření

Definitivní potvrzení diagnózy Alzheimerovy choroby je možné pouze histopatologickým vyšetřením mozkové tkáně získané metodou biopsie nebo autopsie (při pitvě), kdy jsou prokázány typické změny (amyloidové plaky, neurofibrilární klubka a úbytek neuronů.

Zobrazovací metody

Využívají se ke stanovení morfologických změn mozkové tkáně. Počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI) detekují změny jako je atrofie hippokampu, změny krevního průtoku nebo přítomnost patologických útvarů v mozku. Nález atrofie však nemusí znamenat demenci. Pomocné metody jako je scintigrafie (SPECT) nebo pozitronová emisní tomografie (PET) informují o metabolických změnách, kvalitě neurotransmiterů a změnách prokrvení. Dále se provádí vyšetření na elektroencefalografu (EEG), který ukazuje nespecifické změny: poruchy α-rytmu s výskytem pomalých vln difúzně (Franková, 2010).

3.7 Terapie

Léčba Alzheimerovy choroby spočívá v kombinaci farmakologické a nefarmakologické terapie. Tato nemoc není zatím vyléčitelná, ale v dnešní době je rozeběhnuto mnoho výzkumů po celém světě zabývajících se zkoumáním nových léčiv. Léčba podporuje nervové funkce, zbavuje depresí, tlumí úzkost nebo odstraňuje agresivitu. K tomu se používá řada preparátů. O jejichž kombinaci rozhoduje vždy pouze lékař a to na základě podrobného vyšetření (Franková, 2010).

Farmakologická léčba

V současnosti je nejvíce využíváno inhibitorů acetylcholinesteráz, ty působí na acetylcholinergní systém mozku, velmi významný pro paměť a další tzv. kognitivní funkce. V současnosti jsou používány 3 preparáty ze skupiny inhibitorů acetylcholinesteráz: ***Donepezil (Aricept)*** látka s nízkým výskytem nežádoucích účinků. Dále ***Rivastigmin (Exelon)*** indikován u pokročilejších stádií

a ***Mmemantin (Ebixa)***, studiem byl prokázán jeho efekt u Alzheimerovy nemoci s hodnocením podle MMSE 19 bodů, ale v České republice však hrazeno až od MMSE 17 bodů. Další farmakologická léčba je používána pouze symptomatická, ta je zaměřena především na poruchy chování (Franková, 2010).

Nefarmakologická léčba

Jednou z nefarmakologických metod je tzv. realitně orientovaná terapie, při které se snažíme pacientovi s demencí vytvořit takové prostředí, na které byl zvyklý a ve kterém se správně orientoval ještě v období před vznikem demence. Důležitým bodem je pravidelný denní režim, ten musí být sestaven tak, aby nemocného stimuloval k psychické a fyzické aktivitě. Důležitá je aktivizace nemocného, zde se využívá ergoterapeutických technik jako je arteterapie, muzikoterapie, canisterapie. Důležité je i procvičování paměti. Nemocný by měl mít ve svém okolí objekty a předměty, pokud je nepoznává, označeny. Pokud je pacient hospitalizován v ústavním zařízení, měla by mu rodina přinést označené rodinné fotografie a věci, které měl pacient dříve rád. Na stolečku by mohl mít kalendář, aby se orientoval ve dnech. Podobné pomůcky a asistence mohou pomoci udržet pacienta v domácí péči nebo v počátečních stadiích nemoci i částečně nezávislého ve vlastním bytě (Franková, 2010).

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Pečovat o nemocného s Alzheimerovou chorobou je jedna z nenáročnějších věcí, která člověka v životě může potkat. Značí to obrovské emoční vypětí a námahu. Alzheimerova choroba se časem zhoršuje a nemocný se o sebe není schopen vůbec postarat. Pro rodinu to znamená, že většinu své energie a především času bude muset věnovat právě nemocnému (Holmerová, Mátlová, 2010).

Mohou využívat denní stacionáře, které jsou v provozu v době, kdy pečující osoba dochází do zaměstnání nebo si potřebuje odpočinout, a má jistotu zabezpečení pro svého blízkého v této době. Dále je možnost využití domácí zdravotní péče tzv. home care, jedná se o poskytování zdravotní péči ve svém domácím prostředí. Poskytující je zdravotní sestra na základě indikace praktického lékaře. Jedná se o úkony jako např.: aplikace injekcí, odběr biologického materiálu, péče o stomie a další. Jestliže se zdravotní stav nemocného zhoršil a pečující již nemůže nebo není schopen o nemocného pečovat, existují domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Jedná se o pobytová zařízení sociálních služeb pro trvalé umístění klienta. V domovech je zajištěna 24 hodinová sociální a zdravotní péče. Provoz se zvláštním režimem je přizpůsoben specifickým potřebám osob s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí Jedná se o přizpůsobený denní režim, prostory zařízení, proškolený personál, specifický přístup zaměstnanců a další (Dušková, Hasalíková, 2010).

Monitoring

S postupem nemoci není člověk s Alzheimerovou chorobou schopen vyjadřovat slovy, a to je největší starostí pečovatele starající se o nemocného. Pozorný pečovatel většinu potíží umí citlivě vypozorovat.

Nicméně je velmi nutné pravidelně kontrolovat jednotlivé funkce:

- tělesnou teplotu, krevní tlak, pulz, dech, vědomí, psychický stav
- nutriční stav (výška, váha, body mass index)

- pravidelné vyprazdňování
- spánek a odpočinek
- stav kůže (patologické změny na kůži a nehtech)
- riziko pádů
- žádoucí a nežádoucí účinky léků.

Výživa

Problémem je, že nemocný trpící touto nemocí stravu nežádá, resp. nedokáže správně posoudit množství stravy. Sama Alzheimerova choroba přináší vyšší energetickou spotřebu, proto je třeba dbát na přiměřenou a dostatečnou výživu. Vhodné je doplňovat komerčně připravenými dietními doplňky, které pokryjí celodenní potřebu. Zvýšit obsah bílkovin ve stravě. Základem dostatečného příjmu bílkovin je pestrá strava. Následně uvedené potraviny by se měly objevovat na jídelníčku několikrát týdně: máslo, smetana, kysaná smetana, smetanový sýr, smetanové jogurty, tučné sýry, majonéza, med, džem, cukr, sušené ovoce, tvrdý sýr, tvaroh mixovaný, sušené mléko, jogurt, zmrzlina, vařené vejce, vaječný žloutek, oříšky, semena, obilné kličky, maso, ryby, drůbež, luštěniny, sója.

- V době jídla ho usaďte k prostřenému stolu, aby bylo zřejmé, že bude jíst.
- Proces jídla rozložte na jednoduché kroky, kdy ho motivujeme k určitým činnostem („vezmi si lžíci, otevři pusu, žvýkej, polykej“). Důležité jsou neverbální projevy jako dotek a názorná ukázka.
- Pokud má na talíři více různých druhů potravin a nevyzná se v nich, každou mu ukažte a pojmenujte ji.
- Strava musí odpovídat stavu nemocného. U pokročilejších postižení podávat jídla s měkkou konzistencí (Navrátilová, 2011).

Alternativní metody přísunu potravy

Porucha polykání může být progrese onemocnění do stavu závěrečného stadia. Zavedení PEGu (sonda ústící břišní stěnou přímo do žaludku) je třeba dobře zvážit a zkonzultovat výhody a nevýhody, zda umělá výživa pomocí PEGu nebude jen oddalováním procesu, který je stejně nezadržitelný. Zavedení PEGu v terminálním stádiu nedoporučuje ani Alzheimer Europe ani Česká alzheimerovská společnost, které jsou názoru, že se nejedná o postup, který by zkvalitnil život nemocného (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008).

Hydratace

Lidé s Alzheimerovou chorobou mají sníženou potřebu pít nebo si vůbec tuto potřebu neuvědomují. Je nesmírně důležité na tento fakt nezapomínat a neustále nemocného pobízet. Snažte se, aby každodenní příjem tekutin byl aspoň dva litry.

- Nápoje podávejte méně horké, nemocný nedokáže odhadnout teplotu.
- Pro lepší manipulaci je lepší hrnek než sklenice.
- Pokud nemocný má problémy s polykáním tekutin, je nutné zahušťovat želatinovým přípravkem, který je za tímto účelem vyráběn (Navrátilová, 2011).

Koupání

K běžné rutinní záležitosti jako je osobní hygiena se člověk s Alzheimerovou nemocí musí povzbuzovat. V pokročilejších stádiích bude na mytí zapomínat, anebo nebude schopen si vybavit potřebné kroky.

- Zajistíme maximální bezpečnost v koupelně. Dodržujeme režim na jaký je nemocný zvyklý. Dopřejeme co nejvíce samostatnosti.
- Vymezte si na koupání dostatek času. Omezte rozptýlení jako je hluk, prudké světlo, teplotní změna. Tón hlasu musí být klidný a mírný.
- Při mytí hlavy je nutné držet sprchovou hadici v ruce. Dopad vody z výšky může

způsobit dezorientaci a nepříjemné pocity.

- Rozptýlíte jeho pozornost, když mu dáte při koupání jeho oblíbenou pochoutku.
- Neustále s ním mluvte o výkonech, které právě provádíte. Proneste poznámku o tom, jak se bude cítit lépe a dobře nyní vypadá (Glenner, 2012).

Vyprazdňování a pomoc při inkontinence

Neschopnost ovládat močový měchýř nebo střeva nazýváme inkontinence. V lehké fázi se vyskytuje tento problém občas, avšak později tento stav přerůstá v chronický. Nejdříve se objeví inkontinence močová, později také inkontinence stolice. Inkontinence je hlavním důvodem pro umístění svého blízkého do domova.

- Nemocný s Alzheimerovou chorobou není schopen najít toaletu. Dveře na WC označte obrázkovým symbolem nebo čitelným nápisem.
- Všímejte si signálů v chování, jež naznačují potřebu vyprázdnění.
- Dbejte na vhodné oblečení, často mívají problémy s knoflíky, zipy a háčky. Nejvhodnější jsou kalhoty s gumou v pase.
- Na noc vedle lůžka postavte toaletní židli.
- Pokud trpí inkontinencí, nenadávejte mu. Přistupujte k problému v klidu, s pochopením a empatií (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008).

Oblékání

Zpočátku zpravidla nepředstavuje problém, ale později se jím stane.

- Vyhraďte si dostatek času. Nesmíte spěchat.
- Dbejte na to, aby byl přiměřeně oblečen odpovídajícímu počasí.
- Pomáhejte prostřednictvím jednoduchých pokynů, co má dělat.
- Nic nepřikazovat. Zkuste říci: „Podívej, tohle Ti bude slušet.“

- Jestliže partner uklízí oblečení na neobvyklá místa, nechávejte ve skříni jen jednu možnost oblečení.
- Dbejte na pohodlnou obuv a především, které se dobře obouvají (Glenner, 2012).

Spánek a odpočinek

Poruchy spánku se vyskytují ve všech stadiích, což přináší značné problémy.

- Před spaním vyvětráme pokoj, upravíme lůžko.
- Minimalizujeme rušivé elementy.
- Vypneme televizi.
- Vypneme přebytečné osvětlení (Regnault, 2011).

Psychosociální potřeby

Jednou z možností jak poskytnout profesionální péči, zaměřenou na zachovalé schopnosti a dovednosti člověka je práce s biografií klienta podle *modelu Prof. Erwina Böhma.* Biografie klienta umožní pečujícím poznat celostní obraz člověka a nikoliv obraz pouze v nemoci. Odklonit se od dogmat, že člověk postižený demencí nekomunikuje a je náročný na péči. Je třeba si uvědomit, že je to především člověk, který prožil svůj život a je hodný důstojné péče.

Profesor Erwin Böhm

Narozen roku 1940 ve Vídni, zvolil svoji profesionální cestu jako zdravotník. V roce 1978 začal se svým pilotním projektem „Přechodná péče“. Tento projekt byl zpracován do ošetřovatelského modelu. Böhmův model je mezinárodně uznaný a využívaný v německy mluvících zemích. Je zaměřen na podporu schopnosti sebepéče starých a zmatených lidí. Böhm kritizuje klasické způsoby péče, které jsou pouze nakrmit, umýt, udržet v teple a vykonat ordinace lékaře. Böhm předkládá péči aktivizující a re-aktivizující, používá ve svém modelu pojem rehabilitace, ale ve smyslu re-aktivizace psychických schopností člověka, a to znamená – nejdříve rozhýbej

psychiku a potom tělo. Jinými slovy – nejdříve pečuj o duši potom o tělo (zdroj: http://ebin.cz/texty/prof-erwin-bohm/).

- Motivujeme nemocného, aby pokračoval ve svých koníčcích a obvyklých činnostech (malovat, sbírat známky, chodit na výlety).
- Zapojit ho do běžných domácích prací. Pusťte se do nich společně. Mytí nádobí nebo utírání prachu by mu neměl dělat problém.
- Pomozte mu udržet si tělesnou kondici. V počátku to může být plavání či běh. Později pěší túry, poznávat okolí a pomáhat mu s orientací. Soustředíme se nejvíce na mozek, aby fungoval co nejdéle.
- Požádejte ho, ať se s vámi podělí o své vzpomínky.
- Nezanedbávejte společenský život. Návštěva přátel nebo rodiny mu zpříjemní chvíle (Regnault, 2011).

Péče o sebe

Pečujete o nemocného Alzheimerovou chorobou, proto je nejdůležitější, abyste byli k sobě upřímní. Uvědomte si hranice, kdy péči zvládáte a kdy už ne. Pokud se cítíte unaveni, obraťte se na své nejbližší, kteří Vám podají pomocnou ruku. V jiném případě můžete kontaktovat ČALS (česká alzheimerovská společnost), kde Vás budou informovat o možnostech, které Vám pomohou. Pečujte o sebe, je to důležité nejen pro Vás, ale i pro Vašeho blízkého, který Vás potřebuje (Holmerová, Mátlová, 2010).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematický a racionální postup, při kterém plánujeme a zároveň poskytujeme ošetřovatelskou péči. Cílem je zhodnocení celkového stavu pacienta. Skládá se z pěti kroků, které na sebe navazují v logickém pořadí. Každý krok neustále přizpůsobujeme změněné situaci, neboť zdraví člověka se mění. U každého pacienta je individuální, respektuje pacientovy problémy, jejich řešení a vyhodnocení (Sysel, Belejová, Masár, 2011).

1. Posuzování

První krok ošetřovatelského procesu je nejdůležitější, nejvýznamnější, ale zároveň nejtěžší krok. Posuzování je záměrný proces získávání subjektivních a objektivních údajů o stavu pacienta. Informace jsou získávány z následujících zdrojů: rozhovor s pacientem nebo s doprovázející osobou, pozorováním, fyzikálním vyšetřením, ze zdravotní dokumentace, od rodiny, od ostatních zdravotnických pracovníků. Posuzování zahrnuje především biografické údaje, anamnézu, současný stav v oblasti bio – psycho – sociálních a duchovních aspektů, které se podílejí na zdravotním stavu a léčbě pacienta.

2. Diagnostika

V druhém kroku ošetřovatelského procesu je cílem zhodnotit pacientovy aktuální a potencionální potřeby či problémy. Ze získaných informací stanoví aktuální nebo potencionální ošetřovatelské diagnózy. Aktuální problém existuje nyní. Potencionální problém spočívá v rizikových faktorech a může nastat v budoucnosti.

3. Plánování

Jádro třetího kroku ošetřovatelského procesu je formulace cílů, stanovení výsledných kriterií a záznam ošetřovatelských intervencí, pomocí kterých ošetřovatelský tým dosáhne stanoveného cíle.

4. Realizace

Ve čtvrtém kroku ošetřovatelského procesu je cílem sestry, aby vykonala naplánované ošetřovatelské intervence, se záměrem dosáhnout stanoveného cíle. Sestra musí vést záznam o tom, kdy jakou intervenci vykonala a jaký byl výsledek.

5. Hodnocení

Pátým a posledním krokem ošetřovatelského procesu je cílem hodnocení. Sestra určuje rozsah dosažení stanovených cílů: cíl byl splněn; cíl byl splněn částečně; cíl nesplněn. V případě, že cíle nebyly splněny, je třeba zjistit příčinu, přehodnotit cíle a přepracovat ošetřovatelské intervence (Sysel, Belejová, Masár, 2011).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

V této kapitole jsme zpracovali ošetřovatelský proces u jedné pacientky s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem. V práci je použito třídění ošetřovatelských diagnóz podle E. Trachtové (2001) a ve všech fázích ošetřovatelského procesu jsme k pacientce přistupovali holisticky.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: A. F.	**Pohlaví:** ženské
Datum narození: 22. 4. 1931	**Věk:** 83
Adresa bydliště: Pohořelice, 691 23	**Adresa příbuzných:** Pohořelice, 691 23
RČ: 315422/000	**Číslo pojišťovny:** 111
Vzdělání: základní	**Zaměstnání:** v zemědělství
Stav: vdova	**Státní příslušnost:** česká
Datum přijetí: 28. 9. 2011	**Typ přijetí:** plánované
Zařízení: Domov se zvláštním režimem	**Ošetřující lékař:** MUDr. Čornej

Důvod přijetí udávaný rodinou:

Žena A. F. ve věku 83 let byla plánovaně přijata pro zhoršení diagnózy demence Alzheimerova typu. Jak sama rodina uvedla, péče o ženu byla velmi náročná, poslední dobou nezvladatelná. Žena s okolím komunikovala velmi omezeně, neustále se u ní střídal pláč a smích. Po domě se žena pohybovala nekoordinovaně, několikrát i upadla. Pacientka byla zmatená, dezorientovaná, ztratila schopnost sebeobsluhy. Pro dezorientaci nenalezne toaletu a močí do koše. Rodina tuto situaci už nezvládala

a rozhodla se ženu umístit do domova se zvláštním režimem v Jevišovce, okres Břeclav.

Informační zdroje: dokumentace, rodina, lékař, ošetřující personál.

Medicínská diagnóza hlavní:

G30.1 Alzheimerova demence MMS 8 bodů

Medicínské diagnózy vedlejší:

W190 Stp. Opakovaných pádech s amnézií,

- stp. komoci mozkové 2009
- na CT – mozková atrofie

E039 Hypotyreosa na substituci, sledována u PL

I250 ICHS chron. – t. č. kompenzovaná

I10 Hypertenze – t. č. kompenzovaná

R001 Sinusová bradykardie při terapii betablokátory – upraveno po vysazení

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza / referuje dcera:

Matka: zemřela na Ca před 30. rokem, blíže neví

Otec: zemřel v koncentračním táboře ve 49 letech

Sourozenci: 1 sestra, zemřela ve 46 letech na CMP

Děti: 3 dcery. Nejmladší dcera před 10 lety Ca ŠŽ, nyní v pořádku.

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:		W190 Stp. opakovaných pádech s amnézií
		E039 Hypotyreosa na substituci
		I250 ICHS chron. – t. č. kompenzovaná
		I10 Hypertenze – t. č. kompenzovaná
		R001 Sinusová bradykardie při terapii betablokátory – upraveno po vysazení 2009
Hospitalizace a operace:	1961	mimoděložní těhotěntsví (graviditas externa uterina – GEU)
	1993	operace žlučníku
	1998	hysterektomie

Úrazy: negativní

Transfuze: negativní

Očkování: pacientka očkována dle očkovacího kalendáře

Léková anamnéza:

Název léku	*Forma*	*Síla*	*Dávkování*	*Skupina*
Apo – Amilzide	Tableta	5/50 mg	1 – 0 – 0	Diuretikum, Antihypertenzivum
Sertalin	Tableta	50 mg	1 – 0 – 0	Antidepresiva
Euthyrox	Tableta	100 mg	½ – 0 – 0	Hormony ŠŽ

Alergologická anamnéza:

Léky: negativní

Potraviny: negativní

Chemické látky: negativní

Abúzy:

Alkohol: neguje

Kouření: neguje

Káva: 1 – 2 kávy denně

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza: tři porody

jedno mimoděložní těhotenství

hysterektomie

Sociální anamnéza / referuje dcera:

Stav: vdova 10 let (manžel umřel stářím ve věku 80 let)

Bytové podmínky: v posledních letech bydlela sama v penzionu

Vztahy, role a interakce v rodině: vztahy v rodině byly vždy dobré

Mimo rodinu: se sousedy a kamarády vycházela vždy přátelsky

Záliby: hudba a tanec

Volnočasové aktivity: vedla Klub seniorů v Pohořelicích,
organizace společenských akcí a zájezdů pro seniory

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: základní škola

Pracovní zařazení: důchodkyně

Čas působení, čas odchodu do důchodu: v 65 letech

Vztahy na pracovišti: vždy byly dobré

Ekonomické podmínky: střední

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: věřící, římsko-katolické vyznání

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: před příjmem do zařízení dne 28. 9. 2011

Anamnestické údaje*:* (viz Anamnéza)

Fyzikální vyšetření: provedena ve Fakultní nemocnici Brno

TK 130/65 mmHg, P 45´, pacientka je bradypsychická, neorientovaná. Spolupracuje bez klidové dušnosti, cyanózy či ikteru. Při vyšetření se směje, komunikuje. Není orientovaná místem, osobou ano.

Hlava a krk: zornice izokorické, reagují, jazyk plazí středem, ŠŽ nehmatám, náplň jugulárních vén nezvýšená.

Hrudník: palpační citlivost vlevo v přední axilární čáře.

Břicho: měkké, prohmatné, palpačně citlivé dif. hepar, lien 0, DKK bez otoků.

Laboratorní vyšetření:

Krev: KO + diferenciál, FW, Quick, INR, APTT, fibrinogen

Biochemické vyšetření

Iontogram, Jaterní testy, Lipidový soubor, Ledvinový soubor, CRP, glykémie

Moč: biochemické vyšetření + sediment

Výsledky: biochemie – kreatinin v séru 110 μmol/l (44 – 104 umol/l)

urea 10,1 mmol/l (2.0 – 7.0 mmol/l)

TSH 4,1 mIU/l hypotyreóza

tyroxin T4 8,1 pmol/l (9 – 19 pmol/l)

ostatní laboratorní vyšetření v normě.

Přístrojové vyšetření:

EKG (19. 9. 2011)

Sinusový rytmus 61/min, intermitentní poloha, přehozené svody v končetinách, inkompletní BPTR, nepíše svod V2, lehké oploštění T vlny ve V6, bez známek ložiskové léze.

Neurologie (19. 9. 2011)

Závěr: Pacientka je při vědomí, orientována částečně osobou, příjmení neví, jméno ano, na oslovení reaguje, leží klidně, nepřítomný pohled. Komunikace jednoslovná. Hlava neporaněna, koutky symetrické. Stysk ruky symetrický, DKK bez patologických jevů, akrální otoky nohou. Paréza není. V anamnéze pád nebyl, demence se jeví spíše degenerativního původu.

CT mozku (19. 9. 2011)

Ambulantní vyšetření v r. 2009 tehdy CT mozku dif. mozková atrofie

Závěr: Nyní mozkové hemisféry bez patologických změn. Při srovnání stacionární nález, difusní mozková atrofie.

Rentgen srdce a plic (19. 9. 2011)

Závěr: Parenchym bez infiltrace, bránice volná. Srdeční stín lehce doleva rozšířen, bez městnání.

Ordinovaná vyšetření během pobytu v domově se zvláštním režimem:

- TK 1 x denně ráno
- kontrolní biochemické a hematologické vyšetření krve

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 – racionální

***Pohybový režim*:** neomezený

***Výživa*:** perorální

Medikamentózní léčba:

Ústy (per os):

Apo – Amilzide 50 mg tbl.	1 – 0 – 0	Diuretikum Antihypertenzivum
Sertalin 50 mg tbl.	1 – 0 – 0	Antidepresiva
Euthyrox 100 mg tbl.	½ - 0 – 0	Hormony ŠŽ

Do konečníku (per rectum): neguje

Do žíly (intra venózně i. v.): neguje

Do svalu (intramuskulárně i. m.): neguje

Pod kůži (subkutánně s. c.): neguje

Do kůže (intrakutánně i. c. nebo intradermálně i. d.): neguje

Chirurgická léčba: (viz v Anamnéze)

nyní žádná

SCREENINGOVÉ VYŠETŘENÍ SESTROU DNE 28. 9. 2011

<table>
<tr><td colspan="2">TK: 125/70 – normotenze</td><td colspan="2">Puls: 48´ - bradykardie</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dýchání: 15/min – pravidelné</td><td colspan="2">Saturace: 98 %</td></tr>
<tr><td colspan="4">Celkový vzhled, úprava zevnějšku: upravený vzhled</td></tr>
<tr><td colspan="4">Dutina ústní, nos: bez patologických změn</td></tr>
<tr><td colspan="2">Chrup: žádný</td><td colspan="2">Zubní náhrada: horní i dolní</td></tr>
<tr><td colspan="2">Sluch: v pořádku</td><td colspan="2">Zrak: v pořádku</td></tr>
<tr><td colspan="2">Stisk ruky: slabý</td><td colspan="2">Může zvednout tužku: ano</td></tr>
<tr><td>Stav sliznic: růžová</td><td>Kůže: suchá</td><td>Turgor: snížený</td><td>Barva: fyziologická</td></tr>
<tr><td colspan="4">Rozsah pohybu v kloubech: neomezená</td></tr>
<tr><td colspan="4">Chybění části těla: ne</td></tr>
<tr><td colspan="4">Chůze: pomalá, nejistá, bloudí po pokojích</td></tr>
<tr><td colspan="4">Řeč: prohodí pár nesouvislých slov či vět</td></tr>
</table>

OBJEKTIVNÍ VYŠETŘENÍ

<table>
<tr><td colspan="2">Orientace v čase, osobě a prostoru: je si vědoma pouze své osoby</td></tr>
<tr><td>Paměť: velmi narušena</td><td>Pozornost: neudrží</td></tr>
<tr><td>Oční kontakt: naváže bez problémů</td><td>Způsob vyjadřování: velmi omezen, většinou nesouvisí s realitou</td></tr>
<tr><td>Nervozita: není výrazná</td><td>Chování: pasivní, zmatené</td></tr>
</table>

FUNKČNÍ VYŠETŘENÍ SEBEPÉČE

(0 plně soběstačná, 5 nesoběstačná)

schopnost najíst se	*3*
schopnost umýt se	*3*
schopnost vykoupat se	*5*
celkový pohyb	*0*
pohyb na lůžku	*0*
schopnost dojít si na WC	*5*
schopnost obléknout se	*5*
schopnost uvařit si	*5*
schopnost nakoupit si	*5*
schopnost udržování domácnosti	*5*

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 16. 1. 2014

POPIS FYZICKÉHO STAVU		
SYSTÉM	**SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE**	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE**
Hlava a krk	Pacientka si sahá na krk a říká: *„No ano, ano. Tady tak“.* Bolí Vás krk nebo hlava? *„Toto je špatný, prosím“* a dotýká se rukou čela. Ve tváři je na malý okamžik smutný výraz.	**Hlava:** normocefalická, na poklep nebolestivá, bez známek traumatu, držení hlavy je přirozené, příušní žlázy nezvětšeny. **Oči:** oční bulvy ve středním postavení, zornice izokorické, spojivky růžové, brýle nepoužívá. **Uši:** slyší dobře, zvukovod bez sekrece. **Nos:** bez patologických změn. **Ústa:** souměrné, jazyk plazí středem, povrch bez povlaku, vlhký, růžový. Vlastní chrup nemá, horní a dolní zubní náhrada funkční. **Krk:** štítnice a uzliny nezvětšeny, žíly nepřeplněny.
Hrudník a dýchací systém	Alžbětko co dýchání? *„Dýchání? No to je špatný, já jsem plakala a křičela jak blázen, nic nevěděla“.* Přiměřená nervozita v hlasu.	**Hrudník:** symetrický, bez deformit. **Prsa:** bez patologických změn. **Plíce:** dýchání čisté, kašel nepřítomný. **Dech: 17´** - eupnoe.

Srdeční a cévní systém	Alžbětko co srdce a cévy? *„ Cévy nemám nikdy a srdce dobrý“.* Na otázku kde má srdce, si vyhrne halenku a ukáže na hrudník. Směje a pozoruje mě překvapivým výrazem, že nevím, kde je srdce.	**Srdce:** akce srdeční občas arytmická, bez šelestu. **TK:** 130/75 mmHg – normotenze **P: 49´ –** bradykardie. **HKK:** lehký tremor. **DKK:** bez patologických jevů, mírné otoky nohou, postoj nejistý.
Břicho a GIT	Co bříško? *„Bříško? Normálka“.* Bolí Vás? *„Nebolí, každý dává něco“.*	**Břicho:** na pohmat měkké, lehce bolestivé. Stolice je nepravidelná, tuhá bez příměsi. **Poslední stolice:** 12. 1. 2014 **Játra a slezina:** nezvětšeny.
Močový a pohlavní systém	Na otázku močový systém se směje, při zopakování odpoví: *„Močový? To ne, ne, ne“.* Nepřetržitě se směje.	**Močení**: moč slámově žlutá bez příměsi. **Močový měchýř:** fyziologický. **Močová trubice:** bez výtoku. **Menstruace:** žádná (klimakterium)
Kosterní a svalový systém	Co kosti a svaly Alžbětko? *„Počkej, ježíš marjá, to byla velká bitka, neříkej to nikomu, volala“.*	**Páteř**: mírná skolióza. **Pohyblivost:** šouravá chůze do boku**.** **Svalová síla:** snížená.

Nervový a smyslový systém	Na otázku z této oblasti odpovídá: *„Vždycky na českém, co Vám je po tým, taky jste starý“.*	**Vědomí:** lucidní. **Orientace:** pouze osobou, místem a časem ne. **Reflexy:** zachovalé. **Zrak:** normální. **Sluch:** normální.
Endokrinní systém	*„Tenkrát to jsem si dvakrát tady ty“.* Ukazuje na kalhoty.	**ŠŽ:** nehmatná Jiné projevy hormonálních poruch nezaznamenány ani nesledovány.
Imunologický systém	*„Já nevím, všelijaký tý děcka menší“.*	**Alergická anamnéza:** negativní **TT:** 36,7 °C.
Kůže a její adnexa	Alžbětko, máte problémy s kůží? Vyhrne si rukáv od halenky, prohlíží si a zároveň hladí ruku a říká: *„Měla jsem ji krásnou, pryč to všechno“.* Přitom má opět zasněný výraz, jakoby vzpomínala.	**Kůže:** suchá, aniktericá. **Sliznice:** vlhké, narůžovělé. **Kožní turgor:** vhledem věku – fyziologický, bez známek dehydratace. **Vlasy:** krátce střižené rovné vlasy. **Nehty:** krátké, čisté. **Otoky:** nemá. **Jizvy:** v oblasti břicha po operacích.

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacientka je velmi dezorientovaná.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE**
Stravování	**Doma**	Jak jste jedla doma a co jste jedla, Alžbětko? *„Jedla no. Všechno sežrali, to jo. Vždycky stejní“.*	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacientky doma.
	V zařízení	A v zařízení? *„Jenom k nám chodili a nažrat se. Tak všechno do pusy dávali“.* Jídlo tady Vám chutná? *„No někdy ano, nejvíc pláču“.*	**Dieta: 3 –** racionální. **BMI:** 23, 94 – norma. Pacientka má v zařízení 5 porcí stravy za den. Verbalizuje, že mu strava chutná. Pacientka má pestrou stravu. Velmi ráda má sladké.
Příjem tekutin	**Doma**	*„Teďkom majů, otec umřel“.*	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacientky doma.
	V zařízení	Alžbětko, kolik toho vypijete za den? *„Nejvíc pláču“.* Pijete čaj? *„Ano piju moc, moc“.*	**Příjem tekutin za 24 hodin:** 1500 ml ve formě ovocného čaje nebo minerálek. Kůže suchá, sliznice vlhké, jazyk růžový. **Bilance tekutin:** vyrovnaná.

Vylučování moče	**Doma**	*„Vím, vím. A kam, k čemu“?*	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacientky doma.
	V zařízení	Alžbětko, máte problémy při močení? *„Ne nemám, to ne. Víš, jak k nám chodil otec, všichni doma“.* Bolí Vás, když čůráte? *„Však Ti říkám, otec tam tak tancoval, ježíš to bylo moc“.*	**Močení:** fyziologické. Pacientka není inkontinentní, pouze vzhledem své dezorientace místem nedokáže najít WC, a proto se vymočí do odpadkového koše. Je velmi důležité na pacientce rozpoznat potřebu močení a včas ji odvézt na toaletu, kde vykoná svou potřebu bez potíží.
Vylučování stolice	**Doma**	Mlčí, jen se usmívá.	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacientky doma.
	V zařízení	Alžbětko, co stolice, je pravidelná? *„Stůl, proč“?* Popadne ji obrovský smích. Ne stůl, ale kakání. Máte problémy? *„Néé, copak ty nevíš, však ty jsi moc pěkná, takové oči“.*	Pacientka má nepravidelnou stolici. **Poslední stolice:** 12. 1. 2014 Stolice je tuhá, těžko vyprazdnitelná. Podává se pacientce projímadlo (Lactulosa). Totožně jako u močení je důležité rozpoznat potřebu pacientky a odvést ji na toaletu. Ojediněle se stane, že to nevydrží a vypustí výkaly do kalhot.

Spánek a bdění	**Doma**	*„Dobře, těch 12 korun mi dal“.*	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacientky doma.
	V zařízení	*„My jsme měli tady toto všechno. Otec a matka. Dana tam taky byla“.*	Pacientka občas trpí spánkovou inverzí. Pospává přes den v křesle a večer chodí po chodbě v zařízení, ostatním lidem do pokojů a ruší je. Hypnotika neužívá.
Aktivita a odpočinek	**Doma**	„Spolu tam vařili všichni“.	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacientky doma.
	V zařízení	Alžbětko, co Vás baví dělat? Mlčí. Baví Vás uklízet? *„To víš, že jo. Taky doma, pořád tam chodili. Otec umřel“.* Baví Vás cvičit? *„Dej pokoj, a na co a proč“.* Odpočíváte přes den? *„Ne, to ne, to nemůžu. Víš, ona tam taky byla, přišla. Pořád jen chtěla, ale otec nic“.*	Většinou pospává v křesle. Pokud je dobře naladěna prochází se po chodbě, anebo chodí za ošetřujícím personálem a sleduje jejich práci. **Ergoterapie:** ruční práce nechápe. V ergo místnosti uklízí, utírá prach. Upravuje přehoz na sedací soupravě **Kognitivní funkce:** nezvládá ani jednoduché hry. **Fyzioterapie:** jednoduché cviky zvládá s pomocí.

Hygiena	**Doma**	„To je voda. Můžu klidně. Ta chce no, ta chce“.	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacientky doma.
	V zařízení	Na otázku mlčí, neodpovídá. Po chvilce říká: *„Náš otec měl velký a my jsme byly Dana a já. Brambory suchý a dávat“.*	Pacientka je dezorientovaná, zapomněla na hygienické návyky. Veškerou hygienickou péči přebírá ošetřující personál.
Samostatnost	**Doma**	Alžbětko, byla jsem doma samostatná? *„Dana teďkom, co tam má“.* Potřebovala jste pomoc? *„Pomoc néé, chodila Dana, ona všechno, ale všechno co bylo tak měla. A teď nic“.*	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacientky doma.
	V zařízení	*„Já myslím, že jo. To je velké“.*	Pacientka není samostatná, není schopna rozhodování a racionálního uvažování. Ošetřovatelský tým ji musí neustále sledovat a vést ke všem úkonům denní činnosti v oblasti hygieny, vyprazdňování, oblékání, přípravě a roznosu jídla a pití.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE**
Vědomí		„Musím být přece“.	Pacientka je při vědomí.
Orientace		Jak se jmenujete? *„Alžbětka“*. Jak dál neví. Co je za den? *„A ta stará jde za ním“*.	Pacientka je orientovaná pouze osobou, místem a časem ne.
Nálada		*„Dobré aj nedobré, byla taková prsatá“*.	Pacientka má dnes velmi dobou náladu, pořád se usmívá.
Paměť	**Staropaměť**	Co mládí, Alžbětko? *„No krásné. Pro něj aj pro ni“*.	Staropaměť není zachována. Co se týče minulosti, odpovídá nesmyslně.
	Novopaměť	Jaká byla večeře? *„Ježíš a co jsem jedla, ani nevím“*.	Novopaměť není zachována. Neustále se musí vyzývat k různým činnostem.
Myšlení		*„No pravda, taky jsem mohla“*.	Nechápe otázky, které jsou jí pokládány. Nedokáže odpovědět. Myšlení pacientky je velmi porušené. Nedokáže racionálně a logicky myslet.

Temperament	*„Ty nech toho, ty oči“.*	Pacientka je sangvinik s cholerikem.
Sebehodnocení	Mlčí a prohlíží si své ruce.	Uvědomuje si své stáří.
Vnímání zdraví	*„Já néé, tady ty ruce všechno. Nedaly pokoj“.*	Nedokážeme posoudit. Pacientka má svůj svět a nevíme, čeho si je vědoma.
Vnímaní zdravotního stavu	Směje se a mlčí.	Pacientka nedokáže posoudit svůj zdravotní stav.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	*„Otec furt, dělej, jak to robíš, dobře to robíš“.*	Pacientka nedokáže reagovat na onemocnění, protože si ho neuvědomuje.
Reakce na hospitalizaci	*„Teď ne, můj otec je“.*	Pacientka se adaptovala.
Adaptace na onemocnění	*„Pěkné, pravda“.*	Pacientka působí šťastně.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	Máte z něčeho strach? *„Já? Ne už ne, ona přijde“.*	Pacientka si neuvědomuje své onemocnění, proto nejeví známky úzkosti z následků. Navíc pacientka užívá antidepresiva.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	Máte strach ze sestřiček tady? *„Strach? Ne, ráda vzpomínám. Nikdo nikde, aby to zkusil“.*	Nejeví strach z ošetřujícího personálu, proto můžeme soudit, že nemá negativní zkušenosti.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE**
Komunikace	**Verbální**	*Alžbětko, povídáte si ráda?* *„Já pořád, však vidíte, jak vypadám“.*	Odpovídá slovy nebo v krátkých větách. Myšlení je silně narušené, proto verbální vyjadřování neodpovídá realitě.
	Neverbální		Pacientka udržuje oční kontakt, využívá mimiku i gestiku.
Informovanost	**O onemocnění**	*„Všechno bude“.*	Pacientka je informována od ošetřujícího lékaře.
	O diagnost. metodách	*„Jídlo, moc, moc. Jen chodili“.*	Pacientka je informována od ošetřujícího lékaře.
	O léčbě a dietě	*„Léčit bude otec a Dana“.*	Pacientka je informována od ošetřujícího lékaře a sestry.
	O délce hospitalizace	*„Dlouho ne, uvidíš moje děti“.*	Pacientka je informována od ošetřujícího lékaře, sestry a rodiny.

Poznámka: Dana a Radka jsou dcery pacientky.

Sociální role **a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace**	**Primární** **(role související s věkem a pohlavím)**	Alžbětko, jste žena nebo muž? *„Ježíš, přece žena“.* Strašně jí to rozesmálo. Kolik je Vám roků? *„Čtyřicet roků asi“.*	Primární role není ovlivněna hospitalizací, ale především je narušena danou nemocí.
	Sekundární **(související s rodinou a společenskými funkcemi)**	Alžbětko, jste matka? *„Matka umřela dávno, otec taky“.* Máte děti? *„Ano, moc“.* Jste babička? Mlčí.	Sekundární role je ovlivněna hospitalizací, ale především je narušena danou nemocí.
	Terciální **(související s volným časem a zálibami)**	*„Možná jsem mohla, nažratý všeci. Však víš, pořád jen ona, ona. Tá co chce“.*	Terciální role je ovlivněna hospitalizací, ale především je narušena danou nemocí.

SITUAČNÍ ANALÝZA

Alžběta F. ročník 1931 byla 28. 9. 2011 plánovaně přijata do Domova se zvláštním režimem pro zhoršení diagnózy demence Alzheimerova typu. Jak sama rodina uvedla, péče o ženu byla velmi náročná, poslední dobou nezvladatelná. Sem za ní dojíždí jednou týdně každá z dcer střídavě. S pacientkou jsme se snažili navázat kontakt, ale bohužel neúspěšně. Většinu informací jsme získali z pozorování a rozhovoru s rodinou. Již je to 3 roky, co u ní byla stanovena diagnóza Alzheimerovy demence. Jelikož toto onemocnění napadá mozkovou tkáň a tím ovlivňuje paměť, chování a myšlení, není pacientka schopna sama říct, jak se cítí a jak vnímá svůj zdravotní stav. Stravu přijímá sama ústy, musíme ji posadit ke stolu, do ruky jí musíme dát lžíci a při podávání stravy se ujistíme, že žena začne jíst. Denně vypije kolem 1,5 l tekutin, musí se však do pití nutit. Pokud před ni nepostavíte hrnek, nebo jí ho nevložíte přímo do ruky, tak by se za celý den nenapila. S hygienou i oblékáním ji musíme pomáhat. Pokožku má pacientka suchou a kožní turgor snížený. Každý den se jí kůže promazává vazelínou. Vlasy má bílé, jemné a krátce střižené. Nehty se jí zastřihávají 1 x týdně a to vždy při sprchování v koupelně. Pacientka má zubní protézu, ta se jí nasazuje vždy ráno při ranní hygieně, po večeři se umývá a ukládá do krabičky. Vzhledem ke své zmatenosti nedokáže najít záchod, ošetřovatelský personál dokáže vypozorovat ve výrazu tváře a bloudění po chodbě, že má potřebu se vyprázdnit, v opačném případě se pomočí. Mikce je spontánní, pálení a řezání či jiné potíže při močení neudává. Barva moči je světle žlutá bez patologických příměsí. Vyprazdňování stolice je nepravidelné, bez krve, hlenu a dalších patologických příměsí, stolice je tmavě hnědé barvy, tuhé nebo kašovité konzistence, při vyprazdňování pacientka neudává bolest, větry odchází. Na pacientce je vidět, že se cítí unavená. Přes den se volně pohybuje po oddělení, chodí do pokojů, kde si většinou k někomu stoupne, podá mu ruku a pak tam mlčky stojí i několik minut. Někdy ji chytne mlsná a sezobne ostatním pacientům i nějaké ty sladkosti co mají na stolečkách. Spánek u pacientky se mění, většinou vydrží spát celou noc, ale někdy trpí spánkovou inverzí. Smyslové vnímání je omezené, pacientka není orientovaná v čase ani místě. Osobou je orientována pouze vlastní a to částečně. Komunikace je obtížná. Paměť je u pacientky velmi špatná, kromě svého

jména si nic nepamatuje. Pozornost dlouho neudrží. Je velmi tichá a jen se potuluje po oddělení. Nelze posoudit, jak samu sebe pacientka vnímá, jelikož s ní nelze navázat rozhovor. Podle rodiny dřív byla aktivní a vyrovnaná. Rodina jí je velkou oporou. Pravidelně ji navštěvuje a snaží se s ní komunikovat. Pacientka je již delší dobu v menopauze. Má tři dcery. Manžel ji zemřel před deseti lety stářím. Dle dcery stres prožívala poměrně často „jako normální lidé“. Vyrovnávala se s ním rozmluvou s rodinou a přáteli. Je římsko – katolicky založena. Pacientka nemá alergie. Je umístěna na jednolůžkovém pokoji v bezprostřední blízkosti sesterny. U pacientky je velmi vysoké riziko pádu, jelikož se sama pohybuje po celém oddělení sama.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Narušení homeostázy v důsledku snížení obsahu vody v těle, projevující se dehydratací – priorita střední.

Progresivní rozvrat intelektu a osobnosti z důvodu snížené kapacity myšlení, projevující se hrubou poruchou paměti, orientace a chování – priorita střední.

Porušené myšlení vzhledem k syndromu demence, projevující se sníženou schopností pochopit myšlenku, učinit rozhodnutí, vyřešit problém, abstraktně či koncepčně uvažovat – priorita střední.

Poškozená paměť z důvodu syndromu demence, projevující se neschopností zapamatovat si či vybavit určitou informaci nebo dovednost – priorita střední.

Porušená interpretace okolí vzhledem k syndromu demence, projevující se soustavnou ztrátou orientace osobami, místem, časem – priorita střední.

Zhoršená verbální komunikace v důsledku poruchy myšlení, projevující se sníženou až vymizelou schopností se dorozumět – priorita střední.

Snížený kožní turgor z důvodu sníženého příjmu tekutin v souvislosti s onemocněním mozku, projevující se suchou pokožkou – priorita střední.

Deficit sebepéče při koupání a hygieně vzhledem ke ztrátě hygienických návyků, projevující se snížením stupněm péče o sebe sama při hygienické péči, Barthelův test 55 bodů – priorita střední.

Deficit sebepéče při vyprazdňování vzhledem ke ztrátě hygienických návyků, projevující se sníženým stupněm péče o sebe sama při hygienické péči, Barthelův test 55 bodů – priorita střední.

Občasná inkontinence moče v souvislosti s dezorientací místem, projevující se neschopností verbálně vyjádřit svou potřebu a následně neschopnosti udržet moč – priorita střední.

Občasná inkontinence stolice v souvislosti s dezorientací místem, projevující se neschopností verbálně vyjádřit svou potřebu a následně neschopností udržet stolici – priorita střední.

Zácpa v souvislosti se sníženým přísunem vlákniny v potravě, projevující se tuhou, obtížně vyprázdnitelnou stolicí nízké frekvence – priorita střední.

Porucha spánku z důvodu základního onemocnění a věku, projevující se denním spánkem a nočním bděním – priorita střední.

Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku vzhledem ke ztrátě logického myšlení, projevující se neschopností se sama obléci nebo dokončit oblékání, Barthelův test 55 bodů – priorita nízká.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

Riziko pádu z důvodu zvýšené náchylnosti k pádům – priorita střední.

Riziko imobilizačního syndromu v souvislosti s prognózou nemoci – priorita střední.

Ošetřovatelská diagnóza č. 1

Narušení homeostázy v důsledku snížení obsahu vody v těle, projevující se dehydratací.

Cíl: Pacientka bude dostatečně hydratována.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

a) U pacientky se zlepší kožní turgor do 5 dnů.

b) Pacientka má normální hodnoty vitálních funkcí.

c) Pacientčin příjem a výdej je v rovnováze.

d) Moč má fyziologickou specifickou barvu.

e) Pacientka se sama napije, když pocítí žízeň.

Vzhledem k základní diagnóze jsou výsledná kriteria po celou dobu hospitalizace.

Plán ošetřovatelských intervencí:

- Zhodnoť nutriční stav pacientky / sestra, pečovatelka.
- Nabízej aktivně tekutiny a sleduj bilanci / sestra, pečovatelka.
- Zhodnoť specifickou váhu moči, množství, barvu, diurézu / sestra, pečovatelka.
- Měř vitální funkce / sestra, pečovatelka.
- Sleduj kožní turgor, stav kůže a sliznic / sestra, pečovatelka.
- Prováděj ošetřovatelskou péči o kůži a sliznice / sestra, pečovatelka.
- Monitoruj laboratorní výsledky / lékař, sestra, pečovatelka.

- Dbej na bezpečí v případě zmatenosti / sestra, pečovatelka.

Realizace:

- Zhodnocení nutričního stavu pacientky (změna váhy, problémy s příjmem per os).
- Celodenní aktivní nabízení tekutin, kontrola bilance tekutin.
- Rodinný příslušníci zajistili oblíbené tekutiny pro zvýšený příjem.
- Měření vitálních funkcí 1 x denně.
- Sledování kožního turgoru.
- Ošetřovatelská péče o kůži a sliznice.
- Monitoring laboratorních vyšetření dle rozpisu lékaře.
- Zajištění bezpečného prostředí.
- Provedeny záznamy do zdravotnické dokumentace.

Hodnocení:

Pacientku je neustále nutno vybízet, aby se napila. Evidentně došlo ke zlepšení pitného režimu. Kožní turgor se výrazně zlepšil. Kůže je elastická s ohledem na věk pacientky. Sliznice jsou růžové. Moč je fyziologická. Bilance tekutin je v rovnováze. Pokud bude mít pacientka nad sebou neustálý dohled, tak by k dehydrataci nemělo dojít.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn. Nejsou známky dehydratace. V plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

Ošetřovatelská diagnóza č. 2

Progresivní rozvrat intelektu a osobnosti z důvodu snížené kapacity myšlení, projevující se hrubou poruchou paměti, orientace a chování

Cíl: Pacientka má zajištěnou bezpečnost a je ochráněna před sebepoškozením.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

a) Pacientčina soběstačnost v denních činnostech je zachována co nejdéle.

b) Pacientka má zajištěnou bezpečnost.

c) Rodina respektuje opatření, která stav pacientky vyžadují.

d) Rodina se aktivně zapojuje do péče o pacientku.

e) Rodina je informována o příčinách i prognóze onemocnění.

f) Rodina akceptuje projevy zmatenosti a potřeby nemocné.

Vzhledem k základní diagnóze jsou výsledná kriteria po celou dobu hospitalizace.

Plán ošetřovatelských intervencí:

- Posuď stupeň poruchy orientace, poruchy paměti a úroveň pozornosti / lékař, sestra, pečovatelka.
- Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj účinky léků / lékař, sestra, pečovatelka.
- Udržuj orientaci pacientky v realitě (hodiny, kalendář) / sestra, pečovatelka.
- Sleduj projevy pacientky, které by mohly vést k násilí / sestra, pečovatelka.
- Zajisti klidné a bezpečné prostředí / sestra, pečovatelka.

- Informuj rodinu o důležitosti jejich návštěv / lékař, sestra, pečovatelka.
- Zapoj do plánování péče rodinu pacientky / sestra, pečovatelka.
- Věnuj pozornost potřebám rodiny / sestra, pečovatelka.
- Seznam rodinu s kontakty na další instituce / lékař, sestra, pečovatelka.

Realizace:

- Posouzení stupně poruchy orientace, paměti a pozornosti.
- Léky dle ordinace podány. Účinky léku sledovány.
- Pacientka má v pokoji pověšené hodiny a na stolečku kalendář.
- Pacientka je neklidná, pokud se zvýší intonace hlasu.
- Pacientce je zajištěno klidné a bezpečné prostředí.
- Rodina informována a zapojena do ošetřovatelského plánu péče.
- Rodina edukována v oblasti Alzheimerovy choroby, seznámena s kontakty na další instituce, internetové stránky.

Hodnocení:

Pacientka se pohybuje jen v místech k tomu určených, což je oddělení a pokoje pacientů. Pacientka na oddělení není nijak ohrožena. Rodina chápe opatření na oddělení (zamykání oddělení) a spolupracuje na péči o pacientku.

Celkové hodnocení:

Cíl splněn částečně. Choroba je ve velmi pokročilém stádiu, paměť je rapidně zhoršena a pacientka pozornost dlouho neudrží. V plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3

Porušené myšlení vzhledem k syndromu demence, projevující se sníženou schopností pochopit myšlenku, učinit rozhodnutí, vyřešit problém, abstraktně či koncepčně uvažovat.

Cíl: Pacientka dodržuje zdravý životní styl.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

a) Pacientka je orientovaná místem, časem, osobou.

b) Pacientka dodržuje společenské chování.

c) Pacientka se dokáže krátkodobě soustředit.

d) Pacientka netrpí bludy ani halucinacemi.

e) Pacientka žije v bezpečném prostředí.

Vzhledem k základní diagnóze jsou výsledná kriteria po celou dobu hospitalizace.

Plán ošetřovatelských intervencí:

- Zhodnoť duševní stav pacientky / lékař, sestra, pečovatelka.
- Hledej alternativní prostředky ke komunikaci / sestra, pečovatelka.
- Pomáhej pacientce se zorientovat místem, časem, osobami / sestra, pečovatelka.
- Zaznamenej netečnost, podrážděnost, zmatenost, ospalost / sestra, pečovatelka.
- Všímej si paranoidních projevů a sleduj chování pacientky / sestra, pečovatelka.
- Procvičuj denně kognitivní funkce / sestra, pečovatelka, ergoterapeutka.

- Používej jednoduché formulace / lékař, sestra, pečovatelka.
- Chraň pacientku před úrazem / sestra, pečovatelka.
- Zajisti klidné prostředí / sestra, pečovatelka.
- Získej rodinu pro spolupráci, pomoz rodině pacientky zvládat situaci / sestra, pečovatelka.

Realizace:

- Celkové zhodnocení stavu pacientky.
- Alternativní prostředky k dorozumívání (obrázky). V pokoji má hodiny, kalendář i fotografie rodiny.
- Procvičování kognitivních funkcí (psaní jména, pexeso, počítání).
- Respektování osobnosti pacientky, sledovány změny v chování.
- Zajištění informací od rodiny o dřívějších schopnostech pacientky v oblasti myšlení.
- Provedeny záznamy změn v chování do zdravotnické dokumentace.
- Nabídnuta pomoc rodině zvládat situaci.

Hodnocení:

Pacientka pod dohledem dodržuje zdravý životní styl. U pacientky se nevyskytují paranoidní projevy. Pacientka není orientována místem ani časem, pouze svou osobou. Dodržuje společenské chování.

Celkové hodnocení:

Cíl je splněn částečně. V plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

Ošetřovatelská diagnóza č. 4

Zhoršená verbální komunikace v důsledku poruchy myšlení, projevující se sníženou až vymizelou schopností se dorozumět.

Cíl: Pacientka sděluje své potřeby personálu a rodině.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

a) Pacientka se snaží komunikovat.

b) Pacientka chápe mluvené slovo a gesta.

c) Pacientka vyjadřuje uspokojení v oblasti dorozumívání.

d) Pacientka se dorozumívá pomocí mimiky a řečí těla.

Vzhledem k základní diagnóze jsou výsledná kriteria po celou dobu hospitalizace.

Plán ošetřovatelských intervencí:

- Mluv pomalu, zřetelně, klidně, aby mohla současně odezírat ze rtů / lékař, sestra, pečovatelka.
- Zhodnoť a zdokumentuj schopnost pacientky mluvit, slyšet, psát a rozumět / sestra, pečovatelka.
- Používej obrázkové karty, blok a tužku, gesta, obrázky / sestra, pečovatelka.
- Povzbuzuj pacientku, aby se nějakým způsobem vyjadřovala / sestra, pečovatelka.
- Povzbuzuj pacientku, aby své potřeby opakovala / sestra, pečovatelka.
- Stimuluj pacientku ke komunikaci / sestra, pečovatelka.
- Ujisti pacientku, že zlost v její situaci je zcela normální / sestra, pečovatelka.

- Povzbuzuj rodinu k častým návštěvám / sestra, pečovatelka.
- Zapoj rodinu do plánu rozvoje komunikace / sestra, pečovatelka.
- Konzultuj s lékařem návštěvu logopeda / lékař, sestra, pečovatelka.

Realizace:

- Klidné vyjadřování v každodenních činnostech.
- Zhodnocení a celkový záznam o schopnosti pacientky.
- Používání karet a obrázků v denních činnostech, ale i při hře.
- Povzbuzování pacientky, aby mluvila pomalu a podle potřeby své potřeby opakovala.
- Ujištění pacientky i rodiny, že zlost a frustrace je očekávaná reakce.
- Povzbuzení rodiny k častým návštěvám, aby pacientka byla stimulována ke komunikaci.
- Konzultace s lékařem o alternativní pomoci logopeda.

Hodnocení:

Pacientka slyší, mluví ve větách, které neodpovídají realitě. Nedávají smysl. Stane se, že dokáže na jednoduché otázky odpovědět ano/ne, z toho nedokáže odpovědět vůbec, jakoby nerozuměla, co říkám.

Celkové hodnocení:

Cíl splněn částečně. Pacientka neprokazuje zvyšující schopnost pochopení mluveného slova. V plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

Ošetřovatelská diagnóza č. 5

Deficit sebepéče při koupání a hygieně vzhledem ke ztrátě hygienických návyků, projevující se snížením stupněm péče o sebe sama při hygienické péči.

Cíl: Pacientka bude spolupracovat při koupání a hygieně.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

a) Pacientka bude provádět hygienu na úrovni svých znalostí a dovedností.

b) Pacientka se naučí provádět hygienu v rámci svých možností.

c) Pacientka nebude mít strach z daných intervencí.

d) Pacientka bude schopna si umýt jednotlivé části těla sama.

e) Pacientka se bude schopna se osušit.

f) Pacientka bude mít zajištěnou pomoc v rámci hygieny (ošetřovatelský personál).

Vzhledem k základní diagnóze jsou výsledná kriteria po celou dobu hospitalizace.

Plán ošetřovatelských intervencí:

- Zajisti pacientce soukromí a klid při provádění hygieny / sestra, pečovatelka.
- Vymez si dostatek času a klid na provádění hygieny u pacientky / sestra, pečovatelka.
- Zajisti dostatečnou hygienu před a po jídle každý den v zařízení / sestra, pečovatelka.
- Používej motorickou a slovní instrukci při provádění hygienické péče / sestra, pečovatelka.

➢ Zajisti příslušné pomůcky k hygieně / sestra, pečovatelka. ➢ Oceňuj vhodnou formou snahu pacientky / sestra, pečovatelka. ➢ Respektuj rituál pacientky při provádění hygienické péče / sestra, pečovatelka. ➢ Předcházej úrazu, zajisti bezpečnost pacientky při provádění hygienické péče / sestra, pečovatelka. ➢ Zapoj do hygienické péče rodinu / sestra, pečovatelka.
Realizace: ➢ Pacientka má zajištěný klid a soukromí při provádění hygieny. ➢ Pacientce je vyhrazeno odpoledne, kdy je více času na hygienu. ➢ Zajistíme dostatečnou hygienu před a po jídle každý den. ➢ Při hygieně používáme motorickou a slovní instrukci, neustále pacientku chválíme. ➢ Respektujeme její nálady a podle toho volíme dobu na koupání. ➢ Bezpečnost při koupání je zajištěna, předcházíme úrazu. ➢ Do hygienické péče je zapojena rodina.
Hodnocení: Ranní i celkovou hygienu provádíme v koupelně. Pacientka se umývá ve stoje s pomocí personálu, je instruována, aby se umyla co nejvíc sama. Zvládne si umýt obličej, břicho a genitál, se zbytkem ji dopomůže personál.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn. Vzhledem k nemoci je třeba pokračovat dále v intervencích.

Ošetřovatelská diagnóza č. 6

Zácpa v souvislosti se sníženým přísunem vlákniny v potravě, projevující se tuhou, obtížně vyprázdnitelnou stolicí nízké frekvence.

Cíl: Obnovit fyziologické vyprazdňování.

Priorita: střední

Výsledná kriteria:

a) Frekvence i konsistence stolice pacientky je v normě.

b) Pacientka, ale především ošetřující personál zná příčinu problému.

c) Pacientka nepociťuje bolesti a napětí břicha.

d) Pacientka nevykonává nadměrnou námahu při defekaci.

e) Pacientka se vyprázdní do 24 hodin po podání laxativ.

Vzhledem k základní diagnóze jsou výsledná kriteria po celou dobu hospitalizace.

Plán ošetřovatelských intervencí:

- Sleduj frekvenci vyprazdňování stolice pacientky / sestra, pečovatelka.
- Sleduj konzistenci, barvu, zápach a příměsi stolice / sestra, pečovatelka.
- Zajisti dostatek vlákniny v potravě, ovoce a zeleninu / sestra, pečovatelka, rodina.
- Dohlížej na hydrataci pacientky / sestra, pečovatelka.
- Zajisti klidné prostředí a dostatek času při vyprazdňování / sestra, pečovatelka.
- Aktivizuj pacientku k cvičení horní poloviny těla / sestra, pečovatelka, fyzioterapeut.

- Podej laxativa dle ordinace lékaře / sestra.
- Sleduj účinek laxativ /sestra, pečovatelka.
- Zaznamenávej vše do zdravotnické dokumentace / sestra.

Realizace:

- Sledování frekvence a charakter stolice, její konzistence i příměsi.
- Sledování stravy u pacientky.
- Zajištění zvýšeného množství vlákniny.
- Vedení příjmu tekutin, s dohledem personálu vypije okolo 2000 ml tekutin.
- Zajištění soukromí a klid při defekaci.
- Provádění cviků břišní stěny a aktivizace těla pro zvýšení střevní peristaltiky.
- Podání laxativ dle ordinace lékaře.
- Sledování účinků podaných laxativ.
- Provedení záznamu do ošetřovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Pacientka přijímá potraviny bohaté na vlákninu. Je dostatečně hydratována. Pacientka má pravidelnou, měkkou stolici bez příměsi co 2 – 3 dny. Nejeví známky bolesti a napětí v břichu.

Celkové hodnocení:

Cíl splněn částečně. Fyziologické vyprazdňování je obnoveno. V plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

Ošetřovatelská diagnóza č. 7

Porucha spánku z důvodu základního onemocnění a věku, projevující se denním spánkem a nočním bděním.

Cíl: Pacientka spí v noci a před den je aktivizována.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

a) Pacientka v noci spí minimálně 8 hodin.

b) pacientka je přes den dostatečně aktivizována.

c) Pacientka přes den nejeví známky únavy.

d) Pacientka přizpůsobila životní styl biologickému rytmu.

e) U pacientky došlo ke zlepšení spánku i odpočinku.

Vzhledem k základní diagnóze jsou výsledná kriteria po celou dobu hospitalizace.

Plán ošetřovatelských intervencí:

- Sleduj kvalitu a délku spánku pacientky / sestra, pečovatelka.
- Urči přítomnost psychických nebo fyzických stresorů / sestra, pečovatelka.
- Zhodnoť vlivy okolního prostředí / sestra, pečovatelka.
- Aktivizuj pacientku během dne / sestra, pečovatelka.
- Vytvoř klidné a příjemné prostředí pro spánek / sestra, pečovatelka.
- Pozoruj fyzické známky únavy / sestra, pečovatelka.
- Kontroluj užívání předepsaných léků / sestra, pečovatelka.

➢ Podávej hypnotika dle ordinace lékaře / sestra, pečovatelka. ➢ Sleduj účinky hypnotik / sestra, pečovatelka.
Realizace: ➢ Monitoring kvality a délky spánku pacientky. ➢ Zajištění klidného prostředí a optimální teploty a vzdušnosti na pokoji před spaním. ➢ Aktivizace pacientky během dne. ➢ Kontrola užívání předepsaných léků. ➢ Aplikace hypnotik dle ordinace lékaře a sledování jejich účinku.
Hodnocení: Pacientka je během dne aktivizována, večer bývá unavená a spí celou noc. Poté zase dvě noci probdí. Stav je individuální.

Celkové hodnocení:

Cíl splněn částečně. Vzhledem k základní nemoci nespí pravidelně. V plánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných informací o Alzheimerově chorobě jsme stanovili doporučení pro pacienta, rodinu a zdravotnický personál.

Doporučení pro pacienta:

- neizolujte se od ostatních, je důležité, abyste s někým o nemoci mluvili
- vyhledejte profesionální pomoc na kterékoliv pobočce České Alzheimerovské společnosti (ČALS) nebo pomoc psychologa
- promluvte si s rodinou otevřeně, jaké změny mohou nastat a Vaše přání
- informujte své okolí o své nemoci a nestyďte se požádat o pomoc, v opačném případě by nechápali co se s Vámi děje a stranili by se
- pokračujte ve všech svých každodenních činnostech, které jste doposud plnili dle svých schopností
- pracujte do doby, než Vám lékař sdělí, že nejste schopni
- myslete na budoucnost a vyřiďte si vše potřebné
- pravidelně navštěvujte lékaře, dodržujte užívání léků
- uspokojujte své duševní potřeby

Doporučení pro pečující rodinu:

- především získejte informace o nemoci a prognóze
- neztrácejte odvahu a víru v lékařské vědě
- pamatujte na to, že milovaná osoba Vás potřebuje víc než kdykoli jindy, proto se odpoutejte od smutku, že milovaná osoba se mění
- buďte trpěliví
- přijměte výměnu životní role, starost o milovanou osobu jako o dítě
- neizolujte se sami do sebe, sdělte přátelům své pocity, jinak Vás přepadne zlost a zklamání, že vše zůstalo jen na Vás
- navštěvujte svépomocné skupiny pečujících (pořádá je ČALS)
- nestyďte se za svého nemocného, neizolujte nemocného od lidí
- zůstaňte fit, dopřejte si dostatek odpočinku, požádejte ostatní příbuzné či přátelé o vystřídání
- jezte vyváženou stravu, která je důležitá při nepřetržité péči o nemocného
- zachovejte si duševní zdraví i rovnováhu, když Vy budete v pohodě, bude péče o nemocného kvalitní
- udělejte si čas na své koníčky a přátele, Váš život neskončil a na to nesmíte zapomínat
- využívejte přechodných pobytů pro nemocného, vy si tak dopřejete odpočinek (denní centra, respitní péče)
- neodmítejte pomoc rodiny, přátel
- nic si nevyčítejte, skutečnost, že se staráte o nemocného člověka s Alzheimerovou chorobou, je ta největší ukázka Vašeho nejlepšího charakteru.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou Alzheimerovy choroby. Cílem bakalářské práce bylo zjistit co nejvíce ucelených informací právě o tak rozšířené nemoci a zaměřit se na nejdůležitější ošetřovatelské problémy. Přiblížit tuto problematiku především veřejnosti, neboť velkým problémem v českém zdravotnictví je nedostatek vyškolených pracovníku a systém péče, který nepřináší těmto pacientům a ani jejich rodinám dostatečnou pomoc. I my se setkáváme v nespecializovaných zařízeních se zdravotníky, kteří s těmito nemocnými lidmi neumí pracovat. Nejenže nemají zájem se o těchto lidech dozvědět něco více, či si přečíst nějakou odbornou literaturu a snažit se jim porozumět a pomoci, ale nejraději by je přikurtovali k posteli a utlumili léky. Není to chyba pouze ošetřujícího personálu, ale i vedoucích pracovníků, jež by mohla nastavit určitý standard kvality. Snažili se své zaměstnance proškolovat a motivovat k lepším výsledkům co se přístupu k péči týká.

V teoretické části jsme se snažili přiblížit problematiku stáří, jak z pohledu psychologického, tak sociálního. Dále jsme se zabývali demencí, především Alzheimerovou chorobou, kterou jsme se snažili co nejdetailněji popsat.

V praktické části jsme se zaměřili na aktuální ošetřovatelské problémy, které jsou spojeny s tímto onemocněním. Vytvořili jsme ošetřovatelské diagnózy, cíle a plán péče z informací získaných pozorováním, rozhovorem s personálem, rodinou a z dokumentace.

Na závěr ze všech získaných informací byla vypracována doporučení pro praxi určené pro pacienty i rodinné příslušníky a zdravotníky. Stanovené cíle byly splněny.

Bakalářská práce byla napsána jako možný informační zdroj pro pacienty trpící tímto onemocněním, rodinné příslušníky, studenty, zdravotnické pracovníky a pro všechny, kteří se o onemocnění Alzheimerovy choroby zajímají.

LITERATURA

DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Vyd. 1. Praha: Radix, 2009, 184 s. ISBN 978-80-86031-88-0.

DUŠKOVÁ, Kateřina a Martina HASALÍKOVÁ. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. Praha: Pfizer, 2010.

GLENNER, Joy A a Denisa ŠMEJKALOVÁ. *Péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 135 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-802-6201-540.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. Editor Iva Holmerová, Martina Mátlová. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2010, 93 s. ISBN 978-80-86541-30-3.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova choroba v rodině.* Praha: Pfizer, 2004.

HOLMEROVÁ, Iva, Hana JANEČKOVÁ a Dagmar NIKLOVÁ. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 2009. vyd. ISBN 978-80-86541-26-6.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 978-807-3681-104.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012, 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.

MASAŘOVÁ, Zuzana. *Alzheimerova choroba v rodině*. Brno, 2006. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno, Pedagogická fakulta, Katedra sociální pedagogiky. Vedoucí práce: Mgr. Ema Štěpařová. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/104685/pedf_b/BC-Alzheimerova_choroba_v_rodine.pdf.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, 100 s. ISBN 80-210-3323-1.

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. *Výživa a Alzheimerova choroba.* Praha: Pfizer, 2011.

REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Vyd. 1. Překlad Daniela Šimková. Praha: Portál, 2011, 119 s. ISBN 978-802-6200-109.

FRANKOVÁ, Vanda. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 70 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0424-235.

RŮŽIČKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-726-2205-6.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-247-3133-9.

SYSEL, Dušan, Hana BELEJOVÁ, Oto MASÁR a Zuzana SYSLOVÁ. *Teorie a praxe ošetřovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2011, 280 s. Librix.eu. ISBN 978-80-263-0001-4.

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Kapitoly z psychologie*. Vyd. 2., upr. Liberec: Technická univerzita, 2006, 94 s. ISBN 80-737-2043-4.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v o šetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. 8., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 518 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7345-123-3.

Internetové zdroje

Česká Alzheimerovská společnost. Světová zpráva o Alzhemerově chorobě 2013. *Alzheimer* [online]. Praha: Czech Alzheimer soceity, 20.9.2013. ©2014 [vid. 2013-10-2]. Dostupné z: http://www.alzheimer.cz/tiskove-zpravy/svetova-zprava-o-alzheimerove-chorobe-2013/

Erwin Böhm Institut. Prof.Erwin Böhm. *Prof-ervin-bohm* [online]. Liberec: Erwin Böhm Institut,20.9.2013. ©2014 [vid. 2013-10-2]. Dostupný z:http://ebin.cz/texty/prof-erwin-bohm/

OJA. O Aloisi Alzheimerovi. *ZMP* [online]. Praha: OJA, 25.10.2009. ©2009 [vid. 2013-10-2]. Dostupné z: http://oja.korh.cz/zmp.doc

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Počty osob postižených demencí I

Příloha B – Plaky v mozkové kůře Augusty D. II

Příloha C – Amyloidové plaky v okolí neuronů III

Příloha D – Vyšetření mozku metodou magnetické rezonance IV

Příloha E – MMSE pacientky Alžběty F. z 20. 1. 2014 V

Příloha F – Barthelův test Alžběty F. z 1. 2. 2014 VI

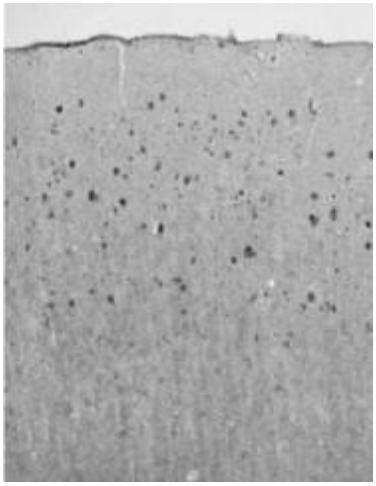
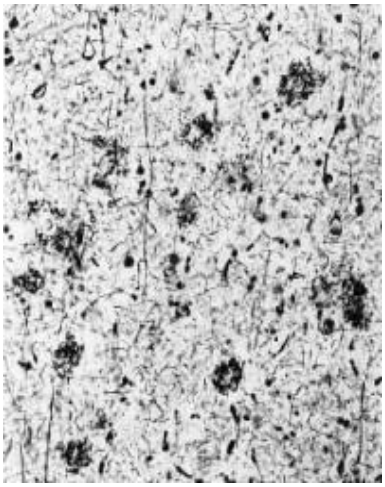
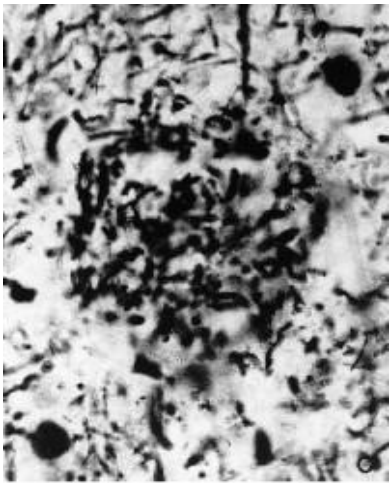
Příloha G – Protokol k provádění sběru podkladů VII

Příloha H – Rešerše VIII

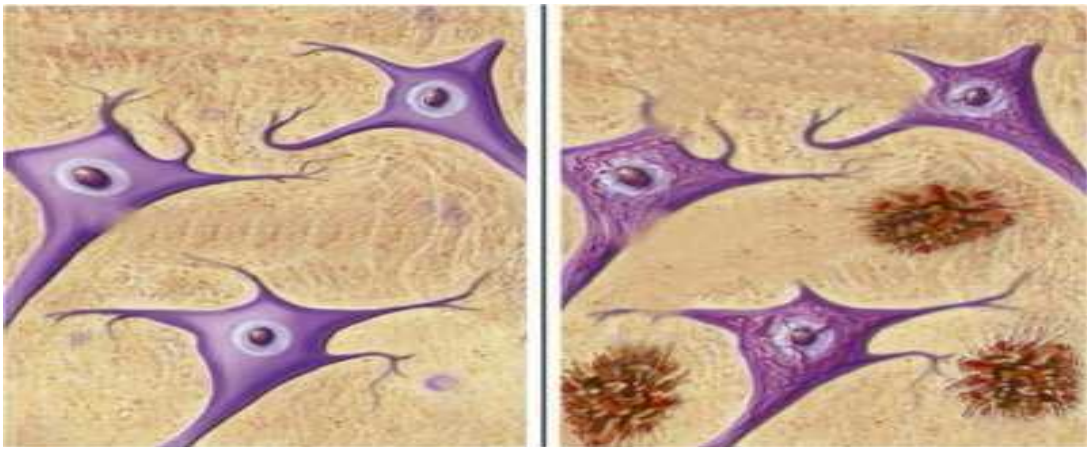
Příloha A – počty osob postižených demencí (zdroj: www.alzheimer-europe.org)

Země	**Věk**	**Muži**	**Ženy**	**Celkem**
Anglie	30-94	274 499	466 543	741 042
Belgie	30-99	46 972	82 417	129 389
Bulharsko	30-79	24 240	25 506	49 746
ČR	30-99	35 928	62 136	98 064
Dánsko	30-99	24 720	41 239	65 959
Finsko	30-99	20 241	38 556	58 797
Francie	30-99	274 355	483 874	758 229
Holandsko	30-94	1 668	2 997	4 665
Irsko	30-94	12 947	18 755	31 702
Itálie	30-99	295 349	495 856	791 205
Maďarsko	30-89	33 809	56 805	90 614
Německo	30-94	353 744	679 225	1 032 969
Norsko	30-99	21 398	36 360	57 758
Polsko	30-99	116 973	194 906	311 879
Rakousko	30-94	33 417	63 720	97 137
Rumunsko	30-84	64 205	75 582	139 787
Řecko	30-99	58 396	72 887	131 283
Slovensko	30-99	16 102	26 095	42 197
Španělsko	30-99	188 944	300 012	488 956
Švýcarsko	30-94	32 860	55 444	88 304

Příloha B – Plaky v mozkové kůře Augusty D. (zdroj oja.korh.cz/zmp.doc)

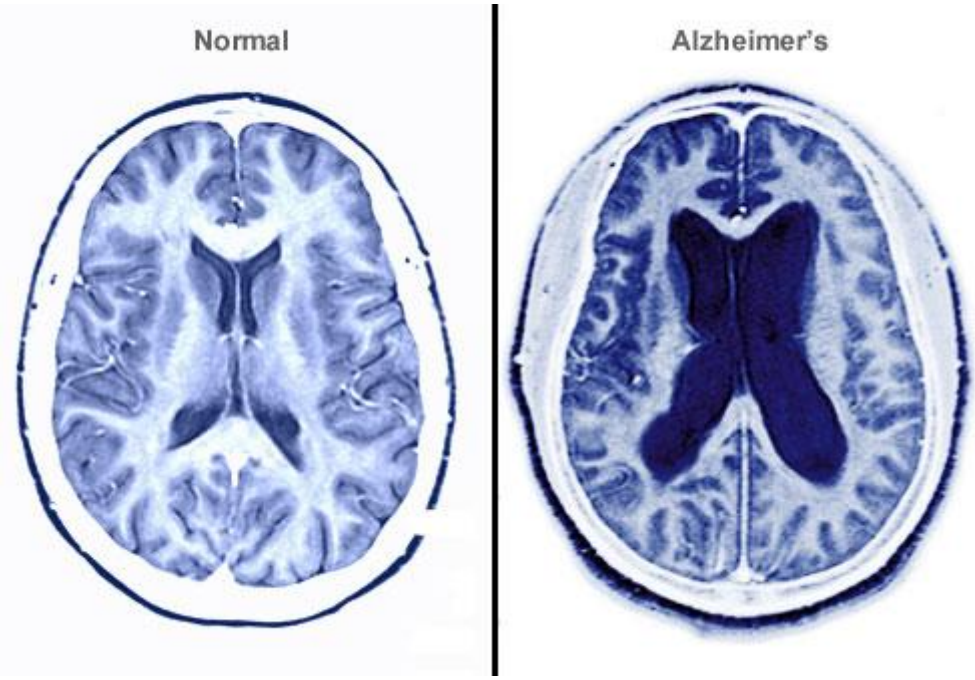
Příloha C – Amyloidové plaky v okolí neuronů (http://www.chemi.muni.cz/~janika/)



Normální mozková tkáň

Mozková tkáň pacienta s Alzheimerovou chorobou

Příloha D – Vyšetření mozku metodou MRI (http://www.chemi.muni.cz/~janika/)



Příloha E – MMSE pacientky Alžběty F. z 20. 1. 2014

Mini-Mental State Examination

Jméno: A. F. | Datum 1. vyšetření: 20.1.14 | Datum 2. vyšetření: | Datum 3. vyšetření:

Za každý správně provedený úkol je posuzovaný hodnocen jedním bodem (=1), za každý špatně provedený úkol nula body (=0).

1. Orientace

	vyšetření 1.	2.	3.
Kolikátého je dnes?	0		
Který je den v týdnu?	0		
Který je nyní měsíc?	0		
Který je nyní rok?	0		
Které je roční období?	1		
Jak se jmenuje země, ve které jsme?	0		
Ve kterém jsme okrese?	0		
Ve kterém jsme městě?	0		
Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?	0		
Ve kterém jsme poschodí?	0		

2. Zapamatování

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte je po mně a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

Lopata	1		
Šátek	1		
Váza	1		

3. Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

93	0		
86	0		
79	0		
72	0		
65	0		

Pokud testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, vyzveme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM.

M	0		
R	0		
K	0		
O	0		
P	0		

4. Výbavnost

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat.

Lopata	0		
Šátek	0		
Váza	0		

5. Pojmenování

	vyšetření 1.	2.	3.
Ukažte náramkové hodinky: Co je to?	1		
Ukažte propisovací tužku: Co je to?	0		

6. Opakování

Opakujte po mně:

„Žádná kdyby, nebo, ale."	0		

7. Třístupňový příkaz

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzveme ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

Uchopení papíru	1		
Přeložení na polovinu	0		
Položení na zem	1		

8. Čtení a splnění příkazu

Testovanou osobu vyzveme, aby přečetla a provedla úkol napsaný na druhé straně tohoto listu (úkol – „zavřete oči").

	1		

9. Psaní

Vyzveme testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

	0		

10. Obkreslení obrazce

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

	0		

	1. vyšetření	2. vyšetření	3. vyšetření
Celkem bodů	7b		

HODNOCENÍ:
max. počet – 30 bodů

27-30	normální stav
25-26	hraniční nález, možnost demence
10-24	demence mírného až středně těžkého stupně
7-9	demence středně těžkého až těžkého stupně
6 a méně	demence těžkého stupně

Lundbeck Ebixa memantin

Příloha F – Barthelův test Alžběty F. z 1. 2. 2014

Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta: A. F.

Datum narození pacienta (věk): 83 let Dne 1. 2. 2014

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	**Příjem potravy a tekutin**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 (5) 0
2.	**Oblékání**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 (0)
3.	**Koupání**	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 (0)
4.	**Osobní hygiena**	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 (0)
5.	**Kontinence moči**	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 (5) 0
6.	**Kontinence stolice**	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 (5) 0
7.	**Použití WC**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 (5) 0
8.	**Přesun lůžko – židle**	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	(15) 10 5 0
9.	**Chůze po rovině**	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	(15) 10 5 0
10.	**Chůze po schodech**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 (5) 0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: ** 55 b.

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností
** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Příloha G – Protokol k provádění sběru podkladů

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Patricie Schweibar, DiS.	
Studijní obor	všeobecná sestra	**Ročník** 3 VSV
Téma práce	Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou / Nursing Process for Patients with Alzheimer Disease.	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Domov se zvláštním režimem Jevišovka Jevišovka 169, 691 81 Drnholec	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jarmila Verešová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ○ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ⊗ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetřovatelskou péči	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	

V Jevišovce dne 25. 11. 2013

podpis studenta

Příloha H – Rešerše

Vědecká knihovna v Olomouci
Bezručova 2, 771 99 Olomouc
Informační služba: is@vkol.cz

VĚDECKÁ KNIHOVNA V OLOMOUCI
779 11 OLOMOUC, Bezručova 2
Tel. 585 223 441

Téma: Ošetřovatelský proce u pacienta s Alzheimerovou chorobou
Klíčová slova: Alzheimerova choroba, pacient, ošetřování, sestra
Časové vymezení: 2003-2013
Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština
Druhy dokumentů: knihy, články
Prohledávané zdroje: Národní lékařská knihovna, Národní knihovna Praha

BARTOŠ, Aleš, MARTÍNEK, Pavel a ŘÍPOVÁ, Daniela. Hodnocení soběstačnosti u pacientů s mírnou kognitivní poruchou a demencí. *Psychiatrie.* 2013, roč. 17, č. 1, s. 23-26. ISSN: 1211-7579.

BARTOŠ, Aleš. Kdy vlastně začíná Alzheimerova nemoc – nová kritéria mírné kognitivní poruchy a Alzheimerovy nemoci. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.* 2012, roč. 75, č. 1, s. 108-109. ISSN: 1210-7859.

BRYDEN, Christine. *Jaká budu umírat?.* Vyd. 1. Praha : Triton, 2013. ISBN: 978-80-7387-641-8.

BURSOVÁ, Tereza. Úskalí péče o pacienta s Alzheimerovou demencí. *Sestra.* 2013, roč. 23, č. 6, s. 28-29. ISSN: 1210-0404.

ČEŠKOVÁ, Eva, et al. Nové trendy rozvoje biologické psychiatrie. *Psychiatrie pro praxi.* 2012, roč. 13, č. 3, s. 108-110. ISSN: 1213-0508.

Dementia: a public health priority. Geneva : World Health Organization, 2012. ISBN: 978-92-4-156445-8.

Důkazy pro prevenci vzniku Alzheimerovy choroby existují. *Medical tribune.* 2012, roč. 8, č. 7 (Geriatrie), C4-C5. ISSN: 1214-8911.

FERKOVÁ, Eva a ILIEVOVÁ, Ľubica. Známý neznámý Alzheimer. *Sestra* 2013, roč. 23, č. 4, s. 56-58. ISSN: 1210-0404.

FRANKOVÁ, Vanda. Neuropsychiatrické příznaky Alzheimerovy demence a jejich řešení. *Lékařské listy.* 2013, roč. 2013, č. 7, s. 5-8.

GAŽOVÁ, Ivana et al. Prostorová orientace při fyziologickém a patologickém stárnutí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.* 2012, roč. 75, č. 4, s. 411-414. ISSN: 1210-7859.

GULÁŠOVÁ, Ivica, BREZA, Ján, ml a RIEDL, Ivan. Péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí. *Sestra.* 2013, roč. 23, č. 5, s. 31-33. ISSN: 1210-0404.

HOLMEROVÁ, Iva et al. Poruchy kognitivních funkcí u starších pacientů. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře.* 2012, roč. 4, č. 1, s. 24-27. ISSN: 1803-7542.

HOLMEROVÁ, Iva. Jak se žije pacientům s Alzheimerovou chorobou. *Medical tribune.* 2012, roč. 8, č. 23, B1. ISSN: 1214-8911.

HOLMEROVÁ, Iva. Jak ráda bych se mýlila. *Medical tribune.* 2013, roč. 9, č. 16, A3. ISSN: 1214-8911.

HOLMEROVÁ, Iva. Alzheimerova choroba a praktický lékař. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR.* 2012, roč. 22, č. 4, s. 30-35. ISSN: 1212-6152.

HUDEČEK, Daniel, SHEARDOVÁ, Kateřina a HORT, Jakub. Demence v klinické praxi v roce 2011. *Postgraduální medicína.* 2012, roč. 14, č. 1, s. 100-107. ISSN: 1212-4184.

JANEČKOVÁ, Hana a KŘÍŽOVÁ, Eva. Vzpomínejme společně: kreativní využití reminiscence v rodinách pečujících o člověka s demencí. *Sociální práce.* 2012, roč. 12, č. 4, s. 51-55. ISSN: 1213-6204.

JAROLÍMOVÁ, Eva a NOVÁKOVÁ, Helena. Význam podpůrné (svépomocné) skupiny pro rodinné pečující o seniora se syndromem demence. *Geriatrie a gerontologie.* 2013, roč. 2, č. 3, s. 152-154. ISSN: 1805-4684.

JIRÁK, Roman. Léčba psychických poruch ve stáří. *Postgraduální medicína.* 2012, roč. 14, č. 1, s. 72-76. ISSN: 1212-4184.

JIRÁSEK, Robert. Demence - plíživá hrozba 21. století [elektronický zdroj]. *Farmi news* 2011, roč. 8, č. 3, s. 60. ISSN: 1214-5017.

KADLECOVÁ, Alexandra et al. Vztah deprese a rozeznávání emocí z výrazu tváře u pacientů s mírnou kognitivní poruchou. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.* 2013, roč. 76, č. 1, s. 52-55. ISSN: 1210-7859.

KAŠPÁRKOVÁ, Jana. Plány Alzheimer – potřeba, nutnost nebo zbytečný přepych?. *Geriatrie a gerontologie.* 2013, roč. 2, č. 3, s. 155-157. ISSN: 1805-4684.

KELNAROVÁ, Lenka a TOMANOVÁ, Jitka. Výzkum, diagnostika a terapie Alzheimerovy nemoci. *Sestra.* 2012, roč. 22, č. 9, s. 56-57. ISSN: 1210-0404.

KONŠTACKÝ, Stanislav. Co může způsobovat některá neurologická a psychiatrická onemocnění?. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR.* 2012, roč. 22, č. 3, s. 19-21. ISSN: 1212-6152.

KRAČMAROVÁ, Alžběta a POHANKA, Miroslav. Alzheimerova nemoc a oxidační stres. *Psychiatrie*, 2012, roč. 16, č. 3, s. 145-149. ISSN: 1211-7579.

MARTINKOVÁ, Jana a BOTÍKOVÁ, Andrea. Komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí. *Sestra.* 2012, roč. 22, č. 2, s. 28-29. ISSN: 1210-0404.

MÁTLOVÁ, Martina, HOLMEROVÁ, Iva a BARTOŠ, Aleš. Dny paměti 2008–2012. Výsledky pěti let testování paměti v ČR. *Geriatrie a gerontologie.* 2013, roč. 2, č. 3, s. 108-110. ISSN: 1805-4684.

MOKRIŠOVÁ, I., VALIŠ, Martin a HORT, Jakub. Emoční paměť – patofyziologie a klinické souvislosti. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.* 2012, roč. 75, č. 5, s. 546-551. ISSN: 1210-7859.

NIKOLAI, Tomáš et al. Mírná kognitivní porucha: diagnostická jednotka nebo stadium předcházející demenci?. *Československá psychologie.* 2012, roč. 56, č. 4, s. 374-390. ISSN: 0009-062X.

ONDRIOVÁ, Iveta, FERTAĽOVÁ, Terézia a MAJERNÍKOVÁ, Ľudmila. Edukační centrum pomoci pro příbuzné pacientů s ACH. *Sestra.* 2012, roč. 22, č. 2, s. 18. ISSN: 1210-0404.

OPLETAL, Lubomír a CHLEBEK, Jakub. Přírodní zdroje potenciálně využitelné v ovlivňování Alzheimerovy choroby (2). *Liečivé rastliny.* 2012, roč. 49, č. 6, s. 190-192. ISSN: 1335-9878.

OPLETAL, Lubomír a CHLEBEK, Jakub. Přírodní zdroje potenciálně využitelné v ovlivňování Alzheimerovy choroby (1). *Liečivé rastliny.* 2012, roč. 49, č. 5, s. 154-155. ISSN: 1335-9878.

PAČINEK, Antonín. *Než mi to alzheimer sebere*. Vyd. 1. České Budějovice: Nová Forma, 2012. 188 s. ISBN 978-80-7453-188-0.

PETR, Jaroslav. Hluboká mozková stimulace u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Medical tribune.* 2012, roč. 8, č. 10, A1. ISSN: 1214-8911.

POVOVÁ, Jana et al. Alzheimerova choroba a její rizika pro další generace. *Hygiena.* 2013, roč. 58, č. 3, s. 117-120. ISSN: 1802-6281.

POVOVÁ, Jana et al. Epidemiological of and risk factors for Alzheimer's disease: a review. *Biomedical papers.* 2012, roč. 156, č. 2, s. 108-114. ISSN: 1213-8118.

POVOVÁ, Jana et al. Rizikové faktory Alzheimerovy choroby - průběžné výsledky. *Psychiatrie.* 2013, roč. 17, Suppl. 2, s. 41-43. ISSN: 1211-7579.

RABOCH, Jiří. Co nového v oblasti nutrice a kognitivních funkcí. *Časopis českých lékárníků.* 2012, roč. 84, č. 6, s. 19. ISSN: 1211-5134.

REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9.

REKTOROVÁ, Irena. Nová klinická diagnostická kritéria pro Alzheimerovu nemoc. *Neurologie pro praxi.* 2013, roč. 14, B (X. sympozium praktické neurologie: Hotel International Brno, 6.-7.6.2013), B23-B24. ISSN: 1213-1814.

RUSINA, Robert et al. Čím může překvapit zapomínání a špatná chůze. *Neurologie pro praxi.* 2012, roč. 13, č. 4, s. 225-228. ISSN: 1213-1814.

RUSINA, Robert. Alzheimerova nemoc. *Medicína pro praxi.* 2012, roč. 9, Suppl. B (IX. kongres praktických lékařů a sester: 18.-19. října 2012, Praha), B10. ISSN: 1214-8687.

RŮŽIČKA, Evžen et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

SCHUBERT, Michael. 7 zlatých pravidel péče o duševní zdraví. *Regenerace*. 2012, roč. 20, č. 12, s. 36-41. ISSN: 1210-6631.

ŠUTOVSKÝ, Stanislav et al. Alzheimerova choroba a zmiešaná demencia – jedna entita alebo dve?. *Neurologie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 1, s. 26-31. ISSN: 1213-1814.

TOMAGOVÁ, Martina, BÓRIKOVÁ, Ivana a MIERTOVÁ, Michaela. Cognitive rehabilitation in patients with dementia of the Alzheimer type and its impact on activities of daily living. *Journal of nursing, social studies and public health*. 2013, roč. 4, č. 1-2, s. 63-74. ISSN: 1804-1868.

TOMAGOVÁ, Martina et al. Príčiny predčasného ukončenia kognitívnej rehabilitácie pacienta s demenciou Alzheimerovho typu. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2012, roč. 108, č. 6, s. 311-317. ISSN: 1212-0383.

VLÁŠKOVÁ, Dana. Model životních aktivit v praxi u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 2, s. 12-16. ISSN: 1801-464X.

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

VYHNÁLEK, Martin. et al. Diagnostikujeme a léčíme demence správně a včas? Výsledky průzkumu ve světle nových doporučení. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 1, s. 19-24. ISSN: 1213-0508.