

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

**VYUŽITÍ VALIDAČNÍ TERAPIE PŘI POSKYTOVÁNÍ
OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE SENIORŮM S DEMENCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA WEIGERTOVÁ

Praha 2014

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

VYUŽITÍ VALIDAČNÍ TERAPIE PŘI POSKYTOVÁNÍ
OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE SENIORŮM S DEMENCÍ

Bakalářská práce

KATEŘINA WEIGERTOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář
Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2014



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

Weigertová Kateřina
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 4. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Využití validační terapie při poskytování ošetrovatelské péče
seniorům s demencí

*Application of Validation Therapy in Nursing Care for Elderly Patients
with Dementia*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Iva Jahodová

V Praze dne: 2. 9. 2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Ivaně Jahodové za její čas, pomoc, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce.

ABSTRAKT

WEIGERTO VÁ, Kateřina. *Využití validační terapie při poskytování ošetrovatelské péče seniorům s demencí*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, Praha. 2014. 64 s.

Tématem naší práce bylo přiblížit problematiku Alzheimerovy choroby a možnost využití validační terapie při práci s demenčními pacienty. Práce byla koncipována jako teoreticko- praktická. V teoretické části byl definován pojem demence a dělení demencí, dále byla specifikována Alzheimerova demence, její neurobilogické a klinické projevy, diagnostika a terapie. Součástí teoretické práce byl i popis nefarmakologických přístupů při terapii demence se zaměřením na metodu validace. V praktické části byl vypracován ošetrovatelský proces dle modelu Marjory Gordon. Byla vypracována ošetrovatelská anamnéza a stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Z nich byla vybrána jedna, typická pro demenci, a byl popsán způsob aplikace validační metody. Na závěr bylo zhodnoceno dosažení stanovených cílů.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba. Demence. Kognitivní poruchy. Validace.

ABSTRACT

WEIGERTO VÁ, Kateřina. *Application of Validation Therapy in Nursing Care for Elderly Patients with Dementia*. Medical College. Degree: Bachelor. Tutor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2014. 64 pages.

The aim of this thesis was to introduce the topic of Alzheimer's disease and possibility of validation therapy in care for patients with dementia. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part defined the term of dementia and classification of dementia. Furthermore, this part specified Alzheimer's disease, and its neurobiological and clinical symptoms, as well as diagnostics and current therapeutic methods. The theoretical part also focused on access of non-pharmacological therapy, especially on validation therapy. The practical part comprises the nursing process according to M. Gordon's model. The nursing history was made to determine diagnoses. Furthermore, one typical of dementia was chosen to describe nursing diagnosis and validation therapeutic methods. At the end of this part evaluation of the determined goal was described.

Key words: Alzheimer's Disease. Dementia. Cognitive Disorders. Validation.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	15
1 DEMENCE	16
1.1 DĚLENÍ DEMENCÍ	17
2 ALZHEIMEROVA CHOROBA	19
2.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	19
2.2 FORMY A STADIA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	19
2.3 PREVALENCE ALZHEIMEROVY CHOROBY	20
2.4 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY	21
2.5 NEUROBIOLOGICKÉ ZMĚNY U ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	22
2.6 KLINICKÉ PROJEVY ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	23
2.7 FARMAKOTERAPIE ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	25
2.7.1 KOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE	25
2.7.2 NEKOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE.....	26
2.8 NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ ALZHEIMEROVY CHOROBY	26
2.8.1 VČASNÁ PODPORA PACIENTA A JEHO BLÍZKÝCH V ÚVODNÍ FÁZI ONEMOCNĚNÍ	27
2.8.2 ZACHOVÁNÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ	28
2.8.2.1 REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	28

2.8.2.2 <i>ORIENTACE V REALITĚ</i>	28
2.8.3 PŘÍSTUPY K ZACHOVÁNÍ SOBĚSTAČNOSTI V AKTIVITÁCH DENNÍHO ŽIVOTA	28
2.8.3.1 <i>VEDENÍ K SOBĚSTAČNOSTI</i>	28
2.8.3.2 <i>ZACHOVÁNÍ ŽIVOTNÍHO STYLU</i>	29
2.8.4 PŘÍSTUPY KE ZMÍRNĚNÍ ČI ODSTRANĚNÍ SYNDROMU BPSD ..	29
2.8.4.1 <i>VIDEOTRÉNINK INTERAKCÍ, METODA MARTHE MEO</i>	29
2.8.4.2 <i>SIMULACE BLÍZKÉ OSOBY ČI PROSTŘEDÍ (SIM PRES)</i>	30
2.8.4.3 <i>PŘEDVÍDATELNOST, PRAVIDELNOST A STRUKTUROVANOST DENNÍHO REŽIMU</i>	30
2.8.5 CELOSTNÍ PŘÍSTUPY ZAMĚŘENÉ NA ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ S DEMENCÍ	30
2.8.5.1 <i>PRETERAPIE</i>	31
3 VALIDACE	32
3.1 VÝVOJ METODY VALIDACE	32
3.2 PRINCIPY VALIDACE	33
3.3 STÁDIA DEZORIENTACE DLE NAOMI FEILOVÉ	33
3.4.1 <i>STÁDIUM ŠPATNÉ ORIENTACE</i>	34
3.4.2 <i>STÁDIUM ZTRÁTY ORIENTACE V ČASE</i>	34
3.4.3 <i>STÁDIUM OPAKUJÍCÍCH SE POHYBŮ</i>	34
3.4.4 <i>VEGETATIVNÍ STÁDIUM</i>	35
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES S PRVKY VALIDACE	36
4.1 DIAGNOSTICKÉ ZNAKY STÁDIA ZTRÁTY ORIENTACE V ČASE, POSOUZENÍ PACIENTKY	36
4.2 TECHNIKY VALIDACE VHODNÉ PRO STÁDIUM ZTRÁTY ORIENTACE V ČASE	38

4.3 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE	39
4.5 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU PACIENTKY	43
4.6 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE KONCEPČNÍHO MODELU MARJORY GORDONOVÉ.....	45
4.7 STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	52
4.8 ZHODNOCENÍ VALIDAČNÍ METODY PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	59
4.9 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	60
ZÁVĚR.....	62
SEZNAM LITERATURY	63
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní údaje o pacientce	40
Tabulka 2 Farmakologická terapie	43

SEZNAM ZKRATEK

A– abortus, potrat

ADL – Activities of Daily Living (test běžných denních činností člověka)

BEHAVE–AD – Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating (dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby)

BMI – Body Mass Index (ukazatel tělesné hmotnosti)

BPSD – z anglického Behavioral and Psychosocial Symptoms of Dementia (behaviorální a psychologické příznaky demence)

CT – Computed Tomography (počítačová tomografie)

D – dech

DAD-CZ – (Disability Assessment for Dementia) dotazník soběstačnosti

MKN- 10 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

MMSE – Mini Mental State Examination (test kognitivních funkcí)

MR – Magnetic Resonance (magnetická rezonance)

NANDA I – North American for Nursing Diagnosis Association International (Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy)

NINCDS – ADRDA - National Institute of Neurological and Communicative Disorders – Alzheimer’s Disease and Related Dementias Association (Národní institut neurologických a komunikačních poruch – Alzheimerova choroba a související demence)

P – puls

PET – Positron Emission Tomography (pozitronová emisní tomografie)

PM – poslední menstruace

SSRI – Selective serotonin reuptake inhibitors (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), látky užívané při léčbě deprese

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

UPT – umělé přerušování těhotenství

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Abúzus** – nadměrné užívání
- Acetylcholin** – látka přenášející vzruchy v nervové soustavě
- Acetylcholinesteráza** – enzym, který rozkládá acetylcholin, a tlumí tak jeho působení na synapsi
- Afázie** – porucha tvorby a porozumění řeči
- Antidepresiva** – skupina léků užívaných k léčbě deprese
- Antipsychotika** – skupina léků užívaná zejména k léčbě psychóz
- Anxiolytika** – léky odstraňující úzkost
- Apoptóza** – programovaná buněčná smrt
- Ateroskleróza** – onemocnění tepen, při němž se v jejich stěnách ukládají tukové látky a druhotně vápník
- Atrofie** – zmenšení normálně vyvinutého orgánu v důsledku úbytku či zmenšení buněk
- Behaviorální** – týkající se chování
- Beta-amyloid** – bílkovina tvořící významnou součást plaků u Alzheimerovy nemoci
- Biomarker** – charakteristika objektivně měřitelná jako indikátor normálních či patologických procesů
- Cyanóza** – namodralé zbarvení kůže a sliznic, které je důsledkem nedostatku kyslíku v krvi
- Degenerace** – úbytek až ztráta specializované funkce buněk, tkáně či orgánu a organismu
- Demence** – chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností
- Empatie** – schopnost vcítit se do druhého, do jeho myšlenek a pocitů
- Epidemiologie** - výskyt
- Etiologie** – příčina vzniku
- Exekutivní funkce** – schopnost řešit problémy, plánovat, organizovat, náhled a úsudek
- Extracelulární** – nacházející se mimo buňku
- Inhibitor** – látka schopná tlumit určitý děj
- Inkontinence** – neschopnost udržet moč nebo stolicí
- Intracelulární** – uvnitř buňky
- Kognitivní** – poznávací, týkající se vnímání a myšlení
- Konfabulace** – smyšlenka, chorobná obrazotvornost

Kortikální – korový

Likvor – mozkomíšní mok

Per os - ústy

Posttraumatický - poúrazový

Premorbidně – předchorobně

Reminiscenční – týkající se vzpomínek

Scavengery – látky pohlcující kyslíkové radikály

Sulky – zářezy, rýhy

Synapse – štěrbinovité spojení mezi výběžkem nervové buňky a další nervovou buňkou, popř. svalem či žlázou

Turgor – napětí kůže dané jejím naplněním tekutinou

Validace – je metoda komunikace se seniory, kteří mají narušenou orientaci v různých kvalitách své osobnosti.

Vaskulární – cévní

Použitý zdroj (VOKURKA, 2009)

ÚVOD

V souvislosti s prodlužováním průměrné délky života a poklesem porodnosti se neustále urychluje proces stárnutí populace. S tím souvisí stoupající výskyt demence. Demence postihuje přibližně 5,4 % populace nad 65 let a její prevalence se dále zvyšuje s věkem. Odhaduje se, že v Evropě trpí Alzheimerovou chorobou 8,45 miliónů lidí. Demence tak představuje významný společenský problém (HORT, 2011).

Cílem této práce je přiblížit problematiku demence, a to se zaměřením zejména na Alzheimerovu chorobu a možnosti využití nefarmakologických přístupů při péči o pacienty s touto diagnózou. Z těchto přístupů jsme se podrobněji zaměřili na metodu validace. Protože syndrom demence a Alzheimerova choroba je téma velmi široké, komplikované a přesahující rámec této práce, zaměřujeme se zejména na ty projevy choroby, se kterými se lze nejčastěji setkat při ošetrovatelské péči, a které jsou dle našeho názoru pro pochopení problematiky klíčové.

V teoretické části bakalářské práce se věnujeme definici syndromu demence a jeho dělení, dle typu demence. Dále se podrobněji zaměřujeme na Alzheimerovu chorobu, jako nejčastěji se vyskytující typ demence, věnujeme se diagnostickým kritériím této choroby, klinickým příznakům a možnostem farmakologické léčby. V další části teoretické práce popisujeme nefarmakologické přístupy a to zejména metodu validace, jako jednu z možností práce s demenčními pacienty.

Cílem práce je navrhnout a realizovat plán ošetrovatelské péče o pacientku s Alzheimerovou chorobou a využít v něm prvky z metody validace. Chtěli bychom získat nové poznatky o možnostech nefarmakologických přístupů při ošetrovatelské péči o pacienty s tímto onemocněním. Bakalářská práce bude sloužit jako zdroj informací všeobecným sestřám, zdravotníkům a studentům zdravotních oborů.

1 DEMENCE

Popisný pojem demence je odvozen z latinského kořene *de mens*, označuje pokles úrovně rozumových schopností, obsah tohoto pojmu se vyvíjí posledních sto padesát let (KOUKOLÍK, 1998).

Demence není pouze jedno onemocnění, pojem demence tvoří skupina duševních poruch, jejichž základním a charakteristickým rysem je podstatný úbytek kognitivních (poznávacích) funkcí, a to především paměti a intelektu. Úbytek je způsobený určitým mozkovým onemocněním. Demence patří mezi tzv. organická mozková onemocnění. V etiologii se tedy uplatňují choroby, které lze samostatně definovat a které poškozují mozkovou tkáň (JIRÁK, 2004).

Demence je syndrom vzniklý následkem onemocnění mozku. Je obvykle chronického nebo progresivního rázu. U osob s touto diagnózou dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí včetně paměti, myšlení, orientace, chápání a uvažování, schopnosti řeči a úsudku. Vědomí není zastřeno. Zhoršení rozumových funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace (SMOLÍK, 2001).

Úbytek poznávacích funkcí, zejména paměti, prostorové orientace a jazyka, se projevuje obtížemi v chápání a vyjadřování řeči. S těmito poruchami jsou úzce spojené obtíže při výkonu běžných každodenních aktivit. Výsledný obraz demence však v sobě zahrnuje i další symptomy jako jsou poruchy osobnosti projevující se oploštěním emotivity, útočností a nedostatkem náhledu na vlastní onemocnění. Výsledkem procesu demence je jak celkové narušení duševních schopností nemocného, tak i jeho funkčních schopností, a to je vždy spojené se ztrátou soběstačnosti (PIDRMAN, 2007).

Aby mohla být diagnóza syndromu demence spolehlivě stanovena, Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) ještě požaduje, aby tyto symptomy byly přítomny po dobu nejméně šesti měsíců (HÖSCHL, 2002).

Příčinou demence může být přibližně šedesát různých onemocnění a stavů.

Jejich oficiální klasifikaci lze najít v desátém revidovaném vydání Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) (KOUKOLÍK, 1998).

1.1 DĚLENÍ DEMENCÍ

Dle (PIDRMANA, 2007) rozlišujeme demence primární, sekundární a smíšené.

Mezi primárně degenerativní demence patří:

- Alzheimerova nemoc (nejčastější demence, představuje asi 60% všech demencí),
- demence s Lewyho tělísky,
- fronto-temporální demence.

Sekundární demence jsou velmi širokou a nesourodou skupinou nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada různých faktorů. Může se jednat o demence v souvislosti s traumatem, při metabolických poruchách, dále infekční, při endokrinních onemocněních, při tumorech, epilepsii a další řadě případů. V literatuře bylo popsáno více jak 70 skupin sekundárních demencí (PIDRMAN, 2007).

V přehledu vybíráme ty nejčastější a nejzávažnější z nich:

- vaskulární demence (představuje do 20% všech demencí),
 - multiinfarktová,
 - mikroangiopatická (Binswangerova choroba),
- metabolické demence,
- toxické demence,
- demence při Parkinsonově chorobě,
- demence při Huntingtonově chorobě,
- traumatické demence,
- demence při nádorech CNS,
- demence při infekcích (např. demence syfilitická, demence při HIV).

Smíšené demence (tvoří přibližně 10-15% všech demencí) (PIDRMAN, 2007):

- smíšená Alzheimerova/ vaskulární,
- smíšená Alzheimerova/ jiné primárně degenerativní onemocnění,
- ostatní smíšené demence.

Pro každodenní praxi je důležité rozpoznat demenci a správně ji diagnostikovat, to platí nejen pro psychiatry, ale i lékaře jiných oborů a sestry. V klinické praxi se setkáme nejčastěji s demencemi vaskulárními a Alzheimerovými a jejich kombinacemi. V pokročilých fázích jsou si ale demence velmi podobné a jejich etiologie se stává vedlejší (KUČEROVÁ, 2006).

2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k syndromu demence a končící letálně. Je to nejčastější příčina demence vůbec. Alzheimerovu chorobu i řadu dalších demencí nejsme schopni dosud vyléčit, protože neznáme přesně etiopatogenezi onemocnění (JIRÁK, 2011).

2.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Při Alzheimerově chorobě probíhají podobné změny jako při stárnutí. Klesá hmotnost a objem mozku, snižuje se tloušťka mozkové kůry, rozšiřují se mozkové komory. Rozdíly mezi stárnutím a Alzheimerovou chorobou, kde bývá postižení větší, jsou nápadnější hlavně u presenilních podob choroby. Doprovází je globální atrofie mozku, zatímco její podobu pozdní doprovází atrofie temporálního laloku. Čím větší je objem mozku premorbidně, tím větší je rezerva pro uchování kognitivních funkcí (KOUKOLÍK, 1998).

Ve stádiu demence při Alzheimerově chorobě je pacient již postižen v některých aktivitách denního života. Demence je považována za vyvrcholení patologických procesů u Alzheimerovy choroby, a zdá se, že výraznější terapeutické ovlivnění průběhu onemocnění je v tomto stadiu již obtížné (VYHNÁLEK, 2012).

Příznaky nemoci se postupně zhoršují, někdy ale dochází k dočasnému zastavení progresu nemoci. Někteří lidé s touto diagnózou přežívají 15 let i více. S příchodem nových terapeutických postupů lze očekávat, že se bude průměrná délka přežití prodlužovat. Osoby s Alzheimerovou chorobou zpravidla neumírají přímo na toto základní onemocnění, ale na přidružené choroby (například záněty průdušek nebo plic) nebo úrazy a jejich následky (JIRÁK, 2009).

2.2 FORMY A STADIA ALZHEIMEROVY CHOROBY

Alzheimerova choroba je heterogenní onemocnění. Rozlišují se dvě základní podoby: rané formy (early-onset) a forma pozdní (late-onset). Rané formy začínají ve věku do šedesáti let a probíhají šest až osm let. Forma pozdní začíná ve věku nad šedesát let, a její průběh je obvykle delší, často více než deset let. Rané formy

Alzheimerovy choroby jsou podmíněny genovými poruchami. Pozdní forma nemoci má souvislost s genem pro apolipoprotein (KOUKOLÍK, 1998).

Alzheimerova choroba je onemocnění šedé kůry mozkové. Nemoc v průměru trvá 9 let (rozmezí 2-12 let) a má tři stádia: časně (mírné), střední a těžké (hluboké) (PIDRMAN, 2007).

Někdy jsou také u Alzheimerovy choroby stádia dělena na preklinické stádium, stádium mírné kognitivní poruchy při Alzheimerově chorobě a na demenci při Alzheimerově chorobě. V preklinickém stádiu má již pacient patologické změny v mozku, nemá však žádné subjektivní ani objektivní příznaky. Ve stádiu mírné kognitivní poruchy si pacient stěžuje na nově vzniklou poruchu rozumových schopností, případně si na ní stěžuje jeho okolí. Změny v tomto stádiu jsou měřitelné neuropsychologickými nástroji. Pacienti s mírnou kognitivní poruchou jsou širokou a různorodou skupinou a pouze části z nich je později stanovena diagnóza Alzheimerovy choroby (VYHNÁLEK, 2012).

2.3 PREVALENCE ALZHEIMEROVY CHOROBY

V současné době žije v České republice podle kvalifikovaných odhadů 110 až 130 tisíc lidí trpících nějakou formou demence. Vzhledem k tomu, že stárnutí populace bude nadále pokračovat a bude se týkat zejména populace seniorské, tento počet se do poloviny století zdvojnásobí (HOLMEROVÁ, 2011).

Prevalence Alzheimerovy choroby roste s věkem. Ženy jsou demencí ohroženější než muži. Riziko výskytu jakékoliv demence je u žen 1,9 krát vyšší než u mužů, riziko výskytu Alzheimerovy choroby je u žen 3,1 krát vyšší než u mužů (KOUKOLÍK, 1998).

Ve věku nad 65 let trpí Alzheimerovou chorobou přibližně 10 % populace, ve věkové skupině nad 85 let již tato choroba v klinicky různě závažné podobě postihuje necelou polovinu populace. Rizikovým faktorem pro vznik Alzheimerovy choroby jsou tedy vysoký věk, ženské pohlaví, nižší vzdělání, vaskulární rizikové faktory včetně hypertenze a úrazy hlavy (HORT, 2011).

2.4 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY

Alzheimerova choroba je nevyléčitelná nemoc. Přesto dnes existují mnohé způsoby léčby, které při včasné diagnostice mohou postup onemocnění výrazně zpomalit a zlepšit tak kvalitu života jak nemocné osoby, tak pečovatele. Stanovení diagnózy by se mělo opírat o zavedená diagnostická kritéria.

Při diagnostice choroby se používají McKhannova kritéria, vytvořená v roce 1984, která vychází z klinických příznaků nemoci. V roce 2007 byla profesorem Duboisem a kol. vypracována kritéria nová, založená na vyšetření přítomnosti třech proteinů v likvoru (beta amyloid, tau a fosfor tau protein), na MR obrazu, na stanovení krevního průtoku temporálními a parietálními laloky pomocí PET a na stanovení uložení beta amyloidu pomocí PET. Důležitým znakem je také stanovení poruch epizodické paměti na začátku onemocnění (JIRÁK, 2011).

V roce 1984 byla publikována diagnostická kritéria NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders – Alzheimer Disease and Related Dementias Association), tato kritéria dělí diagnózu na pravděpodobnou, možnou, nepravděpodobnou a jistou. K diagnostice je nezbytné vyšetření rozumových funkcí (klinickým i neuropsychologickým testováním). K testovaným rozumovým doménám patří hlavně paměť, řeč, vnímání, pozornost, konstrukční dovednosti, orientace, řešení problémů a schopnost normálního fungování. Nová diagnostická kritéria demence při Alzheimerově chorobě vycházejí z původních kritérií NINCDS - ADRDA, tato kritéria se aktualizují a rozvíjejí dle nových poznatků. Nově se do diagnostického procesu zapojují biomarkery (VYHNÁLEK, 2012).

Diagnóza pravděpodobná Alzheimerova choroba je potvrzená klinickým i neuropsychologickým testováním. Porucha rozumových funkcí má progresivní charakter a je přítomna alespoň ve dvou či více rozumových oblastech. Začátek klinických příznaků musí nastat mezi čtyřicátým a devadesátým rokem života a nesmí být přítomna žádná jiná porucha vedoucí ke vzniku demence. Diagnóza možná Alzheimerova choroba je stanovena u demence s atypickým začátkem, klinickým obrazem nebo netypickým postupem. Není ale přítomno jiné onemocnění, kterým by bylo možno demenci vysvětlit. Jednotka nepravděpodobná Alzheimerova choroba je

stanovena u pacienta pokud se jedná o průběh s náhlým začátkem, fokálními neurologickými příznaky či vyskytujícími se poruchami chůze časně v průběhu nemoci. Diagnóza jistá Alzheimerova choroba se stanovuje, pokud pacient splňuje kritéria pro pravděpodobnou Alzheimerovu chorobu a je podán histopatologický důkaz biopsií (JIRÁK, 2011).

Při stanovení diagnózy demence je významná anamnéza pacienta, ta by u nemocného s podezřením na Alzheimerovu chorobu, měla být vždy doplněna pečovatelem. U všech pacientů by měly být hodnoceny pomocí dotazníku aktivity denního života (ADL), protože jejich narušení vede k nesoběstačnosti, ta je jedním z důležitých kritérií pro stanovení demence. Hodnotit bychom měli jak základní aktivity (koupání, oblékání), tak i aktivity instrumentální (nakupování, nakládání s penězi), které bývají narušeny už v časných stádiích. Velmi důležité je i vyšetření behaviorálních a psychologických příznaků demence BPSD (psychotické příznaky, poruchy nálady, poruchy aktivity), kterými trpí většina pacientů s demencí a 35-75 % pacientů s mírnou kognitivní poruchou (HORTH, 2011).

2.5 NEUROBIOLOGICKÉ ZMĚNY U ALZHEIMEROVY CHOROBY

Podobně jako u jiných demencí je základním patologickým procesem narušení tvorby některých proteinů a tvorba patologických proteinů. U Alzheimerovy choroby je to hlavně porucha beta amyloidu (JIRÁK, 2008).

Makroskopicky dochází ke ztenčení mozkové kůry, objevují se rozšířené sulky a rozšířené jsou i komory mozkové. Mikroskopicky se objevují extracelulární a intracelulární změny. Základní a nejdůležitější extracelulární změnou je ukládání beta-amyloidu. Depozita beta-amyloidu tvoří shluky, kolem kterých vzniká komplex dalších neurodegenerativních procesů. Tímto způsobem vznikají útvary, které se nazývají Alzheimerovské plaky. Platí přímá úměra mezi počtem plaků a funkčním postižením, tedy tíží demence. V okolí plaků dochází následně k dalším degenerativním procesům — apoptóze neuronů. Nejzávažnější intracelulární změnou je degenerace tau-proteinu. Jde o bílkovinu, která je spojena s neuronálními vlákny. Mikrotubuly tau-proteinu jsou patologicky fosforizovány, vlákna jsou zkracována, tím odchází

ke ztrátě jejich funkce a tvorbě neuronálních uzlíčků (klubek) — tangles (PIDRMAN, 2007).

Zatímco zvýšení tau-proteinu je považováno za nespecifický marker neuronálního postižení, zvýšení fosfo-tau je specifickou známkou Alzheimerovy choroby. Kombinace zvýšeného fosfo-tau a sníženého beta-amyloidu v mozkomíšním moku má cca 90 % citlivost a specificitu pro diagnózu Alzheimerovy choroby ve fázi počínající demence (VYHNÁLEK, 2012).

2.6 KLINICKÉ PROJEVY ALZHEIMEROVY CHOROBY

Péče o osoby s trpící demencí patří k nejtěžším, je náročná duševně a někdy také fyzicky, zejména jde-li o pacienta, který již není schopen dodržovat tělesnou čistotu a je nepohyblivý. Péče je náročná pro všechny zúčastněné, lékaře, sestry i příbuzné (KUČEROVÁ, 2006).

Alzheimerova choroba se vyvíjí nejčastěji plíživě, přitom pomalu a trvale postupuje. Psychické funkce jsou postiženy v různé intenzitě. Relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí základní etická a estetická pravidla, návyky a zvyklosti a stávají se nápadnými svým jednáním a chováním. Dochází k poruchám paměti, nejprve k narušení krátkodobé paměti. Postupně nemocní přestávají zvládat péči o sebe sama a objevuje se postižení emocí. U pozdní formy nemoci si z důvodů pomalého a nevýrazného začátku onemocnění okolí velmi často nevšimne prvních projevů demence. Poruchy rozumových funkcí nemusí být zřejmé už od počátku onemocnění a nemocní je do určité míry dokáží v počátku maskovat. (PIDRMAN, 2007).

Změny rozumových funkcí patří mezi časně symptomy demence, zpočátku Alzheimerovy choroby se jedná zejména o poruchy řeči a paměti. Poruchy paměti jsou na počátku nemoci difúzní, typické je ale narušení krátkodobé paměti. Porucha vštípivosti (schopnost zapamatovat si nové) je narušena nejvíce. Dlouhodobá paměť bývá dlouho zachována, ale s postupující nemocí se objevují poruchy i zde. V pokročilých stádiích pacienti často konfabulují, aby zakryli své nedostatky. Významně se mění rozsah slovní zásoby nemocného, řeč je obsahově chudá,

stereotypní, pacienti často ulpívají na jedné myšlence. Mohou se objevovat i poruchy typu afázie (PIDRMAN, 2009).

Jazyk je u osob s Alzheimerovou chorobou z počátku zachován, chování nemocných se proto schovává za sociální fasádou. Řeč je plynulá, ale obsahově prázdná, nemocní sami často hledají slova. V této době se poměrně pravidelně objevují poruchy vizuoprostorových funkcí. To má za následek, že osoby s touto diagnózou začnou bloudit, nenalézají cestu domů, zapomínají, jak se jde do míst, kam chodily desítky let. Přibližně u 40 % nemocných se začnou projevovat poruchy nekognitivních funkcí, např. deprese, halucinace a agresivita. Psychopatologické příznaky doprovázejí přechod z mírného do středního stupně choroby (KOUKOLÍK, 1998).

Demence nepředstavují pouze poruchu rozumových funkcí, ačkoliv je tato vlastnost jasně definuje. Demence jsou provázeny rovněž změnami a poruchami chování a pestrou psychiatrickou symptomatologií, vedou k poruše soběstačnosti a mají významné sociální dopady pro pacienta a jeho rodinu (HOLMEROVÁ 2007).

Chceme-li si udělat obraz o celkovém stavu pacienta, je velmi důležité zahrnout kromě kognitivních poruch i ostatní oblasti života, které jsou demencí výrazně postiženy. V anglosaské literatuře se často uvádí schéma ABC:

A– activities of daily living (porucha soběstačnosti a sociální dopady),

B– behaviour (behaviorální a psychiatrická symptomatologie),

C– cognition (porucha kognice).

Aktivity denního života zahrnují celou škálu činností nemocného od nakládání s penězi až po sebeobslužné činnosti. Demence vede velmi brzy k poruchám soběstačnosti nejprve v instrumentálních a později i v základních sebeobslužných aktivitách (HOLMEROVÁ, 2007).

Behaviorální změny jsou součástí širšího syndromu, který se nazývá zkratkou BPSD (z anglického Behavioral and Psychosocial Symptoms of Dementia) a zahrnuje v sobě široké spektrum příznaků. Patří sem paranoidita, halucinace, výskyt bludů, agitovanost, agresivita, poruchy rytmu spánku a bdění a změny nálad. Poruchy chování jsou velmi stresující pro pečovatele o dementního nemocného a často bývají prvním

důvodem, který blízce vede k rozhodnutí navštívit odborníka. I když výskyt poruch spektra BPSD znamená větší či menší hloubku demence, jejich intenzita není v přímé souvislosti s poškozením intelektu (PIDRMAN, 2007).

2.7 FARMAKOTERAPIE ALZHEIMEROVY CHOROBY

Některé demence jsou při současném stavu vědění léčitelné, a dokonce plně vyléčitelné. Většina demencí však zatím vyléčitelných není (Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky a další). Je však již možno vhodnou léčbou dosáhnout zpomalení průběhu demencí, oddálení těžkých stádií a zlepšení kvality života. Léčebné přístupy lze zhruba rozdělit na biologické a nebiologické, přičemž je nutno oba přístupy kombinovat a vhodně doplňovat. Z biologických léčebných přístupů je nejpoužívanější farmakoterapie. Farmakoterapii lze rozdělit na kognitivní farmakoterapii, ovlivňující především porušené poznávací funkce, a na nekognitivní farmakoterapii, ovlivňující přidružené poruchy nálad a afektů, chování a spánku. (JIRÁK, 2009).

Snahou je oddálení nejtěžších stádií choroby, která jsou spojena s nesoběstačností a tím velmi často i s institucionalizací.

2.7.1 KOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE

Současný převažující terapeutický přístup k Alzheimerově chorobě je založen na cholinergní hypotéze demence. Podle této teorie, opírající se o nálezy časné atrofie cholinergních jader mozku u pacientů s Alzheimerovou demencí, je nedostatek acetylcholinu, který se podílí na korovém zpracování informací, hlavním důvodem postižení paměti (LÍNEK, 2006).

V kognitivní farmakoterapii jsou v současnosti pouze dva přístupy. Používají se inhibitory mozkových cholinesteráz. Tyto látky vedou k blokádě enzymů odbourávající v synaptické štěrbině acetylcholin a tím zlepšují porušený acetylcholinergní přenos. Klinicky užívané jsou v současnosti tři přípravky Donzepil (Aricept, Yasnal), Galantamil (Reminil, Apo Galant) a Rivastigmin (Exelon). Druhý přístup ovlivňuje gultamanerní systém, používá se jeden přípravek Memantin (Ebixa) (JIRÁK, 2008).

Existují i další farmakoterapeutické přístupy, které se zaměřují na ovlivnění známých patogenních řetězců onemocnění, jejich použití však není podloženo důkazy, které jsou pro medicínu založenou na důkazech nutné. Sem patří látky zvyšující mozkový metabolismus, extrakty z gingo biloby a také scavengery volných kyslíkových radikálů (JIRÁK, 2008).

2.7.2 NEKOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE

Farmakoterapie nekognitivních poruch je zaměřena na široké spektrum příznaků. Z psychologických nebo psychiatrických symptomů sem zejména patří bludy, halucinace, zmatenost, nespavost, deprese a úzkost. K behaviorálním příznakům, které jsou farmakologicky ovlivňovány, patří zejména bloudění, agitovanost a verbální či fyzická agresivita. Používají se antipsychotika druhé generace, která mají pro pacienty s demencí menší množství vedlejších účinků. Za antipsychotikum první volby lze považovat v léčbě BPSD syndromu tiaprid (Tiapridal, Tiapra). Koriguje poruchy myšlení, vnímání a částečně i emocí (PIDRMAN, 2005).

V léčbě deprese u demence jsou farmakem první volby antidepressiva ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). SSRI jsou látky, o kterých máme nejvíce informací při léčbě deprese v rámci syndromu BPSD (RESSNER, 2011).

2.8 NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ ALZHEIMEROVY CHOROBY

Léčba Alzheimerovy choroby se neskládá pouze z farmakologické terapie, podstatnou součástí léčby jsou i přístupy psychoterapeutické a socioterapeutické. Důležité jsou reedukační terapie (procvičování funkcí, které ještě zůstaly zachovány). Významnou složkou terapie je práce s pečovateli, většinou blízkými příbuznými. Ti jsou vystaveni velké emoční, pracovní, ekonomické i sociální zátěži. Významná je tedy jejich edukace a korekce jejich očekávání, vztahující se k efektu léčby (JIRÁK, 2008).

Alzheimerova choroba a jiné demence vyžadují multidisciplinární přístup, důležitou součástí managementu nemoci jsou nefarmakologické přístupy, které

se objevují zejména v posledních dvou desetiletích. K dispozici jsou přehledové studie i metaanalýzy těchto studií, ty ale nepřinášejí jednoznačné závěry. Problémy v hodnocení těchto přístupů spočívají již v metodologii mnoha výzkumů, které jsou ve většině případů kvalitativní, zatímco medicína založená na důkaze vyžaduje přístupy kvantitativní. Takový metodologický přístup je u mnoha nefarmakologických metod těžko proveditelný. Dochází tak k situaci, kdy výsledky studií se rozcházejí se zkušenostmi z praxe (HOLMEROVÁ, 2005).

Nefarmakologické postupy podporují zachování kvality života nemocných s Alzheimerovou chorobou. Jejich cílem je tvůrčí vyplnění volného času, zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, snížení výskytu nebo zmírnění nežádoucího chování. Mají pozitivní vliv na emoční stav nemocného, zvyšují mu sebevědomí a dávají pocit sebedůvěry a uplatnění v kolektivu, pravidelný režim mu dává pocit jistoty, stability a bezpečí. Zvolená aktivita by měla být smysluplnou činností, měla by působit na všechny složky osobnosti a na co nejvíce smyslů, neměla by zdůrazňovat slabé stránky nemocného, ale především vyzdvihovat stránky silné. Aktivita by měla probíhat v bezpečném a známém prostředí a zachovávat důstojnost starého člověka. Důraz by měl být kladen na proces a ne na výsledek. V případě osoby s demencí by měla být pravidelnou součástí režimu dne (PIDRMAN, 2005).

Nefarmakologické přístupy dělí (HOLMEROVÁ, 2007) podle toho, na jaký problémový okruh se zaměřují.

2.8.1 VČASNÁ PODPORA PACIENTA A JEHO BLÍZKÝCH V ÚVODNÍ FÁZI ONEMOCNĚNÍ

Včasná a správná diagnostika Alzheimerovy choroby je nezbytná pro zahájení účinné farmakoterapie, která může oddálit nejtěžší stádia nemoci a zlepšit kvalitu života pacienta i jeho pečovateli. Společně s diagnostickým procesem je velmi důležité, aby pacient a jeho blízcí dostali informace a kontakty na alzheimerovskou společnost. Ta poskytuje jak základní informace o nemoci jako takové, tak o službách vhodných pro nemocné i laické pečovatele.

2.8.2 ZACHOVÁNÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Mezi tyto techniky lze zařadit různá cvičení paměti a vizuoprostorové orientace. Všechny tyto techniky by však u seniorů s demencí měly být přizpůsobeny jejich kognitivním možnostem. Důležitá je rovněž atmosféra a přístup při jejich provádění. U nemocných by nikdy nemělo docházet k pocitům frustrace.

2.8.2.1 REMINISCENČNÍ TERAPIE

Remniscenční terapie je technika řízeného vyvolávání a vedení vzpomínek pacienta a podporování jejich rozvoje. Při použití reminiscence podporujeme vzpomínky na všechny důležité životní události. Remniscence je přínosná především u osob, které mají ještě zachované některé rozumové funkce a jsou schopny si alespoň částečně vybavit svoji minulost a zážitky (MALÍKOVÁ, 2011).

Používáme různé podněty k vybavení vzpomínek, tato metoda je vhodná pro pacienty trpící demencí právě proto, že na rozdíl od narušené krátkodobé paměti, bývá paměť dlouhodobá dobře zachovaná (HOLMEROVÁ, 2007).

2.8.2.2 ORIENTACE V REALITĚ

Je nejstarším komplexním nefarmakologickým přístupem k pacientům s demencí, využívají se zde různé předměty, obrázky a hry, které zaměstnávají všechny kognitivní funkce pacienta. Orientace v realitě je jedním z mála nefarmakologických přístupů, jehož efektivnost na zlepšení kognitivních funkcí potvrzují vědecké důkazy. Velmi rozdílné jsou však klinické zkušenosti, ty sice potvrzují účinnost přístupu, ale u některých pacientů se objevily i situace, kdy tento přístup zhoršoval behaviorální a psychologické symptomy demence, zejména v případech, kdy je necitlivě aplikován (HOLMEROVÁ, 2007).

2.8.3 PŘÍSTUPY K ZACHOVÁNÍ SOBĚSTAČNOSTI V AKTIVITÁCH DENNÍHO ŽIVOTA

2.8.3.1 VEDENÍ K SOBĚSTAČNOSTI

Důležitou zásadou při péči o dementního pacienta je vedení k soběstačnosti. Všechny pečující osoby musí být dostatečně kvalifikované a trpělivé, aby dokázaly

postupnými kroky a dopomocí vést pacienta k vykonávání sebeobslužných aktivit, kterých je schopen. Tento přístup je třeba podporovat zejména v institucionální péči. Musí být však aplikován citlivě a s přihlédnutím k měnícímu se zdravotnímu stavu pacienta. Pro účinnost tohoto přístupu existuje i dostatek vědeckých důkazů (HOLMEROVÁ, 2007).

2.8.3.2 ZACHOVÁNÍ ŽIVOTNÍHO STYLU

Jedná se o přístup respektující denní rituály nemocného. Zahrnuje aktivity denního režimu, detaily vztahující se k jeho hygieně, způsobu stravování atp. Na první pohled se jedná o drobnosti, na které nejsou zdravotnická zařízení zvyklá reagovat. To je ovšem v péči o osoby s demencí chybou. Pokud ošetřující personál respektuje dlouhodobé zvyklosti a rituály pacienta, usnadní si tím v mnohém péči. Naopak jejich narušování může vést k neklidu, agresivitě a zhoršení stavu (HOLMEROVÁ, 2005).

2.8.4 PŘÍSTUPY KE ZMÍRNĚNÍ ČI ODSTRANĚNÍ SYNDROMU BPSD

Jedná se o přístupy zaměřené na systematické vedení a vzdělávání osob pečujících o pacienty s demencí k tomu, aby analyzovaly problémové chování pacientů ve všech souvislostech, které by je mohly vyvolávat či zhoršovat, a aby se snažily svůj přístup k pacientům s demencí těmito poznatkům přizpůsobit tak, aby se problémové chování minimalizovalo. Zvláštní důraz je kladen na zjišťování potřeb pacientů (HOLMEROVÁ, 2005).

2.8.4.1 VIDEOTRÉNINK INTERAKCÍ, METODA MARTHE MEO

Videotrénink je metoda ke zlepšení přístupu k pacientům postižených demencí. Jedná se o pořizování videozáznamů z péče o pacienty a jejich následnou odbornou analýzu. Rozborem těchto záznamů a následnou diskusí ve skupině společně s ostatními pečujícími se snažíme nalézt optimální přístupy v péči o jednotlivé pacienty (HOLMEROVÁ, 2005).

2.8.4.2 SIMULACE BLÍZKÉ OSOBY ČI PROSTŘEDÍ (SIM PRES)

Tato metoda se snaží zmírnit problémové chování simulací blízké osoby (Simulated Presence) nebo známého prostředí. Například pacient s demencí, který je přijat do nějakého zařízení, může opakovaně hledat své rodinné příslušníky, svůj domov, což může způsobovat agitovanost až agresivitu. U některých pacientů se osvědčilo opakované přehrávání videozáznamu či audiozáznamu se sdělením rodinného příslušníka, který pacienta uklidňuje (HOLMEROVÁ, 2005).

2.8.4.3 PŘEDVÍDATELNOST, PRAVIDELNOST A STRUKTUROVANOST DENNÍHO REŽIMU

Tyto aspekty představují důležitou součást péče o pacienta s demencí. Pro pacienta je nutné vytvořit takový denní rytmus, který bude respektovat jeho možnosti i potřeby a zároveň mu umožní vykonávat činnosti, které jsou pro něj smysluplné. Mnohé problémové chování pacientů s demencí plyne právě z toho, že nemohou vykonávat vhodné činnosti (HOLMEROVÁ, 2007).

Smysluplné aktivity zahrnují jednoduché činnosti každodenního žití, péči o zevnějšek, pomoc druhým, drobné úkoly, relaxaci, dívání se, rozhovor či cvičení (ZGOLA, 2003).

2.8.5 CELOSTNÍ PŘÍSTUPY ZAMĚŘENÉ NA ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ S DEMENCÍ

Problematika těchto přístupů je velmi obsáhlá, společným znakem těchto metod je důraz na verbální i neverbální komunikaci, podnětovou stimulaci, respektování individuality a naplňování základních lidských potřeb. Kořeny těchto metod vycházejí z tradice humanistické psychologie. Různí autoři zdůrazňují odlišné aspekty. Řadíme sem zejména preterapii a validaci. Metodu validaci rozpracováváme podrobněji v následující kapitole. Společné pro oba zmíněné přístupy je jejich obtížně vědecky dokazatelná účinnost, přestože jejich principy a postupy jsou v klinické praxi využívány a přínosné pro pacienty i pečující osoby.

2.8.5.1 PRETERAPIE

Preterapie je metoda vycházející z myšlenek a tradic celostní humanistické psychologie. Jejím autorem je Garry Prouty. Je to přístup založený na empatickém kontaktu, který zároveň respektuje předřecové či nedostatečně jazykově vyjádřené pocity specifických pacientů.

Preterapie je vhodná především pro osoby, které při své léčbě nedokážou využít terapeutického vztahu, jelikož jejich schopnost navazovat kontakt je z nějakého důvodu omezená (PROUTY, 2005).

3 VALIDACE

3.1 VÝVOJ METODY VALIDACE

Validace je metoda komunikace se seniory, kteří jsou dezorientováni. Tato metoda byla poprvé popsána v roce 1967. Autorka přístupu je americká gerontoložka a sociální pracovnice Naomi Feilová. V roce 1982 vydala Naomi Feilová knihu, kde svůj přístup přestává nazývat terapií, ale používá právě termín metoda. Ve svých pracích užívá autorka termínu dezorientovaná velmi stará osoba, což odpovídá popisu osob ve vysokém věku, kteří trpí Alzheimerovou chorobou. Teoretický rámec, který ovlivnil Feilovou při tvorbě její metody, leží v humanistické psychologii Abrahama Maslowa. Jako další významný teoretický zdroj uvádí autorka psychosociální teorii Erika Eriksona a jeho koncepci životních úkolů, které musí ve svém úspěšném vývoji člověk dokončit. Pro metodu validace je rovněž důležitý předpoklad, že každé chování osoby s demencí má svou příčinu v nevyřešených a nezpracovaných emočních prožitcích z minulosti. Jako další teoretický rámec používá myšlenku Carla Junga, že potlačené emoce rostou ve své intenzitě. Tyto tři základní předpoklady tvoří teoretický rámec metody validace (FEIL, 2012).

Dezorientaci chápe Feilová jako neschopnost člověka zpracovat narůstající tělesné, sociální a psychologické ztráty, které jsou podmíněné věkem a nemocí. Tato neschopnost vede k izolaci, člověk se stahuje do sebe a do minulosti. Minulost se stává důležitější než přítomnost. Naomi Feilová předpokládá, že staří lidé, kteří z nějakých důvodů nesplnili životní úkoly stanovené Eriksonem pro období stáří, se nacházejí ve stavu určitého konfliktu. Nebyli schopni vyřešit poslední životní úkol, kterým je přijetí vlastního stáří. Senior v tomto stavu nežije v integritě, ale prochází stavem zoufalství a zmatenosti. Tento proces rozdělila Feilová do čtyř fází. První je stádium špatné orientace, druhým stádiem je ztráta orientace v čase, třetí stádium označuje jako stádium opakujících se pohybů a poslední nazývá stádiem vegetativním. Pro navázání kontaktu s osobami v různém stádiu užívá Feilová odlišné techniky validace. Některé z technik jsou použitelné u všech osob ve všech stádiích, jiné jsou vyhrazené pro konkrétní stádium dezorientace (FEIL, 2012).

3.2 PRINCIPY VALIDACE

Validace poskytuje dezorientovaným lidem empatického, nehodnotícího posluchače, který je schopen přijmout jejich vnímání reality. Tím narůstá vzájemná důvěra, redukuje se úzkost a vzrůstá pocit vlastní hodnoty. Psychické a fyzické fungování se zlepší a oddálí se tak posun do vegetativního stavu. Validace dává možnost cítit se bezpečně a začít komunikovat slovy nebo i bez nich. Teorie i praxe validace vychází z několika základních humanistických principů:

- nedostatečně orientovaní a dezorientovaní staří lidé jsou jedineční a cenní,
- nedostatečně orientovaní a dezorientovaní staří lidé by měli být akceptováni takoví, jací jsou, nepokoušíme se je měnit,
- empatické naslouchání vzbuzuje důvěru, zmírňuje úzkost a navrácí důstojnost,
- jsou-li bolestivé pocity vyjádřeny, akceptovány a validovány důvěřivým posluchačem, pak slábnou, bolestivé pocity, které jsou ignorovány nebo potlačovány, získávají na síle,
- chování velmi starých nebo dezorientovaných lidí má nějaký důvod,
- důvody k chování nedostatečně orientovaných nebo dezorientovaných velmi starých lidí vychází ze základních lidských potřeb,
- dříve osvojené způsoby chování se vrací, když selhávají verbální schopnosti a krátkodobá paměť,
- osobní symboly, které používají nedostatečně orientovaní nebo dezorientovaní starší lidé, reprezentují osoby, předměty nebo koncepty z jejich minulosti a jsou naplněné emocemi,
- nedostatečně orientovaní a dezorientovaní starší lidé žijí na různých úrovních vědomí, často ve stejnou dobu,
- události, emoce, barvy, zvuky, pachy, chuťové pocity a obrazy odehrávající se tady a teď vzbuzují emoce, které vyvolávají podobné emoce z minulosti (FEIL, 2012).

3.3 STÁDIA DEZORIENTACE DLE NAOMI FEILOVÉ

Feilová rozdělila proces dezorientace na čtyři fáze, každá z nich s sebou nese typické znaky v chování a způsobu zpracování emocí. V každém stádiu mají osoby

různě narušené kognitivní funkce. Autorka přístupu uvádí i fyzické charakteristiky osob v jednotlivých stádiích. Tyto znaky jsou při aplikaci metody důležité, protože umožňují zvolit pro daného pacienta vhodné techniky.

3.4.1 STÁDIUM ŠPATNÉ ORIENTACE

První fází je stádium špatné orientace, toto stádium odráží, jakým způsobem se lidé vyrovnávali se ztrátami ve svém životě, protože se s nimi tak vyrovnávají i ve stáří. Objevuje se u nich špatná orientace v čase, ale jsou stále schopni udržet kontakt s realitou. Výpadky paměti je ohrožují, uvědomují si je a často se uchylují k obviňování druhých, velmi často mají obavy z okradení, jsou podezřívaví. Svoje negativní pocity popírají. Jejich svalové napětí je zvýšené, jsou neustále v napětí. Jejich hlas je velmi často drsný, naříkající či vyčítavý. Jsou schopni základních sebeobslužných aktivit. Jsou schopni číst i psát, ale nejsou schopni učit se novým věcem (např. společenské hře) (FEIL, 2012).

3.4.2 STÁDIUM ZTRÁTY ORIENTACE V ČASE

Nejsou-li projevy prvního stádia u seniora řešeny, posouvá se do druhého stádia. To je charakteristické ztrátou orientace v čase. Osoby v tomto stádiu se již nedokáží o sebe bez pomoci starat, ubývá vědomé kontroly chování, opouštějí společenská pravidla, nezáleží jim na tom, jak se oblékají, jak působí na druhé. Realita přechází ve vzpomínky a fantazii. Objevují se pocity úzkosti a deprese. Jejich svaly jsou relaxované. Schopnost čtení zůstává, ale nejsou schopni čitelně psát. Nedokáží hrát společenské hry s pravidly (FEIL, 2012).

3.4.3 STÁDIUM OPAKUJÍCÍCH SE POHYBŮ

V tomto stádiu žije osoba již ve svém vlastním pojetí času, většinu podnětů z vnějšího světa nevnímá, nedokáže se o sebe postarat. Lidé v tomto stádiu jsou zaměřeni na sebe, komunikují málo, buď pomocí několika často opakovaných slov, nebo neverbálně. Nejsou schopni pečovat o sebe a své potřeby. Popisu jejich situace je obtížné porozumět, protože bývá vytržen z kontextu. Objevují se u nich pomalé repetitivní pohyby, podobné těm z dětství (kolébání). Většinu času mají zavřené oči. Vzpomínky z raného dětství pro ně mají největší význam a nejvíce na ně reagují (FEIL, 2012).

3.4.4 VEGETATIVNÍ STÁDIUM

V tomto stádiu osoby zcela ztrácí vnímání času, nepoznávají svoje blízké ani pečující osoby, jsou zcela odkázáni na péči druhých. Pouze leží, jejich spontánní pohyb je minimální. Často leží s otevřenýma očima, které se dívají do prázdna, nereagují na oční kontakt. Komunikace s nimi je obtížná, někdy zareagují na dotek. Rozvíjí se degradace nejen psychická, ale i fyzická. V tomto stádiu již nereagují na validaci (FEIL, 2012).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES S PRVKY VALIDACE

V praktické části naší práce se zaměříme na pacientku s hlavní medicínskou diagnózou Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem. Pro vypracování praktické části jsme si vybrali soukromé zařízení, které se specializuje na poskytování komplexní ošetrovatelské péče seniorům s diagnózou demence. Údaje nutné pro zhodnocení zdravotního stavu a aplikaci metody validace jsme získali ze zdravotnické a sociální dokumentace pacientky, rozhovorem s ošetřujícím personálem a příbuznými pacientky. Velmi malé množství anamnestických údajů jsme získali rozhovorem s pacientkou samotnou. Pacientka má stále zachovanou řeč, ale stupeň demence je již dle testových i klinických výsledků ve stádiu střední demence. Pacientky stav byl hodnocen pomocí MMSE, metodou ke zjištění celkových kognitivních funkcí a k záhytu demence s určením míry postižení a také testem hodin. Pacientka dosáhla 15 bodů, skóre odpovídá pásmu střední demence. V testu hodin splnila úkol na jeden bod. Dále jsme pacientku hodnotili pomocí Barthelové testu základních všedních činností ADL, dosáhla výsledku ADL 2 lehká závislost. K hodnocení jsme využili také Dotazník soběstačnosti DAD-CZ (Disability Assessment for Dementia), kde dosáhla výsledku 25 % ze 100 % úplné soběstačnosti. K popisu symptomů syndromu BPSD jsme využili dotazníku BEHAVE-AD (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating), Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby. Pacientku jsme hodnotili i podle charakteristik pro jednotlivá stádia dezorientace uvedené Feilovou.

4.1 DIAGNOSTICKÉ ZNAKY STÁDIA ZTRÁTY ORIENTACE V ČASE, POSOUZENÍ PACIENTKY

Naše pacientka se nachází ve stádiu ztráty orientace v čase.

Pro toto stádium je nejpodstatnějším znakem ztráta schopnosti vnímat chronologicky čas. Vzhledem k organickému poškození způsobenému Alzheimerovou nemocí tito lidé ztrácejí schopnost logicky myslet a rozlišit minulost a přítomnost. Dalším významným diagnostickým znamením osob v tomto stádiu je ztráta schopnosti kategorizovat. To se přenáší i do jejich emocionálního prožívání, nerozlišují mezi reálnými objekty a objekty, které jsou pouze symbolické.

Naše pacientka trpí ztrátou schopnosti vnímat čas a události řadit v logické

posloupnosti. Není schopna logicky myslet a rozlišit minulost a přítomnost.

Fyzické charakteristiky pro toto stádium dle Feilové jsou: snížené svalové napětí, pomalé pohyby, bezcílné těkání, oči které se na nic nezaměřují, koukají do prázdna, ale jsou schopny se zaměřit, pokud je přímo před nimi osoba poskytující péči. Řeč je pomalá a tichá. Ruce velmi často vyjadřují jejich emocionální rozpoložení. Držení těla je shrbené, chůze je šouravá. Většinou jsou inkontinentní.

Z fyzických charakteristik pro toto stádium naplňuje naše pacientka snížené svalové napětí, pomalé pohyby, bezcílné těkání. Oči, které se na nic nezaměřují, koukají do prázdna, ale jsou schopny se zaměřit, pokud je přímo před nimi osoba poskytující péči, pomalá a tichá řeč. Držení těla shrbené, chůze je šouravá, je částečně inkontinentní.

Psychologické charakteristiky pro osoby ve stádiu ztráty orientace v čase jsou zapomínání jmen, často nepoznávají členy rodiny, či osoby, které o ně pečují. Pletou si osoby z přítomnosti s osobami z minulosti. Jejich myšlenkové obsahy často obsahují opakující se situace z minulosti, které pacienti nebyli schopni vyřešit. Používají objekty jako náhradu za reálné osoby. Často si zachovávají schopnost číst, ale ztrácejí schopnost psát. Rozsah pozornosti je velmi krátký, pouze několik minut. Jejich schopnost kontrolovat emoce se ztrácí, vyjadřují volně svoji touhu po blízkosti a dalších pozitivních emocích. Nemají žádnou motivaci uspokojit přání svých pečovatелů, často porušují pravidla. Jsou schopni poznat a pozitivně reagovat na upřímnou péči. Negativně reagují na opakované připomínání reálného času, mohou být podráždění při otázkách na konkrétní časové údaje (kolik je jim let, jaké máme dnes datum apod.)

Z psychologických charakteristik splňuje pacientka zapomínání jmen, někdy nepoznává členy rodiny. Plete si osoby z přítomnosti s osobami ze své minulosti. Její myšlenkové obsahy často obsahují opakující se situace z minulosti. Rozsah její pozornosti je velmi krátký, pouze několik minut. Její schopnost kontrolovat emoce se zmenšila.

4.2 TECHNIKY VALIDACE VHODNÉ PRO STÁDIUM ZTRÁTY ORIENTACE V ČASE

Osoby v tomto stádiu reagují na verbální i neverbální techniky. Autorka uvádí třináct základních validačních technik pro toto stádium (FEIL, 2012).

1. Centrování - zaměření se na vlastní dech, abychom „vydechli“ co největší množství vzteku a frustrace. Uvolněním vlastní frustrace a negativních pocitů se připravujeme na možnost přijmout co nejvíce emocí osoby, se kterou komunikujeme.
2. Používání neohrožujících slov k vybudování důvěry - osoby v různých stádiích dezorientace nejsou ochotni nebo schopni pochopit svoje pocity. Abychom s těmito osobami mohli efektivně komunikovat, je třeba pokládat otázky tak, aby nedocházelo k jejich konfrontaci s vlastními pocity. Je třeba používat faktických otázek (kdo, co, kde, kdy a jak), nikdy bychom se neměli ptát proč.
3. Znovu vyjádření- opakování toho, co validovaná osoba řekla, s použitím stejných klíčových slov a stejným tónem hlasu.
4. Používání extrémních situací- prožití nejhorší nebo nejlepší možné varianty v určité situaci, dává osobě možnost plně vyjádřit svoje pocity a najít úlevu.
5. Používání přímého, prodlouženého očního kontaktu. Validované osoby reagují okamžitě na empatický, zaměřený oční kontakt. Důležitá je i stejná výše očí při kontaktu, k osobám sedícím je třeba si kleknout, či přisednout.
6. Používání nejednoznačných slov v rozhovoru s osobami, jejichž komunikace pozbývá smyslu. V odpovědích osobám, které již obtížně nacházejí slova k vyjádření smyslu, používáme zájmen jako (on, ona, ono, někdo).
7. Používat čistý, níže položený tón hlasu, vyjadřující péči. Přizpůsobovat svůj tón hlasu emocím validované osoby. Osoby v tomto stádiu se často vracejí do minulosti a do dětství, reagují pozitivně na tón připomínající rodičovský, pečující hlas.
8. Pozorovat a odpovídat na vyjadřované emoce. Osoby v tomto stádiu, vyjadřují

svoje emoce skrze tělo, je důležité se zaměřit na oči, spodní ret, dýchání, ruce a nohy validované osoby. Když pečovatel dokáže zrcadlit emoce a reagovat na ně, validovaná osoba se cítí bezpečně a je schopna spolupracovat.

9. Schopnost spojit chování osoby s jeho potřebou. Je nutné znát anamnestické údaje o dané osobě, abychom byli schopni propojit její potřeby, s projevovaným chováním. Velmi často se jedná o potřebu být milován a být užitečný.
10. Identifikovat preferovaný smyslový vjem a ten při komunikaci zdůrazňovat.
11. Použití doteku- na rozdíl od osob ve stádiu špatné orientace, se osoby ve stádiu ztráty orientace v čase nebojí dotyku. Dotýkaní se osob v tomto stádiu způsobem, jakým to v minulosti činili jejich rodiče, přináší vzpomínky na šťastné chvíle minulosti.
12. Užití hlasu, doteku a očního kontaktu podporuje odpověď a vede k odpovědi i osoby, které již běžně nehovoří.
13. Používání hudby- písničky naučené v dětství zůstávají v paměti velmi dlouho. I osoby, které již nepoznávají své blízké, a kteří ztratili schopnost mluvit, si pamatují slova písniček.

4.3 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

Pacientka ve věku 79 let byla přijata do soukromého zařízení v listopadu 2013, do té doby žila doma s manželem. Demence jí byla diagnostikována před sedmi lety. Za tu dobu byla jedenkrát krátce hospitalizována v Psychiatrické nemocnici Bohnice, hospitalizace proběhla časně po stanovení diagnózy. Z psychiatrické nemocnice odešla pacientka domů, kde o ni pečoval manžel a její dvě dcery, které žijí poblíž jejího bydliště. V říjnu 2013, zemřel pacientce manžel na karcinom slinivky, její psychický stav se zhoršil, byla zmatenější, nebyla schopna vykonávat aktivity v oblasti sebepečce. Pacientka byla celoživotní kuřačkou a její dcery měly veliké obavy o její bezpečí, pacientka začala porušovat zásady, které ohledně kouření měla, dvakrát ji našly dcery doma v lůžku s hořící cigaretou. Nebyly schopny poskytnout jí celodenní péči a dohled,

a tak se rozhodly pro její umístění do soukromého zařízení se čtyřadvacetihodinovou ošetrovatelskou péčí. Pacientka nemá upravenou způsobilost k právním úkonům a s pobytem v zařízení souhlasila. Pacientka je čerstvě ovdovělá, s manželem byli oddáni 54 let, velkou část svého života žili v domě na okraji Prahy, kde byla velká zahrada, o kterou pacientka ráda pečovala. Před odchodem do starobního důchodu pracovala jako sekretářka, v posledním zaměstnání pracovala dvacet šest let. Má dvě dcery, obě jsou vdané a mají vlastní rodiny. Pacientka dle jejich slov nebyla nikdy velmi společenská, bavila ji práce na zahradě, ruční práce (pletení a háčkování) a péče o rodinu a vnoučata, ve volných chvílích dříve ráda četla historické romány. V posledních sedmi letech přestala být schopna většinu těchto aktivit vykonávat. Poslední tři roky s vedením domácnosti vypomáhaly dcery a placená síla. Před přijetím do soukromého zařízení pacientka většinu dne už jen posedávala nebo bezcílně chodila po domě, poslouchala rádio, či listovala časopisy.

Tabulka 1 Základní údaje o pacientce

Pohlaví: žena	Jméno a příjmení: D. J.
Věk: 79	Datum narození: 1935
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: důchodce
Stav: vdova	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 27. 11. 2013	Typ přijetí: z domova

Medicínská diagnóza hlavní: Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem F 00.1

Medicínské diagnózy vedlejší: Anémie

Osteoporóza

Nikotinismus

st. p. petrochanterické fraktury femuru 1. sin.

Nynější onemocnění: u pacientky se rozvíjí onemocnění již sedm let, v popředí byly zejména poruchy paměti, pozornosti a exekutivních funkcí, v poslední době se přidaly i poruchy orientace. Pacientka většinou není orientována časem a místem, objevují se

i poruchy prostorové orientace, ztrácí se a bloudí i ve známém prostředí. Dostavily se i osobnostní a emocionální změny, pacientka je zvýšeně úzkostná, má poruchy spánku. Po nedávné smrti manžela přestala pacientka zvládat aktivity denního života, výrazně se zhoršila její schopnost sebeobsluhy.

4.4 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: zemřela v 72 letech na pneumonii

Otec: zemřel na infarkt v 65 letech

Sourozenci: 1 bratr, zemřel na infarkt v 59 letech

Psychiatrická heredita: není známa

Děti: 2 dcery, zdravé

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: Osteoporóza

Anémie

Nikotinismus

opakované tonzilitidy

Hospitalizace a operace:

Tonzilektomie, 1979

Apendicitis, 1980

Úrazy: petrochanterická fraktura femuru 1. sin., 2006

Transfúze: ano

Očkování: běžné, dle očkovacího kalendáře

Alergologická anamnéza

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

Abúzy

Alkohol: nepije

Kouření: 3 cigarety za den i méně

Káva: 1x denně, po obědě

Léky: 0

Jiné návykové látky: 0

Gynekologická anamnéza

Menarche: neví

Cyklus: neví

Trvání: neví

Intenzita, bolesti: neví

PM: neví

A: 0

UPT: 0

Menopauza: v 49 letech

Potíže klimakteria: neudává

Samovyšetřování prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: neví, dle dcery rok 2008

Sociální anamnéza

Stav: vdova

Bytové podmínky: byly dobré, nyní institucionální péče

Vztahy, role a interakce: dobré s dcerami a vnoučaty, navštěvují pacientku

Záliby: dříve zahrada, ruční práce

Volnočasové aktivity: dříve čtení

Pracovní anamnéza

Vzdělání: střední ekonomické

Pracovní zařazení: sekretářka

Čas odchodu do důchodu, jakého: v 56 letech, do starobního

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: pacientka ani její rodina nejsou věřící

Terapie

Tabulka 2 Farmakologická terapie

Tiapridal	Tlb	100 mg	0-0-1	Antipsychotikum
Citalec	Tbl	20 mg	1-0-0	Antidepressivum
Aricept	Tbl	5 mg	1-0-0	Kognitivum
Buronil	Tbl	25 ml	0-0-0-1	Antipsychotikum
Neurol	Tbl	1 mg	při silné úzkosti	Anxiolytikum

4.5 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU PACIENTKY

Tělesná hmotnost: 52 kg

Výška: 163 cm

BMI: 19,5

TK: 125/70

P: 75'

D: 16

TT: 36,3 C

Celkový náález: při vědomí, orientovaná správně pouze vlastní osobou, místem a časem chybně, emotivita stažená, úzkostná. Chybí náhled na vlastní onemocnění, přítomny poruchy paměti, exekutivních i vizuoprostorových funkcí. Osobnostní změny v souvislosti s onemocněním.

Hlava: lebka normocefalická, poklepově nebolestivá. Deformity nepřítomné. Výstupy trigeminu nebolestivé. Kůže bez patologického nálezu. Vlasy jemné, prořídle.

Oči: oční bulby ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, rohovka průhledná, zornice izokorické.

Dutina ústní: rty souměrné, bez cyanózy. Jazyk plazí ve střední čáře, mírně povleklý. Bez tonzil. Chrup umělý.

Uši: bez sekrece, slyší dobře.

Nos: bez sekrece.

Krk: krční páteř pohyblivá, pulzace karotid oboustranně nezvětšená, náplň krčních žil nezvýšená, krční uzliny nehmatné, štítná žláza nehmatná.

Hrudník: souměrný, astenický. Prsy souměrné, bez hmatné rezistence. Lymfatické uzliny nehmatné. Dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších fenoménů.

Srdce: akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, šelest 0.

Břicho: měkké, nebolestivé, poklep diferencovaně bubínkový. Kůže na břiše s bílými striemi (po těhotenství). Povrchová i hluboká palpce bez hmatné rezistence. Peristaltika přítomna. Játra nepřesahují pravý oblouk žeberní. Slezina nenaráží.

Genitál: normálně vyvinutý, bez výtoku.

Reflexy: výbavné.

Čítí: přiměřené.

Periferní pulzace: oboustranně hmatné.

Varixy: 0, Homansovo znamení 0.

Kůže: prokrvená, šupinkovitá, bez ikteru, turgor snížený.

Otoky: 0

4.6 UTRÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE KONCEPČNÍHO MODELU MARJORY GORDONOVÉ

<p>1. Podpora zdraví</p> <p>Uvědomování si zdraví</p> <p>Management zdraví</p>	<p>Subjektivně: „Jsem kuřák, jinak se mám dobře.“</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka kouří asi od svých 35 let. Po převozu do nového zařízení pacientka kouří méně než tři cigarety denně. Kávu pije 1x denně po obědě. Nemá náhled na vlastní onemocnění. Na užívání léků je nutno dohlížet, pacientka není schopna pochopit a udržet informaci o nastavení farmakoterapie. Na pravidelné prohlídky k praktickému lékaři docházela v doprovodu manžela nebo dcer, není schopná si organizovat čas, ani se dostavit na určené místo. Dříve ráda pracovala na zahradě, vnímala to jako fyzickou aktivitu, nyní již žádnou cílenou aktivitu není schopna vykonávat.</p> <p>Použitá měřicí technika: DAD-CZ</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacientka je kuřačka. Není schopna užívat naordinovanou farmakoterapii bez dohledu, není schopna podstoupit preventivní prohlídky bez dopomoci a asistence.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>2. Výživa</p> <p>Příjem potravy</p> <p>Trávení</p> <p>Vstřebávání</p> <p>Metabolizmus</p> <p>Hydratace</p>	<p>Subjektivně: „Vaří tu dobře, chutná mi tu, mám ráda omáčky a maso.“</p> <p>Údaje od dcer: Pacientka před přijetím jedla 4 x denně, dříve ráda vařila, preferovala klasická česká jídla (smetanové omáčky, knedlíky), také ráda pekla. Má velmi ráda sladkou chuť, má oblíbený čokoládový pudink. Pila šťávu a čaje.</p> <p>Použitá měřicí technika: BMI</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Chuť k jídlu se jí nezměnila, jí ráda a s chutí, pravidelně 5x denně.</p>

	<p>Je nutno jí připomínat pití, preferuje slazené minerálky, šťávu, vypije cca 2 litry tekutin denně.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacientka nevnímá pocit žízně, nutný dohled nad množstvím přijatých tekutin.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <p>Funkce močového systému</p> <p>Funkce gastrointestinálního systému</p> <p>Funkce dýchacího systému</p>	<p>Subjektivně: „Na záchod si dojdu sama.“</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka má pravidelnou stolicí jedenkrát denně, většinou ráno po snídani. Nucení na stolicí zaznamená, na toaletu je třeba ji doprovodit, někdy sama netrefí do pokoje. Stolice je hnědé barvy, normálně formovaná, bez patologických příměsí.</p> <p>Pacientka trpí inkontinencí moči, používá natahovací jednorázové kalhotky pro střední inkontinenci. Je-li vyzvána, vymočit se dojde, sama však nucení na močení nezaznamenává. Dýchání je pravidelné, frekvence 16/minutu. Typ a hloubka dýchání je normální. Po ránu mívá kašel, sputum není zánětlivé barvy.</p> <p>Použitá měřicí technika: DAD-CZ, ADL, měření dechové frekvence.</p> <p>ADL- lehká závislost</p> <p>V dotazníku aktivit denního života DAD-CZ dosáhla pacientka 25 % ze 100 % plné funkčnosti.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacientka nevnímá nucení na močení, je nutné používat pomůcky pro inkontinenci moči.</p> <p>Priorita: střední</p>

<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <p>Spánek, odpočinek</p> <p>Aktivita, cvičení</p> <p>Kardiovaskulární</p> <p>pulmonální reakce</p> <p>Sebepéče</p>	<p>Subjektivně: „Špatně spím, jsem unavená.“ „Ráda chodím na procházky.“</p> <p>Údaje od dcer: Doma spala pacientka špatně, začala mít v posledních měsících problémy se spánkovým režimem, častěji usínala přes den, pak se budila v noci a bloudila po domě.</p> <p>Dříve ráda pracovala na zahradě, nikdy aktivně nesportovala, ráda chodila na procházky do přírody. V poslední době již téměř nic z toho není schopna vykonávat, ujde jen krátké vzdálenosti a chce si sednout, pohyb ji netěší, u ničeho dlouho nevydrží.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka má tendenci pospávat přes den, chodí spát kolem 19 hodiny, pak se budí několikrát v noci, při nočním probuzení je dezorientovaná, volá své blízké. Nyní je spánek podpořen psychiatrickou medikací, snaha aktivizovat pacientku maximálně během dne. Ráda si prohlíží časopisy, přečte jen jednotlivé věty, ale informaci není schopna dlouhodobě udržet v paměti. Chodí po chodbách zařízení, a když je hezké počasí tak po zahradě zařízení. Chůze je stabilní, ale pomalá. Fyzická námaha ji vyčerpává, pak zvýšeně unavená. Při návštěvách příbuzných chodí do místní cukrárny. Pacientka není zcela soběstačná. Péči o sebe zvládá s dopomocí, je nutno jí připomínat ranní i večerní hygienu a pomoci jí při jejím vykonávání. Rovněž nutná dopomoc při oblékání.</p> <p>Použitá měřicí technika: DAD-CZ, BEHAVE–AD</p> <p>V dotazníku aktivit denního života DAD-CZ dosáhla pacientka 25 % ze 100 % plné funkčnosti.</p> <p>BEHAVE–AD ukazuje na narušený spánek.</p>
--	---

	<p>Ošetrovatelský problém: Zhoršená kvalita spánku. Zhoršená schopnost vykonávat aktivity osobní hygieny. Zhoršená schopnost samostatně si vybrat oblečení a obléknout se.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>5. Vnímání - poznávání</p> <p>Pozornost</p> <p>Orientace</p> <p>Kognice</p> <p>Komunikace</p>	<p>Subjektivně: „Kde jsem, no to nevím, doma asi ne.“</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka není plně orientována všemi kvalitami. Orientace vlastní osobou je zachována, orientace místem a časem je narušena. U pacientky se objevují poruchy prostorové orientace, bezcílně chodí po chodbách zařízení, není schopna si zapamatovat, kde se nachází její pokoj, při cestě na toaletu zapomíná cestu. Pacientka není schopna zapamatovat si nové informace, není schopna si vybavit, jaké jídlo před chvílí jedla, kde má uloženy své osobní věci, nebo kdo byl u ní předešlý den na návštěvě. Bere rozličné předměty své vlastní i z vybavení domova a dává je na různá místa, bez logické souvislosti, není schopna si uchovat v paměti, kam věci dala. Řeč je srozumitelná, ale obsahově prázdná a stereotypní, často není schopna vybavit si správný výraz, nahrazuje jej nepřiléhavými termíny.</p> <p>Použitá měřicí technika: MMSE, test hodin.</p> <p>Výsledek měřících technik ukazuje na narušené kognitivní funkce.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacientka ztrácí orientaci místem a časem i prostorem, má poruchy paměti.</p> <p>Priorita: střední</p>

<p>6. Vnímání sebe sama</p> <p>Sebepojetí Sebeúcta Obraz těla</p>	<p>Údaje od dcer: Popisují osobnostní změny, které se u pacientky za poslední roky udály, dříve pacientka bývala klidná, v některých ohledech zvýšeně úzkostná, v průběhu nemoci se stala zlostnou, nálady se u ní častěji střídají, mívala období, kdy se jevila apatická a depresivní.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka je orientována vlastní osobou, ale náhled na vlastní onemocnění zcela chybí. Nerozumí tomu, proč byla dětmi nucena opustit dům, ve kterém žila. Vůči dcerám se někdy chová zlostně, jindy je apatická. Aktuálně je v obraze v převaze emoční oploštění, v případě, že se pacientce něco nelíbí, projevuje to zlostným chováním.</p> <p>BEHAVE-AD ukazuje osobnostní změny, zlostné chování.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacientka má narušené vnímání sebe sama.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>7. Vztahy</p> <p>Role pečovatелů Rodinné vztahy Plnění rolí</p>	<p>Subjektivně: „Manžel mi umřel, měl bolesti.“</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka je čerstvě ovdovělá, s manželem byli spolu přes padesát let. Z manželství má dvě dospělé dcery. V péči o matku pomáhaly, po smrti otce, nebyly schopny plně převzít celodenní dohled a rozhodly se pacientku umístit do domova pro seniory. Matku pravidelně navštěvují několikrát týdně.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: -----</p>

<p>8. Sexualita</p> <p>Sexuální funkce Reprodukce</p>	<p>Subjektivně: „Mám dvě holky.“</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka má za sebou dva porody.</p> <p>Menopauzu prodělala ve 49 letech.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: -----</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <p>Posttraumatické reakce Reakce na zvládání zátěže Neurobehaviorální stres</p>	<p>Subjektivně: „Už bych chtěla jít domů, mám tam holky.“</p> <p>Údaje od dcer: Dříve se u pacientky objevovaly stavy úzkosti, zejména v souvislosti s péčí o rodinu, z počátku nemoci byla pacientka podrážděná a úzkostná, když si uvědomovala, že v péči o domácnost již není tak, efektivní jako dříve.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Nyní se objevila úzkost v souvislosti s úmrtím manžela, pacientka má chvíle, kdy verbalizuje, že zemřel, jindy o něm hovoří, jako o stále žijícím, dotazuje se na jeho zdravotní stav, ptá se, kdy přijde na návštěvu. V novém prostředí domova pro seniory se necítí dobře, obává se nových tváří i neznámého prostoru, nemůže najít svoje osobní věci, obviňuje dcery i personál, že jí je vzali. Objevují stavy úzkosti, chce odejít ze zařízení, křičí, je neklidná, jako důvod udává, že přijde manžel z práce a děti ze školy, nemá pro ně nic uvařeno.</p> <p>Použitá měřicí technika: BEHAVE–AD</p> <p>BEHAVE–AD zjištěné příznaky úzkosti, bludy, zhoršené adaptace, podezřívavost.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Úzkost, neklid, napětí, křik.</p> <p>Priorita: střední</p>

<p>10. Životní principy</p> <p>Hodnoty Přesvědčení Soulad hodnot</p>	<p>Subjektivně: „Nevím, nechodím do kostela.“</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka ani její rodina nejsou věřící, nikdy nechodila do kostela ani se nezúčastňovala jiných duchovních praktik.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: -----</p>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <p>Infekce Fyzické poškození Násilí Environmentální rizika Obranné procesy Termoregulace</p>	<p>Subjektivně: „Chodím sama, nespadla jsem.“</p> <p>Údaje od dcer: Doma pacientka několikrát spadla, když v noci po tmě chodila po bytě.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka je stále schopná samostatné chůze, chodí pomaleji, ale stabilně. Zhoršená je prostorová orientace.</p> <p>Použitá měřicí technika: zhodnocení rizika pádu, test hodin</p> <p>Zhodnocení rizika pádu ukazuje vysoké nebezpečí.</p> <p>Test hodin svědčí pro narušenou orientaci v prostoru.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Riziko pádu.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>12. Komfort</p> <p>Tělesný komfort Komfort prostředí Sociální komfort</p>	<p>Subjektivně: „Mě nic nebolí, jen jsem unavená.“</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka si nestěžuje na žádnou bolest, adaptuje se pomalu na nové prostředí, ve kterém nyní žije. Stále více komunikuje se osobami, které o ni pečují. Někdy hovoří o manželovi a dcerách, ptá se na ně.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: -----</p>
<p>13. Růst, vývoj</p> <p>Růst Vývoj</p>	<p>Údaje od dcer: Na začátku nemoci maminka dost zhubla.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka má normální</p>

	<p>váhu, BMI odpovídá nižšímu pásmu normy, hmotnost nekolísá, netrpí úbytkem váhy. V obraze pacientky se objevují poruchy kognice, není schopna se koncentrovat na čtení či sledování televize, objevují se poruchy paměti a exekutivních funkcí.</p> <p>Použitá měřicí technika: BMI, MMSE.</p> <p>MMSE výsledek odpovídá střední demenci.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Zhoršování rozumových funkcí.</p> <p>Priorita: střední</p>
--	---

Situační analýza:

Pacientka, 79 let, byla po smrti manžela přijata do soukromého domova pro seniory. V posledních sedmi letech u ní dochází k postupnému zhoršování rozumových funkcí a to hlavně paměti a exekutivních funkcí. Objevily se u ní i poruchy nálady a změny osobnosti. V důsledku onemocnění se projevují rovněž poruchy orientace v prostoru, není plně orientována časem a místem. Celkový stav kognitivních funkcí byl hodnocen pomocí MMSE (Mini Mental State Examination). Pacientka dosáhla 15 bodů, výsledek odpovídá pásmu střední demence. Její mentální funkce zhoršují schopnost péče o vlastní osobu, je nutno dohlédnout na dostatečnou hydrataci, užívání farmak, hygienu a oblékání. Pacientka má inkontinenci moče, kterou kompenzuje pomůckami. Má narušenou kvalitu spánku, v noci se několikrát vzbudí a je zmatená, křičí. V novém prostředí je nejistá, obává se nových lidí, je neklidná, úzkostná.

4.7 STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Vzhledem k tomu, že se naše práce zaměřuje na metodu validace v ošetrovatelském procesu, nerozpracováváme podrobně všechny diagnózy, ale podrobněji se zaměřujeme pouze na diagnózu Chronická zmatenost, při jejímž řešení užíváme metodu validace. Metodu validace jsme u pacientky aplikovali v období od 6.1 do 22. 1. 2014.

Ošetrovatelské diagnózy jsou řazeny dle priorit. Hodnoceno dle Ošetrovatelských diagnóz NANDA I taxonomie II. Definice a klasifikace 2009- 2011.

Doména 5: Vnímání/ poznávání

Třída 4: Poznávání

Chronická zmatenost (00129)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání stresu

Úzkost (00146)

Doména 4: Aktivita/ odpočinek

Třída 1: Spánek/ odpočinek

Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 11: Bezpečnost/ ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Riziko pádů (00155)

Doména 2: Výživa

Třída 5: Hydratace

Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)

Doména 3: Vylučování/ výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Funkční inkontinence moči (00020)

Doména 4: Aktivita/ odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/ odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Deficit sebepéče při oblékání (00109)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Zanedbávání sebe sama (00193)

Doména 6: Vnímání sebe sama

Třída 1: Sebepojetí

Narušená osobní identita (00121)

Doména 13: Růst/ vývoj

Třída 1: Růst

Neschopnost dospělého se dál rozvíjet (00101)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Neefektivní péče o vlastní osobu (00078)

Ošetřovatelská diagnóza: Chronická zmatenost (00129)

Nezvratná progresivní porucha intelektu a osobnosti charakterizovaná sníženou schopností interpretovat podněty z okolí a sníženou kapacitou myšlenkových procesů, což se projevuje poruchami paměti, orientace a chování.

Doména 5: Vnímání/ poznávání

Třída 4: Poznávání

Určující znaky

progresivní kognitivní porucha

poškození dlouhodobé paměti

poškození krátkodobé paměti

změny osobnosti

změněná reakce na podněty

Související faktory:

Alzheimerova choroba

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá zhoršenou chronickou zmatenost po dobu jednoho měsíce.

Cíl krátkodobý: Pacientka se adaptuje na nové prostředí zařízení do sedmi dnů.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka reaguje pozitivně na všeobecnou sestru provádějící validaci do jednoho dne,
- pacientka komunikuje verbálně i neverbálně s lidmi okolo sebe do pěti dnů,
- pacientka není neklidná a nekřičí do jednoho týdne,
- pacientka prožívá méně zlosti a úzkosti do jednoho týdne,
- pacientka se nesnaží opustit zařízení do dvou týdnů,
- pacientka zůstává orientovaná vlastní osobou po celý měsíc.

Plán intervencí od 6.1 do 22. 1. 2014:

- posuď stupeň poruchy orientace, paměti a úroveň pozornosti standardizovanou technikou, proved' záznam do dokumentace, do jednoho dne (všeobecná sestra),
- pozoruj projevy chování pacientky jednou denně a zaznamenej je do dokumentace (všeobecná sestra),
- zhodnoť psychologické charakteristiky stádia dezorientace dle Feilové, do jednoho dne (všeobecná sestra),
- zhodnoť fyzické charakteristiky stádia dezorientace dle Feilové, do jednoho dne (všeobecná sestra)
- vyber pro pacientku vhodné validační techniky, do jednoho dne (všeobecná sestra),
- spolupracuj s rodinou pacientky, vysvětli jim použitou metodu validace, do jednoho týdne (všeobecná sestra),
- prováděj validaci dvakrát týdně, po dobu jedné až pěti minut, (všeobecná

sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeut), po dobu tří týdnů,

- povzbuzuj vhodnými klíčovými slovy pacientku k otevřenému vyjadřování emocí, (všeobecná sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeut), po dobu tří týdnů,
- dokumentuj změny v chování a prožívání pacientky po dobu prováděné validace, jednou za den (všeobecná sestra).

Realizace: ze dne 6. 1. 2014

Pacientka D. J. chodí po chodbě okolo dveří sem a tam, bere za kliku, něco si nesrozumitelně říká, občas vykřikne: „Járo!“ Centruji se a přicházím k pacientce, jemně se dotýkám jejího ramene, otáčí se, nechápavě na mě kouká. Její ruce se třesou, stejně tak jako spodní ret. Neutrálním hlasem se ptám: „Potřebujete jít ven?“ D. J. se na mne zahledí, fixuje mě očima: „No je už dlouho pryč, už tu měl být.“ „Koho hledáte,“ ptám se hlasem vyjadřujícím péči. D. J.: „Jarda je už dlouho pryč“. Ptám se: „Kdo je Jarda?“ Pacientka: „Můj muž, už tu měl být, jede z práce.“ Snažím se zachovávat pacientčin rámec a vybudovat důvěru, používám faktických otázek. „Jak to má z práce daleko?“ D. J.: „Daleko, je na montáži, už tu měl být.“ Zrcadlím pacientky emoce: „Máte o něj strach, aby se mu po cestě něco nestalo.“ Pacientka se zastavuje, pláče: „Mám, chybí mi.“ Lehce se dotýkám jejího hřbetu ruky a hladím ji, pláč postupně ustává. Pacientka je klidnější, jde si se mnou sednout do jídelny mezi ostatní pacienty.

Použité validační techniky: centrování, dotyk, oční kontakt, faktické otázky, zrcadlení.

Technika centrování se, by měla předcházet každé validaci, jejím cílem je uvědomit si vlastní aktuálně probíhající emoce. Pomocí dechové techniky uvolníme případné napětí, zlost, frustraci, abychom byli schopni plně se zaměřit na emoce pacienta.

Realizace: ze dne 11. 1. 2014

Pacientka D. J., popochází kolem oken, je neklidná, má vyděšený výraz ve tváři. Přicházím k ní a zdravím, nechápavě na mě kouká. Ptám se: „Co se děje?“ Podívá se přímo na mojí osobu, udržuji oční kontakt, pacientka odpovídá: „Čekám tu.“

Já: „Na koho čekáte?“ „Na manžela,“ odpovídá. „Kde je?“ ptám se. Pacientka: „Je v práci, je tam dlouho, mám strach.“ Já: „Čeho se bojíte?“ Pacientka: „Je nemocný, mám o něj strach“. Zrcadlím pacientky emoce: „Bojíte se o něj, aby se mu něco nestalo. Povězte mi něco o vašem manželovi, co má rád?“. Pacientka se rozhovoří o svém manželovi, ráda mu vaří, má rád sladké, kladu doplňující faktické otázky. Pacientka se zdá být klidnější, odcházíme od okna do jejího pokoje.

Použité validační techniky: centrování, oční kontakt, faktické otázky, zrcadlení.

Oční kontakt, pacientka je dezorientovaná místem i časem, navázání a udržení očního kontaktu pro ni představuje bezpečný prostor a v tento moment i pevný bod v realitě (jsem tady a teď, s člověkem, který vyjadřuje zájem o mojí osobu a prožívání).

Realizace: ze dne 13. 1. 2014

Pacientka sedí ve svém pokoji, poslouchá rádio, dnes se zdá klidná. Přisedám k ní a zdravím, snažím se udržet její oční kontakt, ptám se: „Jakou ráda hudbu?“ Pacientka: „Lidovky, zpíváme doma s holkama.“ Já: „Jak se jmenují vaše holky?“ Pacientka udává jejich jména a dodává: „Chodí do sboru.“ Ptám se: „Jakou písničku jste jim zpívala, když byly malé?“ Pacientka začíná broukat pomalou lidovou písničku, usmívá se, je klidná.

Použité validační techniky: oční kontakt, faktické otázky, zpěv.

U techniky faktických otázek, můžeme použít všechna tázací zájmena, vyjma proč. Tato technika pomůže rozvinout rozhovor s pacientkou, umožní nám větší vhled do jejího prožívání, bez nutnosti sledovat logiku příběhu, která může být zkreslena kognitivními dysfunkcemi v souvislosti s demencí.

Realizace: ze dne 18.1. 2014

Dle hlášení noční služby, byla dnes v noci pacientka velmi neklidná, volala, plakala, několikrát za noc vyšla z pokoje.

Pacientka sedí v křesle, kouká do prázdna, má slzy v očích. Zdravím, přisedám k ní a lehce se dotýkám její ruky, pevně mě chytne, dívá se mi do očí, tečou jí slzy. „Co se vám stalo paní D. J.“ ptám se. D. J.: „Nevím, kde jsem, mám strach, chci

domů.“ „Kde je váš domov?“ ptám se, pacientka hovoří o domě (pravděpodobně o domě, kde bydlela s manželem a dětmi). Já: „Co máte na svém domě nejraději?“ Zamýšlí se a odpovídá: „Manžela a děti, chybí mi tu.“ Pacientka má zklidněný výraz v obličeji, nepláče.

Použité validační techniky: dotyk, oční kontakt, faktické otázky, použití extrémů.

Použití techniky doteku je vhodné pro všechny osoby od stádia ztráty orientace v čase. Pacienti v tomto stádiu reagují na dotyk pozitivně, vnímají blízkost pečující osoby, ve vzpomínkách je citlivý dotyk vrací většinou do dětství.

Realizace: ze dne 20.1. 2014

Pacientka bloumá po chodbě, zkouší otevírat všechny dveře, jsou-li zavřené, zlobí se, bouchá do nich. Přicházím k pacientce, zdravím: „Dobrý den paní J., kam chcete jít?“ Pacientka: „Musím domů, čekají na mě.“ „Kdo na vás čeká?“ ptám se. D. J.: „Děti, musím jim uvařit oběd.“ „Co nejraději vaříte pro svoje děti?“ Pacientka: „Polévku a knedlíky“. Její pozornost se odvrátila od dveří a touhy odejít, hovoříme o jídle, které má ráda. Přestala být zlostná.

Použité validační techniky: oční kontakt, faktické otázky, použití extrémů.

Použití extrémů je technika, která umožní plně vyjádřit pacientčiny pocity a zároveň nabízí způsob, jak je vyjádřit pomocí nabídnutých slov (nejvíce, nejméně, nejraději apod.).

Realizace: ze dne 22.1. 2014

Pacientka měla dnes návštěvu dcery, dcera uváděla, že ji nepoznala, myslela si, že je její sestra. Po odchodu dcery pacientka sedí na posteli, neustále otevírá šuplík svého stolku, něco hledá, je neklidná. Poklekám k její posteli, snažím se navázat oční kontakt a ptám se, zda něco hledá, pacientka odpovídá: „Alenka ztratila klíče.“ „Kdo je Alenka?“ ptám se. Pacientka: „Moje Alenka, musíme je najít, bude zle.“ Opakuji podobnými klíčovými slovy: „Máte strach, že nenajdete klíče.“ Pacientka: „Ano, nedostanu se domů.“

Použité validační techniky: oční kontakt, faktické otázky, použití klíčových slov.

Klíčová slova umožní v komunikaci s dezorientovanou pacientkou vyjádřit, že její situaci rozumíme, chápeme ji, je pro nás srozumitelná. Pochopení, uznání jejího pohledu na věc přináší úlevu, redukuje úzkost.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl splněn, pacientka se adaptovala na nové prostředí, byla komunikativnější, projevovала méně obav z neznámého prostředí.

Cíl dlouhodobý byl splněn, během prováděné validace se chronická zmatenost neprohloubila. Pacientka zůstala orientována vlastní osobou, méně často se snažila opustit zařízení.

Pro udržení současného stavu je nutné ve validaci pokračovat.

4.8 ZHODNOCENÍ VALIDAČNÍ METODY PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Po dobu provádění validace se zmírnil výskyt neklidného chování i zmenšila frekvence křiku. Noční neklid u pacientky přetrvával, ale při nočních probuzeních nebyla validace prováděna. Pacientka stále mluvila o tom, že chce jít domů, nesnažila se však aktivně opustit zařízení. Méně často se u ní objevoval pláč. Začala více spontánně hovořit s ošetřujícím personálem, na spolupacienty mluvila stále málo. S pacientkou se při validaci podařilo navázat důvěrný vztah. Díky podrobnému zjišťování pacientčiny historie, pro porozumění jejím referenčnímu rámci, jsme navázali intenzivní vztah s jejími dcerami, které nám poskytly důležité informace o pacientce a aktivně se tak zapojily do procesu validace. Po dobu validace zůstala pacientka orientována vlastní osobou.

Vzhledem k základní diagnóze Alzheimerova nemoc, nelze očekávat, že by došlo ke zlepšení stavu, naopak lze očekávat postupující progresi onemocnění. I při zhoršení stavu pacientky by bylo vhodné ve validaci pokračovat a využívat techniky dle daného stádia dezorientace.

4.9 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na příkladu z praxe, který jsme zde uvedli, je zřejmé, že pacientka reagovala na přístup velmi dobře, i když je zcela zřejmé, že i validace má svoje hranice a omezení. U osoby s progresivním onemocněním typu Alzheimerovy choroby, nelze očekávat zlepšení kognitivního ani fyzického stavu pacienta. Validace však může těmto pacientům poskytnout zklidnění, zmírnění úzkosti, agrese a dalších poruch v rámci syndromu BPSD, což považujeme za přínos dostačující.

Souhlasíme i s autorkou Klimentovou, která uvádí, že validace poskytuje přímé návody k naplnění standardů kvality poskytování sociálních služeb a respektuje základní lidská práva (KLIMENTOVÁ, 2004).

Snížení výskytu syndromu BPSD, je velkým přínosem jak pro pacienta, tak pro pečující personál, který je při péči o tento typ pacientů zvýšeně ohrožen syndromem vyhoření. Zároveň nám dává validace možnost nefarmakologickým způsobem ovlivnit některé nežádoucí chování. Domníváme se, že to by mohlo být v praxi velkým přínosem.

Uvědomujeme si, že na základě naší zkušenosti, nelze z uvedené práce vyvozovat obecné závěry. Výsledky naší práce se shodují se závěry Holmerové (HOLMEROVÁ, 2005), která udává přínos validace při práci s neklidnými a agresivními pacienty a zároveň uvádí nedostatečné množství na důkazech založených studií, které by efektivitu validace potvrzovaly.

Jsme si vědomi metodologických omezení své práce, využili jsme kvalitativní přístup, který nám dovolil přiblížit se více ke zkoumané pacientce, poznat a reagovat na její prožívání, ale limituje nás ve vyvozování obecně platných závěrů. Přesto bychom rádi uvedli několik našich, pro praxi všeobecné sestry využitelných, postřehů a doporučení:

- pomocí metody validace lze zmírnit pacientem prožívanou úzkost,
- pomocí metody validace lze zmírnit výskyt agresivního chování,
- validace nám umožní lépe pochopit nežádoucí, problémové chování pacienta a tím může přispět ke zmírnění frustrace při poskytování péče

o pacienty s demencí,

- metoda validace je účinný způsob navázání kvalitního osobního kontaktu,
- metoda validace je prostředkem, jak do péče o pacienta zapojit i rodinné příslušníky,
- metoda validace poskytuje ucelený a strukturovaný postup při komunikaci s pacienty s diagnózou demence.

ZÁVĚR

V souvislosti se stárnutím populace se začíná mluvit o novodobé epidemii demence. Alzheimerova choroba je její nejčastější příčinou. Jedná se o závažné neurodegenerativní onemocnění, které se stává posledních několik let zdravotní hrozbou. Je tomu tak zejména proto, že se jedná o onemocnění nevyhládivé, postupně progredující, jehož prevalence narůstá se stárnutím populace. Jeho léčba zasahuje významně do kvality života jak pacienta samotného, tak i jeho rodiny a blízkých.

První varovné signály onemocnění mohou být někdy přehlédnuty či zaměňovány s obtížemi souvisejícími s běžným stárnutím. Časný záchyt onemocnění, jeho správná diagnostika a následná terapie mohou zpomalit progresi onemocnění a zlepšit kvalitu života pacienta.

Důležitou součástí v terapii Alzheimerovy choroby i jiných demencí jsou nefarmakologické přístupy. Práce, které zkoumají nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí, se objevují zejména v posledních dvou desetiletích. U mnoha metod nepřinášejí vědecké studie jednoznačné závěry, ačkoliv výsledky z praxe ukazují na dobrou zkušenost. Důvodem těchto odlišných výsledků jsou metodologická omezení při zkoumání nefarmakologických přístupů. Většina těchto metod je uchopitelná spíše kvalitativními metodami, zatímco medicína založená na důkazech vyžaduje výsledky kvantitativní.

Cílem naší bakalářské práce bylo poskytnout odborné informace o Alzheimerově chorobě, nových diagnostických kritériích a stále se vyvíjející terapii. Zaměřili jsme se zejména na možnosti využití nefarmakologického přístupu při plánování a realizaci ošetrovatelské péče. Aplikace metody validace při poskytování ošetrovatelské péče vedla ke splnění stanovených cílů a lze ji doporučit pro využití v praxi při práci s demenčními pacienty.

SEZNAM LITERATURY

1. BARTOŠ, A. a kol., 2009. Dotazník soběstačnosti DAD-CZ česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. In: *Neurologie pro praxi*. 10(5): 320–323 s. ISSN 1213-1814.
2. FEIL, N., 2012. *The validation breakthrough: simple techniques for communication with people with Alzheimer's and other dementia*. 3rd ed. Baltimore: Health Professions Press. ISBN 978-1932529-93-7.
3. HOLMEROVÁ, I., H. JANEČKOVÁ, H. VAŇKOVÁ a P. VELETA, 2005. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. In: *Psychiatrie pro praxi* [online]. 6(4): 180-184 s. [cit. 2013-12-19]. Dostupné z <http://psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200504-0003.php>. ISSN 1803-5272.
4. HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMKOVÁ a J. SUCHÁ, 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum. 299s. ISBN 978-80-254-0177-4.
5. HOLMEROVÁ, I., M. VÁLKOVÁ, H. VAŇKOVÁ a B. JURÁŠKOVÁ, 2011. Vybrané aspekty zdravotní a dlouhodobé péče o stárnoucí populaci. In: *Demografie*, 53(2): 48-59 s. ISSN 0011-8265.
6. HORT, J., 2011. Nová guidelines pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy choroby. In: *Neurologie pro praxi*. 12(4): 277–281 s. ISSN 1213-1814.
7. HÖSCHL, C., J. LIBIGER a J. ŠVESTKA, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. 895 s. ISBN 82-900130-1-5.
8. JIRÁK, R. a F. KOUKOLÍK, 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.
9. JIRÁK, R. a F. KOUKOLÍK, 2004. *Demence*. Praha: Galén. 335 s. ISBN 80-72622-684.
10. JIRÁK, R., 2008. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. In: *Neurologie pro praxi*. 9(4): 240- 244 s. ISSN 1213-1814.
11. JIRÁK, R. a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
12. JIRÁK, R., 2011. Stará a nová diagnostická kritéria pro Alzheimerovu chorobu

- v podmínkách ČR. In: *Neurologie praxi*. 12(2): 135–137 s. ISSN 1213-1814.
13. KLIMENTOVÁ, E., 2004. Validační terapie jako cesta naplnění standardů kvality sociálních služeb pro klienty staršího věku s poruchami orientace. In: *Autonomie ve stáří - Strategie jejího zachování: sborník příspěvků mezinárodní vědecké konference Projekt Senioři ve společnosti. Strategie zachování osobní autonomie, Ostrava 16.-17. září 2004*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 238-243 s., 323 s, ISBN 80-7326-026-3.
 14. KUČEROVÁ, H., 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
 15. LÍNEK, V., 2006. *Alzheimerova nemoc a jiné demence*. [online]. [cit.2013-03-12]. Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/alzheimerova-nemoc-a-jine-demence-271479>
 16. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grad., 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
 17. NANDA INTERNATIONAL, 2010. *Ošetrovatelské diagnózy, Definice a klasifikace 2009-2011*. Praha: Grada, 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
 18. NĚMCOVÁ, J. a BOROŇOVÁ, J., 2011. *Repetitorium ošetrovatelství*. Plzeň: Maurea, 187 s. ISBN 978-80-902876-7-9.
 19. NĚMCOVÁ, J. a kol., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea, 106 s. ISBN 978-80-902876-9-3.
 20. PIDRMAN, V. a E. KOLIBÁŠ., 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
 21. PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. 192 s. ISBN: 978-80-247-6672-0.
 22. PROUTY, G., 2005. *Preterapie*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 80-7178-949-6.
 23. RESSNER, P., 2011. Porucha chování a nálady u demencí. In: *Neurologie pro praxi*, 12 (2): 98–103 s. ISSN 1213-1814.
 24. SMOLÍK, P., 2001. *Duševní a behaviorální poruchy*, 2. vydání. Praha: Maxdorf. 506 s. ISBN 808591218X.
 25. VOKURKA, M. a J. HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. 1160 s. ISBN 978-80-7345-202-5.
 26. VYHNÁLEK, M. a kol., 2012. Časná diagnostika Alzheimerovy nemoci ve světle

nových diagnostických kritérií. In: *Neurologie pro praxi*. 13(6): 325–329 s. ISSN 1213-1814.

27. VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., 2013. *Ošetrovatelská dokumentace- Marjory Gordon 2*. Diagnostické domény M. Gordon -13 domén koncepčního modelu. [online] [cit.2014-01-22]. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/>
28. ZGOLA, M. J., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Barthelové test test běžných denních činností.....	I
Příloha B – Dotazník soběstačnosti DAD-CZ (Disability Assessment for Dementia)	II
Příloha C – Orientační paměťový test MMSE	IV
Příloha D – Test hodin	VII
Příloha E – BEHAVE–AD – Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating (dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby)	VIII
Příloha F – Prohlášení o sběru informací	XII

Příloha A – Barthelové test test běžných denních činností

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

Jméno pacienta: *D. J.* *pasouzení 6/1/2014*

Datum narození pacienta (věk): *79 let*

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	<u>10</u> 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 <u>5</u> 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	<u>5</u> 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	<u>5</u> 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 <u>0</u>
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 <u>5</u> 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 <u>5</u> 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	<u>15</u> 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	<u>15</u> 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	<u>10</u> 5 0
Celkem			<u>75</u>

Hodnocení stupně závislosti: **

lehká závislost

- 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 B – Dotazník soběstačnosti DAD-CZ (Disability Assessment for Dementia)

DOTAZNÍK SOBĚSTAČNOSTI (DAD-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: D. J. Ročník: 1935

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému: sestra neobecná - poskyt. cizího. péče

Datum vyplnění: 6.1.2014 Diagnóza: F 00.1 MMSE: 15/30

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě. Obsahuje 40 položek a je určen pro zjištění každodenních aktivit u lidí s poruchami paměti a dalších duševních schopností.

Dotazník se týká stavu vyšetřovaného za poslední 2 týdny. Nebere se v úvahu to, co by posuzovaný byl schopen vykonat, ale pouze to, co skutečně vykonal. Hodnotí se takto:

- ANO („1“) označte, pokud posuzovaný během posledních dvou týdnů danou aktivitu provedl bez pomoci a bez připomenutí alespoň jednou.
- NE („0“) označte, pokud posuzovaný aktivitu za poslední 2 týdny nevykonal vůbec, nebo ji vykonal jen s pomocí či připomenutím.
- NELZE URČIT („X“) označte, pokud posuzovaný aktivitu nevykonával ani před začátkem potíží s pamětí nebo v posledních 2 týdnech aktivitu neměl příležitost vykonávat nebo pokud aktivitu nevykonává proto, že trpí jiným tělesným onemocněním (například kloubní potíže, po zlomenině končetiny).

Udělal posuzovaný/á bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti?

V každém řádku zakroužkujte 1 = ANO, 0 = NE nebo X = NELZE URČIT

Hygiena	ANO	NE	X
1. Pokusil/a se umýt nebo vykoupat či osprchovat	1	0	X
2. Pokusil/a se vyčistit si zuby nebo pečovat o svůj umělý chrup	1	0	X
3. Rozhodl/a se pečovat si o vlasy (umýt a učesat)	1	0	X
4. Připravil/a si vodu, ručníky a mýdlo na mytí, koupání nebo sprchování	1	0	X
5. Spolehlivě si umyl/a a osušil/a všechny části svého těla	1	0	X
6. Správně si vyčistil/a zuby nebo pečoval/a o svůj umělý chrup	1	0	X
7. Pečoval/a si o vlasy (umytí a učesání)	1	0	X
Oblékání			
8. Pokusil/a se obléknout	1	0	X
9. Vybral/a si vhodné oblečení (s ohledem na příležitost, upravenost, počasí a barevnou kombinaci)	1	0	X
10. Oblékl/a se ve správném pořadí (spodní prádlo - kalhoty/šaty - boty)	1	0	X
11. Úplně se oblékl/a	1	0	X
12. Úplně se svlékl/a	1	0	X
Kontinence (udržení moči a stolice)			
13. Rozhodl/a se použít toaletu ve správný čas	1	0	X
14. Použil/a toaletu bez "nehod"	1	0	X
Jedění			
15. Rozhodl/a se, že se potřebuje najíst	1	0	X
16. Při jídle zvolil/a vhodné přístroje a chuťové přísady	1	0	X
17. Konzumoval/a své jídlo normálním tempem a přiměřenými způsoby	1	0	X

Pokračování na další straně

Mezisoučty (základní aktivity max. 17):

6	0	0
---	---	---

Příloha B – Dotazník soběstačnosti DAD-CZ (Disability Assessment for Dementia)

Udělal posuzovaný/á bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti? V každém řádku zakroužkujte 1 = ANO, 0 = NE nebo X = NELZE URČIT			
Příprava jídla	ANO	NE	X
18. Pokusil/a se připravit si jednoduché jídlo nebo svačinu	1	0	X
19. Správně se přichystal/a na přípravu jednoduchého jídla (přísady, nádobí na vaření)	1	0	X
20. Spolehlivě připravil/a nebo uvařil/a jednoduché jídlo či svačinu	1	0	X
Telefonování			
21. Pokusil/a se ve vhodnou dobu někomu zatelefonovat	1	0	X
22. Správně si vyhledal/a a vytočil/a telefonní číslo	1	0	X
23. Uskutečnil/a přiměřený telefonický rozhovor	1	0	X
24. Správně zapsal/a a vyřídil/a telefonický vzkaz	1	0	X
Chození ven a pobyt venku			
25. Rozhodl/a se jít někam ven (na procházku, na návštěvu, do obchodu) ve vhodnou dobu	1	0	X
26. Správně si zorganizoval/a pobyt venku s ohledem na dopravu, klíče, cíl své cesty, počasí, potřebné peníze, nákupní seznam	1	0	X
27. Vypravil/a se ven a dosáhl/a známého cíle, aniž by se přitom ztratil/a	1	0	X
28. Spolehlivě použil/a přiměřený dopravní prostředek (auto, autobus, taxi)	1	0	X
29. Vrátil/a se z obchodu s odpovídajícím nákupem	1	0	X
Finance a korespondence			
30. Zajímal/a se o své osobní záležitosti jako jsou např. vlastní finance a korespondence	1	0	X
31. Zorganizoval/a své finance tak, aby mohl/a uhradit své složky a účty	1	0	X
32. Při vyřizování své korespondence použil/a správně dopisní papír, adresu a známky	1	0	X
33. Správně zacházel/a se svou hotovostí (použití peněz v obchodě)	1	0	X
Léky			
34. Rozhodl/a se užít léky ve správnou dobu	1	0	X
35. Užil/a své léky podle předpisu (ve správném dávkování)	1	0	X
Volný čas a domácí práce			
36. Projevil/a zájem o aktivní využití volného času	1	0	X
37. Zajímal/a se o domácí práce, které prováděl/a v minulosti	1	0	X
38. Správně naplánoval/a a zorganizoval/a domácí práce, které prováděl/a v minulosti	1	0	X
39. Provedl/a domácí práce odpovídajícím způsobem, jak to dělával/a v minulosti	1	0	X
40. Když to bylo potřeba, bylo ho/ji bezpečné nechat doma samotného/samotnou	1	0	X

Meziosočty (instrumentální a volnočasové aktivity max. 23):

4	0	1
---	---	---

Tyto řádky jsou určeny pro potřeby hodnotitele:

Součet bodů (ve sloupci ANO) / počet jednoznačných odpovědí (40 - doplňte počet X)

mezivýpočet (podíl čísel z předchozího řádku)

DAD celkem v procentech (předchozí výsledek dělení vynásobit 100)

ANO	součet ve sloupci	počet "X"	počet
	10	1	40
	$10/39 = 25$		
	25 %		



Překlad do češtiny a grafické zpracování: doc. MUDr. Aleš Bartoň, Ph.D., Pavel Martinek. Zdroj české verze: Bartoň A, Martinek P a ost. Dotazník soběstačnosti DAD-CZ – česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Neurolog. pro prakt. 2009; 10(5): 320-323* nebo www.pcp.if3.cuni.cz/adcentrum.
Původní zdroj: Gelineas J et al. Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: the Disability Assessment for Dementia. *Am J Occup Ther* 1999; 53: 471-481.

Příloha C – Orientační paměťový test MMSE

VŠEOBECNÉ POKYNY K POUŽÍVÁNÍ MMSE

1. Před použitím se pokuste posadit vyšetřovaného tak, aby seděl proti vám. Provéřte jeho schopnost slyšet a porozumět velmi jednoduché konverzaci, např. „Jak se jmenujete?“. Pokud vyšetřovaný používá brýle nebo naslouchací přístroj, zajistěte, aby je měl ještě před začátkem vyšetření.
2. Představte se a pokuste se získat důvěru vyšetřovaného. Před vyšetřením ho požádejte, zda mu můžete klást otázky, např. „Mohu se vás zeptat na několik otázek, týkajících se vaší paměti?“. Pomáhá to vyhnout se katastrofickým reakcím.
3. Položte každou otázku nanejvýš třikrát. Když vyšetřovaný neodpovídá, skórujte „0“.
4. Když vyšetřovaný odpoví nesprávně, skórujte „0“. Nenaznačujte (nepomáhejte), ani nekladte otázku znovu. Např. „Jaký je nyní rok?“ – „1952.“ Akceptujte tuto odpověď, nekladte tuto otázku znovu, nenaznačujte, neposkytujte žádný neverbální „klíč“ jako jsou např. pohyby hlavou apod.
5. K používání MMSE je zapotřebí následující vybavení: hodinky, tužka a čistý papír.
6. Když vyšetřovaný odpovídá „Co jste říkal?“, nevysvětľujte ani se nepouštějte do diskuse – jen zopakujte stejné otázky („Jaký je nyní rok?“), maximálně třikrát.
7. Když vás vyšetřovaný přeruší, např. „K čemu je to zapotřebí?“, odpovězte jen „Vysvětlím vám to za několik minut (za chvíli), až skončíme. Nyní bychom mohli pokračovat prosím ... už jsme téměř na konci.“

POKYNY K JEDNOTLIVÝM ÚKOLŮM

Maximální skóre

I. Orientace

Ponechte 10 sekund na každou odpověď

- | | | |
|--|---|-------|
| 1. Jaký den v týdnu je dnes? (akceptujte pouze přesnou odpověď) | 1 | — |
| 2. Kolikátého je dnes (jaké je dnes datum)? (akceptujte i včerejší nebo zítřejší datum) | 1 | — |
| 3. Který měsíc (v roce) je nyní? (první den nového nebo poslední den starého měsíce – akceptujte oba) | 1 | — |
| 4. Který rok je nyní? (akceptujte pouze správnou odpověď) | 1 | 7 |
| 5. Jaké je nyní roční období? (během posledního týdne starého období nebo prvního týdne nového období – akceptujte obě sezóny) | 1 | — |
| 6. Ve kterém státě jsme? (akceptujte pouze správnou odpověď) | 1 | Česko |
| 7. Ve kterém okrese jsme? (akceptujte pouze správnou odpověď) | 1 | — |
| 8. Ve kterém jsme městě? (akceptujte pouze správnou odpověď) | 1 | — |
| 9. Jak se jmenuje tato nemocnice/zdravotnické zařízení (akceptujte pouze správný název nemocnice nebo zařízení) | 1 | — |
| 10. Ve kterém poschodí budovy jsme? (akceptujte pouze správnou odpověď) | 1 | — 1 |

II. Zapamatování

11. „Řeknu vám názvy tří předmětů. Opakujte je po mně a zapamatujte si je. Za chvíli se vás na ně zeptám znovu.“ (Řekněte je pomalu, asi v jednovteřinových intervalech)
- mič ✓ auto ✓ člověk ✓
- „Prosím vás, zopakujte mi tato slova.“
- (Skóre 1 bod za každou správnou reprodukci na první pokus.) Při opakování vyšetření použijte tato slova:

zvonec	džbán	fanoušek
účet	děšť	sůl
býk	válka	sklenice

Poskytněte 20 sekund na odpověď. Pokud vyšetřovaný nezopakuje všechna tři slova, opakujte je, dokud se je nenaučí, maximálně však 5krát.

Příloha C – Orientační paměťový test MMSE

III. Pozornost a počítání	
<p>12. Opakované odčítání čísla 7. Řekněte: „Odčítejte 7 od 100 a odčítejte potom dále 7 od výsledku, dokud vám neřeknu dost.“ Instrukci je možno opakovat třikrát, pokud vyšetřovaný mlčí, pouze opakujte instrukci. Poskytněte 1 minutu. Když už vyšetřovaný začal, nepřerušujte ho, umožněte mu pokračovat do té doby, dokud neprovede 5 odčítání. Když vyšetřovaný přestane, zastaví se před pěti odčítáními, zopakujte původní instrukci: „Odčítejte stále postupně 7 od toho co vám zbylo“. Instrukci opakujte nanejvýš třikrát. Zapište si všechny dílčí výsledky vyšetřovaného. <i>Skórování:</i> všechny správně – 5 4 správně, 1 nesprávně – 4 3 správně, 2 nesprávně – 3 2 správně, 3 nesprávně – 2 1 správně, 4 nesprávně – 1</p> <p>Hláskování slova pozpátku. Úkol může být použit alternativně místo opakovaného odčítání. Již na začátku vyšetření se rozhodněte, zda použijete odčítání či hláskování. Nepoužívejte hláskování pozpátku, pokud vyšetřovaný nebyl schopný odčítat resp. naopak. Řekněte: „Hláskujte slovo POKRM.“ (můžete vyšetřovanému pomoci hláskovat slovo správně) Řekněte: „Nyní to prosím hláskujte pozpátku.“ Poskytněte 30 sekund na hláskování pozpátku. Když pacient nedokáže hláskovat slovo ani s pomocí, skóre je „0“. <i>Skórování hláskování pozpátku:</i> všechny správně – 5 vynechání 1 písmene – 4 vynechání dvou písmen – 3 přehození dvou písmen – 3 vynechání nebo přehození tří písmen – 2 přehození, vynechání čtyř písmen – 1</p>	5 1
IV. Paměť, vybavnost	
<p>13. Řekněte: „Nyní mi řekněte, jaká byla ta tři slova, která jste si měl zapamatovat.“ <i>mič auto člověk</i> (skóre 1 bod za každou správnou odpověď, bez ohledu na pořadí) Poskytněte 10 sekund.</p>	3 1
V. Pojmenování	
<p>14. Ukažte náramkové hodinky. Zeptejte se: „Co je to?“ Akceptujte „náramkové hodinky“ nebo „hodinky“. Neakceptujte „hodiny“, „čas“ apod. Poskytněte 10 sekund.</p>	1 1
<p>15. Ukažte tužku. Zeptejte se: „Co je to?“ (skóre 1 bod za „tužku“, skóre pro „pero“ 0)</p>	1 1
VI. Opakování	
<p>16. Řekněte: „Chtěl bych, abyste po mně zopakoval větu: „Žádné kdyby anebo ale.“ Poskytněte 10 sekund na odpověď. Skóre 1 bod za správnou reprodukci, musí ale být úplná a přesná.</p>	1 1

Příloha C – Orientační paměťový test MMSE

VII. Trístupňový příkaz	
<p>17. Zeptejte se vyšetřovaného, zda je pravák nebo levák. Při povelu se tomu musíte přizpůsobit. Řekněte: „Vezměte tento papír do vaší pravé (levé) ruky, přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama a položte papír na podlahu.“ <i>Skórování:</i> vezme papír správnou rukou přeloží ho na polovinu položí ho na podlahu Poskytněte vyšetřovanému 30 sekund. Skóre 1 bod za každý správně vykonaný příkaz.</p>	3 3
VIII. Čtení a splnění příkazu	
<p>18. Řekněte: „Přečtěte, co je napsáno na tomto listu, a potom to udělejte (udělejte to, co je napsané).“ Podejte vyšetřovanému kartičku s textem „Zavřete oči“. Když vyšetřovaný text jenom přečte, je možné instrukci zopakovat, avšak maximálně třikrát. Poskytněte 10 sekund, 1 bod vyšetřovaný získá jen tehdy, když zavře oči. Předložený text se nemusí číst hlasitě.</p>	1 1
IX. Psaní	
<p>19. Podejte vyšetřovanému tužku a papír. Řekněte: „Napište mi jakoukoliv celou větu na tento papír.“ Poskytněte 30 sekund. Věta musí být smysluplná, nehodnotí se gramatické chyby.</p>	1 0
X. Obkreslování	
<p>20. Položte před vyšetřovaného předlohu, papír, tužku a gumu a řekněte: „Obkreslete tento obrázek, prosím.“ Umožněte více pokusů dokud vyšetřovaný neskončí a neodloží kresbu. Vyšetřovaný musí nakreslit 4stranný obrazec mezi dvěma 5strannými obrazci. Roztřesenost ani rotace obrazů nevadí. Maximální čas na kreslení je 1 minuta.</p>	1 0
CELKOVÉ SKÓRE MMSE	
30	
<p>27-30 norma 21-26 hraniční nález, susp. demence 10-24 patolog. nález, demence mírná až střední 6 demence těžká/stř. 0-5 těžká demence</p> <p style="text-align: right;">15 bodů stř. demence</p>	
Použitá literatura:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Folstein M, Folstein S, Mc Hugh P. Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. <i>J of Psychiatric Research</i>, 12, 1975, s. 189-198. 2. Tuokko H, Hadjistavropoulos T, Miller JA et al. The Clock Test: a sensitive measure to differentiate normal elderly from those with Alzheimer disease. <i>J Am Geriatr Soc</i> 1992;40:579-584. 3. Mendez MF, Alta T, Underwood KL. Development of scoring criteria for the Clock Drawing Task in Alzheimer's disease. <i>J Am Geriatr Soc</i> 1992;40:1095-1099. 4. Nolan KA, Mohs RC. Screening for dementia in family practice. In <i>Alzheimer's disease A Guide to Practical Management</i>, Part II. Richter RW, Blass JP, eds. St. Louis, Mo: Mosby-Year Book, Inc; 1994;81-95. 5. American Psychiatric Association. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)</i>, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994;142-143. 6. Preiss M. Test hodin: Neuropsychologická skříňková zkouška demence. <i>Čs a Slov Psychiat</i> 1998;8/98 ročník 94:330-335. 	

TEST HODIN

6/1/2014
exam. Wejertová

čas
8:20



1 bod

Příloha E –BEHAVE–AD – Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating
(dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby)

**Dotazník pro poruchy chování
u Alzheimerovy choroby
(a jiných demencí)**

**Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating
Scale
BEHAVE–AD**

Detekce bludů a paranoidního chování

1. „Lidé mi kradou věci“

0 bodů – nikdy se neobjevuje

1 bod – domnívá se, že mu/ji lidé naschvál ukrývají věci

2 body – domnívá se, že někdo přichází k němu domů a skrývá věci

3 body – s těmi, co přicházejí, hovoří a/nebo je slyší

2. „Tady nejsem doma“

0 bodů – nevyskytuje se

1 bod – je přesvědčen/a, že není doma, a chová se podle toho (chystá se k odjezdu, balí si věci, žádá „vezměte mne domů“...)

2 body – pokusy o odchod „domů“

3 body – neklid nebo agresivita při pokusech mu/ji v těchto pokusech zabránit

3. „Manžel/ka je cizí, neznám jej/ji“

0 bodů – nevyskytuje se

1 bod – pacient/je přesvědčen, že je to cizí člověk

2 body – zlost na něj/ni, protože je cizí a obtěžuje

3 body – agresivita ze stejného důvodu, vyhánění

4. „Chystají se mne opustit, někde umístit, zavřít“

0 bodů – nevyskytuje se

1 bod – přesvědčení, že se jej snaží v tomto podvést

2 body – zlost na blízké

3 body – agresivita z tohoto důvodu

5. Podezíravost / paranoidní chování

0 bodů – nepřítomno

1 bod – podezíravost (schovávání věci, „stejně ti nevěřím“...)

2 body – výrazně paranoidní chování, zlost, vztek

3 body – agresivita z důvodů podezírání okolí

Popište:

6. Ostatní bludy (neparanoidní)

0 bodů – nepřítomné

1 bod – přítomné bludné myšlení

2 body – zlost a vztek jako důsledek bludů

3 body – násilné a agresivní chování z důvodů bludů

Popište: mni povit, ze mni zel si je stáke

Halucinace

I. Vizuální halucinace

0 bodů – nepřítomny

1 bod – nevýrazné, přesně nedefinovatelné

2 body – zcela jasně a zřetelně halucinace věci nebo osob

3 body – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

Příloha E – BEHAVE–AD – Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating
(dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby)

II. Sluchové halucinace

0 bodů – nepřítomné

1 bod – nevýrazné, přesně nedefinované

2 body – jasně definované halucinace slov, vět, určitých zvuků

3 body – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

III. Čichové halucinace

0 bodů – nepřítomné

1 bod – nejasné, nepřesně definované

2 body – jasně definované („pach kouře“, „něco hoří“)

3 body – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

IV. Taktilní halucinace

0 bodů – nepřítomné

1 bod – nejasné, nepřesně definované

2 body – jasně definované („někdo na mne sahá“)

3 body – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

V. Ostatní halucinace

0 bodů – nepřítomné

1 bod – nejasné, nepřesně definované

2 body – jasně definované („někdo na mne sahá“)

3 body – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

Poruchy chování

I. Odcházení z domova

0 bodů – ne

1 bod – někdy, ale nejsou nutná zvláštní opatření

2 body – dosti časté, takže jsou nutná zvláštní opatření (zamykání, dohled...)

3 body – nespokojenost, agresivita jiné poruchy chování v souvislosti s pokusem odejít, ničení překážek

II. Bezcílné činnosti

0 bodů – nevyskytují se

1 bod – opakované neúčelné aktivity (opakované dotazování, přesouvání věci, zapínání a rozepínání...)

2 body – toto chování je výrazně a překážející, vyžaduje určitá opatření

3 body – toto chování pacienta ohrožuje a/ nebo způsobuje drobná poranění

III. Nepřiměřené chování a aktivity

0 bodů – nevyskytují se

1 bod – jsou přítomny (dávání věci na chybná místa, nepřiměřena sexuální odbržděnost)

2 body – jsou přítomny v takové míře, že vyžadují určitá opatření či omezení

3 body – toto chování je navíc doprovázeno neklidem či agresivitou

Popište:

Agresivita

I. Verbální výlevy

0 bodů – nepřítomny

1 bod – přítomny a obsahují nezvykle primitivní či vulgární jazyk

2 body – přítomny a doprovázeny zlostí či vztekem

3 body – přítomny, doprovázeny zlostí či vztekem a jsou zcela jasně zaměřené vůči konkrétním osobám

Příloha E – BEHAVE–AD – Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating
(dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby)

II. Výhrůžky, hrozba fyzickým násilím

0 bodů – nepřítomny

1 bod – pacient/ka vyhrožuje

2 body – fyzická agrese

3 body – značně intenzivní fyzická agrese

III. Neklid, agitace (ještě jiného typu, než bylo uvedeno v předešlém textu)

0 bodů – nepřítomny

1 bod – přítomny

2 body – přítomny a jsou výrazně emočně zbarvené

3 body – jsou přítomné, výrazně emočně zbarvené, doprovázené neklidným chováním, pohybovým doprovodem

Poruchy diurnálního rytmu

0 bodů – nepřítomné

1 bod – opakované buzení v noci, které není vynucené potřebou jít na záchod

2 body – jen 50 až 75 % z původního spánku spí pacient v noci

3 body – jen méně než 50 % původního spánku spí pacient v noci (spánková inverze)

Afektivní poruchy

I. Trhání, škubání

0 bodů – nepřítomny

1 bod – přítomny

2 body – přítomny, výrazně afektivní komponenta

3 body – přítomny a doprovázeny dalšími afektivními či fyzickými projevy (mačkání rukou, jiná gesta)

II. Depresivní nálada

0 bodů – nepřítomna

1 bod – přítomna (například občasné výroky „kdybych tu raději nebyl“, „raději bych s tím skoncoval“...)

2 body – přítomna, doprovázena výraznými projevy – časté myšlenky na smrt a podobně

3 body – přítomna a doprovázena snahou či náznaky suicidálního jednání

Nelze specifikovat?

Popište:

Úzkost a fobie

I. Úzkost a obavy z nastávajících událostí (Godotův syndrom)

0 bodů – nepřítomny

1 bod – občas přítomny (opakované dotazy např. „kam to jdeme?“)

2 body – často přítomny a představují již pro pečovatele obtíž

3 body – často přítomny a jsou pro pečující již velmi obtížně tolerovatelné

II. Ostatní obavy

(například ohledně peněz, budoucnosti, nepřítomnosti doma, paměti atd. nebo generalizované, například „všechno stejně dopadne špatně“...)

0 bodů – nepřítomny

1 bod – přítomny

2 body – přítomny a jsou pro pečovatele již obtížně

3 body – přítomny a pro pečovatele jsou již nesnesitelné

III. Strach z opuštění

0 bodů – není přítomen

1 bod – pacient hovoří o obavě, že bude sám

2 body – pacient hovoří o obavě, že zůstane sám, a vyžaduje pozornost a odpověď

Příloha E – BEHAVE–AD – Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating
(dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby)

pečovatele

3 body – totéž, ale velmi naléhavé, takže to představuje již neúnosnou zátěž pro pečujícího

IV. Ostatní obavy

(například strach z mnoha lidí, cestování, cizích lidí, koupání atd.)

0 bodů – nejsou přítomny

1 bod – jsou přítomny

2 body – jsou přítomny a pečující je nucen se jimi zabývat

3 body – přítomny a představují výrazně omezení pro pacienta a/nebo neúnosnou zátěž pro pečujícího

TOTAL SEVERITY SCORE *24 bodů*

Celkové vyhodnocení – zatrhněte jednu z možností

Výše popsané příznaky a poruchy chování jsou celkově následující:

0 bodů – V žádném případě neohrožují pacienta a nepředstavují zátěž pro pečujícího

1 bod – Jsou již poněkud obtížné pro pečujícího a/nebo omezují či ohrožují pacienta

2 body – Jsou již dosti obtížné pro pečujícího a/nebo dosti omezují či ohrožují pacienta

3 body – Jsou velmi závažné: výrazně stresují pečujícího a/nebo omezují či ohrožují pacienta

Jaké jsou příznaky, které považuje pečující za nejobtížnější a/nebo nejzávažnější:

Popište:

Příloha F – Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Využití validační terapie při poskytování ošetrovatelské péče seniorům s demencí v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 20. 3. 2014

.....
Jméno a příjmení studenta