

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

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

MONIKA KRAJÍCOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Název studijního oboru: všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Vytlačilová

Praha 2015



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

Krajíková Monika
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 11. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou

The Specific of Nursing Care in Patients with Alzheimer's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Vytlačilová

V Praze dne: 3. 11. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

Motto:

Paměť je naším jediným bohatstvím. Teprve přijdeme-li o ni, stanou se z nás skuteční žebráci.

Jean Etienne Dominique Esquirol

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Janě Vytlačilové za její čas, pomoc a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

ABSTRAKT

KRAJÍCOVÁ, Monika. *Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Vytlačilová. Praha. 2015. 52 s.

Bakalářská práce se zabývá degenerativním onemocněním mozku – Alzheimerovou chorobou. V Teoretické části jsou popsány kognitivní funkce, rozdělení demencí, dále se teoretická část zabývá Alzheimerovou chorobou, a to definicí, historií, etiologií, dělením, diagnostikou a léčbou. Další důležitou kapitolou je péče o člověka s Alzheimerovou chorobou.

V Praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Bakalářská práce je doplněna doporučením pro praxi.

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba. Demence. Kognitivní funkce. Ošetrovatelské diagnózy.

Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

KRAJÍCOVÁ, Monika. *The specific of nursing care in patients with Alzheimer's disease*. Medical college, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Vytlačilová. Prague. 2015. 52 pages.

This thesis is dealing with the degenerative illness of brain - Alzheimer's disease. In the theory part there are described cognitive functions, sorting of dementia and in the next theory part there is the definition, history, etiology, sorting, diagnosis and treatment of Alzheimer's disease. The next important part is care about people with Alzheimer's disease.

In the practical part there is processed the treatment process of patients with Alzheimer's disease.

This thesis is supplemented with the recommendation for practice.

Key words:

Alzheimer's disease. Dementia. Cognitive functions. Nursing diagnosis. Nursing process.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD	11
1 KOGNITIVNÍ FUNKCE	12
1.1 PAMĚŤ	12
1.1.1 KRÁTKODOBÁ PAMĚŤ.....	12
1.1.2 STŘEDNĚDOBÁ PAMĚŤ.....	13
1.1.3 DLOUHODOBÁ PAMĚŤ.....	13
1.2 VNÍMÁNÍ.....	13
1.3 MYŠLENÍ	14
2 DEMENCE	15
2.1 DĚLENÍ DEMENCÍ	15
2.1.1 PRIMÁRNĚ DEGENERATIVNÍ DEMENCE.....	15
2.1.2 SEKUNDÁRNÍ DEMENCE	15
2.1.3 SMÍŠENÉ DEMENCE	16
2.2 PŘÍZNAKY DEMENCÍ	16
3 ALZHEIMEROVA CHOROBA	18
3.1 DEFINICE, HISTORIE, ETIOLOGIE	18
3.2 DĚLENÍ ALZHEIMEROVY CHOROBY	20
3.2.1 RANÉ STADIUM	20
3.2.2 MÍRNÉ STADIUM.....	21
3.2.3 POKROČILÉ STADIUM	22
3.3 DIAGNOSTIKA	23
3.3.1 KLINICKÉ PSYCHOLOGICKÉ SCREENINGOVÉ METODY... 23	
3.3.2 OSTATNÍ VYŠETŘENÍ	26
3.4 LÉČBA	26
3.4.1 RŮZNÉ TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY	28
3.5 PÉČE O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU..	30
3.5.1 PROBLEMATICKÉ SITUACE PŘI PÉČI O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	32

3.5.2	ZÁSADY EFEKTIVNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM	33
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA	
	S ALZHEIMEROVOU CHOROBU.....	36
4.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	36
4.2	HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU	37
4.3	ANAMNÉZA.....	37
4.4	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	40
4.5	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MODELU „FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ“ OD MARJORY GORDONOVÉ..	42
4.6	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	44
4.7	MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA:.....	45
4.8	SITUAČNÍ ANALÝZA.....	46
4.9	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT.....	46
4.10	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE	57
5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	58
	ZÁVĚR.....	60
	POUŽITÝ SEZNAM LITERATURY.....	61
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACH	Alzheimerova choroba
amp	ampule
bpn	bez patologického nálezu
CT	počítačová tomografie
i.m.	intramuskulární
mg	miligram
ml	mililitr
MRI	magnetická rezonance
RTG	rentgenové vyšetření

(Jiráček, 2009)

ÚVOD

Pro bakalářskou práci byla vybrána problematika ošetřování s Alzheimerovou chorobou, dále jen ACH. Demence obecně představují v dnešní době velmi často se vyskytující choroby, jejichž výskyt roste s věkem. Tato skutečnost je způsobena tím, že se populace dožívá stále vyššího věku. Alzheimerova choroba je v současnosti čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí, a to hned po onkologických onemocněních, cévních mozkových příhodách a infarktu myokardu. Velmi přitom záleží na věku, kdy je stanovena diagnóza a kdy se začne s léčbou. Důležitá je skutečnost, že čím dříve se začne s pacientem pracovat, tím více lze zpomalit a oddálit progresi choroby. Onemocnění představuje velkou zátěž nejen pro rodinu pacienta, ale i pro zdravotníky. (Jiráček, 2009)

Cílem této práce je navrhnout a realizovat plán ošetrovatelské péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou.

Bakalářská práce by také měla sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry. Měla by též přispět ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče a prohloubit informovanost o nutnosti specifického přístupu k pacientům s touto diagnózou.

1 KOGNITIVNÍ FUNKCE

Kognitivní – poznávací funkce jsou jednou z nejdůležitějších oblastí lidské psychiky. Jejich centra jsou rozmístěna v různých částech našeho mozku. Zajišťují adaptaci na zevní i vnitřní prostředí, komunikaci se zevním prostředím a cílené chování. Kognitivní systém je ucelená struktura. Jednotlivé funkce na sebe navazují a jsou vzájemně propojeny. Jedna bez druhé nemůže fungovat. Můžeme rozlišit několik kognitivních funkcí, a to paměť, vnímání, myšlení, řečové funkce – jednak schopnost tvorby řeči, a jednak schopnost porozumět řeči. Exekutivní funkce (výkonné) jsou schopnosti a dovednosti plánovat, rozhodovat se a realizovat cílevědomé postupy a výkony a zpětně je vyhodnotit. (Jiráček, 2009)

1.1 PAMĚŤ

Paměť je schopnost centrální nervové soustavy přijímat, uchovávat a znovu si vybavovat informace o předchozích zkušenostech. Pomáhá nám uvědomit si jak sama sebe, tak realitu. Obsahuje všechny dosavadní zkušenosti, prožitky, nálady, schopnosti, dovednosti. Dělení paměti: krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá paměť.

1.1.1 KRÁTKODOBÁ PAMĚŤ

Senzorická paměť je nejkratší druh paměti – uchovává senzorické vlastnosti podnětu na dobu nejdéle několika vteřin. Pomocí ní si lze spojit nehybné vjemy oka tak, abychom vnímali pohyb, abychom se dokázali rychle rozhodnout, jak zareagovat na jistý popud, abychom byli vždy schopni vnímat a reagovat na naše okolí. Rozděluje se podle jednotlivých smyslů. Pod senzorickou paměť spadá: paměť vizuální (ikonická), sluchová (echoická), hmatová (haptická).

Délka podržení jednotlivých vjemových podnětů záleží na druhu smyslu. Vizuální informace např. dokáže tato paměť udržet méně než sekundu, sluchové informace už trochu déle (pár sekund). Krátkodobá paměť (pracovní, operativní) – v jejím rámci se zpracovávají informace dodané senzorickou pamětí. Je omezena na 5–9 prvků, které při zamezení opakování uchová na 15–20 sekund. Pro zachování informace v krátkodobé

paměti je třeba si informaci opakovat (tzv. fonologická smyčka), jinak je paměťová stopa nenávratně ztracena. (Škvor, Škvorová, 2003)

1.1.2 STŘEDNĚDOBÁ PAMĚŤ

Některé zdroje uvádějí ještě střednědobou paměť. Je to v podstatě konsolidační fáze, která představuje přechod do dlouhodobé paměti, zahrnuje tvorbu paměťových stop. Je tzv. převodníkem, mostem mezi krátkodobou a dlouhodobou pamětí. Střednědobá paměť je schopna informaci udržet po dobu již několik minut. Velký význam pro uchování informace má to, zda informace vyvolá u příjemce odpovídající emoční odezvu. (Škvor, Škvorová, 2003)

1.1.3 DLOUHODOBÁ PAMĚŤ

Její kapacita je hypoteticky neomezená. Ukládá významné zkušenosti, např. poznatky nutné k vykonávání nějaké činnosti či poznatky životně důležité. Vštěpování informace do dlouhodobé paměti trvá přibližně 30 minut a může probíhat buďto záměrně (např. mechanickým opakováním – memorováním), nebo bezděčně. Lépe se také pamatují poznatky, které mají citový nádech a které jsou často opakovaně vybavovány. Takové informace paměť považuje za důležité, a tudíž i nutné k dlouhodobému uchování. V dlouhodobé paměti jsou uloženy všechny důležité informace od dětství, např. jak jsme šli poprvé do školy, zážitky z Vánoc, první lásky. (Škvor, Škvorová, 2003)

1.2 VNÍMÁNÍ

Vnímání je schopnost přijímat pomocí smyslů vnější i vnitřní podněty, analyzovat je v mozku a následně je vyhodnotit. Vnímání je subjektivním odrazem objektivní reality v našem vědomí.

Vnímání zachycuje to, co v daný okamžik působí na naše smysly, informuje tedy jak o světě kolem (barva, chuť), tak i o vnitřním světě (bolest, zadýchání). Poruchy vnímání jsou halucinace, iluze. Halucinace jsou obranný mechanismus proti tomu, co člověka vnitřně rozkládá. Je to projekce z nitra do vnějšího okolí. Iluze mají reálný podnět, který je nesprávně zpracován.

1.3 MYŠLENÍ

Pojmem myšlení označujeme schopnost zpracovávat informace, vyhodnocovat je, poučit se ze zkušeností. Myšlení umožňuje adekvátně odpovědět na vnější i vnitřní podněty, adaptovat se na změny.

Fyziologie myšlení: lidský mozek je diferencován na jednotlivé oblasti, které se věnují určité činnosti. Každá mozková hemisféra se věnuje odlišnému způsobu myšlení. U pravorukých osob se levá hemisféra stará o abstraktně pojmové myšlení, matematické myšlení a v levé hemisféře je i centrum řeči. Pravá hemisféra se stará o vnímání prostoru, a to jak svého okolí, tak vlastního těla, komplexnější zpracování vizuálních dojmů a vnímání hudby. Jelikož se při myšlení uplatňují všechny poznávací procesy, je i využití jednotlivých oblastí mozku komplexní.

Poruchy myšlení se rozdělují na poruchy obsahu a poruchy formy myšlení. Poruchy obsahu myšlení jsou bludy. Bludy jsou patologické poruchy myšlení, které mají kvalitativní ráz. Jde o chorobné a nevyvratitelné přesvědčení nemocného o nějaké skutečnosti. Do poruch forem myšlení patří nesouvislé myšlení. Projevuje se tak, že řeč nemocného nedává význam a slova jsou ve větách různě zpřeházena, není tedy možné vypátrat obsah myšlenek. O zabíhavém myšlení se mluví, když se pacient nedrží tématu. Poslední z poruch je upínavé myšlení, u kterého pacient neustále opakuje stejné informace.

U demencí je časté zpomalené myšlení. (Jirák, 2009)

2 DEMENCE

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

Demence je choroba, při které dochází k výraznému snížení intelektu, paměti a ostatních kognitivních funkcí. To všechno způsobuje úpadek ostatních psychických funkcí. Demence jsou velmi často vyskytující se choroby, jejich výskyt roste s věkem. Nejčastějšími projevy demence jsou poruchy paměti, postupně jsou porušeny i další kognitivní funkce. Velmi často se můžeme setkat s poruchou emotivity. Mohou se vyskytnout i halucinace a depresivní stavy. S demencí vždy souvisí i poruchy osobnosti. V průběhu nemoci člověk ztrácí schopnost se starat sám o sebe a začíná být závislý na ostatních.

2.1 DĚLENÍ DEMENCÍ

Demence můžeme rozdělit na primárně degenerativní, sekundární a smíšené.

2.1.1 PRIMÁRNĚ DEGENERATIVNÍ DEMENCE

Alzheimerova choroba je nejčastější demence, tvoří až 60 % všech demencí.

- Demence s Lewyho tělísky.
- Frontotemporální demence.

2.1.2 SEKUNDÁRNÍ DEMENCE

Na vzniku sekundární demence se podílí řada příčin:

- vaskulární demence (je nejčastější), představuje asi 20 % všech demencí,
- metabolické demence,

- toxické demence,
- demence při Parkinsonově chorobě,
- demence při Huntingonově chorobě,
- traumatické demence,
- demence při normotenzním hydrocefalu,
- demence při nádorech CNS,
- demence při infekcích.

2.1.3 SMÍŠENÉ DEMENCE

- Smíšená Alzheimerova/vaskulární,
- smíšená Alzheimerova/jimé primárně degenerativní demence,
- ostatní smíšené. (Pidrman, 2007)

2.2 PŘÍZNAKY DEMENCÍ

Porucha kognitivních funkcí většinou se řadí mezi první příznaky u demencí. Jedná se o poruchu paměti, většinou se týká krátkodobé paměti. Dále jde o poruchy soustředění. Pacienti, kteří trpí demencí, mají velmi často problém s orientací. Ztrácí se i na místech, která velmi dobře znají, například se nedokážou vrátit domů. Dalšími příznaky jsou poruchy myšlení a řeči, snížení intelektových schopností.

Některé méně často se vyskytující demence začínají mnohdy poruchami chování a paměť může být ještě nějakou dobu zachována. Takže ne vždy je prvním příznakem demence narušená paměť. (Mlýnková, 2011, s. 192)

Mezi další příznaky demence se řadí postižení aktivit denního života. To znamená, že pacient například nedokáže uvařit ze správných ingrediencí, dělá mu problém jít nakoupit, později ztrácí schopnost sám se najíst, udržovat osobní hygienu, ztrácí schopnost kousat a polykat. U těžkých demencí je už člověk odkázaný na pomoc a péči okolí.

Velmi výrazným příznakem je i změněné, kontroverzní chování, které vede k omezení kontaktů s přáteli. Rodina se za svého nemocného může stydět a raději se o něj stará doma, v podstatě v izolaci, a to z obavy, že by lidé z okolí mohli vidět, jak je na tom jejich příbuzný špatně a chová se jinak než ostatní.

Poruchy chování a příznaky z oblasti duševních poruch se většinou rozvíjejí ve středních stadiích demence a jsou velice obtížné jak pro pacienta samotného, tak i pro jeho okolí.

Mezi poruchy chování lze zařadit: neklid, útoky z domova a následné bloudění, které může vést až ke ztracení se pacienta.

Agrese je velice častá, pacient s demencí napadá nejbližší pečující osoby, také často mění svůj slovník a používají vulgarismy, to se objevuje častěji u žen. Mnohdy rovněž ničí předměty. Agrese může být projevem strachu, úzkosti, či obrany v situaci, kterou pacient nezvládne pochopit. Pacient může být také velice netaktní, protože si už neuvědomuje společenské hranice a neví, co si může a nemůže dovolit.

Dochází též ke změnám biologického rytmu a následně k poruchám spánku. Pacienti s poruchami cirkadiálního rytmu jsou v noci vzhůru a přes den pak potřebují spát.

Poruchy sexuálního chování také nejsou výjimkou. Pacient ztrácí zábrany a může přijmout neobvyklé sexuální praktiky.

Depresivní stavy, které vedou ke změnám nálady, se mohou projevit až u 50 % pacientů ve všech stadiích, bývají vůbec jedním z prvotních příznaků demence.

Poruchy emocí se projevují častými výbuchy hněvu, nekontrolovatelným pláčem a různými afekty. (Mlýnková, 2011)

3 ALZHEIMEROVA CHOROBA

3.1 DEFINICE, HISTORIE, ETIOLOGIE

Alzheimerova choroba (ACH) se řadí mezi atroficko-degenerativní demence, její příčinou je degenerace a atrofie mozkových tkání. Je to duševní porucha, která má organický základ. Jedná se o zánik a rozpad mozkových buněk, který se projevuje demencí.

Následkem je pomalý a postupný úpadek schopností, který se projevuje poruchami krátkodobé paměti, dále pak řeči, představivosti, orientace v čase a v prostoru, snížením výkonnosti.

Nemocnému se postupně ztrácí schopnost logicky uvažovat, dochází také k poruchám dorozumívání. Potíže se pomalu ale jistě zhoršují. Postupně vedou až nesamostatnosti. (Hartl, P.; Hartlová, H. 2000), (Buijssen, H. 2006), (Vágnerová, M. 2004)

ACH je nejčastěji se vyskytující demence, jedná se až o 55 % všech demencí.

Projevuje se většinou kolem 65 roku života, přičemž riziko vzniku demence stoupá se zvyšujícím se věkem. Ve věku 85 let se choroba vyskytuje až u 15 % obyvatel. Ve výjimečných případech se objevuje ACH u lidí pod 50 let věku.

Jedná se o stále častěji se vyskytující onemocnění. Tento fakt je způsobený tím, že se dožíváme stále vyššího věku. ACH je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí hned po onkologických onemocněních, cévních mozkových příhodách a infarktu myokardu.

Velmi záleží na věku, kdy byla stanovena diagnóza a kdy se začalo s léčbou. Čím dříve se začne s pacientem pracovat, tím více lze zpomalit a oddálit progresi choroby. Vhodným přístupem a léčbou k pacientům lze prodloužit dobu jejich života až o 15 let.

ACH snižuje celkovou obranyschopnost a adaptabilitu organismu pacientů. Ve většině případů není u pacientů příčinou smrti tato diagnóza, ale interkurentní choroby nebo u nich jde o následky úrazů, které by stejně starý člověk bez ACH přežil.

Onemocnění je možné rozdělit na tři formy, a to podle doby vzniku: (Jiráková, Koukolníková, 2004), (Vágnerová, 2004), (Buijssen, 2006), (Pidrman, 2007)

- raná forma (s častou dobou vzniku do 60 let života),
- pozdní forma (první příznaky se objevují po 60 roce života),
- velmi pozdní forma (vyskytuje se až po 85 roce života).

Dále lze rozlišit familiární a sporadickou formu onemocnění. Familiární forma se vyskytuje méně, tvoří 5–10 % případů ACH. U ní je možné dokázat genetické abnormality. Více se vyskytuje u onemocnění s časným začátkem. Sporadická forma je mnohem častější, tvoří 90–95 % všech případů. U sporadické formy nebyla prokázána žádná souvislost s dědičností, ale předpokládá se, že za její vznik mohou jiné rizikové faktory. Nejčastěji se objevuje u případů s pozdním a velmi pozdním začátkem. (Holmerová, 2007)

Tuto chorobu poprvé popsal vášnivý kuřák kvalitních doutníků, profesor Alois Alzheimer, německý neuropatolog a psychiatr, narodil se v roce 1864 v Bavorsku. Studoval v Aschaffenburgu, Tübingenu, Berlíně a Würzburgu. Studia ukončil v roce 1887. V roce 1902 jej přizval známý psychiatr Kraepelin na univerzitní psychiatrickou kliniku do Heidelbergu, následující rok pak Alzheimer přesídlil do Mnichova. Na kongresu Jihozápadní německé psychiatrické společnosti v roce 1906 Alzheimer popsal „zvláštní nemoc mozkové kůry“, přednášel tehdy o případu 51leté pacientky, která trpěla poruchami paměti, halucinacemi a bludnou žárlivostí. Alois Alzheimer to považoval za atypickou senilní demenci, která měla velmi časný začátek ale typický klinický průběh. V roce 1907 vydal práci o tomto onemocnění, které bylo odlišné od jiných případů.

Císař Vilém II. jej o 5 let později, v roce 1912, jmenoval profesorem psychiatrie na Univerzitě v Breslau (Wrocław), avšak profesor Alzheimer dlouho ve vedení kliniky nepobyl, zemřel v roce 1915 ve svých 51 letech na kardiální selhání při endokarditidě.

V letech 1906–1911 popsali nezávisle na Alzheimerovi i jiní vědci případy s podobnými příznaky. Německý psychiatr Kraepelin v roce 1910 pojmenoval ve své učebnici psychiatrie toto onemocnění právě po Aloisi Alzheimerovi. (Pidrman, 2007)

Etiologie

Alzheimerova choroba je progresivní primárně degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy, které se projevuje kortikosubkortikální atrofií. Dochází při něm ke změnám v šedé kůře mozkové a podkorových oblastech. Jasně příčiny těchto degenerativních změn však nejsou známy. Předpokládá se, že tyto změny jsou způsobeny oslabením enzymů cholinacetyltransferázy, která produkuje acetylcholin. (Hartl, Hartlová, 2004).

Acetylcholin je neurotransmitter, který je dopravován do korových neuronů a je nezbytný pro jejich správnou funkci. Nedostatkem acetylcholinu vznikají dvě základní patologické změny. První je degenerace tau proteinů, která způsobuje zkracování nervových vláken, ta ztrácejí svou funkci a následně se slepují do uzlíků (neuronální klubka). Druhou změnou je rozpad výběžků neuronů a ukládání bílkoviny beta-amyloidu do shluků, čímž se vytváří Alzheimerovské plaky.

3.2 DĚLENÍ ALZHEIMEROVY CHOROBY

Existuje více druhů dělení ACH, práce se zaměřila na dělení do tří stadií.

3.2.1 RANÉ STADIUM

V tomto stadiu je možné nejčastěji pozorovat u pacientů výpadky paměti. Ostatní funkce mozku však fungují normálně. Pacient se normálně pohybuje, slyší, vidí, cítí, vstřebává informace, je schopen úsudku a i logického myšlení. Většinou se pacient s občasnou ztrátou paměti vyrovná a snaží se ji před ostatním okolím zamaskovat, takže

si toho většina lidí ani nevšimne. Ke konci tohoto stadia může mít už pacient problém porozumět některým slovům a obtížně hledá správné výrazy.

Pacient mívá problémy s porozuměním, což může vyvolat různé konflikty. Dále dochází k nedorozumění, protože pacient nemůže najít správné výrazy. Následně to řeší tím, že méně komunikuje a uzavře se do sebe.

Konkrétní projevy:

- Zhoršení zejména krátkodobé paměti, pacient hledá věci,
- potíže při obsluze přístrojů,
- zhoršení orientace v čase a v prostoru – pacient se ztrácí na známých místech,
- ztráta iniciativy a motivace,
- depresivní rozklady – reakcí je agresivní chování,
- potíže v nových situacích – například při jednání na úřadech.

V tomto stadiu je třeba se především soustředit na používání a také procvičování nedotčených schopností, vloh a dovedností.

V raném stadiu pacientům postačuje pečovatelská služba nebo občasný dohled rodiny. Pacienti si uvědomují svůj stav, a proto mívají pocit nejistoty a případné deprese.

3.2.2 MÍRNÉ STADIUM

Pacient může jen s velkými problémy organizovat či řídit každodenní život. Běžně se u pacientů již objevují mezery paměti, nápadné odchylky v řeči (komunikace je již velmi obtížná) a dále změny v motorické oblasti. Objevuje se inkontinence. Nové situace u pacientů vyvolávají paniku.

Konkrétní projevy:

- poruchy paměti – hlavně nedávné události, zaměňuje příbuzné,

- zhoršení soběstačnosti – je nutná pomoc s osobní hygienou,
- problémy s komunikací – pacient už není schopen se smysluplně vyjádřit,
- zhoršení orientace – nutný je pohyb s doprovodem,
- nepřiměřené chování – pacient používá například vulgarizmy,
- psychotické příznaky – halucinace,
- rozvoj inkontinence,
- změny emocí – deprese, úzkost, agresivita.

V tomto stadiu už pacient potřebuje neustálý dohled. Pro osoby, které se o pacienta starají, je toto období velice náročné. Po celou dobu musí být pečující osoby neustále ve střehu a připraveni poskytnout potřebnou péči.

Mírné stadium je z všech tří nejdelší, trvá 2–10 let.

Rodině se může ulevit tehdy, má-li možnost nemocného umístit do denních center nebo stacionářů, kde senioři tráví svůj den. Také jsou výhodné krátkodobé pobyty v zařízení, které je schopno zajistit kvalitní celodenní péči o postiženého pacienta s demencí. Rodinní příslušníci mohou odjet na dovolenou či výlet, odpočinout si a načerpat sil pro další péči o nemocného. (Callone, 1998)

3.2.3 POKROČILÉ STADIUM

Třetí stupeň je stav naprosté bezmoci. Postižení obvykle leží na lůžku, nutkání k pohybu u nich již téměř neexistuje, nebo je jen velmi slabého stupně, neexistuje kontrola tělesných funkcí. Je nutná 24hodinová kompletní péče.

Konkrétní projevy:

- komunikace je značně omezená nebo žádná – pacient není schopen se vyjádřit a porozumět sděleným informacím,

- silné selhávání paměti – nepoznává příbuzné a dobře známé předměty,
- neexistuje kontrola tělesných funkcí – plná inkontinence.

V tomto stadiu potřebují pacienti zejména ošetrovatelskou péči. Bylo by mylné se domnívat, že lidé, kteří nic nepožadují, nekomunikují, nepovídají si s námi, nic nepotřebují. Naopak! Právě oni potřebují kvalitní péči a laskavý přístup do konce svého života. (Callone, 1998)

3.3 DIAGNOSTIKA

V dnešní době se diagnóza demence stále podceňuje, i když již došlo k výraznému zlepšení. Lékaři i rodina některé příznaky podceňují a hodnotí je jako příznaky stárnutí. Podobně to bývá s příznaky deprese, které mohou souviset s demencí.

Každou změnu stavu, každý příznak připomínající změnu duševního stavu, či demenci je třeba hlásit lékaři. Diagnóza demence je velice složitá na diagnostiku. Musí se na ni podílet pacient s pečovatelem i lékař, který shrne všechny možné informace a určí diagnózu demence.

3.3.1 KLINICKÉ PSYCHOLOGICKÉ SCREENINGOVÉ METODY

Lidé s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou mají velice špatnou krátkodobou paměť, zatímco dlouhodobou mají téměř neporušenou. Většina testů určených pro určování ACH a jiných demencí je časově omezena. Tato kapitola se zaměřuje na testové metody, díky kterým je možno poznat syndrom demence.

První orientační test spočívá v tom, že se je pacient dotazován na časoprostorovou orientaci, a to na místo, rok, měsíc a den.

Následně se sdělí pacientovi názvy tří běžných předmětů, na které se dotáže po pěti minutách, např. okno, židle, obraz.

Zmíněných pět minut se nechá pacient, aby odečítal sedmičky od padesátky. Tento test je pouze orientační. Je dobré test opakovat po čtyřech dnech. Podezření na syndrom demence se objevuje, pokud je pacient neorientovaný v čase a prostoru, pokud

si nevybaví alespoň dva výrazy ze tří, a když není schopen určení alespoň jednoho výsledku. Toto podezření mohou diagnostikovat různí specialisté, ale léčba už je na lékařích. Pokud po zavedení farmakologické léčby, vyléčení všech okolních obtíží a po zavodnění pacienta ani po čtyřech týdnech nejsou vidět známky jakéhokoliv zlepšení, je možné na 90 % konstatovat, že se jedná o syndrom demence. (Mühlapchr, 2004)

Lidé s ACH mají velice špatnou krátkodobou paměť, zatímco dlouhodobou mají skoro neporušenou. Většina testů určených pro určování ACH a jiných demencí je časově omezena. Tato kapitola se zaměřuje na testové metody, díky kterým lze poznat syndrom demence.

Paměťový test učení

Test měří kapacitu krátkodobé a dlouhodobé verbální paměti, zachycuje poruchy představ, křivku učení a další různé poruchy vybavování. S tímto testem se určuje organické oslabení CNS, demence, poruchy učení a také je užíván pro pozorování následků po úrazech hlavy.

Test se provádí tak, že je pacientovi přečteno patnáct jednoduchých slov. Ten si jich poté snaží vybavit co nejvíce. Tento postup je opakován pětkrát za sebou a je pozorována křivka učení. (Jirák, 2009).

Test verbální fluence

U tohoto testu se dává pacientovi určitý časový limit a pak se vyzve, aby si vybavil maximální počet slov, které začínají na určité písmeno. Testuje se na písmenech M, N a K. Všechna slova se řádně zapisují a následně se provádí porovnávání a vyhodnocování podle určených norem. (Jirák, 2009)

Škála depresivity

Demence se velice často zaměňuje s depresí. Velmi častým začátkem ACH jsou však deprese. Škála dle J. Yesavage se skládá ze třiceti položek, na které odpovídá pacient pouze ano, nebo ne. Administrace zabere jen 5–10 minut. Výsledek je vždy nutný porovnat se specialistou.

Vyhodnocení: 0 – 10 je norma,
 11 – 20 mírná deprese,
 21 – 30 těžká deprese.

Největší výhodou tohoto testu je, že dokáže odlišit pacienty se syndromem demence od pacientů, kteří trpí pouze depresemi. (Preiss, 2006)

Rorschachův test

Je to test inkoustových skvrn, který se používá k rozboru osobnosti. Jedná se o projektivní test, který využívá projekci myšlenkových pochodů a osobnostních rysů na neurčité objekty. Tento test obsahuje deset karet, pět černobílých, dvě černočervené na bílém pozadí a tři barevné. Pacientovi jsou předkládány karty postupně v daném pořadí. Sledují se reakce na obrázky, zapisují se všechny odpovědi i časový prostor mezi otáčením karet. Ke každé kartě je vytvořena tabulka s různými druhy odpovědí. Podle této tabulky se test vyhodnocuje. (Rorschachův, 2009)

Trail making test

Pro zdravého člověka je tento test velice jednoduchý, ale pacienti trpící ACH s ním mají velké problémy. Trail making test má dvě části. V první pacient spojuje čísla od 1 do 25. V druhé části spojuje písmena od A až po písmeno L. Čísla i písmena jsou promíchána mezi sebou. (Muhlpachr, 2001)

Folsteinův MMSE test (Mini-Mental State Examination)

Je nejpoužívanější test u diagnostiky ACH. Měří se jím kognitivní poruchy. Tento test je dostačující k diagnostikování střední a těžké demence. MMSE trvá 5–10 minut, zkoumá orientaci, zapamatování, pozornost a počínání, vybavování, pojmenování předmětů, opakování, stupňovaný příkaz, čtení a plnění příkazu, psaní a obkreslování.

MMSE test je možný použít v sociální a také v pedagogické oblasti. (Muhlpachr, 2001)

Test hodin

Velice často používaným testem je test hodin, který spočívá v tom, že pacient dostane pokyn, aby nakreslil ciferník hodin i s čísly a nakreslil ručičky na nastavený čas. Kresba se poté vyhodnocuje podle návodu. Tímto testem se dá sledovat, v jaké fázi se pacient nachází a také vývoj nemoci.

Mattisova škála demence

Tato škála je podrobnější, zaměřuje se na pozornost, paměť, kresbu, schopnost iniciativy, motoriky a tvorbu pojmů. Mattisova škála má 37 položek, které dávají dohromady maximální hodnotu 144 a minimální hodnotu 0 bodů. Zkouška se nepoužívá jako diagnostický nástroj, ale využívá se k detailnějšímu zachycení již diagnostikové ACH. (Jiráček, 2009)

Montrealský kognitivní test (Nasredinův test)

Test ověřuje zručnost, zrakovou konstrukční zručnost, prostorovou orientaci, vybavování slov, pojmenování zvířete, pozdější vyjmenování slov, opakování vět, orientaci, paměť, abstrakci a pozornost. Tento test se vyhodnocuje dle návodu. Maximální počet bodů je 30. Nad 26 bodů je výsledek považován jako normální. (Montreal, 2009)

3.3.2 OSTATNÍ VYŠETŘENÍ

Dalšími důležitými vyšetřeními v diagnostice Alzheimerovy choroby jsou CT vyšetření, MR a také vyšetření mozkomíšního moku.

3.4 LÉČBA

Alzheimerova choroba stále patří mezi nevléčitelné nemoci. Léky jsou určeny především pro počáteční stadium ACH, proto je velice důležitá včasná diagnóza. Onemocnění nezasahuje pouze do života pacienta, ale také do života celé jeho rodiny a blízkého okolí. Je proto velice důležité do léčby zapojit rodinu a přátele nemocného.

V dnešní době léčba ACH řeší pouze příznaky nemoci. Současná farmakologická léčiva buď zvyšují hladinu acetylcholinu na synapsi, nebo brání rozvoji apoptózy, a to

usměrňováním vstupu vápníku do neuronů (menanin), nedokážou tedy vyléčit ani prodloužit život nemocného, pouze oddalují nejzávažnější stadia nemoci. Na druhou stranu napomáhají zlepšit paměť, kvalitu života a soběstačnost pacientů.

Kognitiva – jsou látky, které zlepšují kognitivní funkce. Jsou v léčbě Alzheimerovy choroby velice důležité, protože zpomalují progresi onemocnění. Neprodłużují však život. I při užívání kognitiv se u pacienta s demencí kognitivní funkce postupně zhoršují, ne však tak razantně rychle, jako je tomu u pacientů, kteří kognitiva neužívají. Při užívání těchto látek se zlepšuje celková práce s pacientem, zvyšuje se zájem pacienta o okolní aktivity, dochází ke zlepšení chování. Tím prodłużují pacientovi období aktivního života a přispívají tak k větší pohodě jak nemocného, tak i jeho rodiny.

Dalšími důležitými léky jsou inhibitory cholinesteráz, které jsou účinné na všechny druhy demencí.

Na poruchy spánku jsou používána hypnotika, pro odstranění agresivity a neklidu jsou určena neuroleptika. Antidepresiva pomáhají zmírňovat deprese a posledně zmiňovanými léky jsou anxiolytika, která utlumují úzkost.

Mimo farmakologickou léčbu je také velice důležitá psychoterapie, sociální terapie a úprava denního režimu a prostředí. Na léčbě nemocného se společně podílí vždy psychiatr a neurolog, kteří spolupracují s praktickým lékařem, dále je důležitá pomoc erudovaného psychologa a také sociálního pracovníka. (Jiráček, 2004)

V případě Alzheimerovy choroby je velmi důležitá prevence. Každý člověk by se měl snažit, co nejvíce minimalizovat rizikové faktory, které mohou vést ke vzniku ACH. Nejdůležitější je udržování zdravého životního stylu. Především pro seniory to znamená dodržování několika zásad: být aktivní, zajímat se o nové podněty, často procvičovat mozek, například učením se nových věcí nebo luštěním křížovek. Důležitým faktorem je také vyhýbání se stresu a naučit se umění překonávat zátěžové situace.

Je důležité, aby se senioři snažili zachovávat správný rozvrh dne, dostatečné množství spánku, dbali na dodržování dostatečného pitného režimu a přijímali stravu

bohatou na dostatečný obsah živin a vitaminů. Velmi přínosné jsou také aktivity na čerstvém vzduchu, např. procházky. (Preiss, Kučerová, 2006)

3.4.1 RŮZNÉ TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY

Tato kapitola seznamuje s různými přístupy k pacientům s ACH, tyto přístupy se snaží podporovat nemocného a motivovat ho pro zbytek jeho života. Hlavním cílem je, co nejdéle prodloužit jeho aktivní život a podporovat jeho soběstačnost.

Realitní terapie – snaží se pacienta co nejvíce spojit s realitou. Tato terapie vede ke snížení míry dezorientace v čase a místě. Orientaci v realitě lze provádět skupinově i individuálně. Snahou je, aby měl pacient kolem sebe vše co nejvíce přehledné a popsané. Například se v pokoji umísťují velké hodiny s dobře čitelným ciferníkem a kalendář na viditelném místě (Hátlová, Suchá, 2005).

Rezoluční terapie – využívá se u pacientů ve středním až velmi těžkém stadiu demence, kdy je demence tak rozšířená, že obnovování reality už nemá žádný význam. Základem této terapie je předpoklad, že cokoliv pacient v danou chvíli buď udělá, nebo řekne, je pro něj v tomto okamžiku realitou a nemá žádný význam to měnit (Hátlová, Suchá, 2005)

Terapie jasným světlem – snaží se zmírnit poruchy neklidu a spánku. Tato terapie vychází z předpokladu, že lidé s demencí mají velké obavy ze tmy a večer se zvyšuje jejich neklid. U terapie světlem je nejdůležitější snížení hladiny melatoninu (tzv. spánkový hormon), který ovlivňuje denní cyklus a spánek. Léčba spočívá v tom, že je pacient umístěn určitou dobu ve světelném boxu, kde je asi o třicetkrát více světla než je běžné denní osvětlení.

Aktivizace a kognitivní rehabilitace – tato rehabilitace se zabývá různými drobnými úkoly, které mají za úkol motivovat nemocného k nějaké činnosti. Aktivizace musí být vždy přiměřená stavu nemocného, toho nelze nutit do žádných činností, je doporučováno jej vlastně jen motivovat. Jedná se například o čtení různých článků a převyprávění, nebo lze hrát s pacientem různé hry, nacvičovat konkrétní činnosti nebo luštit s křížovky. Jedná se hlavně o procvičování dlouhodobé paměti. Krátkodobá

paměť bývá více narušena, a proto má význam ji procvičovat spíše u osob v počátečním stadiu nemoci. (Klevetová, D. 2008)

Validační terapie – je soubor přístupů, které se snaží zachovávat a posilovat lidskou důstojnost. Vychází z toho, že každé chování nemocného, i když je třeba zvláštní, má vždy nějakou příčinu a souvislost s minulostí pacienta. Nejbližší okolí nemocného a ošetřující personál se snaží tuto souvislost nalézt, ale nesnaží se o násilnou opravu postoje nemocného, nýbrž postupnými kroky dovést pacienta správným směrem. (Klevetová, D. 2008)

Kinezioterapie – cílem je ovlivnit psychické a somatické obtíže. Pomocí pohybového programu je cíleně působeno na psychiku nemocného. Pohybový program je předem daný. Skládá se z různých cviků a her. Při kinezioterapii dochází ke změně chování a prožívání. (Hátlová, Suchá, 2005)

Reminiscenční terapie – je vhodná pro osoby ve středně těžké fázi onemocnění. Využívá toho, že dlouhodobá paměť je zachována relativně nejdéle. Prostřednictvím různých podnětů, jako jsou například fotografie, se člověk s demencí vrátí k něčemu, co je mu známé, což mu přináší zklidnění a pocit bezpečí

Aromaterapie a masáže – aromaterapie je druh alternativní medicíny, který využívá různé rostlinné těkavé látky, známé pod názvem éterické oleje. Použitím těchto olejů je pozitivně působeno na mysl a celkově na náladu člověka. Je dokázáno, že aromaterapie dokáže člověka trpícího demencí zklidnit a zabránit tak například jeho toulání. Oleje se používají buď v aromalampách, nebo aplikací přímo na pokožku nemocného. (Hátlová, Suchá, 2005)

Muzikoterapie a bílý šum – terapie se zabývá přehráváním hudby po určitou dobu v jinak úplně tiché místnosti. Bílý šum je označení pro různou kombinaci šumu v různých zvukových frekvencích, šum by měl mít uklidňující vliv na člověka. Velice často je kombinován s různými přírodními zvuky, jako je šum moře nebo zpěv ptáků

3.5 PÉČE O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Cílem každé péče je uspokojovat všechny potřeby nemocného člověka. Podle Maslowovy hierarchie potřeb je dělíme do pěti kategorií. První kategorií jsou fyziologické potřeby, jako jídlo a pití, spánek a teplo. U člověka trpícího Alzheimerovou chorobou tyto potřeby převládají v závěrečném stadiu onemocnění.

Druhou potřebou je potřeba bezpečí a jistoty. Lidé, kteří trpí demencí, se velice často cítí nejistí a zranitelní.

Další potřebou je potřeba blízkosti a lásky. Tuto potřebu by měla nejvíce uspokojovat rodina nemocného nebo jeho blízcí.

Potřeba sebeúcty znamená, že se člověk může rozhodovat sám o sobě, tato potřeba by měla být uspokojována u nemocného s ACH v co největší možné míře.

Potřeba seberealizace znamená touhu člověka něčeho v životě dosáhnout. (Venglářová, M. 2007)

Péče o nemocného s ACH musí být komplexní, je nutné se snažit o uspokojování všech lidských potřeb.

Stravování – člověk, který trpí Alzheimerovou chorobou, časem zapomíná stravovací návyky a se zhoršením motoriky mívá problém s použitím nože a vidličky. Přesto je velice důležité dodržovat kulturu stolování. Když pacient nezvládá jíst příborem, můžeme mu dát lžící. Je možné mu také pomoci jídlo nakrájet na malé kousky, aby se pokrm lépe polykal. Vhodná je též podpora nemocného, aby sám jedl, pokud je to ještě možné. U většiny starších lidí se postupně vytrácí pocit žízně, proto je důležité nemocné pobízet k pití, aby nedošlo k dehydrataci a následným komplikacím. Velký pozor je třeba dát na dostatečnou výživu nemocného. Často z důvodu nechutenství dochází u seniorů k podvýživě. Někdy se mohou také objevit problémy s polykáním, při vážných případech je možná výživa nasogastrickou sondou. (Rektorová, 2007)

Oblékání – při oblékání se pacient má podporovat, aby se oblékal sám. Výběr oblečení a jeho vlastní oblékání může posilovat důstojnost nemocného člověka. Nemocnému lze také pomoci tak, že se mu vyskládá oblečení na hromádku přesně tak po sobě, jak se bude oblékat. Pokud je již jasné, že má pacient problémy s oblékáním, je dobré mu slovně poradit, jak se oblečení obléká. Lidé trpící ACH se často nechtějí převlékat do čistého oblečení, proto je na to třeba dohlédnout. Boty jsou vhodné s protiskluzovou podrážkou a spíše na suchý zip, s tkaničkami by mohl mít pacient problém. S oblékáním souvisí také péče o vlasy a celkový zevnějšek (Rektorová, 2007).

Koupání a mytí – při koupání je nutné vždy respektovat nemocného potřeby a zvyky. Před koupáním je třeba se s pacientem vždy domluvit. V počátečním stadiu onemocnění se usiluje o to, aby se umýval sám, většinou stačí jen slovní instrukce. Při větší potřebě dopomoci při mytí je naprosto nutné dodržovat intimitu. Nahota může být starému člověku nepříjemná, může se stydět. Pro hygienu nemocného je lepší používat sprchový kout se sedákem než vanu (Rektorová, 2007).

Vyprazdňování a inkontinence – častým problémem u lidí s ACH bývá inkontinence moči a stolice. Pacienti se často stydí a snaží se tento problém maskovat. Příčinnou inkontinence může být infekce močových cest, zácpa, vedlejší účinky léků. Pacient si také často neuvědomuje potřebu chodit na toaletu, nebo ji nemůže najít. Proto je dobré toaletu označit velkým nápisem nebo udělat velké šipky správným směrem, aby ji pacient snadno našel. Často také člověk s ACH zapomene, že chtěl na toaletu vůbec jít. Důležité je, aby měl pacient volný oděv, který se dá snadno a rychle rozepnout. K ochraně před znečištěním pacienta se používají různé inkontinentní vložky, podložky do postele, plenkové kalhotky nebo pleny. Vždy je ale důležité nemocného povzbuzovat k chození na toaletu. (Rektorová, 2007)

Péče o zdraví – v počátečním stadiu onemocnění je důležité snažit se předcházet pádům. Místnosti se upravují tak, aby se pacient mohl dobře pohybovat po pokoji a neměl např. o co zakopnout. Také se odstraňují nebo zakrývají ostré hrany, aby se předešlo případnému zranění. V pozdější fázi onemocnění je třeba dbát především na polohování ležícího nemocného, aby nedošlo ke vzniku dekubitů. Důležité je také volné oblečení bez hrubých švů z přírodního materiálu, péče o pokožku nemocného, dostatečná hydratace a výživa nemocného. S pacientem je také dobré rehabilitovat.

Zpočátku může pacient chodit s dopomocí, následuje rehabilitace na lůžku. (Rektorová, 2007)

3.5.1 PROBLEMATICKÉ SITUACE PŘI PÉČI O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Při péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou dochází velmi často ke konfliktům. Je to způsobené především problémy v komunikaci. Pacient se neumí správně vyjádřit a my nepochopíme, co má na mysli.

Mezi problémové chování patří neklid, hledání věcí, podezíravost, toulání, obviňování a agresivní chování. Člověk chce na sebe svým chováním upozornit, něco sdělit nebo něčeho dosáhnout. V některých případech se u pacientů zvyrazňují negativní povahové rysy, jako je sobeckost, podezíravost, vztahovačnost, které dříve nebyly tak viditelné a okolí si jich nevšimalo. Většinou svým chováním člověk reaguje na měnící se situaci. (Holmerová, 2007)

Rozlišují se tři příčiny problémového chování – u nemocného člověka nejsou uspokojeny všechny jeho potřeby, naučil se nevhodnému chování a snaží se jím vyvolat reakce okolí, nebo se může jednat o vlivy prostředí, které působí na člověka s ACH a mohou u něj být zdrojem stresu. (Venglářová, 2007), (Tošnerová, 2001)

Největším problémem, který nejvíce ovlivňuje rodinu a okolí pacienta, je problém s komunikací. Člověk s diagnózou ACH často nerozumí významům některých slov a často zaměňuje jedno slovo za druhé, také se v pokročilých stádiích nemoci velmi obtížně vyjadřuje. V terminální fázi většinou pacient přestává mluvit úplně. Tím, že pacient zapomíná nové informace, dochází k tomu, že neustále vše opakuje a vyznívá se na stejné věci. Také dochází k tomu, že si začne vymýšlet, protože neví, co má na určité věci odpovědět.

Při navazování komunikace s člověkem s ACH je třeba se chovat klidně, navazovat oční kontakt, důležité je také používat adekvátní neverbální komunikaci a klidný tón hlasu. Při rozhovoru je lépe se vyhnout používání zájmen, odborných pojmů a ironie. (Torová a kol. 2008)

Velice časté je agresivní chování, to může být jak verbální, tak i fyzické. Do verbálního agresivního chování patří nadávky, křik, vyhrožování. Fyzická agrese je napadení nebo udeření druhé osoby a rozbíjení věcí.

Většinou dochází k výbuchům hněvu v situacích, kdy pacient nerozumí situaci, nebo se nachází v novém prostředí, ve kterém se necítí dobře. Někdy to bývá i v situacích, kdy si ještě pacient uvědomuje svůj stav a nemůže se s ním smířit. (Holmerová, 2007, Jirák, Koukolník, 2004)

Nejlepším řešením je vyhýbat se situacím, ve kterých by si mohl pacient připadat nějak ohroženě nebo nepříjemně. Je třeba předvídat, jak se pacient v jaké chvíli zachová. Důležité je také sledovat, jakou má náladu a jak se cítí. Pokud dojde k agresivnímu chování nemocného, je nezbytně nutné zachovat klid, být trpěliví, neukazovat strach a snažit se odvést pozornost od věci, která agresivní chování způsobila. Existuje mnoho terapií na zklidnění a navození pocitu pohody

Některé osoby nejsou agresivní, ba naopak jednají velice úzkostlivě, nejčastěji je to v nových situacích, kterým pacient nedokáže porozumět. (Holmerová, 2007, Pidrman, 2007)

Dalším velice častým jevem jsou úteky, toulání a neklidné bloudění, příčin může být celá řada. Nejčastějším důvodem je, že se pacient někam vypraví a po cestě zapomene, kam chtěl jít, a ani neví, kde se nachází. Poté bloudí a nemůže najít cestu domů. Bloudění u pacientů s ACH je častý a velice nebezpečný jev, často přitom dochází k úrazům. Primárně je důležité snaha takovému jednání předcházet. Pokud se ještě pacient samostatně pohybuje, měl by mít u sebe vždy nějaké doklady a především kontakt na rodinu.

3.5.2 ZÁSADY EFEKTIVNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM

Základem je pozitivní přijetí seniora. Každému nemocnému je nutné dát najevo, že je o něj zájem. Zhoršení kognitivních funkcí, snížená nebo neexistující komunikace nejsou důvodem k tomu, že je pacient pouze „nějaká bytost“, která potřebuje uspokojit základní potřeby – dát najíst, napít, převléknout a podat medikaci. Při komunikaci s pacientem se hodnotí jeho chování, je také nutné všimnout si detailů ve verbálním

i neverbálním projevu. Důležité je také zhodnocení vlastních pocitů a reakcí na chování nemocného.

Pro ošetřujícího je zásadní, aby byl při práci s pacientem klidný a trpělivý. Důležité je mluvit pomalu a srozumitelně, aby pacient pochopil význam sdělení. Je nutné pátrat po příčinách, co jej popřípadě trápí, protože se většinou nedokáže sám vyjádřit. (Jirák, a kol., 2009)

I když si pacient nevybavuje informace, nekomunikuje, tak cítí. Cítí bolest, vnímá intonaci našeho hlasu, ví, že s ním eventuálně jednáme hrubě. Důležitá je snaha být zdvořilý a nekritizovat. Věty typu: „No to snad ne, zase jste se počůral? Vždyť před chvílí jsem vás přebalila“, nepatří do slovníku zdravotnického personálu. Naprosto hrubou chybou je, když se na pacienta ošetřující zlobí před ostatními lidmi. (sJirák, a kol., 2009)

Velmi důležitý je aktivizační program. Do denního programu se zařazují aktivity na podporu paměti. Kladou se dotazy na zprávy v novinách či rozhlase, na děj filmu, který senior sledoval. Také se zařazují aktivity, při kterých je nutné zapojit kognitivní funkce. Jsou vhodné společenské hry. Společně s pacientem se plánují úkoly, které má za den zvládnout. Večer se shrne, zda a jak se dařilo úkoly splnit. Vždy se oceňuje snaha o spolupráci. Všechny denní činnosti se využívají k tréninku. Užitečné také je vzpomínat s pacientem na posloupnost činnosti, nechat ho např. připravit věci pro hygienu, stolování.

Zhoršená paměť a orientace v prostoru a čase vždy vedou ke zvýšenému nebezpečí poranění. Proto je nutné přizpůsobit režim dne tak, aby bylo riziko poranění minimální. Pokud je pacient doma, rodina musí přizpůsobit byt, musí se naučit zamykat po celý den, ukládat klíče mimo dosah nemocného seniora, zajistit elektrické spotřebiče a kabely, např. od televize, ostré předměty, chemikálie atd., aby nedošlo k úrazu. (Jirák, a kol., 2009)

Je dobré vyhýbat se fyzickému kontaktu s pacientem, výjimku tvoří agresivní nemocní. Je všeobecně známo, že např. pohlazení vydá za několik slov. Nejvhodnějším místem je paže – uchopení lokte, objetí okolo ramen, držení za ruku. V neverbální komunikaci je to významný a často podpůrný prvek. U pacientů, kteří mají sklony k agresi, je třeba zvážit omezení či použití taktilního kontaktu. (Jirák, a kol., 2009)

Profesionální úroveň verbální a neverbální komunikace je třeba důsledně dodržovat, volit pomalejší pohyby a zásadně pomalé tempo řeči. Primární je snaha zjistit, zda pacient porozuměl, co mu chceme sdělit. Důležitý je také soulad verbální a neverbální komunikace. Při nesouladu může být pacient zmaten a může to u něj vyvolat podrážděnost (např. chválíme pacienta a přitom se mračíme, popřípadě mluvíme se stopou podrážděnosti). (Jiráková, a kol., 2009)

Demence je nemoc jako každá jiná. Pacient je nemocný! Je nutné chápat jeho problémy a akceptovat jeho chování. V žádném stadiu nemoci nelze zapomínat na to, že pacient vnímá a cítí.

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: XX

Pohlaví: Muž

Rok narození: 1937

Věk: 78

Adresa trvalého bydliště: Plzeň

RČ: xxxxxx/xxxx

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna –111

Vzdělání: vyučen –zámečnick

Zaměstnání: důchodce

Stav: vdovec

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 12. 2. 2015

Typ přijetí: neodkladné

Oddělení: gerontopsychiatrická lůžka

Medicínská diagnóza hlavní:

Alzheimerova nemoc, senilní demence

Medicínské diagnózy vedlejší:

arteriální hypertenze

4.2 HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU

TK: 190/90

P: 90' min

D: 20' min

TT: 36,8 °C

Pohyblivost: pacient přivezen na sedačce

Stav vědomí: při vědomí, není orientován osobou, místem a časem

Tělesná hmotnost: 84 kg

Výška: 185 cm

BMI: 24,5

Nynější onemocnění: Pacient byl přijat na gerontopsychiatrické oddělení k diagnostickoterapeutickému pobytu s dg. syndrom demence, Alzheimerova choroba. Pacient přijat pro zhoršení kognitivních funkcí. Už není schopný se sám o sebe postarat. Při příjmu byl hodně zanedbaný a zmatený.

Informační zdroje: Údaje jsem získala ze zdravotnické dokumentace, od zdravotnického personálu a přímo od pacienta.

4.3 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: zemřela v 75 letech na infarkt myokardu

Otec: zemřel v 81 letech na demenci

Sourozenci: 1 bratr, zemřel na rakovinu tlustého střeva

Děti: dcera, 50 let, zdravá

Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění: v dětství pacient prodělal běžné dětské nemoci, od roku 1993 je léčen s hypertenzí

Hospitalizace operace: v roce 1970 operace žlučníku (cholecystektomie)

Úrazy: neudává

Transfuze: 0

Očkování: běžné dětské očkování

Léková anamnéza (chronická medikace)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Sertralin	tbl	50 mg	1-0-0	antidepresivum
Ebixa	tbl.	10 mg	2-0-0	léčivo proti demenci
Tiapridal	tbl.	100 mg	0-0-0-1	antipsychotikum
Prestarium neo combi	tbl.	10/2,5 mg	1-0-0	antihypertenzivum

Alergologická anamnéza

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

Abúzy

Alkohol: dříve příležitostně, nyní ne

Kouření: 0

Káva: 1 x denně

Léky: 0

Jiné: 0

Sociální anamnéza

Stav: vdovec

Bytové podmínky: žije na ubytovně

Vztahy, role, interakce: má jednu dceru, která ho nenavštěvuje, jinak na ubytovně mají vztahy dobré

Záliby: procházky

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vyučen

Pracovní zařazení: důchodce

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: celý život pracoval jako zámečník, nyní pobírá starobní důchod, nevzpomíná si od kdy.

Vztahy na pracovišti: byly dobré

Ekonomické podmínky: dobré

Sprirituální anamnéza

Religiózní praktiky: ateista

4.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Hlava: normocefalická, mezocefalická, na poklep nebolestivá, držení hlavy je přirozené

Oči: víčka bpn, oční bulby jsou ve středním postavení, spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické

Uši, nos: bpn bez sekrece

Rty: růžové, souměrné

Dásně, sliznice dutiny ústní: vlhká, růžová

Jazyk: přiměřeně velký, vlhký, mrně povleklý

Tonzily: malé, hladké

Chrup: umělý

Krk: pohyblivý

Hrudník: astenický

Plíce: dýchání čisté

Srdce: tep pravidelný

Břicho: měkké, prohmatné, nebolestivé

Játra: bpn

Slezina: bpn

Genitál: bpn, bez výtoku

Uzliny: nehmatné, nebolestivé

Páteř: skolióza

Klouby: volně pohyblivé

Reflexy: zpomalené

Čítí: v normě

Periferní pulzace: hmatné

Varixy: 0

Kůže: růžová, teplá, suchá, bez poruch pigmentace

4.5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MODELU „FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ“ OD MARJORY GORDONOVÉ

Podpora zdraví:

Pacient si neuvědomuje svoji nemoc. Je hospitalizován pro zhoršení kognitivních funkcí. Už nedokáže být plně soběstačný. Při příjmu byl velice zanedbaný a zmatený. Dále je od roku 1993 léčen s arteriální hypertenzí. Také je po operaci žlučníku – cholecystektomii. Pacient dříve navštěvoval praktického lékaře, od doby co mu zemřela manželka, prevenci zanedbává. Alkohol nepije, cigarety nekouří.

Výživa a metabolismus:

Pacient se stravuje na ubytovně, kde má zařízené stravování: snídaně, obědy večeře. Je nesamostatný, jídlo se mu musí připravit a musí se upozornit na to, aby ho snědl. Pacient má nejraději „knedlo-zelo-vepřo“ a rajskou omáčku s knedlíkem, nemá rád květák a játra. Stav výživy je přiměřený, BMI – 24,5, výška 185 cm a váha 84 kg. K pití se musí pacient pobízet, potřeba pití je u pacienta minimální. Denně pacient vypije asi 800 ml vody. Kůže pacienta je suchá, s několika odřeninami na dolních končetinách Pacient tvrdí, že má zubní protézu, ale nemůže ji najít. Do nemocnice přijat bez zubní protézy. Dieta číslo 3 .

Vylučování:

Na stolicí chodí pravidelně. Na ubytovně chodí na toaletu. V nemocničním prostředí má problémy najít toaletu. Často se ztratí. Stolice je hnědé barvy, bez příměsí. Trpí močovou inkontinencí. U lůžka má připravený močový válec. Pacient nemá problémy s dýchacím systémem.

Aktivita a cvičení:

Pacient je částečně samostatný. V nemocnici se chodí sprchovat do koupelny s dohledem a s instrukcemi to zvládne. Jídlo potřebuje nakrájet a důsledně potřebuje připomínat, aby se najedl. Jinak tráví skoro celý den na lůžku. Na oddělení dochází každý den fyzioterapeut a cvičí s pacienty ve skupinách, pacient se zúčastňuje tohoto

cvičení. Také je na oddělení realizováno mnoho dalších aktivit vhodných pro pacienty s ACH. Pacient se zúčastňuje ergoterapií. V noci bývá pacient často neklidný a nemůže usnout. Usíná až kolem 23.00 hodiny. Následně odpočívá a pospává během celého dne.

Percepce/kognice:

Pacient neudrží dlouho pozornost, je nutné mu neustále připomínat, aby se vrátil k činnosti, kterou právě dělá. Orientace je velice narušená, především v novém prostředí mu dělá velký problém. Neustále bloudí po oddělení, hledá toaletu, nebo vůbec neví, kam jde, občas chodí k ostatním pacientům na jejich lůžko. Kognitivní funkce jsou zhoršeny. Pacient je velice komunikativní, celý den vydrží povídat, většinou však jeho odpovědi nedávají smysl. Pokud mu chce někdo z personálu něco sdělit, je nutné mluvit pomalu a řádně artikulovat. Také je třeba vše nejméně třikrát zopakovat.

Sebepercepce:

Když o sobě pacient mluví, říká, že je veselý a že má hodně kamarádů. Nepřijde si nemocný, občas ho ale trápí, že neví, kam jde, nebo kde se nachází jeho věci. V nemocnici se necítí dobře, nové prostředí v něm vyvolává nepříjemné pocity neznáma.

Vztahy mezi rolemi:

Ke zdravotnickému personálu se chová velice přátelsky, nejeví žádné známky agrese. Je vdovec a bydlí sám na ubytovně, kde má hodně přátel. Pacient má jednu dceru, se kterou se už dlouho nenavštěvují.

Sexualita:

Pacient má jednu dceru.

Zvládání/tolerance zátěže:

Na nové prostředí si špatně zvyká, proto je mu pobyt v nemocnici nepříjemný. Je vyděšený a má strach, co se s ním bude dít. Neví, kde se co nachází a špatně si zvyká na nový režim. Když je ve stresu, k uklidnění mu pomáhá poslouchání hudby.

Vzorec hodnot – víry:

Pro pacienta je důležitý jeho klid a pohodlí. Také se snaží být co nejvíce samostatný. Nechce nikoho zatěžovat a nejráději by se vrátil do svého bytu na ubytovně. Pacient je nevěřící.

4.6 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: RTG srdce, plíce; CT mozku

Vyšetření krve ze dne 13. 02. 2015

Biochemie:

– Na 139 mmol/l

– K 4 mmol/l

– Cl 101 mmol/l

– urea 6,2 mmol/l

– kreat 68 mmol/l

– CRP 4

– AST 2,63 ukat/l

– ALT 0,45 ukat/l

Glykemie R: 4,1 mmol/l, P: 4,4 mmol/l, V: 3,9 mmol/l

Krevní obraz:

– Ery 5,2 x 10¹² l

– Leuk 4,5 x 10⁹ l

– Hb 144 g/l

– Hk 0,45

– Tromb 169 x 109 l

Konzervativní léčba

Dieta: 3

Pohybový režim: Volný pohyb v rámci oddělení. Pacient potřebuje zvýšený dohled a dopomoc při běžných denních činnostech, například u jídla a hygieny.

RHB: Každý den s fyzioterapeutem.

Výživa: Perorální příjem.

4.7 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Sertralin	tbl	50mg	1-0-0	antidepresivum
Ebixa	tbl.	10 mg	2-0-0	léčivo proti demenci
Tiapridal	tbl.	100 mg	0-0-0-1	antipsychotikum
Prestarium neo combi	tbl.	10/2,5mg	1-0-0	antihypertenzivum

Při neklidu Tiapridal 2,0 ml/100 mg podat 1 amp. i.m.

Při nespavosti Gerodorm 40 mg ½ tbl.

Chirurgická léčba: Neindikována.s

4.8 SITUAČNÍ ANALÝZA

Ke dni 14. 02. 2015

Pacient, 78 let, hospitalizován na gerontopsychiatrické klinice, pro zhoršený stav kognitivních funkcí. Hospitalizaci domluvil praktický lékař se sociální sestrou. Pacient již není schopný se sám o sebe postarat. Při příjmu na oddělení byl velice zanedbaný a zmatený. U pacienta byl proveden orientační test MMSE. Výsledek tohoto testu ukazuje na středně těžkou demenci (mírné stadium). Pacient není orientován osobou, místem, ani časem. Při rozhovoru si často nemůže vybavit správné výrazy a zaměňuje je za jiné. Někdy je těžké odhadnout, co chce pacient sdělit. Dále má diagnostikovanou arteriální hypertenzi, při příjmu naměřena hodnota 190/90. Většinu dne je pacient na lůžku, nebo se toulá po oddělení. Každý den se účastní rehabilitace. Občas se objevuje vertigo, je zde riziko pádu. Pacient potřebuje pomoc v běžných denních činnostech, jako je oblékání, hygiena, příjem tekutin a stravy.

4.9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT

Zpracování ošetřovatelských diagnóz u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2013. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014.

Ošetřovatelské diagnózy:

1. Neefektivní udržování zdraví (00099)
2. Potulka (00154)
3. Zhoršená verbální komunikace (00051)
4. Chronická zmatenost (00129)
5. Deficit sebepéče při stravování (00102)

6. Deficit sebezpečí při koupání (00108)

7. Deficit sebezpečí při oblékání (00109)

8. Riziko pádů (00155)

Rozpracované ošetrovatelské diagnózy:

1. Neefektivní udržování zdraví (00099)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice: Neschopnost identifikovat, zvládat nebo vyhledat pomoc k udržení zdraví.

Určující znaky:

- nedostatek adaptivního chování na okolní změny,
- neschopnost přijmout odpovědnost za dodržování základních zdravotních praktik,
- zhoršení osobních podpůrných systémů.

Související faktory:

- zhoršení kognice,
- nedostatek komunikativních dovedností,
- snížení jemných motorických dovedností,
- neschopnost činit správné úsudky,
- zhoršené vnímání.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient se snaží udržet si co nejlepší stav svého zdraví. Všechny jeho potřeby budou při propuštění zajištěny.

Cíl krátkodobý: Pacient bude co nejvíce samostatný, bude zvládat všechny úkony buď sám, anebo s co nejmenší pomocí zdravotnického personálu po dobu hospitalizace.

Interval hodnocení: 1krát denně

Očekávané výsledky:

- Pacient je co nejvíce samostatný, zvládá běžné denní činnosti sám nebo s co nejmenší dopomocí – do 24 hodin.
- Pacient si uvědomuje, co je důležité pro jeho zdraví – do 24 hodin.
- Pacient se zapojuje do aktivit oddělení – každý den.
- Pacient komunikuje se zdravotnickým personálem – do 24 hodin.
- Pacient má zajištěné všechny své potřeby – do 24 hodin.

Plán intervencí:

1. Urči úroveň závislosti pacienta na zdravotnickém personálu pomocí Barthelové testu základních všedních činností – do 12 hodin – všeobecná sestra.
2. Ukaž pacientovi, kde se co nachází, např. toaleta, jídelna, denní místnost – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel.
3. Dopomoc pacientovi při činnostech, které nezvládá sám – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel.
4. Zajisti, aby měl pacient zajištěné všechny bio-psycho-sociální potřeby – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel.
5. Podporuj pacienta v péči o sebe – denně – všeobecná sestra.

6. Edukuj pacienta o jeho nemoci a poradit mu různé cvičení na procvičování paměti – denně – všeobecná sestra.
7. Snaž se s pacientem navázat přátelský vztah a věnovat se mu co nejvíce je to možné – neustále – všeobecná sestra, ošetřovatel.
8. Vše řádně zapiš do dokumentace – denně – všeobecná sestra.

Realizace ze dne 14.–15. 02. 2015

Ráno byl zhodnocen pacient dle Barthelové testu. Výsledek byl lehká závislost. Ráno pacient provedl ranní hygienu s mírnou dopomocí. Potřeboval ukázat, kde se koupelna nachází a zapnout sprchu. Poté se zvládl umýt sám. Oblékání také zvládl, jen mu všeobecná sestra musela podat pyžamo a župan. Následovala snídaně, pacient si došel sám na jídelnu, kde jsem mu byl namazán chleba s paštikou, najíst se zvládl sám. Během dopoledne proběhla na oddělení skupinová rehabilitace, které se pacient zúčastnil. K obědu měl bramborovou kaši s kuřecím masem, dopomoc nepotřeboval. Odpoledne probíhala na oddělení ergoterapie. Pacient se aktivně zúčastnil, skládal puzzle s pomocí všeobecné sestry. Večer pacient dostal večeři, provedl večerní hygienu a šel spát. Po každém jídle všeobecná sestra podala pacientovi jeho medikaci. Pacient léky požil.

Hodnocení dne 15. 02. 2015

Cíl byl částečně splněn. Pacient se snažil postarat se o sebe sám, při některých úkonech však potřeboval pomoci. Když mu ale všeobecná sestra ukázala, jak se co dělá, zvládl mnohem více věcí sám.

Pokračují intervence: (2., 3., 4., 5., 6., 7., 8.).

Pacientovi je nadále potřeba pomáhat při sebepéči a dohlížet na to, aby měl zajištěné všechny bio-psycho-sociální potřeby. Také je důležité vše řádně zapisovat do zdravotnické dokumentace.

2. Potulka (00154)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

Definice: Vlnitý bezcílný nebo opakující se pohyb, který vystavuje jedince újmě, často navzdory hranicím, omezením nebo překážkám.

Určující znaky:

- neustálý pohyb z místa na místo,
- ztrácení se,
- bezcílný pohyb,
- neschopnost nalézt důležité objekty ve známém prostředí,
- pohyb v nepovolených nebo privátních prostorách,
- pohyb, který nelze dotyčné osobě snadno rozmluvit,
- kopírování pohybu pečovatele.

Související faktory:

- zhoršení kognice,
- odtržení od známého prostředí.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient bude orientovaný a bude se pohybovat jen v místech tomu určených – do 1 týdne.

Cíl krátkodobý: Pacient bude vědět kde, se co na oddělení nachází – do 3 dnů.

Interval hodnocení: Po dobu hospitalizace

Očekávané výsledky:

- Pacient se pohybuje jen v místech k tomu určených – do 1 týdne.
- Pacient bude soběstačný, v rámci svých možností (najde toaletu) – do 2 dnů.
- Pacient bude orientovaný osobou, místem a časem – do 1 týdne.
- Pacient nebude vystaven nebezpečí – neustále.

Plán intervencí:

1. Proved' pacienta po celém oddělení a ukaž mu, kde se co nachází – 1. den hospitalizace a poté, když bude potřeba – všeobecná sestra.
2. Zamykej důsledně oddělení – vždy – všeobecná sestra.
3. Pobízej pacienta, ať jde např. na toaletu, a ukaž mu správnou cestu – vždy – všeobecná sestra.
4. Aktivizuj pacienta – denně – všeobecná sestra.
5. Orientuj pacienta osobou, místem a časem – několikrát denně – všeobecná sestra.
6. Povzbuzuj a chval pacienta – vždy – všeobecná sestra.
7. Kontroluj, zda pacient rozumí pokynům – vždy – všeobecná sestra, ošetřovatel.
8. Dávej pozor na bezpečí pacienta – vždy – všeobecná sestra.

Realizace ze dne 12.–15. 02. 2015

Ihned po přijetí na oddělení bylo pacientovi ukázáno celé oddělení. Byl mu sdělen denní program, kam bude docházet na rehabilitaci a na ergoterapii. Během dne pacient bloudil po oddělení, všeobecná sestra se jej vždy dotázala, kam jde a dovedla ho na správné místo. Druhý den už byl pacient orientovanější. Během dne mu byly kladeny

otázky typu, jestli ví, kde se právě nachází, co je právě dnes za den a jak se jmenuje. S pacientem byla všeobecná sestra na zahradě na procházce, která se mu velice líbila.

Hodnocení dne 15. 02. 2015

Cíl byl částečně splněn, pacient ví, kde se co na oddělení nachází, ale občas zabloudí, hlavně v noci.

Pokračující intervence: (2., 3., 4., 5., 6., 7., 8.).

Pacienta je stále nutné kontrolovat a edukovat o tom, kde se co nachází.

3. Zhoršená verbální komunikace (00051)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 5: Komunikace

Definice: Snížená, zpožděná nebo neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat anebo využívat systém symbolů.

Určující znaky:

- potíže verbálně vyjádřit myšlenky,
- potíže s tvorbou vět,
- potíže s porozuměním běžnému komunikačnímu vzorci,
- dezorientace osobou, místem, časem.

Související faktory:

- alterace centrálního nervového systému,
- změna vnímání.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient rozumí a komunikuje se zdravotnickým personálem do 3 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacient sděluje své potřeby personálu s minimální frustrací do 1 dne.

Interval hodnocení: Po dobu hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacient komunikuje se zdravotnickým personálem – do 3 dnů.
- Pacient nám sděluje své pocity a problémy – do 1 dne.
- Pacient více rozumí mluvenému slovu a gestům – do 2 dnů.

Plán intervencí:

1. Zhodnot' do jaké míry je schopen pacient komunikovat – do 2 hodin – všeobecná sestra
2. Mluv pomalu a srozumitelně, v jednoduchých větách - vždy – všeobecná sestra.
3. Opakuj důležité informace vícekrát za sebou – vždy – všeobecná sestra.
4. Přesvědč se, jestli ti pacient rozumí a zda chápe, co je po něm požadováno – vždy – všeobecná sestra.
5. Používej neverbální komunikaci – vždy – všeobecná sestra, ošetřovatel.
6. Buď trpělivý- vždy–všeobecná sestra, ošetřovatel
7. Udělej si pro pacienta dostatek času – každý den – všeobecná sestra

Realizace 12.–14. 02. 2015

Při příjmu se všeobecná sestra pacientovi představila a snažila se s ním navázat kontakt. Pacient z počátku byl zmatený a nedůvěřivý. Měl strach. V průběhu dne se všeobecná sestra snažila navázat bližší kontakt s pacientem. K večeru již pacient sestře více důvěřoval a snažil se s ní hovořit. Druhý den hospitalizace si pacient zvykal na režim oddělení. S komunikací neměl velké problémy, jen se občas zadržoval nebo nemohl najít správná slova. Vyjadřoval se především v jednoduchých větách. Třetí den sestru po jejím příchodu již vítal s úsměvem a s komunikací neměl větší problémy.

Hodnocení 14. 02. 2015

Cíl byl částečně splněn. Pacient komunikoval bez větších obtíží. Občas měl problém se správně vyjádřit. Při rozhovoru se často nedržel tématu a začal hovořit úplně o něčem jiném.

Pokračující intervence: (2., 3., 4., 5., 6., 7.).

4. Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Rizikové faktory:

- věk 65 let nebo více,
- zhoršený mentální stav,
- neznámé prostředí,
- antidepressiva,

- zhoršená chůze.

Priorita: Střední

Dlouhodobý cíl: Pacient během hospitalizace neupadne, ani se neporaní.

Krátkodobý cíl: Pacient dodržuje prevenci pádů – ihned.

Interval hodnocení: Po dobu hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacient ví o svém problému s rovnováhou a dodržuje při pohybu na oddělení preventivní opatření – vždy.
- Pacient dodržuje instrukce zdravotnického personálu – vždy.
- Pacient umí používat signalizační zařízení a má ho vždy na dosah – vždy.
- Pacient má v noci zabezpečené lůžko – vždy.
- Pacient bude pravidelně docházet na rehabilitace – každý den, všeobecná sestra, fyzioterapeut.

Plán intervencí:

1. Zhodnot' riziko pádu u pacienta – do 2 hodin od přijetí a poté vždy, když bude změna zdravotního stavu pacienta – všeobecná sestra.
2. Uprav pokoj tak, aby pacient neměl v cestě žádné překážky – v den příjmu, všeobecná sestra.
3. Dohlédni na vhodnou obuv pacienta – 1. den hospitalizace.
4. Proveď pacienta po oddělení a ukaž mu, kde se co nachází – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
5. Ukaž pacientovi, kde se nachází signalizační zařízení a jak se používá – do 3 hodin po hospitalizaci, všeobecná sestra.

6. Vysvětlí pacientovi, že v noci, když bude chtít jít např. na toaletu, musí zazvonit na sestru – 1. den hospitalizace a následně vždy v případě potřeby – všeobecná sestra.
7. Ukaž pacientovi, kde bude probíhat rehabilitace, na kterou bude pravidelně docházet – každý den, všeobecná sestra.
8. Pravidelně zapisuj záznamy do dokumentace – všeobecná sestra.

Realizace ze dne 12.–14. 02. 2015

Při příjmu pacienta na oddělení všeobecná sestra provedla zhodnocení rizika pádu. S výsledkem střední riziko pádu. Pacienta provedla po celém oddělení a ukázala mu, kde se co nachází. Všeobecná sestra mu pomohla vybalit věci do stoleček a uspořádal celý pokoj tak, aby měl volný průchod. Vysvětlila pacientovi, jak se používá signalizační zařízení a dala mu ho na stoleček, kde bude mít zařízení vždy při ruce. Také všeobecná sestra zkontrolovala obuv, která byla pro pobyt v nemocnici vhodná. Každý den všeobecná sestra doprovázela pacienta na rehabilitace, které jej bavily a každý den se na ně těšil. Na noc všeobecná sestra upravovala lůžko tak, aby bylo pro pacienta bezpečné. Každý den vše důkladně zaznamenávala do zdravotnické dokumentace.

Hodnocení dne 14. 02. 2015

Cíl byl splněn. Během hospitalizace nedošlo k žádnému pádu ani poranění pacienta.

Pokračující intervence: (1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8).

4.10 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacient byl přijat na gerontopsychiatrické oddělení dne 12. 02. 2015 s diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu. Přijat byl pro celkově zhoršený stav. Při příjmu byl velice zanedbaný a zmatený. Byl orientován osobou, neorientován místem a časem. U pacienta byly celkově zhoršeny kognitivní funkce. Stav pacienta se výrazně nezlepšil. Byl stále zmatený, neschopen se o sám sebe postarat. Pacient dodržoval léčebný proces bez problémů. Pravidelně užíval medikaci a zúčastňoval se aktivit na oddělení, jako jsou rehabilitace a ergoterapie. Do budoucna bude muset být pacient umístěn do zařízení se speciálním zaměřením pro lidi trpící Alzheimerovou chorobou. Rodina se s pacientem nevídá.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě informací zjištěných o Alzheimerově chorobě, byla dále stanovena doporučení pro pacienta, rodinu a zdravotnický personál.

Doporučení pro pacienta:

- Nevyhýbat se ostatním lidem, důležitý je kontakt s ostatními a mluvení o nemoci samotné.
- Vyhledat odbornou pomoc.
- Promluvit s rodinou, jaké máte představy o budoucnosti a jak by chtěl pacient dále postupovat.
- Povědět svým blízkým o nemoci, jinak nebudou vědět, jak nemocnému pomoci a bude jim jeho chování připadat neobvyklé.
- Nepřestávat se svými oblíbenými aktivitami a snažit se žít jako dosud.
- Myslet na budoucnost a vyřešit si vše, co je zapotřebí.
- Pravidelně užívat medikaci, kterou předepsal lékař.

Doporučení pro rodinu:

- Získat co nejvíce informací o nemoci.
- Pamatovat na to, že osoba trpící Alzheimerovou chorobou velice potřebuje svoji rodinu a blízké.
- Být trpělivý.
- Nestydět se za nemocného a snažit se ho neizolovat od jeho blízkých.

- Navštívit různé skupiny a zařízení specializovaná pro pacienty trpící touto chorobou.
- Snažit se o dodržování zdravého životního stylu.
- Dopřávat si dostatek odpočinku.
- Neodmítat ničí pomoc
- Udělat si dostatek času sami pro sebe, nevzdávat se svých koníčků.
- Snažit se být vyrovnaní i po psychické stránce, stres působí špatně na rodinu i na člověka, který trpí ACH.

Doporučení pro zdravotní personál:

- Získat co nejvíce informací o této chorobě.
- Být velice trpělivý.
- Snažit se být empatictí.
- Mluvit pomalu a zřetelně.
- Často opakovat důležité věci.
- Pravidelně podávat medikaci dle ordinace lékaře a kontrolovat, zda pacient medikaci požil.
- Snažit se pacienta co nejvíce aktivizovat.
- Udržovat pacienta co nejdéle samostatného. Z počátku na něj pouze dohlížet, když už se o sebe nedokáže postarat sám, dopomáhat mu.
- Udržovat sama sebe v psychické pohodě.
- Najít si čas na odpočinek.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou Alzheimerovy choroby, která stále patří mezi nevléčitelné nemoci.

Práce je rozdělena do dvou částí, v teoretické jsou popsány kognitivní funkce, rozdělení demencí, dále se tato část zabývá konkrétně Alzheimerovou chorobou, její definicí, historií, etiologií, dělením, diagnostikou a léčbou. Součástí praktické části je zpracovaný ošetrovatelský proces u pacienta s touto diagnózou.

Při ošetřování pacientů, kteří mají diagnostikovanu tuto chorobu, je nutné dobře znát specifika tohoto onemocnění a jejich zohledňováním je pak možné přispět ke stálému zkvalitňování poskytované ošetrovatelské péče.

Je velice důležité si uvědomit, že popisované onemocnění nezasahuje pouze do života pacienta a jeho rodiny, ale každodenní péče o tyto nemocné je nadmíru psychicky i fyzicky náročná pro veškerý zdravotnický personál. Mimo farmakologickou léčbu je u pacientů s Alzheimerovou chorobou také v neposlední řadě velice důležitý empatický přístup ošetřujících na všech úrovních.

Cíle bakalářské práce byly splněny. Obsahem teoretické části je řada informací o diagnostice, léčbě a specifických projevech této demence u pacientů. V praktické části byl vypracován ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou.

POUŽITÝ SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje:

BUIJSSEN, H., 2006. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha : Portál. ISBN 20-7367081-X.

CALLONE, P., 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2320-4.

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2004. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, ISBN 80-7178-303-X.

HÁTLOVÁ, B. a J. SUCHÁ, 2005. *Kinezioterapie demencí: [pohybová cvičení v léčbě demencí]*. vyd. 1., Praha : Triton. ISBN 80-725-4564-7.

HOLMEROVÁ, I., 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha : EV public relations, ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, I., 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha : EV public relations. ISBN 978-80-254-0177-4.

JIRÁK, R. a F. KOUKOLÍK, 2004. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha : Galén. ISBN 80-7262-268-4.

JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-802-4724-546.

KLEVETOVÁ, D., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2169-9.

MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, P. a P. STANÍČEK, 2001. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno : Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2510-7.

MÜHLPACHR, P., 2004. *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.

NANDA, 2013. *International Ošetřovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2012–2014*. 1. české vyd., 2012–2014. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4328-8.

PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1490-5.

PREISS, M. a H. KUČEROVÁ, 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0843-4.

REKTOROVÁ, I., 2007. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha : Triton. ISBN 978-80-7387-017-1.

ŠKVOROVÁ, J. a D. ŠKVOR, 2003. *Proč zlobím?* Praha : Triton, 1. vyd. ISBN-10: 80-7254-407-1.

TOROVÁ, J. a kol., 2008. *Příručka pro pečovatele*. Praha : Publikace vznikla v rámci projektu „Vzdělaný poskytovatel domácích sociálních služeb“. ISBN neuvedeno.

TOŠNEROVÁ, T., 2001. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha : Ambulance pro poruchy paměti. ISBN 80-238-8001-2.

VÁGNEROVÁ, M., 2007 *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha : Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.

Internetové zdroje:

Barthelové test [online]. [cit. 2015-03-19]. Dostupné z:
<http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

MMSE. [online]. [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: <http://ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf/>

Riziko pádu. In: [online]. [cit. 2015-03-19]. Dostupné z:
http://www.vitae.ic.cz/files/hodnoceni_rizika_padu.pdf

Rorschachův test. [online]. [cit. 2015-02-28]. Dostupný z:
<http://cz.psychotests.net/rorschachuv-test/>


Současné možnosti diagnostiky a léčby. [online]. [cit. 2015-03-08]. Dostupné
z: <http://alzheimermf.cz/pro-pecujici-a-pacienty/soucasne-moznosti-diagnostiky-a-lecby>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Test kognitivních funkcí (MMSE).....	I
Příloha B – Barthelové test základních všedních činností.....	II
Příloha C – Hodnocení rizika pádu.....	III
Příloha D – Rešerše.....	IV
Příloha E – Čestné prohlášení.....	V

Příloha A – test kognitivních funkcí (MMSE)

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?, tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta - například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečetl 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Reč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2 1 1 1 1</p>
	
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Zdroj: <http://ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf/>

Příloha B – Barthelové test

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

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk):

s

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

Hodnocení stupně závislosti: **

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

zdroj: <http://ose.zshk.cz>

Příloha C – Riziko pádu

HODNOCENÝ ASPEKT	POPIS	BODOVACÍ SKÓRE
POHYB	NEOMEZENÝ	0
	POUŽÍVÁ POMŮCKY	2
	PTŘEBUJE POMOC K POHYBU	1
	NECHOPEN PŘESUNU	1
VYPRAZDŇOVÁNÍ	NEVYŽADUJE POMOC	0
	NYKTURIE / INKONTINENCE	1
	VYŽADUJE POMOC	1
MEDIKACE	NEUŽÍVÁ RIZIKOVÉ LÉKY	0
	UŽÍVÁ NÁSLEDUJÍCÍ LÉKY: DIURETIKA, ANTIPILEPTIKA, ANTIPARKINSONIKA, ANTIHYPERTENZIVA, PSYCHOTROPNÍ LÉTKY, BENZODIAZEPINY	1
SMYSLOVÉ PORUCHY	ŽÁDNÉ	0
	VIZUÁLNÍ, SMYSLOVÝ DEFICIT	1
MENTÁLNÍ STATUS	ORIENTOván	0
	OBČASNÁ NOČNÍ DESORIENTACE	1
	DŘÍVĚJŠÍ DESORIENTACE / DEMENCE	1
VĚK	18 - 75 LET	0
	NAD 75 LET	1
PÁD V ANAMNÉZE	NE	0
	ANO	1

HODNOCENÍ STUPNĚ RIZIKA PÁDU	
SKÓRE 3 A VYŠŠÍ	PACIENT JE OHROŽEN RIZIKEM PÁDU

Zdroj: <http://www.vitae.ic.cz>

Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou

Monika Krajíková

Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Klíčová slova:	Alzheimerova choroba - Alzheimer's disease, demence – dementia, kognitivní funkce - Cognitive functions, Ošetrovatelské diagnózy - Nursing diagnosis, ošetrovatelský proces - Nursing proces.
Časové vymezení:	2009-2015
Druhy dokumentů:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje
Počet záznamů:	236 (vysokoškolské práce: 38, knihy 126, články a příspěvky ve sborníku: 45, elektronické zdroje: 27)
Použitý citační styl:	Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)
Základní prameny:	katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) Jednotná informační brána (www.jib.cz) Souborný katalog ČR (http://sigma.nkp.cz) databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz) online katalog NCO NZO specializované databáze (EBSCO, PubMed)

Příloha E – čestné prohlášení

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO
ZPRACOVÁNÍ BAKALÁSKÉ PRÁCE**

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem specifika ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 22. 3. 2015

Jméno a příjmení studenta