

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VENDULA VALOUCHOVÁ

Praha 2013

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBU**

Bakalářská práce

VENDULA VALOUCHOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

Praha 2013



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

Valouchová Vendula
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 25. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Nursing Process for a Patient with Alzheimer's Disease

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

V Praze dne: 30. 10. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová. PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 10. 2013

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji tímto PhDr. Dušanu Syslovi, PhD., MPH. za odborné vedení práce, cenné připomínky a rady během vypracování bakalářské práce.

V Praze dne 20. 10. 2013

.....

Podpis

ABSTRAKT

VALOUCHOVÁ, Vendula. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc). Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Praha 2013. 65s.

Bakalářská práce zpracovává ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Práce se dělí na dvě kapitoly. V první kapitole je charakterizovaná problematika demence, její příznaky a dělení. Dále se zabývá historií Alzheimerovy choroby, výskytem, příčinami, rizikovými faktory, projevy choroby, diagnostikou, léčbou, prevencí, sociální problematikou a zásadami ošetrování nemocného s Alzheimerovou chorobou.

V další kapitole je vypracován ošetrovatelský proces pacientky postižené tímto onemocněním. Na základě podrobného anamnestického rozboru jsou v práci stanoveny jednotlivé ošetrovatelské problémy, které jsou označeny ošetrovatelskými diagnózami s příslušnými číselnými kódy. K vybraným prioritním ošetrovatelským diagnózám jsou pak stanoveny intervence s cílem vytvořit plán pro poskytování kvalitní a komplexní ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, demence, ošetrovatelské diagnózy, plán ošetrovatelské péče.

ABSTRACT

VALOUCHOVÁ, Vendula. *The nursing process for patients with Alzheimer's disease*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Degree qualification: Bachelor degree (Bc). Supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Praha 2013. 65s.

Bachelor thesis describes the nursing process for patients with Alzheimer's disease. The thesis is divided into two chapters. In the first chapter there are characterized dementia, its symptoms and division. It also describes the history of Alzheimer's disease, incidence, causes, risk factors, symptoms of disease, diagnosis, treatment, prevention, social issues and principles of treatment of a patient with Alzheimer's disease.

The next chapter deals with nursing process of patient affected by this disease. On the basis of a detail anamnestic analysis, in the thesis there are set individual nursing problems that are identified by nursing diagnoses with the numeric codes. For selected preferred nursing diagnoses are then determined intervention with aim to create a plan for providing quality and comprehensive nursing care.

Keywords: Alzheimer's disease, dementia, nursing diagnosis, nursing care plan.

PŘEDMLUVA

Fyziologické zdraví a racionálně aktivně uvažující mozek je snem nejen každého člověka, jak v mladém věku ale i v období, kdy se jedinec stává seniorem. Proto je nutné nezapomenout i na tuto danou část těla, kterou bychom měli neustále myšlenkově posilovat a zatěžovat úkoly, aby nedošlo k jeho postupnému ochabování a funkční vyhaslosti.

Práce na téma ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou byla napsána z důvodu, že tato zákeřná choroba se vyskytuje, čím dál více v okolí každého jedince a je zapotřebí vědět, o jakou chorobou se jedná, a jak se chorobě preventivně bránit.

Cílem práce je vypracovat komplexní ošetrovatelskou péči u pacienta s Alzheimerovou chorobou. A tak co nejúčelněji vysvětlit, čeho se Alzheimerova choroba týká a do jaké fáze může pacienta až poškodit. Dále jak lze poznat první příznaky choroby a jak celkově chorobě čelit. Práce je nejen určena odbornému personálu, ale i samotným pacientům a jejich blízkým příbuzným.

OBSAH

ÚVOD	- 10 -
1 DEMENCE.....	- 11 -
1.1 Příznaky demence.....	- 11 -
1.2 Dělení demence	- 12 -
2 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	- 13 -
2.1 Historie Alzheimerovy nemoci	- 14 -
2.2 Výskyt Alzheimerovy choroby	- 14 -
2.3 Příčiny a rizikové faktory Alzheimerovy nemoci	- 15 -
2.4 Klinické projevy Alzheimerovy choroby	- 16 -
2.5 Diagnostika.....	- 19 -
2.6 Léčba	- 21 -
2.7 Zásady péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou	- 24 -
3 PRÁCE S PEČUJÍCÍM	- 26 -
4 SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ PROBLEMATIKA.....	- 29 -
5 PREVENCE	- 30 -
6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU.....	- 33 -
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	- 60 -
ZÁVĚR.....	- 61 -
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	- 62 -
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

ApoE4.....	Apolipoprotein E
ATB.....	Antibiotikum
CNS.....	centrální nervová soustava
CT.....	počítačová tomografie
EEG.....	elektroencefalografi
EKG.....	elektrokardiogram
EP.....	evokované potencionály
HLDL.....	hladina cholesterolu
MR.....	magnetická rezonance
MMSE.....	orientační diagnostický test
OCT.....	optická koherentní tomografie

SEZNAM POUŽITÝCH CIZÍCH SLOV

Home care – Domácí zdravotní a ošetrovatelská péče

Mini – mental State – Test pro vyjádření stupně poruchy demence

National Institute on Aging – Národní institut na stárnutí (NIA)

ÚVOD

„Ze všech věcí, které jsem ztratil, nejvíc postrádám zdravý rozum“

(CARPER, 2011, s. 284).

V současné hektické době, kdy každý spěchá za svým cílem a nestíhá vše, co by chtěl, se člověk ani neohlíží kolem sebe a nevšímá si záležitostí, které jsou důležité pro jeho budoucnost. I tak se musíme někdy zastavit a zamyslet se nad skutečností, že prevencí a informovaností o nemocích lze v některých případech zabránit jejich výskytu, nebo propuknutí v závažnější zdravotní stav např. jako u Alzheimerovy choroby, která zahrnuje asi více než polovinu všech demencí.

Impulesem pro zpracování závěrečné práce na téma Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou, byl každodenní kontakt s touto chorobou v domově pro seniory v Norimberku, kdy středem zájmu byl životní osud pacientky, která celý svůj život věnovala práci všeobecné sestry a poslední dobou se stala její každodenní cesta životem těžkou, protože trpí Alzheimerovou chorobou, kdy si nemůže vzpomenout na svou pracovní minulost v každém okamžiku.

Cílem práce je vypracovat komplexní ošetrovatelskou péči u pacientky s Alzheimerovou chorobou, kdy jsme se zaměřili na vysvětlení hlavních pojmů problematiky a z praktického hlediska, jak zajistit nejkvalitnější péči u pacientky s Alzheimerovou chorobou. Vytvořená závěrečná práce a obsažené informace budou také využity ve prospěch těch, kteří tuto zkušenost s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou nemají a nejsou zcela obeznámeni, jaký význam tato choroba obnáší. Zjištěním nových poznatků o dané problematice nejen přispějeme k lepšímu pochopení, ale i zkvalitnění pomoci lidem s Alzheimerovou chorobou.

1 DEMENCE

„Pojem demence vznikl spojením latinských slov de (bez) a mens (mysl, vědomí, rozum). Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších kórových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku, tzn. kognitivních funkcí. Vědomí není zastřené. Zhoršení kognitivních funkcí obvykle doprovází, někdy také předchází, zhoršení kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace“

(HOR, et al., 2007, s. 7).

Souhrnný počet pacientů trpících demencí v České republice je uváděn na sto tisíc osob, tedy 1% populace. U věkové kategorie 65 let se vyskytne 10 nových případů demence za rok na 1000 lidí. V 85 - ti letech je z 1000 pacientů 90 lidí s demencí. Postupem let bude demence zvyšována se stárnoucí populací nejen v České republice (HORT, et al., 2007).

Pro blízké osoby, které znaly pacienta i před nemocí, je velice těžké sledovat změny osobnosti a postupně i jeho intelektové snižování, které vede u některých pacientů k úplnému zániku schopnosti péče o sebe sama v denních aktivitách (BUIJSSEN, et al., 2006).

1.1 Příznaky demence

Mezi první příznaky, které budou posuzovány, patří úbytek paměti, hlavně zhoršené zapamatování nových prožitků, ale i vybavení těch, co již jednou pacient s demencí prožil. Druhými příznaky je považován pokles orientace v prostoru, pokles úsudku, myšlení a zároveň dochází i k ztíženému logickému úsudku a představitosti. V sociální oblasti dochází ke změně emocí, emoční kontroly nebo sociálního chování. Mezi nejvíce zřetelné příznaky patří emoční labilita, podrážděnost až hrubost vystupování pacienta s demencí vůči svému okolí.

Pro přesnou diagnostiku demence se mají sdělené příznaky objevovat nejméně po dobu 6 měsíců (JIRÁK, et al., 2009).

1.2 Dělení demence

Demence se podle příčiny dělí do dvou skupin:

- Demence, které vznikají na podkladě atroficko - degenerativního procesu mozku. Sem je zařazena Alzheimerova choroba.
- Demence symptomatické (sekundární), které vznikají na podkladě celkového onemocnění, infekce, intoxikace, úrazu, nádoru, cévní poruchy, metabolických změn a jiných poruch postihující mozek.
- Symptomatické demence se ještě dělí do dvou podskupin:
 - Vaskulární demence (na podkladě mozkového krevního zásobení, poruch mozkových cév).
 - Ostatní symptomatické demence (JIRÁK, et al., 2009).

2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

„Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně)“ (JIRÁK, et al., 2009, s. 29).

Následně vede ke vzniku syndromu demence. U pacientů trpících Alzheimerovou chorobou jsou ukládány v prostorech mimo nervové buňky chorobné bílkoviny, které nesou pojmenování beta - amyloid, jehož bílkovina vytváří krystalky (shluky). V těchto prostorech, kde jsou vyskytovány krystalky, nadále vznikají další neurodegenerativní děje, za kterých vzniknou neurotické plaky, někdy nazývané také Alzheimerovské plaky. Pokud je vyšší výskyt plaků v určité oblasti mozkové kůry, tak dochází ke snížení funkčnosti dané oblasti (JIRÁK, et al., 2009).

Bílkovina, ze které vzniká beta - amyloid, se nazývá amyloidový nekurzorový protein, jenž je zcela nezbytný a fyziologický svojí přítomností v mozkových buňkách. Tento protein je štěpen enzymem alfa - sekretáza na kratší rozpustné částice, které se podílejí na plasticitě nervových buněk a kryjí je před poškozením (JIRÁK, et al., 2009).

„Za patologických podmínek Alzheimerovy choroby je amyloidový prekurzorový protein následně štěpen enzymy beta – a gama – sekretázami, které vytvářejí podstatně delší fragmenty než při štěpení alfa – sekretázou. Tyto delší fragmenty neplní své fyziologické úkoly, přestávají být rozpustnými, srážejí se a polymerují (spojují se navzájem v dlouhé řetězce). Tak vzniká beta – amyloid“ (JIRÁK, et al., 2009, s. 29).

Veškeré neuropatologické změny, kdy neurony neplní svoji funkci a zároveň v místě usazení plaku dochází k poškození mozkové kůry. Porušena je i funkce neurotransmiterů, zejména acetylcholinu. Výsledkem těchto dějů je rozvoj syndromu demence (JIRÁK, et al., 2009).

2.1 Historie Alzheimerovy nemoci

Z historického pohledu a péče o duševně nemocné bylo přistupováno k tichým a bezproblémovým pacientům s tolerancí. Naopak agresivní a nebezpeční pacienti, kteří ohrožovali nejen sami sebe, ale i své okolí, bývali častokrát přikováni ve stodole městského vězení.

Počátky diagnostiky Alzheimerovy nemoci se datují do konce 19. století. Přispěly k tomu výzkumy mozkové kůry, kdy byly v roce 1892 objeveny senilní plaky ve vnější vrstvě mozkové kůry a následně jejich popsání od Blocq a Marinesco. Díky těmto abnormalitám byl používán název presenilní demence. Tento typ poškození mozku byl sledován nejdříve u pacientů ve věkové kategorii mladších 65 let. Pojmenování – Alzheimerova nemoc – je podle německého psychiatra Aloise Alzheimerera (1864 - 1915), který přednášel o této problematice na schůzi psychiatrů v Tübingenu (HOREJŠÍ, et al., 1999).

Alois Alzheimer se narodil v Marktbreitu 14. června 1861. Během svého života vystudoval medicínu a v letech 1888 - 1903 byl asistentem v psychiatrické klinice. Následně se stal ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky v Breslau. Jeho osudovou nemocí se stala angína, jejíž příčinou byla revmatická endokarditida, nefritida a artritida. V roce 1915 ve věku 51 let chorobě podlehl a zanechal po sobě jednoho syna a dvě dcery (KOUKOLÍK, et al., 1998).

2.2 Výskyt Alzheimerovy choroby

Tento typ demence představuje až 50 % všech demencí. Z toho tedy vyplývá, že je považována za jednu z nejčastějších chorob u pacientů s vyšším věkem. Pokud se jedná o pohlaví, v této nemoci nerozhoduje. Zajímavostí je, že vyšší úroveň vzdělání, kdy člověk chodí do školy více než 15 let, následně vede i ke snížení rizika choroby. Alzheimerova choroba se příležitostně vyskytuje familiárně, kde se choroba projevuje časně, ovšem výskyt je považován za vzácný (FRANKOVÁ, et al., 2011).

Zde je zmíněno, jak se Alzheimerova choroba vyskytuje ve statistice.

„Alzheimerovou nemocí trpí více než čtyři miliony dospělých. Alzheimerova nemoc postihuje každého pátého člověka nad šedesát pět let. S přibývajícím věkem se počet postižených zvyšuje a ve věkové skupině nad osmdesát pět let trpí touto nemocí téměř polovina osob. Spojené státy americké stojí léčba Alzheimerovy nemoci sto miliard ročně. Více než padesát procent klientů zařízení dlouhodobé péče bylo přijato z důvodu Alzheimerovy nemoci.“

(GLENNER, et al., 2012, s. 17).

2.3 Příčiny a rizikové faktory Alzheimerovy nemoci

Příčina není zcela známá, vliv má i dědičnost. Podstatou zůstává, že Alzheimerova choroba je degenerativní onemocnění mozku, kde dochází k zániku mozkových buněk a ke změně látkové výměny (metabolismu) v mozku. V mozkové části se ukládají v podobě vláken škodlivé bílkoviny a vytváří tzv. amyloidové plaky. Proto se projevuje narušením přenosu vzruchu a zániku neuronů. Acetylcholin je nutný k fyziologickému přenosu vzruchu, pokud dochází k jeho snížení, následně se projeví i narušeným přenosem vzruchu

(JIRÁK, et al., 2004).

Mezi rizikové faktory především řadíme věk, kdy ve spojitosti s ním v poslední době výzkum ukázal, že Alzheimerova choroba má nejvyšší výskyt u starších lidí, bez závislosti na výskyt choroby v rodině, tedy bez návaznosti na dědičnost. Alzheimerova choroba se vyskytuje v souvislosti se změnami na 19. lidském chromozomu. Vědci dále zkoumají další rizika vzniku, a to hlavně virové infekce, toxické vlivy prostředí a poruchy imunitního systému

(JIRÁK, et al., 2004).

2.4 Klinické projevy Alzheimerovy choroby

V odborné literatuře se nachází různé typy dělení Alzheimerovy choroby. Jedním z nich je první typ:

„Forma časná (presenilní) se objevuje zpravidla před dosažením šedesáti pěti let věku. Trvá přibližně osm let. Počáteční příznaky onemocnění jsou neurotického charakteru, lze pozorovat zhoršenou výkonnost, zhoršující se paměť, objevující se depresivní nálady. Postupem času již nelze přehlédnout zhoršení poruch paměti a vybavování si „záznamů z úložiště mozku“ nebo neschopnost správně se vyjadřovat mluveným slovem. Další nastupující projevy souvisí s postižením mozkové kůry, což má za následek apraxii (neschopnost provádět kombinované pohyby), alexii (neschopnost číst), akalkulii (porucha schopnosti počítat) aj. Jak nemoc pokračuje, dostávají se další příznaky. Nemocný nabývá v obličejí výrazu „masky“, dochází ke svalové ztuhlosti, čímž se projevuje extrapyramidový syndrom (HALOVÁ, 2010).

Další zhoršení zdraví vede k terminálnímu stavu pacienta. V této fázi choroby pacient ztrácí emoce, jsou zcela potlačeny základní potřeby např. příjem potravy a tekutin. Velmi často jsou příznaky shodné s typickými projevy Parkinsonovy choroby. Pacienti většinou umírají následně na naprosté selhání centrální nervové soustavy (HALOVÁ, 2010).

Druhým typem dělení je:

Forma pozdní (senilní) je jakmile se vyskytne tato forma, nelze od jejího počátku přehlédnout silnou progresi degenerace osobnosti spolu s výraznými poruchami paměti. Obzvláště nepřehlédnutelné je vymizení hygienických a estetických návyků a naopak často se projevující euforie, neklid, zmatenost. Doba, za kterou choroba svou progresí dosáhne až k terminálnímu stavu, je u pozdní formy kratší vzhledem k aspektu pokročilosti věku. Obzvláště výrazná je změna osobnosti, jak jsme již zmínili. Markantní degenerativní změny u pozdní formy DAT lze vyzorovat již z EEG a zobrazovacími metodami je možné potvrdit atrofii šedé mozkové kůry i podkorové oblasti mozku (HALOVÁ, 2010).

V další literatuře je uvedeno následující dělení Alzheimerovy choroby.

„Změny mozku v raném stadiu choroby. Alzheimerova choroba způsobuje pomalé, progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře. Mozek se liší od ostatních orgánů těla tím, že každá nervová buňka má svou unikátní funkci, kterou vykonává jen ona a žádná jiná. Tedy každá část mozku vykonává specifickou funkci a všechny části musí pracovat koordinovaně, aby mozek fungoval správně. První oblast, ve které začínají při Alzheimerově chorobě nervové buňky odumírat, se nachází v blízkosti hippocampu. Hippocampus je centrem paměti. Veškerá paměť je zde tříděna a zaznamenávána“ (CALLONE, aj., 2006, s. 43).

„První stadium představuje pouze mírnou formu demence, která se projevuje nenápadnými a snadno přehlédnutelnými příznaky. Jedná se především o zhoršování krátkodobé paměti, přechodnou časovou dezorientací, během níž si pacient neuvědomuje, jaký je den či rok, prostorovou dezorientací a obtížným hledáním slov. Typická je pro toto stadium také častá ztráta věcí a nastupující sklon k pasivitě. Toto období může trvat 2 až 4 roky“ (ŠEVČÍKOVÁ, 2009, s. 53).

„Změny v mozku v mírném stádiu choroby. Jak Alzheimerova choroba přechází z raného do mírného stádia, poškození mozku se šíří do temenních mozkových laloků. Jestliže k tomu dojde, ztrácí pacient schopnost integrovat zrakové vjemy, zvuky a pocity těla“ (CALLONE, aj., 2006, s. 60).

Druhé stadium choroby se příznaky natolik zhoršují, že znemožňují pacientovi běžné denní aktivity. Nastávají výpadky paměti, dochází k ústupu schopnosti sebekontroly, řeč se stává pro pacienta obtížná a následně trpí halucinacemi. Pacient se často ztrácí a bloudí i v místech, která jinak dobře zná. Zmíněné stadium může trvat 2 až 10 let. Charakteristické je především zhoršení mentálních funkcí a poruchy chování. Pacient může být i odmítavý ke svému okolí. Je také zpomalen v pohybové činnosti. V tomto stadiu Alzheimerovy choroby je již potřebná pomoc ze strany odborného personálu, kdy je pacientu poskytována ošetrovatelská péče v domácím prostředí, nebo ve speciálním zařízení (HORT, 2007).

Během dalších stádií choroby se onemocnění šíří do čelního mozkového laloku a tím je zapříčiněno neovladatelné jednání pacienta (CALLONE, 2006).

Třetí stadium již představuje těžkou formu demence, kdy dochází k rozkladu celé osobnosti a pacient se stává plně závislým na svém okolí. Má problémy s příjmem potravy, s chůzí, inkontinencí a mnohdy není schopen rozeznat členy vlastní rodiny. Toto poslední stadium trvá od 1 - 3 let a nelze během něj zaznamenat žádné nezávislé funkce. Pacient není schopen hovořit, vnímat mluvenou řeč, nepoznává členy rodiny a ani sám sebe v zrcadle (HORT, 2007).

„Pacient ve 3. stadiu onemocnění je zcela závislý na pomoci okolí a potřebuje trvalou domácí nebo ústavní péči. Projevuje se u něj tendence k podvýživě, infekcím, zánětům plic a dalším onemocněním ohrožujícím život“ (ŠEVČÍKOVÁ, 2009, s. 53).

Všechny zmíněné projevy byly rozděleny do určitých stádií. Jsou zde i další, které jsou zařazeny mezi behaviorální a psychologické projevy demence. Mohou být vůči okolí nápadnější a rušivější než poruchy poznávací funkce. Projevují se změnou nálad, spánku, úzkostí, v některých případech se projevuje depresí. Mohou se vyskytovat nekontrolovatelné a nezvladatelné záchvaty afektu, které bývají společně s agresivitou či bez ní. Mezi další projevy patří např. útoky z domova, toulavost, bezúčelné vykazování aktivity k činnostem, jež nejsou potřebné. Pacient si často hovoří pro sebe. Pokud má pacient poruchy chování doprovázené verbální agresivitou, projevuje se slovními nadávkami, neustálou nespokojeností, která nemá odůvodnění a v horším případě nastává brachiální agresivita. Jedná se o agresi fyzickou, která může být zaměřena vůči věcem, nebo vůči živým tvorům. Projevy jsou ničení věcí, kopání, neustálý neklid, štípání (PIDRAM, et al., 2005).

Délka života se průměrně u pacienta s Alzheimerovou chorobou udává 3 - 7 let. Pokud je ale zvolena vhodná léčba, starší lidé přežívají déle, než jim bylo předpovězeno. Na druhou stranu u mladých lidí Alzheimerova choroba postupuje rychle (JIRÁK, et al., 2004).

2.5 Diagnostika

Diagnóza nemoci čerpá z klinických příznaků a vývoje onemocnění. Určení Alzheimerovy choroby se zakládá na mezinárodně využívaných kritériích skupiny NINCDS / ADRDA, kdy rozlišují diagnózu pravděpodobnou, možnou a jistou, která je histologická.

Využito je komplexního vyšetření, kdy je třeba potvrdit nebo vyloučit podezření na Alzheimerovu chorobu. Mnoho nemocí může mít podobné symptomy, proto ošetřující lékař doporučuje pacientovi navštívit specializované pracoviště, které zaměstnává specialisty na tento typ onemocnění.

Diagnóza může být stanovena během jednoho setkání. Ve většině případů patří mezi první vyšetření paměti a kognitivních schopností.

Průběh stanovení diagnózy:

Klasické klinické vyšetření, které zahrnuje odebrání anamnézy.

Podpůrné vyšetřovací metody:

- Vyšetření na MR (magnetická rezonance). Díky MR mohou lékaři vyloučit ostatní přidružená onemocnění, jako jsou nádory mozku aj.
- CT vyšetření (výpočetní tomografie), která pomocí rentgenového záření umožňuje zobrazení vnitřních částí lidského těla. Při CT vyšetření se lékaři zaměří na část mozku hipokampu, kde sídlí funkce pro paměť a pokud pacient trpí Alzheimerovou chorobou, jsou první změny právě v této oblasti mozku.
- Biochemie, endokrinologie, hematologie.

Vyšetření možné lékové intoxikace u starších klientů a u mladších pozorovat nástup vrozené metabolické změny (JIRÁK, et al., 2004).

Psychologické vyšetření:

- Probíhá formou specializovaných testů, které jsou vypracovány odborníky, psychology a neurology. Patří do nich např. Mini – mental State, kdy tento test určuje stupeň demence.

- Test verbální fluence, sedmičkový subtest, test hodin atd.
- Doba trvání testů je minimálně hodina až hodina a půl. Zhodnotit pomocí testů a mířených otázek lze kvalitu paměti a vyšší kognitivních funkcí, do kterých patří řeč, psaní, pozornost, matematické schopnosti, praktické funkce atd.
- Pokud se podařilo získat všechny potřebné informace, tak je i možné stanovit profil pacienta (PIDRAM, et al., 2007).

Vyšetření biologických markerů v mozkomíšním moku:

- U prokázané Alzheimerovy choroby je hladina amyloidů snižena a hladina tau proteinu je zvýšená.
- Ačkoliv nám vyšetření může hodně sdělit, nikdy s určitou čistotou není nemoc potvrzena, protože změny hladiny proteinů se vyskytují i při jiných neurodegenerativních onemocněních (FRANKOVÁ, et al., 2011).

Mezi moderní vyšetření se pokládá Regionální perfúze mozku, která se provádí za použití radiofarmaka HMPAO. Aplikuje se nitrožilně. Následně se provádí snímkování tomografem, kterým docílíme zobrazení řezu ve třech na sebe kolmých rovinách. Vyšetření nám napomáhá určit kvalitu prokrvení mozkové tkáně. Neuropatologické nálezy objasňují atrofii mozku, tvorbu beta-amyloidu, přítomnost a tvarování plaku, zánik nervových vláken a neuronových buněk, přítomnost nesterilního zánětu. V rámci diagnostiky se musí řešit i otázka genetiky (JIRÁK, et al., 2004).

Mezi zajímavosti v diagnostice patří vyšetření Doppler, kterým se může zjistit stav kognitivních funkcí mozku a pravděpodobnost nástupu demence. Toto překvapivé, jednoduché a neinvazivní vyšetření ukáže míru zanesení tepen a rychlost toku krve ve spodní části nohy, což je obraz pokročilosti arteriosklerózy mozkových cév. Četné studie zjistily, že Doppler je velice přesný v diagnostice kognitivních poruch u starších lidí a také při posouzení pravděpodobnosti nástupu Alzheimerovy choroby. Studie z National Institute on Aging ukázala, že ti, u nichž se projevil nižší index kotníkových tlaků, byli v průběhu

následujících 8 let o 57% náchylnější k rozvoji Alzheimerovy choroby a o 225% náchylnější k rozvoji vaskulární demence (BARTOŠ, et al., 2010).

2.6 Léčba

Terapie by měla být komplexní, což zahrnuje jak farmakoterapii, psychosocioterapii (kognitivní trénink), rehabilitaci tělesných funkcí i práci s rodinou a dalšími pečovateli.

Farmakoterapie

Rozděluje se na kognitivní a nekognitivní (symptomatická).

Kognitivní farmakoterapie je pozitivní ovlivnění kognitivních funkcí (paměť, motivace, intelekt), je to nejpodstatnější protidemenní postup. Porucha některých neurotransmiterových systémů. U Alzheimerovy choroby je snad nejvíce postižen acetylcholinergní systém. Farmaka užívaná ke zlepšení funkce centrálního acetylcholinergního systému se označují jako kognitiva:

- a) Substitute prekurzory acetylcholinu. Nejužívanější je lecitin, který postupně uvolňuje cholin pro syntézu acetylcholinu. Nejčastější je sójový lecitin. Užívá se často jako součást kombinované farmakoterapie, kombinace je s inhibitory acetylcholinéraz.
- b) Použití inhibitorů acetylcholinéraz. Acetylcholinéráza je enzym, který odbourává acetylcholin v CNS. Když se zablokuje tento odbourávající enzym, zvýší se množství acetylcholinu schopného vazby na své receptory (JIRÁK, et al., 2004).

Karbamáty: Rivastigmin (Exelon) – patří mezi perspektivní léčiva. Piperidinové přípravky: Donepezil (Aricept). Akridinové přípravky: Takrin (Cognex) – byla zjištěna malá hepatotoxicita Deriváty organofosfátů: Metrifonat.

Alkaloidy: Galantamin, huperzin.

Snížení neuronálního metabolismu. Používají se léky zvané nootropní farmaka, neboli zvyšovače mozkového metabolismu. Nootropika mají za úkol zvyšovat odolnost nervové tkáně k hypoxii a metabolismus glukózy. Tyto léky jsou dobře tolerovány a mají velmi málo vedlejších účinků.

Piracetam: Piracetam AL, Nootropil, Geratam, novější Aniracetam a Pramiracetam – nepoužívanější nootropika. Pyritinol: Enerbol, Encephabol – derivát pyridoxinu. Meklofenoxat: Cetrexin – má rysy psychostimulancií, nemůže být používán u kardiaků.

Nicergolin: Sermion – odvozen od námelových alkaloidů, působí proti hypoxii a také snižuje agregaci trombocytů Extrakt ginkgo biloba: Tebokan, Tanakan – rostlinného původu, neuroprotektivní účinek (KOUKOLÍK, et al., 1998).

Protizánětlivé látky a estrogen. U pacientů Alzheimerovy choroby dochází k projevům sterilního zánětu. Je dokázáno, že podávání protizánětlivých látek působí jako prevence proti vzniku Alzheimerovy choroby. Navíc nesteroidní antirevmatika, kyselina acetylsalicylová mohou průběh choroby zmírnit. Estrogen působí u žen preventivně, zvláště po menopauze. Nekognitivní farmakoterapie. Používá se při léčbě přidružených projevů Alzheimerovy choroby, jako jsou neklid, poruchy spánku, deprese či úzkostné stavy. Před nasazením terapie se musí brát ohled na to, zda léky nepůsobí nežádoucí účinky, nebo nenarušují kognitivní funkce (FRANKOVÁ, et al., 2011).

Benzodiazepiny – užití výjimečné a krátkodobé, užívá se nejčastěji Dormicum. Rohypnol a Nitrazepam se užívají také, mají ovšem delší účinek. Nebenzodiazepinová hypnotika – účinek je pouze hypnotický, neovlivňuje jiné funkce. Nejznámější je zolpidem (Stilnox) Neuroleptika se indikují tam, kde je porucha spánku zapříčiněna neklidem pacienta. Užívá se tiaprid (Tiapridal), melperon (Buronil), Haloperidol, risperidon (Risperdal).

Agitovanost a poruchy chování - mezi základní léčivy jsou neuroleptika, která jsou stejné jako u poruch spánku, ale ve vyšších dávkách. Jsou to Tiaprid, Melperon, Haloperidol, Risperidon, Prothazin.

Paranoidní a halucinační poruchy - nejosvědčenější k léčbě jsou opět neuroleptika. Indikují se zejména Risperidon, Melperon, Haloperidol při těžké paranoiditě, Tiaprid, Pimozid. Laponex se nasazuje při paranoidně - halucinačním syndromu, který ostatní neuroleptika nezvládají řešit.

Přidružená deprese - používají se nejčastěji thymoleptika II. generace, nemají anticholinergní účinky. Jsou to např. Zolof, Seroxat, Fevarin, Deprex, Prozac, Vivalan, Aurorix, Jumex a Coaxil.

Přidružená úzkost - k tlumení úzkosti se používají neuroleptika v malých dávkách, např. Tiaprid, Dogmatil. Výjmečně lze podávat malé množství Haloperidolu, melperonu či risperidonu (KOUKOLÍK, et al., 1998).

Nebiologické přístupy

Terapie by měla být komplexní, což znamená nejen farmakologickou léčbu, ale také psychosocioterapii. Výsledky psychoterapie by měly být zaměřené na problém a nelze očekávat vynikající výsledky za krátký čas. Důležitá je trpělivost a navození důvěry. Úkolem psychoterapie je zachování běžných denních aktivit a návyků. Ty funkce, které pacientovy ještě zůstaly, by se měly rozvíjet a aktivně podporovat.

Existují terapeutické skupiny pacientů v nemocnicích či ústavech sociální péče, které se věnují nácviku paměti, tréninku orientace a nácviku základních úkonů denní rutiny. Tyto skupiny nenavštěvují pacienti s těžkým stupněm demence, je potřeba komunikace a soustředění, kterého už nejsou v tomto stádiu schopni. Ve skupině se provádí také muzikoterapie se zpěvem, arteterapie či tělesná rehabilitace. Vznikly alzheimerovské společnosti, kde se sdružují pečující, spolupracují se sociálními i zdravotními institucemi a organizují pečovatelskou službu.

Hospitalizace pacienta by měla být až konečné řešení. Pro člověka s Alzheimerovou chorobou je vždy nejlepší, aby zůstal ve známém, domácím prostředí (BARTOŠ, et al., 2010).

2.7 Zásady péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou

K pacientovi musí být přístupováno se znalostmi choroby a dále i podle jeho stadia.

Komunikace s pacientem

Pro efektivní komunikaci s pacientem se musí podřídit projev a způsob mluvy stádiu nemoci. Existuje několik pravidel pro dobrou komunikaci, použitelných kdykoliv:

- rozhovor by měl probíhat v tichém a klidném prostředí, kde pacienta nebude nic rušit a bude se soustředit,
- mluvit pomalu, zřetelně a hlubším hlasem,
- postavení k pacientovi tak, aby dobře viděl pohyb rtů a výraz obličeje,
- vhodné se pacienta při rozhovoru dotýkat (položít dlaň na ruku), usmívat se, pohled do očí,
- mluvit v jednoduchých větách, používat snadno srozumitelná a běžně používaná slova, v případě nepochopení je opakovat či jinak formulovat,
- před zahájením rozhovoru se vždy představit, zejména v pozdějších stádiích,
- pacient může mít potíže s vyjadřováním, proto je velmi důležité se na rozhovor soustředit, abychom dobře porozuměli,
- při zhoršené a komplikované komunikaci je potřeba zachovat klid a trpělivost. V opačném případě by se pacient mohl rozčítit a komunikace by byla ještě horší (REGNAULT, 2011).

Nebezpečné chování pacienta

Při onemocnění Alzheimerovou chorobou se pacient může někdy chovat nerozvážně, neobvykle, nebo ohrozit bezpečí své či okolí. Pokud situace nastane, mělo by se zjistit, co situaci vyvolalo. Spouštěče se mění ze dne na den. Obvykle stačí odstranit příčinu a pacienta uklidnit. Pacient může být bezdůvodně neklidný, podrážděný, nervózní. V tomto případě je efektivní pacienta zklidnit puštěním klasické hudby, odvedením do klidnější místnosti, kde ho nebude nic dráždit. Může se projevit i agresivita, a to i opakovaně. Řešení je obtížné vzhledem k nebezpečnosti pacienta. Je velice důležité se ho nesnažit krotit a zachovat klid.

Mluvit klidným a vyrovnaným tónem hlasu, a pokud to lze, odstranit příčinu agresivity. Pokud nic nepomůže, necháme pacienta, aby se zklidnil sám, popř. zavoláme o pomoc (HALOVÁ, 2010).

Pacienti velice často utíkají z domu, aniž by věděli, kam jdou, nikomu nic neřeknou a velice obtížně hledají či vůbec nenajdou cestu zpět. Tomu je potřeba zabránit, např. zamykáním dveří, polepit dveře stejnou tapetou jako stěny, schovat kabáty, boty apod. Takto nemocný člověk těžko rozezná, co je nesprávné a nevhodné, proto někdy dělá sexuální návrhy svému okolí či cizím lidem. Nemá smysl vysvětlovat nevhodnost jeho chování, lepší je předem informovat okolí s prosbou, aby to brali s humorem a přejít na jiné téma. Je možné, že se objeví i paranoia. Pacient může mít pocit, že se na něj pečující zlobí a chce mu ublížit. Důležité je pacienta ubezpečit, že ho pečující má rád a chce pro něj jen dobro (HALOVÁ, 2010).

Úprava domova

Vzhledem k stupni Alzheimerovy choroby by měla být zajištěna jak bezpečnost pacienta, tak i snazší orientace v bytě:

- zamykání dveří – použití složitějšího či dvou zámků, kdy se otevření dveří stane komplikované a tím se zabrání, že pacient nekontrolovatelně odejde z bytu a netrefí zpět,
- označení dveří – využívá se především v raných stádiích demence, kdy je pacient schopen čtení a úsudku, proto mu poslouží k jednodušší orientaci v bytě cedulka na dveřích,
- schodiště – pevné zábradlí na obou stranách,
- kuchyň – doporučuje se zamykat, zabráněním vstupu do kuchyně se snižuje potenciální riziko pořezání se, popálení atd.,
- koberce – v místech, kde se pacient nejčastěji pohybuje, je zapotřebí umístit dobře přilnavé koberce,
- madla – v koupelně či WC, usnadní se vstávání pacienta,
- v případě potřeby francouzské hole, později invalidní vozík (pokud se pohyb po venku stane pro pacienta už namáhavým),
- antidekubitní pomůcky,
- kvalitní obuv (REGNAULT, 2011).

3 Práce s pečujícím

Svou pozornost bychom neměli věnovat jen pacientovi s Alzheimerovou chorobou, ale také jeho rodině, na jejichž bedrech leží hlavní péče. Pro pečujícího bychom si měli vyhradit dostatek času, aby mohl otevřeně mluvit bez přítomnosti pacienta. Občas je nutné poskytnout pečovateli i podpůrnou psychoterapii.

Edukace

- Informovat o diagnóze Alzheimerovou chorobou,
- vysvětlit příznaky nemoci,
- názorně ukázat chyby, které pacient udělal při vyšetření (kresba, test hodin),
- informovat o výsledcích vyšetření (MR, CT),
- citlivě informovat o možné progresi onemocnění a okolnostech, které se k tomu vážou (ztráta soběstačnosti),
- v počátečních stádiích demence doporučit pečujícímu vyřešení důležitých záležitostí (závěť, stěhování, řízení auta), ovšem to až po navázání dobrého terapeutického vztahu,
- prosazování spolupráce s praktickým lékařem – indikace vyšetření,
- informovat o podmínkách a možnostech léčby, možných nežádoucích účincích, podmínkách úhrady,
- informovat o emočním vnímání nemocného (není proto vhodné ventilovat své stížnosti na pacienta před ním), o vhodnosti sociálních kontaktů,
- poskytnout pečovateli edukační materiály a brožury, nezavalit ovšem pečujícího množstvím brožur, stačí jedna kvalitní. Zdůraznit důležité pasáže a nezbytné informace sdělit pečujícímu osobně a opakovaně. Nezbytný prostor pro otázky. Možnost získání informací z internetových stránek,
- ke každému pečujícímu přistupujeme individuálně s ohledem na vzdělání, emoční stav a aktuální reakce. Je vhodné pečujícího připravit na progresi onemocnění, kdy už farmakologie ztratí účinek anebo způsobí nežádoucí účinky (agitovanost) (REGNAULT, 2011).

Spolupráce

- S pečujícím probrat nejobtížnější symptomy a očekávání od léčby. Toto očekávání se většinou týká denních aktivit, soběstačnosti apod.,
- Hodnotit efekt léčby na jednotlivé symptomy, např.: Problémový příznak: Neustále ukládá věci, kam nepatří. Efekt léčby: Dává brýle do krabičky na stole,
- Domácí úkoly - vedení deníčku chování, problémové symptomy s návrhy řešení apod.,
- Kontrola spolupráce s lékaři, nutná vzájemná informovanost.

Plán

Plánovat vyšetření, farmakoterapii, stanovení cílů.

Podpora

- Vytvořit prostředí důvěry, pocit „spojenectví“, možnost ventilace negativních emocí,
- nebagatelizovat strach z dědičnosti onemocnění,
- kontakt pro případ nouze,
- neodsuzovat selhání, projevit uznání.

Pomoc v péči

- Zdůraznit pečujícímu, že má vlastní život a měl by se věnovat svým zájmům, zajistit si chvíle volna,
- podpora pečujícího ve snaze zapojit do péče i další členy rodiny,
- informovat o možnostech sociální či zdravotní pomoci, popř. vhodné doby k zařazení nemocného do čekací listiny zařízení sociální péče,
- poskytnout kontakt na nejbližší pobočku České alzheimerovou společnosti či další zařízení zabývající se péčí o lidi s demencí.

Řešení konkrétních problémů

- Spolu s pečujícím zpracovat problémy v péči, chování apod., pomoci s vypracováním aktivačního programu pro nemocného (Zachované schopnosti: Fyzická zdatnost, vhodné aktivity: tanec, chůze, cvičení),
- informovat o pomůckách při inkontinenci (předepíše praktický lékař), poruchách hybnosti (chodítka),

- v terminálním stádiu připravit pečujícího na odchod nemocného (CALONNE, 2008).

Dopad na pečující osoby v případě vyčerpání pečujícího či nezvládnání péče, lze zajistit další pomoc, přechodné respitní či stacionární péče. Nezbytné jsou neustálé sociální kontakty nemocného, pokud nemá ve svém okolí mnoho přátel, je možnost navštěvovat denní stacionáře.

Kontakt s pečujícími po úmrtí nemocného

- Citlivě informovat o neuropatologickém nález, možnosti genetické zátěže,
- informovat o možnostech potencionální prevenci Alzheimerovou chorobou,
- poskytnout prostor pro ventilaci pocitů ze ztráty,
- Někdy pečujícího trápí nově vzniklý volný čas, který předtím vyplňovala péče o nemocného – vhodné navrhnout aktivity (DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

4 Sociálně právní problematika

Pečující o pacienta s demencí by měl být informován již na začátku péče o možnosti zajištění příspěvku na péči (800 - 12000 Kč dle stupně závislosti). Žádost je dostupná na webových stránkách, nebo k dostání na obecním úřadě obce s rozšířenou působností, kam poté vyplněný formulář odevzdá. Péče o osobu blízkého je možné započítat v rámci důchodového pojištění. Pečující může podat žádost na úřad, který vyplácí sociální dávky pro postiženého (HALOVÁ, 2010).

Na požádání může pečující dostat od úřadu, který vyplácí příspěvek na péči, potvrzení pro blízkou osobu, což slouží jako doklad pro zdravotní pojišťovnu a Českou správu sociálního zabezpečení. Zdravotní pojištění tak platí stát a doba pečování o pacienta je započítávána jako náhradní doba pro důchodové pojištění. Obecní úřad s rozšířenou působností může přiznat i mimořádné výhody, kdy může např. uplatnit slevy na kompenzační pomůcky aj. Pečující by měl být informován o dalších způsobech zajištění péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou např. charitní službou, pečovatelskou službou, stacionáři, home care (mobilní ošetřovatelská služba) aj. (CALLONE, et al., 2008).

Někdy je nutné řešit otázku zbavení způsobilosti k právním úkonům a stanovení opatrovníka. Návrh, obsahující iniciály nemocného, důvod návrhu, lékařská zpráva, kontakty a jméno navrhovaného opatrovníka, se podává soudu v místě bydliště. Tentýž soud provede odborné vyšetření soudním znalcem z oboru psychiatrie. U pacientů s Alzheimerovou chorobou je třeba, také řešit otázku řízení auta, jelikož daná diagnóza je pro řízení vozidla už riziková od počátečních stádií a tudíž by měla vést k odebrání řidičského průkazu. Tato situace se řeší s praktickým lékařem a je nutné písemně vyrozumět dopravní inspektorát. U pacientů s Alzheimerovou chorobou je indikován invalidní důchod. Žádost se podává na Okresní správě sociálního zabezpečení v místě bydliště. Je potřeba doložit průkaz totožnosti nemocného, doklady o vzdělání a zaměstnání. Úřad si následně vyžádá také vyjádření lékaře (REGNAULT, 2011).

5 Prevence

Nejpřínosnější prevencí je aktivní způsob života, zdravý životní styl a duševní práce a rovnováha. Vzhledem k zachování duševního zdraví je zapotřebí aktivního života a neustálého procvičování mozku, nelze jen žít pasivním životním stylem. Senioři a nejen tato věková skupina potřebují trénovat svou paměť, což lze aplikovat při učení nových poznatků, přijímání nových informací, luštění křížovek, četbou, cestováním, nebo aktivizačním programem, který vychází z dohody s psychologem (DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

Výzkumy bylo zjištěno, že v prevenci Alzheimerovy choroby se uplatňuje vliv malého množství alkoholu, kdy lidé jsou méně náchylní k Alzheimerově chorobě. Alkohol působí protizánětlivě a zvyšuje hladinu HDL cholesterolu, což nám napomáhá oddalovat rozvoj demence. Vysoké množství antioxidantů, vyskytující se v červeném víně, je pozitivní faktor v boji proti Alzheimerově chorobě. Takové antioxidanty snižují srážlivost krve a rozšiřují krevní řečiště. Tím se usnadňuje a zrychluje průtok krve cévami a podporuje se kognitivní funkce mozku. Bílé víno obsahuje méně antioxidantů, proto je méně doporučováno. Nedávný výzkum dokázal, že starším lidem, kteří vypili jednu, až dvě sklenky vína týdně hrozilo ve srovnání s abstinenty o 37% nižší riziko výskytu choroby. Naopak pokud je jedinec silný alkoholik, šance na projev choroby se zdvojnásobuje. Vědci z University of California zjistili, že nestřídmé pití alkoholu posune člověka o 2 - 3 kroky blíže k Alzheimerově chorobě. Silné a nárazové pití alkoholu mezi staršími lidmi přispívá k tzv. „tiché epidemii“, demencí způsobených alkoholem, což tvoří až 10% celkového počtu všech demencí. I dospělí lidé pijící střídmě nebo středně silně, avšak nárazově na různých oslavách a společenských akcích, se vystavují vyššímu riziku demence. Finská studie ukázala, že dospělí, kteří se oddávali nárazovému pití alkoholu ve středním věku a vypili např. více jak 5 piv nebo láhev vína na posezení, byli o 20 let později až 3x náchylnější k rozvoji demence, včetně Alzheimerovy choroby. Alkoholem způsobený stav zvaný „okno“ či opilost

způsobující stav podobný bezvědomí, zvyšuje riziko 10x už v případě, pokud k těmto situacím dojde 2x během jednoho roku (CARPER, Jean, 2011).

Další položka je kyselina alfa lipoová a acetyl – L - karnitin: tyto doplňky potravy obnovují a omlazují stárnoucí mozek. Kyselina alfa lipoová je nejsilnějším antioxidantem a omlazujícím prostředkem pro stárnoucí mozek. Působí obzvláště silně, pokud je podávána v kombinaci s acetyl – L - karnitinem. Průkopníky výzkumů těchto dvou potravinových doplňků byli Tony Hagen, Ph.D., a Bruce Amesem, Ph.D. Mozkové buňky potřebují Acetyl – L -karnitin jako palivo pro udržení chodu mitochondrií. Dodáním mozkovým buňkám Acetyl – L - karnitin podpoříme činnost mitochondrií, což má za následek zlepšení mentální a fyzické energie. Důležitý úkol, který vykonává kyselina lipoová, spočívá v hlídání mitochondriální energie a ochraně před ničivými útoky volných radikálů (CARPER, Jean, 2011).

Mezi další položku patří anestezie, kdy podle výzkumu Rodericka G. Eckenhoffa laboratorní zvířata vystavená běžným plynům používaných v anesteziologii (isofluran), vykazují zvýšené odumírání mozkových buněk, tvorbu toxických shluků beta - amyloidu a dlouhotrvající kognitivní potíže, včetně ztráty paměti. Taková anestetika by mohla urychlit nástup demence a Alzheimerovu chorobu, zejména u mozků starých lidí. Výzkumy dokazují nejen to, že při použití isofluranu jsou důsledky aktivity beta - amyloidu velice toxické až fatální, ale také, že nositelé genu ApoE4 mohou být postiženi zvláště těžce. Je nutné i zmínit působení antibiotik, kdy nedávná studie prokázala, že tříměsíční podávání dvou ATB, doxycyklinu a rifampinu, zpomalilo u pacientů s Alzheimerovu chorobu zhoršování kognitivních funkcí. Bohužel, jakmile se podávání ATB ukončí, zlepšení duševních a mentálních schopností rychle mizí. Existují důvody k předpokladu, že pokud se ATB podávají ve středním a vyšším věku, než se objeví příznaky Alzheimerova choroba, mohou v jisté míře potlačit či oddálit její nástup (CARPER, Jean, 2011).

Jak již bylo řečeno, antioxidanty mají pozitivní vliv na kognitivní funkce mozku. Dokáže zpomalit zhoršování těchto funkcí a tím pomáhají v prevenci Alzheimerovy choroby. V Chicagu proběhl pokus, díky němuž se zjistilo, že denní konzumace tří porcí čerstvé zeleniny zpomalila ve výzkumné skupině

lidí postup zhoršování paměti o 40% ve srovnání s kontrolní skupinou, jejíž členové konzumovali méně než jednu porci zeleniny denně. Vědci z Columbia University zjistili, že nejlepšími potravinami proti Alzheimerově chorobě jsou: rajčata, křížatá zelenina neboli brukvovitá zelenina (zelí, květák, řeřicha, brokolice, růžičková kapusta), listová zelenina, ovoce, ořechy a samozřejmě také ryby. Důležité je také jíst i jedlé slupky z ovoce, kde se nachází až 31% antioxidantů. Potraviny s nejvyšším obsahem antioxidantů jsou: černé maliny, bezinky, zlaté rozinky, plané a letní borůvky, artyčoky, brusinky, sušené švestky, černý rybíz, švestky, ostružiny, česnek, červené maliny, zahradní borůvky, jahody, datle, třešně, syrové fíky, červené zelí, jablka se slupkou, červený salát, hrušky se slupkou, chřest, sladké brambory, pomeranče, mladá nať kořenové zeleniny, avokádo, červené hrozny, ředkvičky, špenát. Další položek, které ovlivňují Alzheimerovu chorobu, je nespočetně mnoho a už záleží jen na jedinci, kterým se bude vyhýbat, nebo naopak je zařadí do svého každodenního života (CARPER, Jean, 2011).

6 Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: L. Z.	Pohlaví: žena
	Věk: 80
Vzdělání: střední	Zaměstnání: důchodkyně
Stav: rozvedená	Státní příslušnost: německá
Datum přijetí: 12.5.2011	Typ přijetí: plánované
Oddělení: Domov pro seniory – oddělení se zvláštním režimem	Ošetřující lékař: MUDr. W. O.

Důvod přijetí udávaný pacientem: V poslední době jsem nemohla ve své domácnosti nic najít, pořád mi někdo přemísťoval věci a nikdo z rodiny nevěděl, jak mi pomoci.

Medicínská diagnóza hlavní: Morbus Alzheimer

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Diabetes melitus II. typu.
- Struma.
- Katarakta.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 110/70 mm Hg	Výška: 170 cm
P: 77 ' minutu	Hmotnost: 73,1 kg
D: 16 ' minutu	BMI: 30, 04
TT: 36 °C	Pohyblivost: omezená
Stav vědomí: orientovaná	Krevní skupina: A , Rh pozitivní

Nynější onemocnění:

Paní L. Z. je v současné době pacientkou Domova pro seniory v Norimberku. Od roku 2001 trpí demencí Alzheimerova typu. Pacientka byla umístěna v letech 2001 - 2006 v Domově pro seniory ve Frankfurtu. Paní L. Z. je chodící pacientkou bez pomoci a zcela inkontinentní, přijímá normální vyváženou stravu obvykle na základě slovní výzvy. Ze sociálního hlediska pacientce nedělá potíže se začlenit do kolektivu mezi ostatní pacienty. Komunikace s pacientkou bývá problematická z důvodů nedoslýchavosti. Návštěvy rodiny nejsou časté jen ve dnech státem uznaných svátcích. Norimberským úřadem byl přiznán příspěvek na péči v plné výši.

Informační zdroje: dokumentace, rodina, sousedka, pacient, ošetřovatelský personál.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: v 65 letech zemřela na celkové selhání ledvin

Otec: v 70 letech zemřel na srdeční příčinu

Sourozenci: sestra – doposud zdravá, důchodkyně

Děti: 1 dcera

Osobní anamnéza :

Překonané a chronické onemocnění: Diabetes melitus II. typu, Katarakta

Hospitalizace a operace: 13.1.2009

Úrazy: v roce 2009 pád na kluzkém povrchu v koupelně

Transfúze: žádné

Očkování: povinné

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Axura Stetterpach	kapsle	20mg	1 – 0 – 1 - 0	Nootropika

Alergologická anamnéza: negativní

Léky: negativní

Potraviny: negativní

Chemické látky: negativní

Jiné: žádné

ABÚZY

Alkohol: dcera udává 2x týdně 2dcl červeného vína

Kouření: nekuřačka

Káva: nepije

Léky: negativní

Jiné drogy: negativní

<p>Gynekologická anamnéza</p> <p>(u žen)</p>
<p>Menarché: již nemá</p> <p>Cyklus:</p> <p>Trvání:</p> <p>Intenzita , bolesti:</p> <p>PM:</p> <p>A:</p> <p>UPT:</p> <p>Antikoncepce:</p> <p>Menopauza: 50</p> <p>Potíže klimakteria: prožívala výkyvy nálad</p> <p>Samovyšetřování prsou: nejuje</p> <p>Poslední gynekologická prohlídka: 2.12.2012</p>

Sociální anamnéza:

Stav: rozvedená

Bytové podmínky: bydlela sama s dcerou v bytě 2+1

Vztahy, role a interakce v rodině: vztahy nejsou ideální, za pacientkou chodí rodina pouze o svátcích

Mimo rodiny: se sousedy měla dobré vztahy, sousedka pacientku chodí pravidelně navštěvovat

Záliby: ráda si čte noviny a časopisy

Volnočasové aktivity: Ve volném čase si ráda čte časopisy a knihy, nebo si prohlíží svojí sbírku fotek. S radostí se účastní všech aktivit a terapií s ostatními pacienty. V oblíbené má kolektivní zpívání. Převahu dne pokud nemá pacientka program, sedává ve společenské místnosti a pozoruje, co se kolem její osoby děje. Často si povídá s ostatními pacienty jaké je dnes počasí, zda - li jim dneska chutnal oběd apod.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: střední vzdělání

Pracovní zařazení: důchodce

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: -

Vztahy na pracovišti: byly vždy dobré

Ekonomické podmínky: střední

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: jsem věřící, vyznávám římskokatolickou církev

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 12. 5. 2011

v 11:00 hod

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„V poslední době mě bolí ráno a k večeru hlava, nosím denně brýle.“	Hlava: Normocefalická, na poklep nebolestivá. Bulvy ve středním postavení, zornice izokorické, spojivky růžové, bez ikteru. Nos: bez patologie. Uši: bez deformit a výtoku. Dutina ústní: sliznice často suchá. Krk: šije volná, štítná žláza bez patologií, náplň krčních žil nezvětšená, pulzace karotid symetrické.
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi dobře.“	Hrudník: symetrický, dýchání alveolární, symetrické, bez vedlejších šelestů. Spontánní dýchání. Dechová frekvence 16'. Bez cyanózy.
Srdeční a cévní systém	„Srdíčko mám v pořádku.“	Srdeční akce je pravidelná, TK: 130/80 torrů, srdeční ozvy ohraničené bez šelestů. P: 68' minutu, dobře hmatný. Horní a dolní končetiny bez otoků.

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kosterní a svalový systém	„Necítím se slabě, jen mám občas problém se vstáváním.“	Páteř: bez patologických změn, sníženy obratle. Pohyblivost stížená z důvodu věku. Klouby: bez patologických změn.
Nervový a smyslový systém	„ Zrak mám horší, nosím brýle na čtení, a co se týče vybavení některých věcí mám s tím občas problém.“	Ne vždy orientovaná v čase a prostoru problém vychází ze základního onemocnění.
Endokrinní systém	„ Nevím, co bych odpověděla.“	V minulosti problém s endokrinním systémem – Struma. Již jsou hladiny v normě.
Imunologický systém	„ Neumím se vyjádřit.“	Alergie negativní, lymfatické uzliny nezvětšené. TT: 36, 8 C.
Kůže a její adnexa	„ Kůži mám velmi suchou vzhledem ke svému věku.“	Kůže teplá, bez ikteru a cyanózy, kožní turgor nižší. Z důvodu inkontinence kůže sedací oblasti zarudlá. Nehty čisté, upravené. Vlasy krátké, čisté. Pot přítomný.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„ Jím pravidelně.“	
	V domově pro seniory	„ Dostává fyziologickou výživu, příjem je snížený.“	Dieta 9 diabetická. Pacientka přijímá stravu na slovní výzvu. Kožní turgor snížen.
Příjem tekutin	Doma	„Vypiji 2 litry tekutin denně.“	
	V domově pro seniory	„Vypije 1 - 2 litry a to s vybízením ze strany zdravotnického personálu.“	Dieta 9 diabetická.
Vylučování moče	Doma	„ Mám problém s občasným pomočováním.“	
	V domově pro seniory	„ Používání inkontinentních vložek je mi nepříjemné.“	Inkontinentní pomůcky, výměna co 3 hodiny. Moč je čirá bez patologických příměsí.
Vylučování stolice	Doma	„ Problém se stolicí nemám, na toaletu chodím pravidelně.“	

	V domově pro seniory	„Nemám problém se stolicí.“	Stolice nepravidelná 1x za tři dny. Bez patologických příměsí. Poslední stolice 10. 5. 2011
Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	„ Spím bez problému.“	
	V domově pro seniory	„ Nemám problém spát ani v mém novém pokoji.“	Spánek bez problému.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Odpočívám aktivně, chodím na procházky.“	
	V domově pro seniory	„V noci se občas probudím, pospávám i přes den.“	Pacientka je buzena z důvodu nucení na toaletu.
Hygiena	Doma	„Doma mi vypomáhá sousedka nebo zdravotnický personál, který ke mně, co 2. den dojíždí domů“	

	V domově pro seniory	„Bohužel, už se nedokážu o sebe postarat jak dřív.“	Hygienickou péči zabezpečuje ošetřující personál. V koupelně, kdy se pacientka posadí na toaletní židli. Péče o osobní a lůžkové prádlo.
Samostatnost	Doma	„Poslední dobou jsem potřebovala pomoc od svého okolí.“	
	V domově důchodců	„Jsem momentálně odkázána na ošetřující personál, ale snažím se sestřičkám pomáhat.“	Pacientka je závislá na oš. personálu spolupracuje.
Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Občas stavy zmatenosti.“	Při vědomí, lucidní.
Orientace		„Orientaci mám někdy špatnou, ale za to může můj věk.“	Někdy dezorientovaná místem i časem.
Nálada		„Mám i špatnou náladu.“	Pacientka má

		někdy fáze, kdy trpí špatnou náladou a nespolupracuje.	
Paměť	Staropaměť	„Bez problému.“	Většinou si dobře vybavuje informace, bez poruchy.
	Novopaměť	„Spíše jen krátkodobá paměť.“	Pacientce dělá potíže si některé informace vybavit.
Myšlení		„Zpomalené.“	Snížené myšlení z důvodu onemocnění.
Temperament		„Klidný, vyrovnaný.“	Sangvinik.
Sebehodnocení		„Neví co odpovědět.“	Pacientka neví, co má odpovědět a nechce se o tom bavit.
Vnímání zdraví		„Je vyrovnaná.“	Změnu zdravotního stavu pociťuje.
Vnímání zdravotního stavu		„Říká, že na svůj věk je zdravá.“	Pacientka vnímá zhoršení zdravotního stavu.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění		„Nereaguje“	Neprojevuje žádnou reakci.

Reakce na hospitalizaci	„ Mám se tady dobře, skoro jako doma“	Výborná. Rychle se adaptovala.
Adaptace na onemocnění	„ Jsem ráda, že tady jsem, nic mi nechybí“	Adaptovaná.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„ Bez strachu“	Nejsou zaznamenány příznaky strachu.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Hospitalizovaná jsem byla jednou, zkušenosti mám dobré, byl tam příjemný personál.“	

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„ Ráda si povídám s ostatními pacienty a se sestřičkami“	Využívá verbální i neverbální projevy, snaží se komunikovat.
	Neverbální	„ Neví co odpovědět “	Využívá verbální i neverbální projevy, snaží se komunikovat.

Informovanost	O onemocnění	„Jsem informovaná o svém zdravotním stavu.“	Pacientka je pravidelně informován ošetřujícím lékařem a staniční sestrou.
	O diagnost. metodách	„Jsem informovaná, lékaři i sestry mi všechno říkají a vysvětlují.“	Pacientka je pravidelně informován ošetřujícím lékařem a staniční sestrou. Informacím zcela nerozumí.
	O léčbě a dietě	„Jsem informovaná, lékaři i sestry mi všechno říkají a vysvětlují.“	Pacient je pravidelně informován ošetřujícím lékařem, všeobecnou sestrou nebo nutriční terapeutkou.

	O délce hospitalizace	„Nevím, jak dlouho tady zůstanu.“	Pacientka ukončí pobyt v domově pro seniory dle rozhodnutí opatrovníka – dcery.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)		Důchodkyně 80 let.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)		Je matka jedné dcery, momentálně role nenaplněna.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)		Snaží se pochopit svoji situaci a snaží se zadaptovat.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření:

- Test MMSE
- Odběry biologického materiálu – krev, moč
- EKG
- RTG plic
- CT mozku
- EEG mozku
- Vyšetření neurologem, psychologem
- EP vyšetření
 - Audiologické vyšetření
 - Vyšetření na OCT (optická koherentní tomografie)

Výsledky: Lékaři stanovili dg. Alzheimerova choroba, která se pohybuje ve stádiu

1 - 2

Konzervativní léčba: neproběhla

Dieta: 9

Pohybový režim: 2

RHB: ergoterapie

Výživa: Pevná strava

Medikamentózní léčba:

- **Per os:** Axura Stetterpach (dávkování 1 – 0 – 1 – 0)
- **Intra venózní:** žádná

- **Per rectum:** Dicolax dle potřeby

Chirurgická léčba:

V roce 1968 byla pacientka hospitalizována v klinice Norimberk. Důvodem byl akutní zánět apendixu. V roce 2009 hospitalizována v téže nemocnici z důvodu zlomeniny krčku (pád na kluzké podlaze).

SITUAČNÍ ANALÝZA

Paní je v současné době pacientkou Domova pro seniory v Norimberku. Od roku 2001 trpí Alzheimerovou chorobou. Má jedno dítě. Dcera Veronika je v současné době pracovně mimo republiku. Pacientka byla umístěna v letech 2011 v Domově pro seniory v Norimberku. Paní je mobilní, je plně inkontinentní a přijímá pevnou stravu. Městským úřadem v Norimberku jí byl přiznán příspěvek na péči v plné výši. Komunikace je problematická z důvodů nedoslýchavosti. Návštěvy dcery nejsou moc časté, paní domů nechodí.

STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny na základě anamnézy, priorit pacienta a NANDA 1.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Nedostatečná výživa
2. Celková inkontinence moči
3. Deficit sebepéče při koupání a hygieně
4. Porušená interpretace okolí

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin
2. Riziko intolerance aktivity
3. Riziko bezmocnosti
4. Riziko osamělosti

Ošetrovatelská diagnóza 1 :

Nedostatečná výživa z důvodu nezájmu o jídlo, projevující se váhovým úbytkem navzdory doporučenému příjmu potravy.

Cíl: Zvýšit zájem o doporučené množství denního příjmu potravy – do 2 týdnů

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

Pacientka do 12hod sděluje 5 věcí o důležitosti příjmu potravy.

Pacientka do 2 týdnů přibývá na váze o 2kg.

Pacientka přijímá za 24 hod 1-2 litry tekutin.

Plán intervencí:

Informuj pacientku o důležitosti příjmu potravy (z hlediska výživových hodnot) – sestra.

Pravidelně kontroluj váhu pacientky a BMI (každý třetí den) – sestra.

Ved' 24hodinový záznam o příjmu tekutin – sestra.

Pobízej pacientku k dostatečnému příjmu potravin a tekutin – sestra.

Umožni pacientce provedení obvyklých stravovacích návyků (modlitba, umývání rukou aj.) – sestra.

Zajisti před jídlem čistý vzduch a vhodné prostředí – sestra.

Umožni pacientce výběr jídla dle vlastní chuti – sestra.

Konzultuj s nutričním pracovníkem sestavení jídelníčku – sestra, nutriční terapeut.

Dbej na ohleduplný a laskavý přístup, ved' pacientku ke spolupráci – sestra.

Pečuj u pacientky o hygienu dutiny ústní – sestra.

Realizace:

7:00 – 5:30 – vedení záznamu o příjmu tekutin.

7:00 – zajištění stravovacích návyků – sestra, asistent.

7:30 – zajištění vyvětraného pokoje – sestra, asistent.

8:00 – podání léků dle ordinace lékaře – sestra.

8:15 – pacientka si vybrala snídani podle vlastní chuti – sestra, asistentka.

8:30 – doporučené množství stravy bylo dodrženo a pacientka celou porci snídaně, zkonsumovala – sestra.

8:40 – byl zaznamenán příjem stravy a tekutin – sestra, asistent.

9:00 – edukace pacientky o hygieně dutiny ústní – sestra.

11:00 – kontrola hmotnosti a BMI záznam do dokumentace – sestra.

14:00 – konzultace s nutričním terapeutem o doporučeném jídelníčku – sestra, nutriční terapeut.

14:30 – odpolední klid spjatý s pitím kafe a vhodnými aktivitami - specializovaný pracovníkem.

15:00 – 5:30 – vedení záznamu příjmu tekutin – sestra.

Vyhodnocení po 2 týdnech:

Pacientka se aktivně podílí na spolupráci – sděluje, co by si přála k jídlu z výběru stravy.

Pacientka pravidelně přijímá tekutiny (napomáhá jí k tomu obrázek, na kterém je sklenice s vodou a motivace od zaměstnanců).

Pacientka se aktivněji zapojuje do péče o dutinu ústní.

U pacientky byl váhový příjem zvýšen o 1kg.

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je potřeba aktivně pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza 2 :

Celková inkontinence moči z důvodu omezení schopnosti vědomé kontroly vyprazdňování moči, způsobené oslabením svalstva pánevního dna.

Cíl: Pacientka dochází na toaletu s odborným personálem každé tři hodiny tím je snížen nekontrolované pomočování po dobu 24. hod.

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

Pacientka dochází s odborným personálem každé tři hodiny na toaletu.

Pacientka procvičuje s fyzioterapeutem 2x týdně posilování pánevního dna.

U pacientky po 24hod kontrolujeme potřebu výměny inkontinentních pomůcek.

Plán intervencí:

Ved' záznam četosti nucení na močení a intervaly mezi začátkem nucení a prvními projevy potřeby močení – sestra.

Doprovázej pacientku pravidelně na toaletu – sestra.

Zajisti klidné prostředí (aby nedošlo k rozptylování P) – sestra.

Sleduj množství a charakter vyloučené moči – sestra, asistent.

Proved' vyšetření na základě lékařského doporučení – sestra.

Udržuj přísun tekutin mezi 1- 2 litry denně – sestra.

Nabízej tekutiny ve stanovené době, aby si pacientka vytvořila pravidelný cyklus močení – sestra.

Zajisti pacientce fyzioterapeutické cvičení – sestra.

Poskytni pacientce pomoc, signalizaci, podložní mísu v dosahu pacientky – sestra, asistent.

Zajisti dostatek inkontinentních a hygienických pomůcek – sestra.

Ved' a zajisti důkladnou hygienickou péči – sestra, asistent.

Realizace:

7:00 – vedení záznamu o výdeji a příjmu – sestra, asistent.

7: 30 – byl proveden odběr na přítomnost cukru v moči – sestra, asistent.

10:00 – pacientka dodržuje pitný režim, ale je nutná kontrola – sestra.

11:00 – pacientka dochází za dohledu pravidelně každou hodinu na toaletu – sestra,
asistent.

24. hod je zajištěn dostatek inkontinentního materiálu – sestra.

Vyhodnocení po 24 hodin:

Pacientka tvrdí, že všemu rozumí - vyvolávající příčiny svého onemocnění a snaží se překonat a zmírnit jeho následky.

Výměna inkontinentních pomůcek byla snížena ze 4 inkontinentních vložek na 3 za dopoledne (do 13:00).

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je potřeba aktivně pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza 3 :

Deficit sebedpěče při koupání a hygieně způsoben kognitivním postižením, projevující se neschopností provádět a dokončit osobní hygienu.

Cíl: Zvýšit samostatnost při hygieně

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

Pacientka do 14 dní ráno vstává bez vyzvání a jde do koupelny a vykoná 2 činnosti bez pomoci personálu (posadí se na toaletu, následně se sama vysvlékne oblečení).

Pacientka do 7 dnů vyjmenuje 5 věcí, které si sama u sebe dokáže obstarat.

Pacientka do 14 dnů provádí sama hygienu horní poloviny těla a vyzve personál, aby ji poskytl 4 hygienické pomůcky.

Plán intervencí:

Vypracuj ošetrovatelský plán podle individuálních potřeb pacienta – sestra.

Dbej na soukromí pacientky – sestra, asistent.

Komunikuj a sbírej nové informace o P – sestra.

Využij motorickou a slovní instrukci k provedení hygieny - sestra.

Zapoj pacientku do vlastní péče – sestra, pacient.

Respektuj hygienické návyky a rituály pacienta – sestra.

Realizace:

7:00 – Ošetrovatelský plán byl vypracován za konzultace s pacientkou.

7:30 – zajištění pomůcek a dostatečného času pro hygienu – sestra, asistent.

8:00 – Byla provedena hygienická péče, pacientka samostatně vstala z postele, šla na WC a následně po sdělení si vyčistila zubní protézu a sama bez vyzvání si ji nasadila,

dále byla provedena hygienická péče – sestra.

8:30 – Po dokončení hygienické péče si pacientka šla nakrémovat obličej a ruce – sestra.

9:00 – Pacientka po slovní výzvě přišla ke snídani – sestra.

Vyhodnocení po 14 dnech:

Pacientka se aktivně podílí na spolupráci – sama vstává z postele, čistí si zubní protézu a samostatně si ji nasadí.

Pacientka většinou přijde ke snídani sama bez slovního vybídnutí.

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je potřeba aktivně pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza 4 :

Porušená interpretace na základě zhoršené orientace, projevující se občasná dezorientace ve známém i neznámém prostředí

Cíl: Zlepšit orientaci v prostředí

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

Pacientce je do 8 hod zajištěna bezpečnost pomocí 3 zásadami pro pacienty se zhoršenou orientací.

Pacientka do týdne přichází sama každé ráno do společenské místnosti bez zabloudění.

Pacientka dokáže soustředit pozornost z 15minut na 30minut, pokud mluvíme srozumitelně a o záležitostech, které ji zajímají.

Plán intervencí:

Zajisti pacientce stálou kontrolu – sestra.

Podpoř aktivitu – sestra, ergoterapeut.

Vyhrad' čas pacientky na odpočinek – sestra.

Zajisti snížení počtu rozhodnutí, které musí pacientka činit současně, aby se emociálně nevyčerpal – sestra.

Nauč pacientku identifikace sebe samého – ergoterapeut, sestra.

Vybav pokoj pacientky jednoduchými orientačními pomůckami (např. kalendář číslicí jednoho dne) – ergoterapeut.

Zajisti bezpečnost úrazu (zamykej nechráněné prostory) – sestra, asistent.

Sleduj běžné denní činnosti (výběr oblečení s ohledem na počasí, letního období apod.) – sestra, asistent.

Zajisti identifikaci pacientky (přívěšek s údaji).

Realizace:

7:00 – kontrola zda - li má pacientka přívěšek s údaji – sestra, asistent.

8:30 – po snídani si jde pacientka vždy odpočinout – sestra.

10:00 – pokoj pacientky je doplněn velkým návěsným kalendářem 8:30 – doporučené množství stravy bylo dodrženo a pacientka veškeré jídlo, které pacientce bylo nabízeno.

11:00 – dveře od schodiště jsou přelepeny stejnou tapetou co je na oddělení, aby pacientku nevedly k nekontrolovatelnému odchodu.

14:00 – pacientka si jde po obědě odpočinout – sestra.

17:30 – pacientka přišla sama do jídelny a po cestě nikde nezabloudila.

19:00 – pacientka jde spát, pokoj nachází dle vlastní fotografie a jména na dveřích pokoje.

Vyhodnocení po 7 dnech:

Pacientka se zatoulala jen pětkrát během 7 dnů.

Pacientka se lépe orientuje na oddělení pomocí obrázků, které jsou umístěny na dveřích.

Pacientka každý den stráví hodinu s ergoterapeutkou, kdy si malují podle šablony, nebo skládají papírové předlohy a společně plynule komunikují.

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je potřeba aktivně pokračovat.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

U pacientky je vhodné zvážit zvýšené zapojení sestry pacientky nebo její oblíbené sousedky, například při pomoci s koupáním, k motivaci příjmu tekutin, nebo zapojení do společenských aktivit. Sestra, či sousedka mohou pacientce donést staré fotografie a společně komunikovat, co konkrétní fotografie vyznačují, v jakém roce byla fotografie pořízena, nebo konverzovat na daný rok a tím si zároveň zavzpomínat a procvičit činnost mozku.

Pacientka je velice spokojená, je ráda ve společnosti všeobecných sester a ergoterapeutů. Prováděné aktivity vykonává společně s někým, koho zná a díky tomu se i lépe adaptuje a učí se aktivitám, které jsou zaměřeny pro pacienty s Alzheimerovou chorobou, např. každý večer se pokusí pacientka shrnout, co celý den dělala, může být použito otázek - co bylo k snídani, obědu a večeři. Bude nenuceně procvičována její paměť. Dále je dobré si zahrát s pacientem dámu, pexeso anebo nechat překreslit lehký obrázek, po dokončení kresby originální obrázek schovat a pacient si musí dané části vybavit z paměti.

Při těchto aktivitách dojde i ke zlepšení nálady a psychické rovnováhy pacientky. Pokud bude cvičit i s blízkými, má to dvojnásobný výsledek. Okolí lépe pochopí a pozná stav pacientky, naopak pacientka bude ráda, že jsou v její blízkosti lidé, které zná a bude mít pocit většího bezpečí.

V případě rozhodnutí ukončení hospitalizace je možnost poskytnutí poradenství s výběrem pomůcek – zorientování rodiny na co má nárok, co hraří pojišťovna, co by bylo potřeba, například výběr hygienických pomůcek, pomůcky na koupání apod.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo vytvoření plánu a realizování ošetrovatelské péče u pacientky s Alzheimerovou chorobou. Cíl byl splněn a byl vypracován komplexní ošetrovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou chorobou.

V bakalářské práci byly uvedeny teoretické a praktické informace, které nám napomohly i ke správnému průběhu celého procesu, zjištění a zpracování dat. Mohli jsme díky získaným odborným znalostem přistupovat k pacientce individuálně dle jejich zvyků, potřeb, charakteristických rysů osobnosti, typu charakteru, temperamentu a celkového zdravotního stavu i na základě stupně onemocnění Alzheimerovy choroby. Pacientka měla pocit bezpečí, náklonnosti, ochotně s námi spolupracovala a zároveň neměla obavy z nového denního programu ze strany zdravotnického personálu, tak i ergoterapeutů. Sběrem a zpracováním informací bylo přispěno nejen ke zjištění, že není jen prioritou u pacientky s Alzheimerovou chorobou medicínská léčba, ale i její plné zapojení do běžného režimu života, kdy tím získávala ustálený režim, který napomohl pacientce k lehčímu a systematickému stylu každodenního života v domově pro seniory.

V ošetrovatelském procesu byly stanoveny aktuální a potenciální potřeby pacienta dle modelu Trachtové a ošetrovatelské diagnózy, které byly nadále zpracovány za pomoci ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I. Pokračováno bylo s návrhy cílů a ošetrovatelských intervencí, které byly u daného pacienta aplikovány v praxi.

Pro úplné autentické pochopení Alzheimerovy choroby lze dohledat na internetu tyto filmy, díky kterým je možné nahlédnout do života pacienta s Alzheimerovou chorobou (Filmy se jmenují Terry Prachett – Choosing a nebo německý film – Vater).

Vypracování této práce bylo zjištěno spoustu nových a užitečných informací, které umožnily i Alzheimerovu chorobu vidět zcela z jiného pohledu a pochopit její závažnost. Nové informace lze uplatnit nejen ve zdravotnickém zaměstnání, ale i ulehčit každodenní režim pacientům s demencí a Alzheimerovou chorobou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

KNIŽNÍ ZDROJE:

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ, 2010. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta. ISBN 80-204-2282-8.

BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Z angl. orig. přel. Hana Kašparová. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X.

CALONNE, Patricia R., 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Z angl. orig. přel. Jitka Klinkerová. 1. vyd. České. Praha: Grada. ISBN 80-247-2320-4.

CARPER, Jean, 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7429-194-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

FRANKOVÁ, Vanda, 2009. *Paní Anežka má demenci: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-633-5.

FRANKOVÁ, Vanda a Eva VYŠKOVSKÁ, 2010. *Program Mates: manuál pro skupinovou práci se seniory s poruchami paměti*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-205-6.

FRANKOVÁ, Vanda a kolektiv, 2011. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko – neurologicko - geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta.

ISBN 80-204-2423-5.

GEIGER, Arno, 2011. *Der alte König in seinem Exil*. München: Carl Hanser. ISBN 978-3-446-23634-9.

GLENNER, Joy A. a kolektiv, 2012. *Péče o člověka s demencí: průvodce pro rodinné příslušníky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.

HALOVÁ, Miroslava, 2010. *Nemocný v domácí péči. II, Demence a demence Alzheimerova typu: věnováno nemocným postižených [sic] demencí, zvláště pak demencí Alzheimerova typu a všem, kteří o ně pečují*. Bouzov: VEF Enterprises. ISBN 80-904611-0-9.

HOLMEROVÁ, Iva a kolektiv, 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*.

Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations.

ISBN 80-254-0177-4

HORT, Jakub a kolektiv, 2007. *Paměť a její poruchy – paměť z hlediska neurovědního*

a klinického. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN: 80-7345-004-5.

HORT, Jakub a Roman JIRÁK, 2007. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, co v učebnicích 20. století nebylo*. 1. vyd. Praha: MediMedia Information. ISBN 80-86336-07-7.

JAROŠOVÁ, Darja a kolektiv, 2012. *Využitelnost ošetrovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. ISBN 978-80-7464-000-1.

JIRÁK, Roman a kolektiv, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK, 2004. *Demence – Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-268-4.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-85783-30-4.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 80-247-1399-3.

NĚMCOVÁ, Jitka a kolektiv, 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář*

k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů. Praha [i.e. Plzeň]: Maurea. ISBN 978-80-904955-5-5.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence.* 1.vyd. Praha: Grada.

ISBN 978-80-247-1490-5.

PIDRMAN, Vladimír a Eduard, KOLIBÁŠ, 2005. *Změny jednání seniorů.* 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-363-X.

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

SYSEL, D., BELEJOVÁ, H., MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu.* Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0001-4.

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

ZACHARIAS, Sylvia, 2004. *Diagnóza Alzheimer: Helmut Zacharias: reportáž.* 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-218-8.

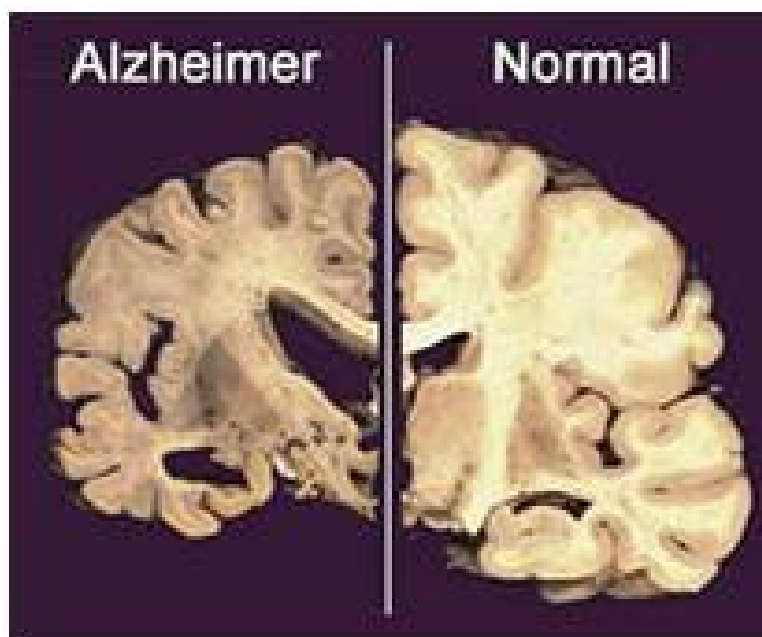
ODBORNÉ ČASOPISY:

Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. Praha: Mladá Fronta 2009. ISSN: 1210-0404.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	–	Poškozená mozková kůra	I
Příloha B	–	Fotografie Aloise Alzheimerera	II
Příloha C	–	Procentuální vyjádření výskytu Alzheimerovy choroby	III
Příloha D	–	Mini – mental State	IV
Příloha E	–	Test hodin	VI
Příloha F	–	Souhlas s požitím dat v německém jazyce	VII
Příloha G	–	Český překlad souhlasu o použití dat	VIII
Příloha H	–	Rešerše	IX

Příloha A - Poškozená mozková kůra



Zdroj : DOMOV MATKY VOJTĚCHY. [online].

[cit. 2013-05-26]. Dostupné z:

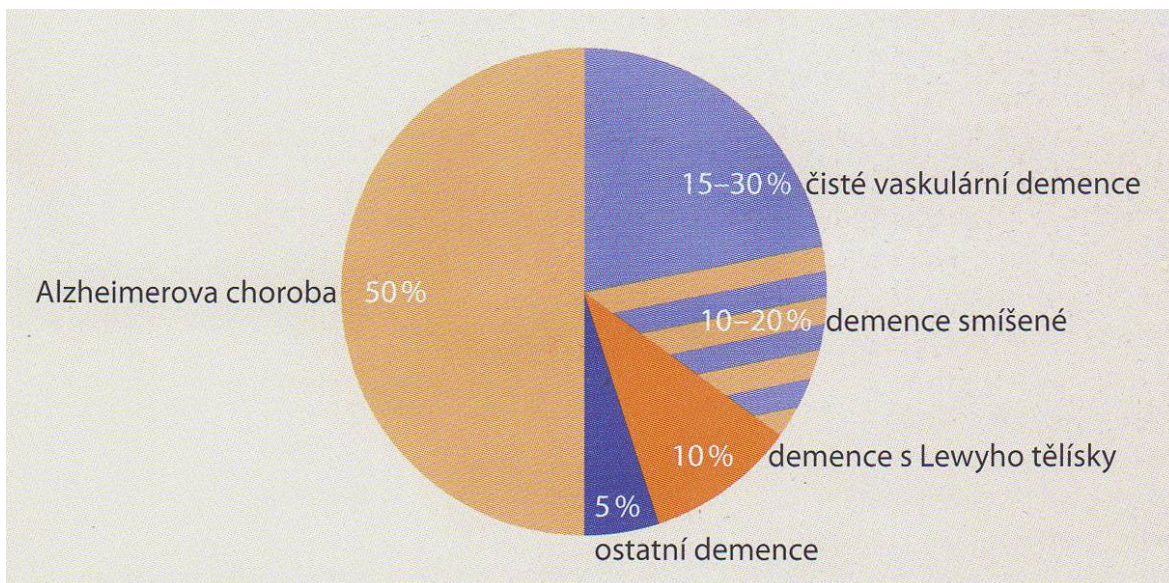
<http://www.alzheimerpt.cz/prachatice/o-nas/proc-a-kdo-jsme>

Příloha B - Fotografie Aloise Alzheimerera



Zdroj : Wikipedia. [online]. [cit. 2013-05-15].
http://cs.wikipedia.org/wiki/Alois_Alzheimer

Příloha C - Procentuální vyjádření výskytu Alzheimerovy choroby



Zdroj : HORT, Jakub a JIRÁK, Roman. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století nebylo.* Vyd. 1. Praha: MediMedia Information, 2007. 29 s. ISBN 978-80-86336-07-7.

Příloha D - Mini - mental State

NOVARTIS

Mini-Mental State Examination (MMSE) Test kognitivních funkcí

Datum vyšetření:

	1	2	3	4	5	6	7	8
den	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
měsíc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rok	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

JMÉNO PACIENTA: **ROK NAROZENÍ:**

Po celou dobu vyšetřování zachovejte neutrální postoj, nepomáhejte, nenaznačujte a dodržujte přesné pokyny k jednotlivým úkolům. Zapište 1 bod při správné odpovědi a 0 při chybě. K testování si připravte hodinky, tužku a list papíru.

1. Orientace
Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem.

Doporučujeme uznat odpověď Česká republika nebo Česko.

1. Který je dnes den v týdnu?

2. Kolikátého je dnes?

3. Který je měsíc?

4. Který je rok?

5. Které je roční období?

6. Ve kterém státě se nacházíme?

7. Ve kterém jsme městě?

8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti?

9. Jak se jmenuje tato nemocnice?

10. Na kterém poschodí se nacházíme?

2. Zapamatování
Slova vyslovujte zřetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 5x, než se je naučí. Jinak bude zkrácen výsledek položky výbavnost (4.).

Započítejte 1 bod za každé správně opakované slovo pouze při prvním opakování.

Můžeme si nyní vyzkoušet Vaši paměť? Řeknu Vám 3 slova. Pokuste se je po mě opakovat a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.

Lze využít druhou alternativní trojici slov, pokud je použití první sady z jakéhokoli důvodu nevhodné. Její použití si pro budoucí účely poznamenejte písmenem „a“ (alternativní) nad čtverečky.

„a“ (klíč) **lopata**

(auto) **šátek**

(člověk) **váza**

3. Pozornost a počítání
Instrukci se snažte vysvětlovat tak dlouho, dokud ji dotyčný nepochopí. V průběhu odečítání již není možné opakovat instrukci. Zastavte odečítání, až osoba odečte 5x za sebou.

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud osoba udělá chybu a dále odečítá/hláskuje správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Maximum je 5 bodů. Např. MROKP = 3 body.

Nyní odečítejte od čísla 100 opakovaně číslo 7, tedy sto mínus sedm, mínus sedm atd., dokud Vám neřeknu dost.

Ještěže posuzovaný tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho: Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

„AZ“ verze „7“

M 93

R 86

K 79

O 72

P 65

4. Výbavnost
Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Na pořadí slov nezáleží.

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a před chvílí zapamatovat.

(klíč) **lopata**

(auto) **šátek**

(člověk) **váza**

Zdroj: BARTOŠ, Aleš a HASALÍKOVÁ, Martina. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi* 1. Vyd. Praha: Mladá Fronta, 2010. 181s. ISBN: 80-204-2282-8.

Příloha D - Mini - mental State

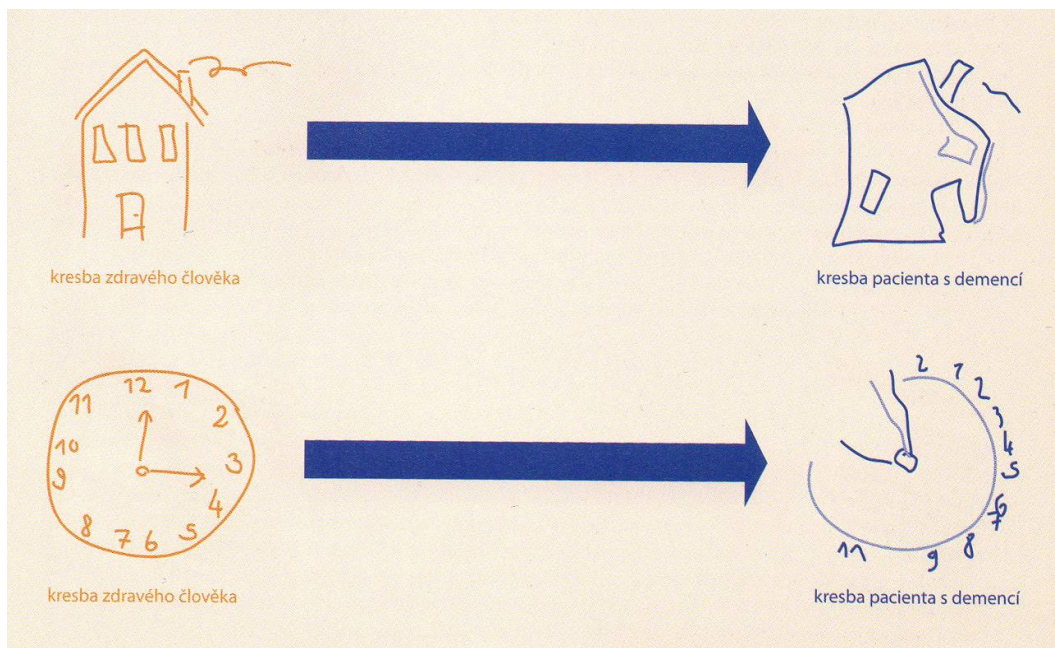
1 2 3 4 5 6 7 8

<p>5. Pojmenování předmětu Za správnou odpověď započítáte 1 bod.</p>	<p>Ukažte náramkové hodinky Ukažte tužku</p>	<p>Co je to? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Co je to? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Opakování Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítáte 1 bod.</p>	<p>Opakujte po mně: „Prostě tak a ne jinak.“</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Třístupňový příkaz Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu: Za každou správně provedenou činnost započítáte 1 bod.</p>	<p>Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět. Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.</p>	<p>Pravá ruka <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Přeložení <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Položení <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Čtení a vykonání psaného příkazu Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte. Započítáte 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.</p>	<p>Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadte. Přečtete tento pokyn a provedete ho.</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Psaní Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte ho k napsání věty. Jeden bod započítáte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.</p>	<p>Napište do tohoto řádku jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Obkreslení obrázce Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte ho k obkreslení obrázku. Třes ani rotace nevadí. Započítáte 1 bod, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a 2 překřížení.</p>	<p>Obkreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><small>Testová verze byla vytvořena ve spolupráci s Doc. MUDr. Alešem Bartošem, Ph.D. z AD Centra (Psychiatrické centrum Praha a UK 3. LF, Neurologická klinika, Praha), 2010 Novartis s. r. o., Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4, tel.: 225 775 111, fax: 225 775 222, www.novartis.com</small></p>		<p>Celkem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

ZAVŘETE OČI!

Zdroj: BARTOŠ, Aleš. a HASALÍKOVÁ, Martina. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. 1. Vyd. Praha: Mladá Fronta, 2010. 181s. ISBN: 80-204-2282-8.

Příloha E - Test hodin



Zdroj : HORT, Jakub a JIRÁK, Roman. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století nebylo*. Vyd. 1. Praha: MediMedia Information, 2007. 29 s. ISBN 978-80-86336-07-7.

Příloha F - Souhlas s požitím dat v německém jazyce

Antrag über die Einholung einer Informationssammlung im Zusammenhang mit einer Bachelorarbeit

Nachname und Vorname des Antragstellers: Valouchová Vendula

Hochschule: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze 5, Duskova 7, 150 00 Praha 5

Fach: allgemeine Krankenschwester

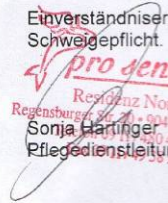
Thema der abschließenden Arbeit: Der pflegerische Prozess des Patienten mit der Alzheimer-Krankheit

Antrag: Genehmigung zur Informationssammlung

Inhalt der Information: Medikamentöse Therapien in Abhängigkeit spezieller Diagnosen (persönliche Daten der Bewohner werden nicht erfasst. Auch eine Zuordnung der Diagnosen und medikamentösen Therapien zu den individuellen Bewohnern findet nicht statt).

Arbeitsort der Informationssammlung: Pro Seniore Residenz Nürnberg

Einverständniserklärung unter Berücksichtigung der Dokumentensicherheit, sowie der Schweigepflicht.


pro seniore
Residenz Noris
Regensburg, 910478 Nürnberg
Sonja Hartinger
Pflegerdienstleitung 24.05.13

Příloha G – Český překlad souhlasu o použití dat

**ŽÁDOST O PROVEDENÍ SBĚRU INFORMACÍ
V SOUVISLOTI SE ZÁVĚREČNOU BAKALÁŘSKOU PRACÍ**

Příjmení a jméno žadatele: Valouchová Vendula

Škola: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze 5, Duškova 7, 150 00 Praha 5

Obor: Všeobecná sestra

Téma závěrečné práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Požadavek: Povolení sbírání informací

Pracoviště, kde budu sběr informací probíhat: Pro Seniore Nürnberg

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu

Věc: Souhlas s provedením sběru informací v souvislosti s bakalářskou prací

Datum 24.5 - 2013

Podpis

Vědecká knihovna v Olomouci

Rešerše

Téma: Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Zadala: Vendula Valouchová

Vyhotovila: Mgr. Naděžda Smékalová

Knihy:

1. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe* / Patricia R. Callone ... (et al. ; přeložila Jitka Klinkerová). Vyd. 1. České. Praha: Grada, 2008. 118 s.:il. ; (Doktor radí) Název originálu: Caregiver's guide to Alzheimer's disease. ISBN: 978-80-247-2320-4 (brož.) 1-198.660
2. BUIJSSEN, Huub. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele* / Huub Buijssen ; (z anglického originálu přeložila Hana Kašparovská). Vyd. 1.. Praha: Portál, 2006. 132 s. ; (Rádci pro zdraví) Název originálu: Simplicity of dementia. ISBN: 80-7367-081-X (brož.): 1-174.088
3. VELETA, Petr, Holmerová, Iva. *Introduction to dance therapy for seniors*. 1st English ed. in this ensemble. Prague: Czech Alzheimer Society ; Peter's Dance Centre, 2004. 50 s., (10) s. barev. Obr. Příl. :il. ; 22cm+1CD.ISBN:80-86541-13-4(brož.) 1-153.491
4. HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* / (Iva Holmerová, Eva Jarolímová, Jitka Suchá a kol.). Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007.299s.; (Vážka) ISBN: 978-80-254-0177-4)brož.) 1-190.488
5. HORT, Jakub – JIRÁK, Roman. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb co v učebnicích 20. Století nebylo*. Vyd. 1.. Praha : MediMedia