

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DOMINIKA ONDRUCHOVÁ

Praha 2015

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

DOMINIKA ONDRUCHOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová

Praha 2015



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

Ondruchová Dominika
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:


Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

The Nursing Process in a Patient with Alzheimer Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Talandová

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

V Praze dne: 30. 10. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30. května 2015

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala paní PhDr. Ivaně Talandové za cenné rady, ochotu, vstřícnost a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

ONDRUCHOVÁ, Dominika. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová. Praha. 2015. 68 s.

Hlavním tématem této bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou chorobou. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část se zabývá stářím a stárnutím, stručným rozdělením demencí, problematikou Alzheimerovy choroby, její historií, příčinami, příznaky, diagnostikou a léčbou. V poslední kapitole teoretické části jsou popsána specifika ošetrovatelské péče.

Praktická část je věnována ošetrovatelskému procesu. Na základě získaných informací jsou u klientky vyhledány problémy, z nichž jsou vytvořeny ošetrovatelské diagnózy, které jsou složeny z priorit, cílů, intervencí, realizací a celkového zhodnocení ošetrovatelské péče.

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba. Demence. Ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

ONDRUCHOVÁ, Dominika. *The Nursing Process in a Patient with Alzheimer disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Talandová. Prague. 2015. 68 pages.

The main theme of this bachelor thesis is the nursing process for a patient with Alzheimer's disease. The bachelor work is divided into a theoretical and practical part.

The theoretical part deals with old age and aging, a brief classification of dementia, issues of Alzheimer's disease and its history, causes, symptoms, diagnostics and therapy. The last chapter of the theoretical part describes specifics of nursing care.

The practical part is focused on the nursing process. Based on the gained information, the client's problems are discovered, which results into forming the nursing diagnoses composed of priorities, objectives, interventions, realisations and overall evaluation of the nursing care.

Key words:

Alzheimer's disease. Dementia. Nursing diagnoses. Nursing care. Nursing process.

PŘEDMLUVA

Alzheimerova choroba patří k nejčastější ze všech demencí, která ničí mozek, jenž je jedním z nejdůležitějších orgánů v našem těle. Dané téma jsem si zvolila především kvůli tomu, že s klienty, kteří mají Alzheimerovu chorobu, jsem ve styku ve svém zaměstnání.

Cílem mé bakalářské práce je snaha poukázat na problematiku této vážné choroby v globálu a také přiblížit ošetrovatelskou péči u nemocných, jež tato nemoc postihla, formou ošetrovatelského procesu.

Podklady pro zpracování bakalářské práce jsem čerpala z odborné knižní literatury vypůjčené z Moravskoslezské vědecké knihovny v Ostravě, z vědeckých časopisů a internetových zdrojů. Ošetrovatelský proces byl vypracován z dokumentace a především z informací od samotné klientky.

Tato práce je určena pro pacienty a jejich rodiny, pro pečující osoby, které jsou v úzkém kontaktu s nemocnými Alzheimerovou chorobou a také může být přínosem pro všeobecné sestry i laickou veřejnost, kteří se o problematiku choroby zajímají.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	15
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	17
1.1 GERONTOLOGIE A GERIATRIE	17
1.2.1 BIOLOGICKÉ ZMĚNY	18
1.2.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY	20
1.2.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY.....	20
2 DEMENCE.....	22
2.1 VYMEZENÍ POJMU DEMENCE	22
2.2 STRUČNÉ ROZDĚLENÍ DEMENCÍ	23
2.2.1 ATROFICKO-DEGENERATIVNÍ PROCESY	23
2.2.2 VASKULÁRNÍ DEMENCE	23
2.2.3 OSTATNÍ SYMPTOMATICKÉ DEMENCE	23
3 ALZHEIMEROVA CHOROBA	24
3.1 DEFINICE	24
3.2 HISTORIE	24
3.3 STÁDIA A PRŮBĚH	25
3.4 PŘÍČINY.....	25
3.5 PŘÍZNAKY	26
3.6 DIAGNOSTIKA	27
3.7 LÉČBA.....	29
3.7.1 KOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE	29
3.7.2 NEKOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE.....	30
3.7.3 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	30
3.8 PREVENCE.....	31
3.9 PROGNÓZA.....	31
4 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST (ČALS)	33
5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU.....	34

5.1	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	34
5.2	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	35
6	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU.....	37
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	63
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a.	arterie (tepna)
ACH	Alzheimerova choroba
ALT	alaninaminotransferáza (enzym)
AST	aspartátaminotransferáza (enzym)
BIL	bilirubin (metabolit, žlučové barvivo)
BMI	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
CRP	C-reaktivní protein (bílkovina)
g/l	gram na litr
K	draslík (iont)
kreat	kreatinin (metabolit)
l	litr
mg/l	miligram na litr
Mm Hg	milimetr rtuťového sloupce
mmol/l	milimol na litr
MMSE	Mini Mental State Examination (test kognitivních funkcí)
ml	mililitr
Na	sodík (iont)
per os	perorální podání (ústí)
TK	krevní tlak
μkat/l	mikrokatal na litr
μmol/l	mikromol na litr
x	krát

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abnormální – nenormální, odchýlení od řádu

A. carotis – krkavice, největší krční tepna

Antipsychotika II. generace – léky užívající se při poruchách chování u demencí

Behaviorální – týkající se chování

Beta-amyloid – bílkovina; je hlavní složkou plaků a neurofibrilárních klubek v mozku u pacientů s Alzheimerovou chorobou

Cévní mozková příhoda – mrtvice; je akutní stav, poškození mozku v důsledku poruchy mozkového krevního oběhu

Degenerace – zeslabení, vývojový ústup

Diabetes mellitus (cukrovka) – jde o poruchu metabolismu cukrů (sacharidů), výskyt nadměrného množství cukru v krvi

Emoční labilita – nápadná až extrémní citová a výrazová proměnlivost a nevyrovnanost

Epidemie – ohraničený hromadný výskyt infekční nemoci

Ergoterapie – je rehabilitační obor, který se snaží nemocným dosáhnout co nejvyšší kvality života pomocí smysluplné činnosti

Erythrocyty – červené krvinky

Gen – vloha, jednotka dědičnosti

Hematokrit – laboratorní hodnota popisující podíl erytrocytů na celkovém objemu krve

Hemoglobin – červené krevní barvivo

Histologické vyšetření – mikroskopické vyšetření malého kousku tkáně, který se odebírá z těla

Hypertenzní nemoc – zvýšený krevní tlak

Cholesterol – lipid (tuk), obsažený ve všech živočišných tkáních

Inhibitory acetylcholinesterázy – skupina látek různé chemické struktury zpomalující acetylcholinesterázu

Inkontinence – samovolný odchod moči nebo stolice

Kognitivní funkce – poznávací funkce (vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení)

Kognitivní trénink či rehabilitace – upevňování dosud neztracených znalostí, luštění křížovek, čtení apod.

Komunikace neverbální – vyjadřování jinak než slovy (mimika, gesta apod.)

Komunikace verbální – komunikace slovní, ústní

Leukocyty – bílé krvinky

Lipoprotein E – složená bílkovina obsahující tukovou složku vázanou na bílkovinu

Logopedie – je obor zabývající se poruchou narušených komunikačních schopností

Muzikoterapie – léčba pomocí hudby, zpívání

Neurodegenerace – postupný zánik nervových buněk

Neuroglie – podpurná tkáň, která s neurony tvoří nervový systém

Nootropní farmaka – léky zlepšující činnost mozku

Ontogeneze – individuální vývoj jedince od zárodečného vývoje do zániku

Ošetrovatelská diagnóza – pacientovy potřeby či problémy; je to závěr na základě sběru informací o nemocném

Ošetrovatelský proces – proces, ve kterém sestry poskytují péči pacientům

Periferie – okrajová, vedlejší část

Peristaltika – rytmické smršťování svalstva trávicího ústrojí

Pet–terapie – léčba pomocí zvířat

Piktogramy – grafické znaky znázorňující pojem nebo obrazové sdělení

Prognóza – předpověď, odhad dalšího vývoje

Řeč expresivní – úroveň srozumitelnosti a vyjadřování myšlenek, i pocitů

Řeč receptivní – úroveň porozumění a pochopení mluveného projevu

Sanace chrupu – ošetření kazivých zubů

Trombocyty – krevní destičky

Trombóza – ucpaní cévy trombem, který vznikl na místě ucpaní

Validační terapie – pozorné naslouchání a empatie (vcítění se)

ÚVOD

„ Staří lidé se obvykle necítí starými, dokud nejsou konfrontováni se skutečností, že je za staré považuje jejich okolí.“ (TOŠNEROVÁ, 2012, s. 19)

Mám možnost pracovat v Domově se zvláštním režimem ve Valašském Meziříčí. Setkávám se s klienty trpícími Alzheimerovou chorobou, ale také s rodinnými příslušníky těchto nemocných osob. Proto se ve své bakalářské práci zabývám Alzheimerovou chorobou. Domnívám se, že je daná problematika aktuální a zaslouží si pozornost. Řekne-li se Alzheimerova choroba, většina populace si z ní dělá legraci. Často se setkáváme s různými vtipky na toto téma, ale tito lidé si ani nedovedou představit, jak Alzheimerova choroba „zamává“ jak s člověkem trpícím danou chorobou, tak i s blízkými, kteří o nemocného pečují.

Demencí, ať už Alzheimerovou chorobou či jiným typem, je postiženo stále více seniorů. Alzheimerovu chorobu je nutno včas diagnostikovat a následně včas a správně léčit. Tuto chorobu zatím nedokážeme vyléčit, ale dovedeme zpomalit průběh a příznaky nemoci.

Bakalářská práce je určena pro všeobecné sestry, studenty zdravotnických škol, dále pro pacienty, pečující osoby takto nemocných jedinců a také pro laickou veřejnost, která by se o chorobě chtěla více dozvědět.

Práce je rozdělena na dvě základní části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se okrajově zabývá stářím a stárnutím, dále pojmem demence a jejím stručným rozdělením. Další kapitola se zabývá samotným onemocněním, jako historií, příčinami, příznaky, diagnostikou, léčbou i prevencí. V posledních kapitolách teoretické části je věnována pozornost České alzheimerovské společnosti a také specifikům péče v domácím prostředí a v Domově se zvláštním režimem.

Praktickou část tvoří ošetrovatelský proces u konkrétní klientky postižené Alzheimerovou chorobou, kterou jsem si vybrala. Dle získaných informací byly

stanoveny ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA taxonomie I. a následne bol vypracovaný plán ošetrovateľskej starostlivosti.

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Pojem **stáří** je obecné označení pozdních fází ontogeneze. (ČEVELA et al., 2012) Jde o konečnou etapu procesu stárnutí a je to období na konci přirozeného vývojového procesu každého jedince. Jednou z nejdůležitějších charakteristik stáří a stárnutí v praxi je věk. (POLEDNÍKOVÁ, 2006)

Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation = WHO) dělíme stáří na tři období:

- 60-74 let – rané stáří,
- 75-89 let – vlastní stáří,
- 90 let a více – dlouhověkost.

V souvislosti s věkem se můžeme setkat s termíny kalendářní stáří (je dané věkem člověka) a biologické stáří (podmíněné zdatností seniora, jeho vitalitou a zdravím). (MLÝNKOVÁ, 2011)

Stárnutí je nezvratný biologický proces, který se týká celé přírody. Délka života je geneticky podmíněná a je specifická pro každý živočišný druh. Maximální délka života člověka je teoreticky asi 115-120 roků a v praxi jde o mimořádný jev. (POLEDNÍKOVÁ, 2006)

Stáří a stárnutí je fyziologickou součástí života lidí, zvířat i rostlin. (MLÝNKOVÁ, 2011)

1.1 GERONTOLOGIE A GERIATRIE

Gerontologie je odvozena z řeckého slova „geron, gerontos“, to je starý člověk, a pojmu logos, to je nauka. Je to interdisciplinární (mezioborová) věda a souhrn poznatků o stáří a také o starých lidech. (ČEVELA et al., 2012)

Je to komplexní ošetrovatelská péče o zdravé i nemocné staré lidi, která vede k upevnění zdraví, k uzdravování z nemoci a také k dosažení soběstačnosti. (POLEDNÍKOVÁ, 2006)

Gerontologie se schematicky dělí do tří okruhů: gerontologie experimentální (teoretická), klinická a sociální. (ČEVELA et al., 2012)

Geriatric je specializační klinický obor, který vychází z vnitřního lékařství a přesahuje do řady dalších oborů (nejen lékařských), jako jsou psychiatrie, neurologie, fyzioterapie, logopedie, ergoterapie, rehabilitace a ošetrovatelství. Za zakladatele geriatric je považován I. L. Nascher. (ČEVELA et al., 2012), (KEJKLÍČKOVÁ, 2011).

Je to komplexní ošetrovatelská péče o nemocné seniory a zohledňuje jejich potřeby v souvislosti s chorobami ve vyšším a vysokém věku. Zaměřuje se na uspokojování potřeb starého člověka a na řešení jeho problémů. (POLEDNÍKOVÁ, 2006)

1.2 ZMĚNY A PROBLÉMY VE STÁŘÍ

Ve vyšším věku dochází v lidském organismu k mnoha změnám, se kterými se ve stáří setkáváme a kterým se nelze vyhnout. U lidí se projevují individuální rozdíly. Jejich nástup je časně různorodý v souvislosti s genetikou, zlovyky, životním stylem a dalšími. Všechny změny se navzájem ovlivňují.

Změny ve stáří mohou být biologické, psychické a sociální.

1.2.1 BIOLOGICKÉ ZMĚNY

Tělesné změny probíhají v orgánových soustavách a jejich orgánech. Nejvíce nápadné jsou na kůži nebo pohybovém systému. Dále mohou probíhat v: kardiovaskulárním systému, respiračním systému, trávicím systému, pohlavním a vylučovacím systémem, nervovém systému, smyslovém vnímání a spánku.

Kožní ústrojí

V kožním ústrojí se setkáváme se snížením aktivity mazových žláz, se suchou kůží, se snížením množství elastických vláken, také s řídnutím a šedivěním vlasů. Objevují se „stařecké skvrny“ a nehty jsou ztlustělé s podélnými rýhami.

Pohybový systém

V pohybovém systému jsou změny spojené s výškou a váhou postavy, dochází k řídnutí kostí, k úbytku kloubní chrupavky, k ochabnutí kosterních svalů a je snížena fyzická síla.

Kardiovaskulární systém

Kardiovaskulární systém má za následek klesání pracovní kapacity srdce, klesání elasticity (pružnosti) cév, dále srdeční chlopně ztrácejí pružnost a dochází k poklesu průtoku krve všemi orgány.

Respirační systém

V respiračním systému klesá respirační schopnost plic, klesá čistící schopnost řasinkovitého epitelu a snižuje se vitální kapacita plic.

Trávicí soustava

Se změnami se setkáváme i v trávicí soustavě. Dochází k opotřebenosti a ztrátě chrupu, ke snížení tvorby slin a také trávicích enzymů. Zpomaluje se vstřebávání vitamínů, živin a dalších látek včetně léků. Je zde zpomalení motility (hybnosti) orgánů trávicí trubice a vyskytují se „stařecké“ formy diabetes mellitus (cukrovky).

Pohlavní a vylučovací systém

Pohlavní a vylučovací systém má ve stáří také řadu změn. Jde o individuální sexuální aktivitu seniorů. U žen je ukončena sekrece pohlavních hormonů. Dochází k poklesu schopnosti ledvin tvořit a vylučovat moč, k snížení síly obou svěračů uretry (močové trubice) a k snížení schopnosti kompletního vyprázdnění celého močového měchýře.

Nervový systém

V nervovém systému se snižuje rychlost vedení vzruchů v periferním nervovém systému a snižuje se psychomotorika (soulad vědomého ovládní pohybového ústrojí).

Smyslové vnímání, spánek

V této oblasti dochází k postižení zraku (šedý zákal, zelený zákal), k postižení sluchu (nedoslýchavost) a k poklesu chuti a čichu. U seniorů se objevují poruchy spánku. (MLÝNKOVÁ, 2011)

1.2.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY

Stárnutí zahrnuje různé změny psychiky, které se mohou objevovat u každého jedince individuálně.

Dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, jako jsou vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení. Může klesat pružnost myšlení nebo psychická vitalita.

Může se změnit osobnost a vlastnosti jedince.

Také dochází ke změnám v hierarchii (posloupnosti) potřeb. Na prvních příčkách je zájem o vlastní zdraví, potřeba jistoty a bezpečí a další.

Dále se zhoršuje přizpůsobení se životním změnám. Staří lidé mají rádi svůj stereotyp.

V citové oblasti mohou být více plačtiví, může se objevit rychlé střídání nálad – emoční labilita. U některých seniorů bývá výrazná úzkost a strach (např. o život, ze samoty apod.) (MLÝNKOVÁ, 2011)

Změny v psychice se projevují poklesem celkové psychické adaptability (přizpůsobení se). Senioři bývají nejistí v neznámém prostředí, i při kontaktu s neznámými lidmi. Starý člověk se bojí, že ho oklamou, je podezřavý apod. Někdy je těžké posoudit, kdy jsou mentální změny ještě v normě a kdy jde o projev nemoci. (POLEDNÍKOVÁ, 2006)

1.2.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY

Pro psychiku seniorů má velký význam vztah ke společnosti a rodině. Trpí pocitem, že jsou přítěží pro ostatní, překážkou normálního nebo lepšího fungování rodiny apod. Nitro seniora je velice zranitelné a podporuje vznik nejistoty, viny atd. Tímto vznikají stařecké neurózy a psychózy. (POLEDNÍKOVÁ, 2006)

Sociální stárnutí velmi souvisí s odchodem do starobního důchodu. Může člověka ovlivnit v negativním i pozitivním slova smyslu. Mění se sociální role seniora.

Někdy bývá senior-důchodce vnímán jako někdo, kdo čerpá peníze ze státní kasy. Někteří lidé si plánují aktivity, na které neměli čas. Naopak někteří lidé nevědí, co dělat s volným časem, když je ho najednou příliš. (MLÝNKOVÁ, 2011)

S odchodem do důchodu také souvisí změna v ekonomickém zabezpečení. Staré lidi s nízkým příjmem velice zatěžují poplatky za léky.

Dalším problémem může být změna bydliště. Mnozí senioři se musí z různých důvodů přestěhovat (např. neschopnost se postarat o domácnost, o sebe, snížená pohyblivost, velký a drahý byt apod.). Přináší to veliký stres, hlavně tehdy, když jde o nedobrovolné stěhování do nového, neznámého prostředí.

Výraznou změnou je smrt životního partnera. Dochází k pocitu ztráty, prázdnoty a opuštěnosti. Mnozí si na samotu zvyknou, ale více se prohlubuje závislost na mladší člena rodiny. Někteří senioři mohou uzavřít nová manželství. Velice důležité jsou dobré vztahy s dětmi a vnoučaty. (POLEDNÍKOVÁ, 2006)

Další součástí stáří může být výskyt nemocí, který může bránit ve vykonávání každodenních činností. Dochází k omezení soběstačnosti a sebepéče, objevuje se závislost na pomoci druhých osob. (MLÝNKOVÁ, 2011)

2 DEMENCE

2.1 VYMEZENÍ POJMU DEMENCE

Pojem demence pochází z latiny a znamená „bez myslí“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a pojem „mens“ je latinské slovo pro „mysl“.

Buijssen (2006, s. 13) uvedl, že: „Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě.“

Podle Čevely, Kalvacha a Čeledové (2012, s. 137) je demence „soubor příznaků souvisejících s úbytkem kognitivních schopností mozku (paměti, myšlení, orientace, uvažování, učení, řeči) při řadě různých chronických mozkových onemocnění a poškození.“

Demence znamená, že s mozkiem není něco v pořádku. Můžeme si u člověka všimnout, že má problémy s pamětí, zmateností nebo má potíže vykonávat běžné činnosti. (CALLONE et al., 2010)

Je to skupina duševních poruch, kdy základním rysem je úbytek kognitivních funkcí, a to především paměti a intelektu. Bývají přidruženy i změny behaviorální a psychologické.

Výsledkem tohoto postižení je omezení a snížení duševních činností, neschopnost vykonávat denní činnosti a nakonec dochází ke smrti. Tato nemoc má vliv na kvalitu života jedince a celé jeho rodiny. (MLÝNKOVÁ, 2011)

Demence představuje syndrom neboli soubor příznaků, který může mít různé příčiny (přibližně kolem šedesáti). Porušení funkcí vede k tomu, že se jedinec stává nesoběstačným, závislým na rodině, nemocnici i ústavu sociální péče. (JIRÁK et al., 2009), (KOUKOLÍK, 2013).

2.2 STRUČNÉ ROZDĚLENÍ DEMENCÍ

Existuje několik typů demencí, které se od sebe liší v určitých příznacích. Demence můžeme dělit dle příčiny do dvou základních skupin. Jde o atroficko-degenerativní demence a symptomatické (sekundární) demence. Sekundární demence se dále dělí do dvou podskupin a to vaskulární demence a ostatní symptomatické demence.

2.2.1 ATROFICKO-DEGENERATIVNÍ PROCESY

V mozku dochází ke snížení počtu nervových buněk, poruch neuronů a jejich synapsí (vzájemnému spojení neuronů) i neuroglií. Dále dochází k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u kterých probíhají degenerativní děje. V rámci neurodegenerace dochází k poruše buněčné informace. To způsobí snížení tvorby a uvolnění některých neurotransmiterů (látky uvolňující se z nervových zakončení a navazující na další nervová vlákna v receptorech). Nakonec dochází k poruše funkce mozku a vede to ke vzniku demence.

Mezi atroficko-degenerativní demence patří zejména Alzheimerova choroba, frontotemporální demence a demence s Lewyho tělísky. (JIRÁK et al., 2009)

2.2.2 VASKULÁRNÍ DEMENCE

U vaskulárních demencí dochází k poškození mozkové tkáně cévními poruchami. Je tedy narušeno cévní zásobení mozku.

Patří zde zejména mozkové infarkty. Tímto typem demence mohou být ohroženy osoby s hypertenzí, cévní mozkovou příhodou, cukrovkou i onemocněním srdce. (JIRÁK et al., 2009), (MLÝNKOVÁ, 2011).

2.2.3 OSTATNÍ SYMPTOMATICKÉ DEMENCE

Jsou důsledkem celkových onemocnění organismu postihujících mozek, dále na podkladě intoxikací (otrav), úrazů a nádorů mozku, infekcí, zánětů a jiných.

Mezi ostatní symptomatické demence můžeme řadit demence infekční, metabolické, traumatické etiologie atd. (JIRÁK et al., 2009)

3 ALZHEIMEROVA CHOROBA

3.1 DEFINICE

Autoři v knize uvádějí, že: „Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence.“ (JIRÁK et al., 2009, s. 29)

Alzheimerova choroba „je neurologická porucha či choroba, která se nejčastěji vyskytuje u starších lidí. Likviduje životně důležité mozkové buňky, což vede k celkovému zhoršení duševních i fyzických schopností postiženého.“ (GLENNER et al., 2012, s. 18)

Při této chorobě může docházet v mozku k rychlejší atrofii (úbytku tkáně) než při normálním stárnutí. Díky atrofii dochází k snižování počtu neuronů a také k zmenšování velikosti neuronů. (KONRÁD, 2007)

Alzheimerova choroba se vyskytuje v rozmezí asi 1–2 % populace. (JURÍČKOVÁ et al., 2014)

Je nejčastější ze všech demencí. Je udáváno, že tvoří asi 50–60 % všech demencí. Dalších minimálně 10 % demencí je smíšené etiologie. (FIŠAR et al., 2009)

3.2 HISTORIE

Za zakladatele pojmu Alzheimerovy choroby můžeme považovat Aloise Alzheimer (1864-1915). Byl to německý neuropatolog a psychiatr. V roce 1907 objevil v „šedé hmotě“ kůry mozkové (ve vnější vrstvě mozku) abnormální plak a neurofibrilární klubka. Díky tomu se začal používat pojem „presenilní demence“, jelikož porušení mozku bylo sledováno nejprve u pacientů mladších 65 let. (GLENNER et al., 2012)

Vývoj pojmu Alzheimerovy choroby byl složitý a na jeho zavedení i objasnění se podíleli i jiní autoři. (PREISS et al., 2006)

3.3 STÁDIA A PRŮBĚH

Průběh choroby můžeme dělit na tři stádia:

- **I. stádium – počínající a mírná demence** – v tomto stádiu dominují změny kognitivních funkcí a poté i poruchy paměti. Člověk je ještě relativně soběstačný a nepotřebuje trvalý dohled.
- **II. stádium – středně pokročilá (rozvinutá) demence** – postupně dochází k poruše soběstačnosti. Jde o relativně dlouhé období, kdy lidé trpící touto chorobou vyžadují nepřetržitý dohled, péči a pomoc.
- **III. stádium – pokročilá (těžká) forma demence** – v tomto stádiu převažuje nesoběstačnost seniora. Pacienti potřebují kontinuální (souvislou, nepřetržitou) pomoc a ošetrovatelskou péči. (MLÝNKOVÁ, 2011), (JIRÁK et al., 2009).

Alzheimerova choroba se vyvíjí nenápadně a často si určitých poruch všímá spíše okolí než sám nemocný jedinec. (KEJKLÍČKOVÁ, 2011)

Průběh Alzheimerovy choroby je pomalý a dochází k postupnému zhoršování. V těžším stádiu se objevují poruchy chůze a jemné pohyblivosti. Dále se vyskytují poruchy paměti, emocí, aktivit denního života i chování.

Tato choroba trvá obvykle 7-10 let od objevení prvních příznaků a končí smrtí. Je pravděpodobné, že se délka života lidí nemocných touto chorobou bude prodlužovat s použitím nejnovějších léčebných přístupů. (JIRÁK et al., 2009)

3.4 PŘÍČINY

Alzheimerova choroba patří mezi onemocnění, které nejčastěji ničí mozek lidí ve středním a vyšším věku. Jak jsme výše zmínili, Alzheimerova choroba tvoří asi 65-75 % všech demencí. (PREISS et al., 2006)

Jednoznačnou příčinu, proč člověk onemocní Alzheimerovou chorobou, neznáme. Známe však určité rizikové faktory demence. Žádný z těchto rizikových faktorů nezpůsobí dané onemocnění samostatně.

Mezi rizikové faktory řadíme:

- věk – demence se může objevit v každém věku (i u dětí starších dvou let a více). U lidí nad 60 let věku se toto onemocnění objevuje častěji,
- ženské pohlaví – ženy jsou více ohroženy Alzheimerovou chorobou,
- rodinný výskyt a genetické faktory – výskyt demence před 60-tým rokem věku může souviset s výskytem onemocnění v rodině. Riziko Alzheimerovy choroby může zvýšit např. jeden z genů, který kóduje lipoprotein E,
- vzdělání – Alzheimerova choroba se objevuje méně u lidí s vyšší úrovní vzdělání,
- cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění – lidé trpící těmito onemocněními mají vyšší náchylnost ke vzniku demence,
- alkohol, kouření – kouření zvyšuje riziko Alzheimerovy choroby a při dlouhodobé nadměrné konzumaci alkoholu může dojít ke zničení mozkových buněk,
- poranění hlavy – demence se může objevit častěji, např. po úrazech hlavy,
- deprese – lidé trpící depresí jsou více náchylní ke vzniku demence,
- životospráva – strava s vysokou energetickou hodnotou a také nadměrný přísun nasycených tuků,
- tělesná a duševní aktivita – má ochranný faktor vzniku demence. (PREISS et al., 2006), (SLEZÁKOVÁ et al., 2007), (MLÝNKOVÁ, 2011), (VRÁNOVÁ, 2013).

3.5 PŘÍZNAKY

Demence jako taková se rozvíjí postupně, plíživě a nenápadně. Ze začátku se může projevit mírná porucha kognitivních funkcí. (JIRÁK et al., 2009)

Neznamená jen poruchu poznávacích funkcí. Má negativní dopad i na změny chování, úroveň soběstačnosti a sebezpěče, a také se odráží negativně na sociální dopady celé rodiny nemocného jedince. (MLÝNKOVÁ, 2011)

Mezi první příznaky můžeme řadit poruchy paměti (především krátkodobé, vštípivosti paměti a epizodické paměti). Senior si nepamatuje, co dělal před 15 minutami, ale informace z jeho mládí si vybaví. Někteří lidé se za svou zapomnětlivost stydí, jiní jsou podráždění až agresivní.

Dále se vyskytují poruchy orientace (v čase i prostoru). S prohlubující se demencí lidé začnou bloudit. Nejdříve v blízkosti bydliště, i na místa, které často navštěvovali. Nakonec mohou bloudit i ve svém vlastním bytě.

Postupně se objevují změny emocí. Jsou úzkostní, podráždění, depresivní. Běžné denní činnosti jim způsobují velké problémy.

U lidí postižených Alzheimerovou chorobou se začíná snižovat až zanikat logické uvažování. V těžších stádiích dochází až k anamnestické dezorientaci – nemocní jsou úplně dezorientováni.

Dále dochází k výraznému snížení intelektu, zpomalení myšlení a poklesu úsudku. (SLEZÁKOVÁ et al., 2007), (JIRÁK et al., 2009), (MLÝNKOVÁ, 2011), (KEJKLÍČKOVÁ, 2011).

Postupně se objevuje tzv. prozopagnózie. Dochází k zapomínání jmen, pojmů a snižuje se slovní zásoba. Nemocní nerozeznávají jednotlivé osoby, zapomínají dokonce i tváře a nakonec nepoznávají ani své nejbližší příbuzné.

Také se objevuje afázie (ztráta schopnosti komunikace mluvením). Mluva je postupně nesrozumitelná, rozumění řeči pomalu slábne, až nakonec úplně vymizí. (KEJKLÍČKOVÁ, 2011)

3.6 DIAGNOSTIKA

Včasná diagnóza Alzheimerovy choroby je významná pro zahájení včasné a tudíž účinné terapie a také pro zachování uspokojivého funkčního stavu. Avšak mnozí jedinci vyhledávají lékaře až v pokročilém stádiu demence. (JAHODOVÁ et al., 2013)

Diagnóza demence se v dnešní době stále ještě podceňuje, ale přesto určité změny k lepšímu nastaly. Každý příznak, změna duševního stavu apod., je třeba řádně vyhodnotit lékařem či specialistou. Je to dlouhodobý proces.

Důležitou součástí je anamnéza. Pacient trpící Alzheimerovou chorobou si problém nepřipouští a bagatelizuje ho (zlehčuje, podceňuje ho), a proto je třeba získat informace i od další osoby (např. rodinný příslušník, pečovatel). Měly by nás zajímat informace o úrazech hlavy, o jiných onemocněních, o psychických změnách, možné demenci v rodině, užívaných lécích apod.

Dále se provádějí orientační vyšetření poznávacích funkcí. Testujeme paměť, řeč, schopnost orientace, poznávací funkce, výkonné funkce, změny chování a osobnosti, a další. Používají se testy, které s pacientem provádí neurolog, psycholog i psychiatr.

Nejvíce užívaným testem je MMSE (Mini-Mental State Examination), někdy zvaný také jako Folsteinův test, který je orientační. Slouží pro záchyt demence a sleduje vývoj nemoci. U jedince se nejprve hodnotí orientace, paměť a pozornost. V další části čtení, psaní, pojmenování předmětů a také vizuálně–konstruktivní schopnosti (viz. Příloha C). (ZVONÍKOVÁ et al., 2010), (SCHULER et al., 2010).

Mezi další často užívané vyšetřovací metody patří:

- Weschlerova škála paměti – dává nám informace o slovní i zrakové paměti,
- WAB – jsou testy řečových funkcí,
- test řečové plynulosti – kdy pacient má za úkol vyjmenovat co nejvíce slov podle zadání,
- testy vizuospeciálních funkcí (funkcí prostorové paměti), konstruktivní apraxie – Bender-Gestaltův test – zda má pacient schopnost obkreslit obrazce s větší náročností,
- test kreslení dráhy – testuje schopnost plánování, pozornosti apod.,
- Stroopův test – hodnotíme míru pozornosti, adaptaci na zátěž atd.

V diagnostice se využívají i zobrazovací metody, jako jsou:

- CT (počítačová tomografie) a MR (magnetická rezonance) – upozorní nás na morfologické odchylky (úbytek mozkové tkáně, přítomnost patologických útvarů),
- SPECT (jednofotonová emisní tomografie), PET (pozitronová emisní tomografie) – dávají nám informace o mozkovém krevním průtoku, o kvalitě mozkového metabolismu a další,
- EEG (elektroencefalografie) – nám pomůže rozpoznat změnu mozkové aktivity.

Ovšem definitivní diagnózu nemoci můžeme získat pouze histologicky. (JIRÁK et al., 2009), (MLÝNKOVÁ, 2011), (JIRÁK et al., 2004).

3.7 LÉČBA

Alzheimerova choroba je prozatím nevléčitelná. Existují však moderní léky, které mohou zpomalit průběh a příznaky nemoci. Tím se zlepší kvalita života jedince. Pacienti tak mohou zůstat v domácím prostředí o něco delší dobu. Nejpoužívanější léčebný přístup je farmakoterapie. Můžeme ji rozdělit na kognitivní (ovlivňuje poznávací funkce) a na nekognitivní (ovlivňuje poruchy nálad, chování a spánku). (SLEZÁKOVÁ et al., 2007), (GLENNER et al., 2012).

3.7.1 KOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE

Nejlepší léčba v současnosti u lehkých až středních forem Alzheimerovy choroby jsou tzv. inhibitory acetylcholinesteráz. Tyto léčiva brání enzymu acetylcholinesteráze v rozkládání acetylcholinu (důležitá chemická látka nutná k vytváření spojů mezi buňkami mozku).

Často používanými inhibitory cholinesteráz jsou Aricept (donepezil), Exelon (rivastigmin) a také Reminyl (galantamin).

V těžších stádiích se využívá látka memantin, který částečně blokuje receptory a zlepšuje schopnost učení.

V léčbě Alzheimerovy choroby se používá i řada léčiv, které nejsou dostatečně prokázané. Jsou to látky likvidující volné kyslíkové radikály. Mezi volné kyslíkové

radikály patří např. peroxidy, hydroxilové ionty, singletový kyslík a jiné. U Alzheimerovy choroby jsou v nadbytku a organismus je nestačí odbourávat.

Proto se v léčbě využívají látky, které volné kyslíkové radikály vychytávají a likvidují. Radíme zde např. E vitamin, betakarotén, C vitamin a další. Ovšem tyto léčiva jsou především doplňková.

Další skupinou léčiv užívaných při Alzheimerově chorobě jsou nootropní farmaka a příbuzné látky, která zlepšují mozkovou látkovou výměnu. Do této skupiny farmak můžeme řadit piracetam, pyritinol, extractum ginkgo biloby atd.

3.7.2 NEKOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE

Jak jsme výše uvedli, tato farmakoterapie ovlivňuje poruchy chování, změny nálad a také poruchy spánku.

Při neklidu se využívají antipsychotika II. generace (např. haloperidol (Haldol), pericyazin (neulactil)). Dále se používají antidepressiva, což jsou léky proti depresi (např. sertralin (Zoloft), fluoxetin (Prozac)) a anxiolytika, látky působící proti úzkosti (např. oxazepam (Serepax), diazepam (Valium)). (O'CONNOR et al., 2005)

3.7.3 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Součástí terapie je i nefarmakologická léčba. Jedinci s touto chorobou se často nudí, a proto je vhodné vymyslet jim vhodnou aktivitu na každý den. Jde o aktivizační terapie, které udržují sebepěči, kvalitu života apod. Tyto aktivity zahrnují i trénink mozkových funkcí.

Ráda bych zmínila několik zajímavých terapií. Jednou z nich je kondiční ergoterapie, kdy pacient vykonává smysluplnou činnost, která může zabránit v rozvíjení neklidu, úzkosti apod. V ergoterapii využíváme např. kreslení, pečení, navlékání korálků atd.

Další je arteterapie neboli terapie uměním. Probíhá ve skupinkách a nejen že pacienta aktivizuje, ale také mu pomáhá zjistit, které schopnosti se zachovaly, např. v oblasti tělesné, psychické i duševní. Ženám se nejvíce líbí malování na hedvábí a naopak mužům se zamlouvá práce se dřevem.

Mezi další terapie patří muzikoterapie, taneční terapie, validační terapie, terapie dotekem, kognitivní rehabilitace, pet–terapie či procházka v přírodě. (HÁTLOVÁ et al., 2005), (SCHULER et al., 2010), (GULÁŠOVÁ et al., 2013), (Gerontologie.cz, 2003).

Neměli bychom zapomínat na podporu pečujících rodin. Lidé starající se o nemocného Alzheimerovou chorobou jsou fyzicky i psychicky vyčerpaní. Proto často využívají psychologickou i psychiatrickou pomoc. Je velice důležité, aby jim byly poskytnuty informace o demencích, Alzheimerově chorobě, jejich příznacích, prognóze apod. (KUČEROVÁ, 2006), (SLEZÁKOVÁ et al., 2007), (GLENNER et al., 2012), (MLÝNKOVÁ, 2011), (JIRÁK et al., 2009).

3.8 PREVENCE

Prevence rozvoje syndromu demence je velice důležitá. Jelikož doposud neznáme jasnou příčinu nemoci, můžeme jen těžko uvést preventivní opatření. Avšak vědci doporučují do prevence zahrnout dostatek pohybu, udržení kondice, duševní aktivitu, kognitivní trénink, učení se novým věcem, pravidelné čtení, terapie deprese a s tím souvisí i naučit se překonávat stresové situace a také omezení škodlivých návyků. Neměli bychom zapomenout zmínit dietní opatření, která jsou důležitou součástí prevence. Měli bychom zvýšit konzumaci rybího masa, dostatečný příjem vitamínů a vlákniny v ovoci a zelenině a naopak bychom měli omezit konzumaci tuků a tím i snížit cholesterol a regulovat krevní tlak.

Významným faktorem jsou i sociální kontakty a trávení volného času mezi lidmi. Setkávání se se svými blízkými v přírodě, jelikož čerstvý vzduch pomáhá tělesně i duševně našemu zdraví.

V prevenci je důležitá především včasná diagnostika onemocnění. (JIRÁK et al., 2009), (Novinky.cz, 2015).

3.9 PROGNÓZA

Alzheimerova choroba je velice závažné onemocnění, co se týče prognózy či výhledu. Je postižena kvalita života takto postižených jedinců, dokonce i pečovateli

nebo lidí, starajících se o nemocného. Daná choroba je náročná i z ekonomického hlediska.

Avšak ve světě se provádí různé výzkumy zabývající se Alzheimerovou chorobou. Jsou zkoumány např. kmenové buňky z lidských embryí a také je zkoumáno očkování proti beta-amyloidu. Stále se vyvíjí nová léčiva proti Alzheimerově chorobě a dalším typům demencí. (JIRÁK et al., 2009), (KUČEROVÁ, 2006).

4 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST (ČALS)

Česká alzheimerovská společnost vznikla v roce 1997 a jejím hlavním sídlem je Gerontologické centrum v Praze. Ve větších městech České republiky zřídila i své pobočky, např. v Olomouci, Brně, Ostravě, Liberci a dalších.

ČALS je organizace, která pomáhá osobám s poruchami paměti, i jejich rodinným příslušníkům. Tato společnost nabízí lidem trpícím Alzheimerovou chorobou různé pečovatelské služby (v domácnostech klientů), pomoc rodinám nebo osobám, které o nemocného pečují prostřednictvím poradenství. Také se rodinní příslušníci mohou setkávat ve svépomocných skupinách v tzv. službě „Čaje o páté“, kde si vyměňují své zkušenosti, řeší problémy a navzájem se podporují.

Další významnou službou ČALS je respitní (úlevová) péče, která může probíhat v domácím prostředí klienta nebo klient stráví určitý čas v respitním zařízení. Během této doby si rodinní příslušníci, pečující o nemocné vyřizují své povinnosti nebo odpočívají způsobem, který je jim příjemný a získávají tak potřebnou energii nadále se starat o své blízké.

Jako další službu ČALS bych zmínila kontaktní a informační centrum, help-linku. Zaškolení pracovníci zde podávají informace rodinným příslušníkům nebo sjednávají konzultace s odbornými pracovníky ČALS.

Tato společnost vydává také různé letáky a brožury, především pro laickou veřejnost o problematice Alzheimerovy choroby.

V současné době je Česká alzheimerovská společnost členem mezinárodních organizací, jako jsou Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International.

Více informací najdete na webových stránkách České alzheimerovské společnosti – www.alzheimer.cz. (JIRÁK et al., 2009), (MLÝNKOVÁ, 2011), (Alzheimer.cz, 2015).

Lidé nemocní Alzheimerovou chorobou či jinými typy demencí mají svá práva. Tato práva bychom měli respektovat a řídit se jimi (viz. Příloha H).

5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

5.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Domov je pro člověka místem plným bezpečí a jistoty, vlastní domov je to nejcennější. Lidé postižení Alzheimerovou chorobou vyžadují speciální péči. Tito lidé potřebují trvalý dohled při každodenních činnostech, vyžadují určitou organizaci a vedení druhé osoby.

Pokud bychom chtěli pečovat o jedince s Alzheimerovou chorobou, nejprve bychom měli zjistit dostatek informací o dané problematice. Tato péče vyžaduje pochopení, úctu a obrovskou trpělivost. Domácí prostředí je pro nemocného člověka příjemné a působí příznivě na jeho psychický stav, jelikož je v prostředí, které je mu vlastní.

Jak už jsme výše zmínili, lidé nemocní Alzheimerovou chorobou potřebují pomoc druhé osoby. Někteří nemocní vyžadují pomoc jen při běžných aktivitách, jako je oblékání, stravování apod. Ovšem je-li pacient v pokročilém stádiu nemoci, vyžaduje především komplexní péči.

Domácí prostředí napomáhá nemocnému zachování funkčních schopností. Pokud bychom chtěli pečovat o takto nemocného jedince, měli bychom domácí prostředí upravit. Měli bychom ponechat různé známé předměty, fotografie, obrazy, hodiny s ručičkami, kalendáře apod., protože nemocnému můžou vykouzlit úsměv na tváři a zároveň pomohou lépe se orientovat.

Důležitým faktorem je také bezpečnost. Lidé s Alzheimerovou chorobou jsou postupem času nebezpeční, jak sobě, tak i svému okolí. Měli bychom zabezpečit řadu nežádoucích faktorů, jako jsou plynové a elektrické spotřebiče, vodovodní kohoutky, chemikálie i ostatní nebezpečné látky a také léky. V těžším stádiu nemoci bývá jedinec dezorientovaný, a proto je vhodné dát pozor na jeho případné toulání. Měli bychom upravit prostředí tak, aby se lépe orientoval v prostoru, např. označit dveře, použít

obrázky apod. Veškeré úpravy v domácím prostředí by měly být co nejméně viditelné, aby nezasahovaly do jeho denního režimu a nevyvolaly u něj agresivní chování.

Jak jsme si uvedli, tento nemocný člověk by měl mít určitý řád a běžný denní režim. Bylo by žádoucí vhodně nemocného zabavit různými činnostmi. Měli bychom jedince zaměstnat tak, aby si neublížil či se nezranil a zároveň, aby se jednotlivé činnosti střídaly.

Tímto se dostáváme k osobám, které o nemocné Alzheimerovou chorobou pečují. Péče o tyto jedince je pro členy rodiny velice vyčerpávající. Jde o velkou fyzickou, psychickou i duševní zátěž a může dojít ke změnám vztahu u osob trpících Alzheimerovou chorobou a rodinným příslušníkem, který se o nemocného stará. Pokud je nemocný v těžším stádiu nemoci, je nezbytné se o něj starat 24 hodin. Proto často dochází k tomu, že pečující osoby mohou trpět úzkostí, depresemi a mohou prožívat veliký stres. Rodinní příslušníci věnují nemocnému veškerý svůj volný čas. Často u nich dochází ke ztrátě zaměstnání a ocitají se ve finančně náročné situaci.

Mnohdy tyto pečující osoby nejsou schopny z různých důvodů péči samy obstarat, a proto musí vyhledat odbornou pomoc. Pro tyto situace existuje řada různých možností, které si zmíníme níže. (MARTINKOVÁ et al., 2012)

5.2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

V mnoha případech dochází k situacím, kdy rodinní příslušníci či jiné pečující osoby se nedovedou postarat o své blízké nemocné jedince. Tudíž je nezbytné vyhledat pomoc u odborníků. Jde o různé pobytové služby sociální péče.

Mezi pobytové služby sociální péče řadíme domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy s pečovatelskou službou, domovinky, denní a týdenní stacionáře a také pečovatelskou službu.

V mé bakalářské práci se zaměříme na domovy se zvláštním režimem. Tyto domovy se podobají domovům pro seniory. Pobyt v domově není časově omezen a je zde větší počet personálu. (MLÝNKOVÁ, 2011)

Jsou zde poskytovány pobytové služby jedincům, kteří mají závislosti na návykových látkách, dále lidem, kteří jsou méně soběstační kvůli chronickému duševnímu onemocnění. Také jsou zde přijímáni lidé s různými typy demencí nebo postižením po mozkových příhodách, s poruchou paměti a orientace, kteří v důsledku svého onemocnění potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Tyto domovy musí mít režim přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. (ČEVELA et al., 2012), (MALÍKOVÁ, 2011).

Podle Kopecké (2012) si uvedeme cíle služby v Domově se zvláštním režimem:

- klient má zajištěno ubytování v bezbariérovém prostředí,
- má zajištěnu celodenní stravu dle individuálních potřeb,
- má zajištěnu péči o sebe, nebo dle svých schopností se na péči o sebe podílí (např. osobní hygiena, pohyb a orientace v prostoru apod.),
- tráví svůj volný čas aktivně,
- udržuje či rozvíjí kontakty s vrstevníky, rodinou, i s jinými lidmi ve společnosti,
- udržuje nebo rozvíjí své rozumové i fyzické schopnosti a dovednosti.

Nyní si vyjmenujeme principy služby v pobytovém zařízení se zvláštním režimem, kterými jsou:

- vytvářet prostředí, ve kterém se klient bude cítit bezpečně a jistě,
 - vytvářet příjemné prostředí, ve kterém se klienti i jejich blízcí cítí dobře a ve kterém jsou rádi,
 - respektovat tempo klienta, umožnit mu vyjadřovat se a pohybovat se svým tempem,
 - podporovat klienta v samostatnosti,
 - respektovat přání klienta. Pokud si pro něho rodina bude přát něco jiného, než by si přál sám klient, budeme respektovat přání klienta,
 - ke všem klientům přistupovat rovně, bez ohledu na jejich minulost, finanční situaci, víru, bez ohledu na společenské prostředí, ze kterého k nám přišli.
- (KOPECKÁ, 2012)

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Ošetrovatelský proces byl vypracován u klientky s diagnózou Alzheimerova choroba, a to v Domově se zvláštním režimem ve Valašském Meziříčí. Domov se zvláštním režimem byl součástí sociálních služeb, kde klientka pobývala od 23. října 2014. Rodinní příslušníci si ji vyzvedávali občas na víkend do domácího prostředí.

Všechny informace, které se týkaly klientky, byly získány z lékařské a sesterské dokumentace, z vlastního pozorování, rozhovorem s klientkou a také s jejími blízkými rodinnými příslušníky.

Na základě veškerých údajů a informací byl vytvořen ošetrovatelský proces s vypracováním ošetrovatelských diagnóz podle NANDA taxonomie I. a následně byl vypracován plán ošetrovatelské péče.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: L. K.	Pohlaví: Žena
Datum narození: 1932	Věk: 83
Adresa bydliště a telefon: XXX	
Adresa příbuzných: XXX	
RČ: 32...	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: důchodce
Stav: vdova	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 23. 10. 2014	Typ přijetí:
Oddělení: Domov se zvláštním režimem	Ošetřující lékař: MUDr. P. Prodělal

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Nevím, proč jsem tady.“

Medicínská diagnóza hlavní:

G301 Alzheimerova choroba, středně těžká

Medicínské diagnózy vedlejší:

I10 Hypertenzní choroba

Z878 Stav po přechodné mozkové ischemii

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 135/70 mm Hg	Výška: 168 cm
P: 74/min.	Hmotnost: 70 kg
D: 18/min.	BMI: 24,8
TT: 36,7°C	Pohyblivost: s doprovodem
Stav vědomí: při vědomí, částečně orientovaná	Krevní skupina: B

Nynější onemocnění:

Dne 23. října 2014 přichází klientka s doprovodem dcery do Domova se zvláštním režimem ve Valašském Meziříčí. Klientka byla doposud doma, pomáhaly jí děti a Diakonie ČCE – domácí péče. Pro postupně se horšící Alzheimerovu chorobu docházelo k výraznému snížení schopnosti sebeobsluhy. Vyšetřena lékařem a se souhlasem pacienta s pobytem byla následně dovedena na pokoj. Při přijetí byly provedeny odběry, orientační neurologické vyšetření a také byl vyšetřen psychický stav a orientace klientky.

Informační zdroje:

- klientka,
- dcera,
- dokumentace,
- zdravotnický personál.

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza:***Matka:*

Zemřela v 63 letech na mozkovou mrtvici.

Otec:

Zemřel v 72 letech, přirozenou smrtí.

Sourozenci:

Sestra zemřela v 78 letech na mozkovou mrtvici.

Bratr 80 let, prodělaná zlomenina krčku kosti stehenní.

Děti:

Dcera 60 let, zdráva.

Syn 63 let, zdrav.

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

V dětství běžné virózy. Od roku 2003 léčena pro hypertenzní nemoc, na kterou bere léky. V roce 2003 prodělala mozkovou ischemii. V tentýž roce trpěla bolestmi zad a od roku 2012 má sníženou funkci štítné žlázy, která probíhá bez léčby.

Hospitalizace a operace:

V roce 2008 byla operována zlomenina dolního konce kosti vřetenní a také byla provedena operace katarakty obou očí v roce 2010.

Úrazy:

V roce 2008 zlomenina dolního konce kosti vřetenní, která byla následně operována.

Transfúze:

Nepamatuje si.

Očkování:

Pouze povinné v dětství.

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
DITROPAN	tbl.	5 mg	1 - 0 - 1	anticholinergika, spasmolytika
LANDEX	tbl.	10 mg	1 - 0 - 0	inhibitory acetylcholinesterázy
MEDORISPER	tbl.	0,5 mg	0 - 0 - 2	antipsychotika
MIRTAZAPIN ORION	tbl.	15 mg	0 - 0 - 0 - 1	antidepresiva
TIAPRIDAL	tbl.	100 mg	0 - 0 - 0 - 1/2	antipsychotika, neuroleptika
VASOCARDIN	tbl.	50 mg	1 - 0 - 0	antihypertenzíva
VELAXIN	tbl.	75 mg	1 - 0 - 0	antidepresiva

Alergologická anamnéza:

Léky:

Neguje.

Potraviny:

Neguje.

Chemické látky:

Neguje.

Jiné:

Neguje.

Abúzy:

Alkohol:

Neguje.

Kouření:

Neguje.

Káva:

Dříve pila 1–2 krát denně během dne.

Léky:

Závislost neguje.

Jiné drogy:

Neguje.

Sociální anamnéza:

Stav:

Vdova.

Bytové podmínky:

V dětství žila v rodinném domě na vesnici, poté se se svým manželem a dětmi přestěhovala do bytu.

Vztahy, role a interakce v rodině:

Vztahy v rodině jsou velice pěkné. S dětmi je v kontaktu a pravidelně ji navštěvují. Má také dvě vnučky, které ji rovněž navštěvují v Domově.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu:

Je přátelská, milá a společenská. Dodnes ji navštěvují nejlepší kamarádky z práce.

Záliby:

Četba historie, cestování.

Volnočasové aktivity:

Dříve ráda cestovala, starala se o zahrádku, pravidelně se setkávala s kamarádkami z práce a také četba, která ji baví dodnes.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání:

Středoškolské.

Pracovní zařazení:

Dříve pracovala jako učitelka na zemědělské škole, nyní je v důchodu.

Čas odchodu do důchodu:

Do důchodu odešla v 54 letech, ovšem do svých 75 let pracovala na zkrácený úvazek v zemědělské škole.

Vztahy na pracovišti:

Byly velice dobré.

Ekonomické podmínky:

Nyní pobírá důchod.

Spirituální anamnéza:

Klientka je věřící, katolička. Děti ji každou neděli a o významných svátcích berou do kostela.

POPIS FYZICKÉHO STAVU

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Hlava mě nebolí.“	Hlava je na pohmat a poklep nebolestivá. Zornice jsou izokorické (stejně velké), reagující na osvit. Chrup sanován. Na krku je oboustranně hmatná a. karotis (krkavice). Štítná žláza je nezvětšená.
Hrudník a dýchací systém	„Dýchání je dobré.“	Hrudník je symetrický. Poslech plic se sklípkovým, čistým dýcháním. Počet dechů je 18/min (fyziologické).
Srdcově – cévní systém	„Všechno je v pořádku.“	Srdce s klidnou a regulovanou akcí, bez šelestů. Pulz je dobře hmatný, 74/min (fyziologický). TK je 135/70 mmHg (fyziologický). Dolní končetiny bez otoků, bez klinických známek trombózy. Periferie je teplá a prokrvená.
Břicho a GIT	„Břicho mě nebolí a zvracet se mi nechce.“	Břicho měkké, klidné, bez palpační bolesti. Normální peristaltika. Játra a slezina nezvětšeny. Klientka je inkontinentní. Vyprazdňování stolice pravidelné, 1x za den.

Močově – pohlavní systém	„Někdy to nestihnu.“	Volné podbřišky, nebolestivé. Klientka je inkontinentní, močení je pravidelné.
---	----------------------	---

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kostrovo – svalový systém	„Někdy mě zapíchá v zádech, ale to nic není.“	Páteř i klouby bez patologických změn. Hodnocení rizika pádů – 6 bodů – bez rizika (viz. Příloha F).
Nervově – smyslový systém	„Slyším dobře.“ „Paměť vážne.“	Klientka je při vědomí, částečně orientovaná osobou, časem i místem. Výrazné poruchy staropaměti i novopaměti. MMSE – 14 bodů – demence středně těžkého stupně. Několik let používá brýle na čtení.
Endokrinní systém	„Nevím, co mám říci.“	Štítná žláza je nezvětšená. Klientka se léčí se sníženou funkcí štítné žlázy, která je bez léčby.
Imunologický systém	„Alergická nejsem na nic.“	Alergii neguje.
Kůže a její adnexa	„Kůže je v pořádku, jen občas suchá.“	Kůže je suchá, bez patologických změn. Snížený turgor (napětí kůže).

Poznámky z tělesné prohlídky:

Klientka je při vědomí, mírně dezorientovaná, nervózní, ale spolupracuje. Snaží se srozumitelně odpovídat na všechny kladené dotazy.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Ráda jsem vařila.“	Bez diety. BMI 24,8 – v normě.
	V nemocnici	„Dobře tu vaří.“	Dieta č. 3 – racionální. Výživa per os. Je potřeba dopomoci s porcováním stravy. Poruchy polykání nejsou.
Příjem tekutin	Doma		Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Piju ovocné čaje.“	Turgor (napětí kůže) snížený. Klientka vypije přibližně 1 500 ml tekutin denně.
Vylučování moče	Doma		Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Řekla bych, že je vše v pořádku.“	Klientka je inkontinentní.
Vylučování stolice	Doma		Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Na to nedovedu odpovědět.“	Klientka je inkontinentní. Poslední stolice byla 6. 2. 2015.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	„Doma jsem spala velice dobře.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Spím dobře.“	Klientka se minimálně 1x za noc vzbudí, je dezorientovaná a udává hlad.
Aktivita a odpočinek	Doma		Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Ráda si povídám s ostatními, co potkám při cestě.“	Během dne odpočívá na pokoji nebo ve společenské místnosti s ostatními klienty. Občas dochází na skupinové aktivizace nebo bohoslužby do společenské místnosti.
Hygiena	Doma		Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Myji se pravidelně.“	Klientka samostatně provede hygienu obličeje a učešání, hygienu dalších částí těla provede s dopomocí.
Samostatnost	Doma		Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Myslím, že vše zvládám.“	Podle posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost je klientka hodnocená na 3. stupni – těžká závislost (viz. Příloha D).

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„No, vím o sobě.“	Klientka je zcela při vědomí.
Orientace		„Vím, že je zima.“	Klientka je částečně orientovaná časem, osobou, místem i situací.
Nálada		„Je mi dobře. Nic se chválabohu nestalo.“	Klientka je dnes usměvavá.
Paměť	Staropaměť	„Už to není, co to bývalo.“	Staropaměť je porušena. Novopaměť je výrazně porušena. Nové informace rychle zapomíná.
	Novopaměť		
Myšlení		„Řekla bych, že to není nejhorší.“	Klientka se snaží odpovídat na všechny otázky. Většinu dotazů nerozumí a odpovídá zmateně.
Temperament		„Myslím si, že jsem přátelská.“	Klientka je spíše extrovertní typ.
Sebehodnocení		„Jsem v pohodě.“	Nelze hodnotit.
Vnímání zdraví		„Zdraví a rodiny si musíme vážít.“	Nelze hodnotit.
Vnímání zdravotního stavu		„Aby zdraví ještě sloužilo.“	Veškeré informace ohledně zdravotního stavu byly klientce řečeny. Ovšem nepamatuje si je.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění		Nedovede odpovědět.	Nelze hodnotit.
Reakce na hospitalizaci		„Je tu dobře.“	klientka je mírně nervózní, dezorientovaná.
Adaptace na onemocnění		Nedovede odpovědět.	Každým dnem se znovu adaptuje.

Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Občas se bojím.“	Klientka je nervózní a ve stresu z nového prostředí a změny situace.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Nic mi nechybělo.“	Klientka nemá negativní zkušenosti z předcházejících hospitalizací.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Ráda si povídám.“	Klientka mluví srozumitelně, občas nedovede vyjádřit své myšlenky, slovní zásoba je minimální.
	Neverbální	„Neusmívat se, to něco není v pořádku.“	Při rozhovoru byl udržován oční kontakt. Klientka používala mimiku.
Informovanost	O onemocnění	„Já jsem zdravá.“	Klientka byla informována.
	O diagnost. metodách		Nelze hodnotit.
	O léčbě a dietě	„Vím, že jím tabletky.“	Bez omezení, klientka má dietu č. 3 – racionální.
	O délce hospitalizace	„Nevím.“	Klientka byla informována.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Jsem žena.“	Klientka je 83 letá žena. Sociální role je ovlivněna věkem.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Mám rodinu.“	Klientka je matkou a babičkou. Role je omezená vzhledem k místu pobytu.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	Nedovede odpovědět.	Klientka ráda čte a setkává se s rodinou.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření:

- pravidelné psychiatrické vyšetření 1x za měsíc, při potížích ihned,
- kontrolní laboratorní vyšetření krve.

Výsledky:

- kontrolní laboratorní vyšetření krve – urea, kreat, Na, K, BIL, AST, ALT, glykemie, CRP a krevní obraz v normě (viz. tab. 1. a tab. 2. v Příloze G).

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 3 – racionální

Pohybový režim: volný

RHB: 0

Výživa: per os, dieta č. 3 – racionální

Medikamentózní léčba:

Per os:

- Ditropan 5 mg, tbl., - 1 tableta ráno i večer
- Landex 10 mg, tbl., - 1 tableta ráno
- Medorisper 0,5 mg, tbl., - 2 tablety večer
- Mirtazapin 15 mg, tbl., - 1 tableta na noc
- Tiapridal 100 mg, tbl., - ½ tablety na noc, při nespavosti
- Vasocardin 50 mg, tbl., - 1 tableta ráno
- Velaxin 75 mg, tbl., - 1 tableta ráno

Chirurgická léčba: 0

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Klientka ve věku 83 let byla dovedena v doprovodu dcery dne 23. října 2014 do Domova se zvláštním režimem ve Valašském Meziříčí pro využití pobytových služeb z důvodu horšící se Alzheimerovy choroby. Při přijetí byla klientka vyšetřena lékařem a byly provedeny odběry, orientační neurologické vyšetření a posouzení psychického

stavu a orientace klientky. Následně byla umístěna na pokoj, kde ji dcera spolu se zdravotnickým personálem pomohly zabydlet se.

Při rozhovoru udržován oční kontakt a snaží se spolupracovat. Je mírně nervózní a na kladené dotazy občas nedovede odpovědět. Nové informace rychle zapomíná. Klientka je částečně orientovaná osobou, časem, místem i situací. Je nutný zvýšený dohled. Je schopna samostatné chůze, ve výjimečných případech je potřeba doprovod druhé osoby. Bylo provedeno hodnocení rizika pádů, klientka dosáhla 6 bodů - bez rizika pádu (viz. Příloha F). Také bylo u klientky provedeno hodnocení rizika vzniku dekubitů s celkovým počtem 14 bodů – nízké riziko vzniku dekubitů (viz. Příloha E). V oblasti stravování je nutná dopomoc při porcování stravy. Pitný režim je dodržován. V oblasti vylučování moče a stolice je inkontinentní, používá inkontinentní pomůcky. Hygienickou péči zabezpečuje zdravotnický personál. Klientka trpí poruchou spánku. Je aktivní. Je potřeba zajistit společnost a vhodné aktivity během dne a také je potřeba trénovat kognitivní funkce. Dále je nutné zachovat maximální soběstačnost a přizpůsobit tempo klientky při úkonech i komunikaci. Je nutná pomoc při adaptaci na nové prostředí.

STANOVENÍ AKTUÁLNÍCH A POTENCIÁLNÍCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

1. Chronická zmatenost v důsledku onemocnění Alzheimerovou chorobou projevující se poruchami paměti a dezorientací.
2. Poškozená paměť související s onemocněním projevující se zapomínáním a neschopností vybavit si určité informace.
3. Porušené myšlení v důsledku poruchy kognitivních funkcí projevující se zhoršeným vyjadřováním, nesprávnými odpověďmi na dotazy a nejistotou.
4. Deficit sebeděže při koupání a hygieně, při jídlu, při oblékání a úpravě zevnějšku a při vyprazdňování v důsledku onemocnění projevující se neschopností provádět samostatně běžné každodenní činnosti.
5. Zhoršená verbální komunikace související s poruchou kognitivních funkcí projevující se špatným vyjadřováním a neschopností sdělit své myšlenky.
6. Urgentní inkontinence moče v důsledku zmatenosti projevující se neschopností dojít včas na toaletu.
7. Inkontinence stolice v důsledku poruch kognitivních funkcí a zmatenosti projevující se samovolným odchodem stolice.
8. Porušený spánek v důsledku změny prostředí, zmatenosti a úzkosti projevující se probouzením během noci.
9. Úzkost v důsledku zmatenosti projevující se neklidným chováním až agresivitou.
10. Riziko násilí vůči jiným v důsledku kognitivních poruch projevující se vznětlivostí, agresivitou a zmateností.

Sesterská diagnóza č. 1

Chronická zmatenost v důsledku onemocnění Alzheimerovou chorobou projevující se poruchami paměti a dezorientací.

Cíl: U klientky nedojde ke zhoršení zmatenosti do následující plánované kontroly za měsíc.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Klientka se orientuje ve svém pokoji i společenské místnosti přibližně hodinu. Pokud neví, zeptá se personálu.
- Klientka se orientuje podle obrázkových piktogramů v průběhu celého dne.
- Klientka bere pravidelně své léky podávané sestrou ráno i večer.

Plán intervencí:

- Posuď výsledky diagnostických vyšetření při každé kontrole – lékař.
- Sleduj chování, změny klientky – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Dbej na udržení orientace klientky (piktogramy, kalendář, hodiny apod.) – rodina, všeobecná sestra.
- Odpovídej klientce na veškeré dotazy – všeobecná sestra.
- Naslouchej, měj trpělivost a povzbuzuj v každé situaci – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Spolupracuj s rodinou a zapoj ji do trénování orientace a paměti – všeobecná sestra, rodina.

Realizace:

- Sledováno chování a změny klientky během dne i noci.
- Klientka se orientuje pomocí obrázkových piktogramů, používá hodiny i kalendář pro lepší orientaci.
- Klientka je pod dohledem personálu přes den i noc.
- V průběhu dne navázán rozhovor s klientkou, naslouchání.
- V 16:00 hodin přišla za klientkou dcera. Plně se jí věnovala a spolupracovala s trénováním paměti a orientace.

Hodnocení:

- Klientka je částečně orientovaná ve svém pokoji, společenské místnosti a využívá piktogramy.

Cíl splněn, ke zhoršení zmatenosti nedošlo.

Sesterská diagnóza č. 2

Poškozená paměť související s onemocněním projevující se zapomínáním a neschopností vybavit si informace.

Cíl: Klientka si uvědomuje problémy s pamětí.

Klientka používá různé techniky k zapamatování si základních věcí.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Klientka trénuje paměť pomocí různých pomůcek.
- Klientka se pravidelně zapojuje do aktivizačních činností.
- Rodina spolupracuje na zlepšování paměti klientky.

Plán intervencí:

- Sleduj snahu, chování klientky při aktivizacích – aktivizační pracovník, všeobecná sestra.
- Posiluj paměť klientky pomocí fotek, obrázků, hádanek, různých her apod. – aktivizační pracovník, všeobecná sestra.
- Zapoj rodinu do komunikace či hraní s klientkou, která může pomoci se vzpomínáním z minulosti a s opakováním osobních údajů. – všeobecná sestra, rodina.
- Dbej na prevenci neklidu, úzkosti a stresu při posilování paměti – všeobecná sestra.
- Zajisti dostatek odpočinku – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Podporuj a povzbuzuj klientku – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Aplikuj a sleduj účinky léků pro zlepšení kognitivních funkcí – všeobecná sestra.

Realizace:

- Sledování psychického stavu, chování klientky během dne.
- Klientka trénuje paměť pomocí různých technik a činností v dopoledních i odpoledních hodinách.
- Klientka vzpomíná společně s rodinou při odpolední návštěvě.
- Klientka klidná, bez známek rozčilení.
- Zajištěn odpočinek, podpora během aktivizací kolem 14:00 až 16:00 hodiny.
- Podány a sledovány účinky léků po 30 minutách. Stav klientky se zlepšil.

Hodnocení:

Cíl splněn. Klientka prožívá vědomě potíže paměti. Zapojovala se společně s rodinou do aktivizačních činností a trénovala paměť s použitím pomůcek.

Sesterská diagnóza č. 3

Porušené myšlení v důsledku poruchy kognitivních funkcí projevující se zhoršeným vyjadřováním, nesprávnými odpověďmi na dotazy a nejistotou.

Cíl: U klientky nedojde ke zhoršení stavu.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Klientka si je vědoma poruchou myšlení.
- Klientka má snahu přemýšlet nad kladenými dotazy.
- Klientka je informována o své diagnóze, pokud neví, může se zeptat personálu či rodiny.

Plán intervencí:

- Sleduj a zhodnoť poruchy myšlení, paměť i další kognitivní funkce při psychiatrické kontrole – lékař, všeobecná sestra.
- Sleduj zmatenost, podrážděnost, poruchy řeči apod. – všeobecná sestra, rodina.
- Všímej si pozornosti, rozhodování, soustředění – všeobecná sestra, rodina.
- Naslouchej klientce, odpovídej na veškeré dotazy – všeobecná sestra.
- Mluv srozumitelně, pomalu a ponech dostatek času vstřebat informace – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Informuj klientku o diagnóze, zdravotním stavu – lékař, všeobecná sestra.

Realizace:

- Během dopoledních hodin sledován a zhodnocen zdravotní stav klientky. Dle MMSE zjištěna středně těžká Alzheimerova choroba – 14 bodů.
- V průběhu dne sledována zmatenost a poruchy chování klientky.
- Při rozhovorech s klientkou pozorováno soustředění a schopnost řešit problémy.
- Navázán rozhovor s klientkou i rodinou, naslouchání.
- Při rozhovoru použít jednoduchých formulací, pomalé a srozumitelné mluvení, opakování informací dle potřeby.
- Klientka je informována podle potřeby o své diagnóze, zdravotním stavu během celého dne.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně. Klientka informována opakovaně o své diagnóze, přemýšlení ji činí problémy.

Sesterská diagnóza č. 4

Deficit sebedpěče při koupání a hygieně, při jídle, při oblékání a úpravě zevnějšku a při vyprazdňování v důsledku onemocnění projevující se neschopností provádět samostatně běžné každodenní činnosti.

Cíl: Klientka má zajištěny základní biologické potřeby.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Klientka má zajištěnu hygienu těla. Klientka bude provádět hygienu dle svých schopností.
- Klientka je schopna se najíst. Klientka má dohled při jídle.
- Klientka je oblečena a upravena.
- Klientka provádí péči o vyprazdňování dle svých schopností.

Plán intervencí:

- Proved' posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost – všeobecná sestra.
- Zajisti klientce potřebné pomůcky k hygieně; dbej na soukromí a dostatek času; aktivizuj klientku; oceň snahu zapojit se do péče v hygienické oblasti – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Zajisti dopomoc při porcování stravy; měj trpělivost a dbej na dostatek času; zajisti tekutiny k ruce; dohlížeš na klientku dle potřeby – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Dběj na soukromí klientky; zajisti potřebné oblečení i pomůcky k úpravě zevnějšku; zajisti dopomoc dle potřeby – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Doved' klientku na WC a ponech dostatek času i soukromí při vyprazdňování; zajisti hygienu v intimní oblasti; vyměň inkontinentní pomůcky – všeobecná sestra, pečovatelka.

Realizace:

- Provedeno posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost. Klientka dosáhla 3. stupně – těžké závislosti.
- V 6:15 hodin provedena hygienická péče klientky s dopomocí. Připraveny pomůcky (lavor, žínka, ručník, hygienické prostředky, hřeben). Klientka si samostatně umyla obličej, horní končetiny i genitál, ostatní části těla umyl ošetřující personál.
- V 6:30 hodin klientce nachystáno čisté oblečení, hřeben i zrcadlo. Klientka se s malou dopomocí oblékla, učesala se samostatně.
- V 7:30, 12:15, 17:55 hodin klientka dovedena ke stolu, nakrájena strava. Klientka samostatně jedla, podle potřeby zajištěn dohled.
- V průběhu celého dne klientka dovedena na WC a snaha o vyprázdnění. Provedena hygiena genitálu i okolí, ošetření pokožky i výměna inkontinentních pomůcek dle potřeby.

Hodnocení:

Cíl splněn, klientka se snažila spolupracovat a měla snahu se zapojit do běžných činností. Klientka má uspokojeny potřeby ve všech oblastech.

Sesterská diagnóza č. 5

Zhoršená verbální komunikace související s poruchou kognitivních funkcí projevující se špatným vyjadřováním, neschopností sdělit své myšlenky slovy.

Cíl: Klientka je schopna vyjádřit své myšlenky slovy dle zdravotního stavu.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Klientka se snaží pochopit kladené otázky.
- Klientka má dostatek času na odpovědi.
- Klientka využívá prvky neverbální komunikace.

Plán intervencí:

- Sleduj řeč, rozumění, artikulaci klientky – lékař, všeobecná sestra.
- Vysvětluj klientce, proč se nedokáže vyjádřit slovy – lékař, všeobecná sestra.
- Mluv zřetelně, pomalu, klidně – všeobecná sestra.
- Podporuj klientku, aby měla dostatek času na vyjádření a opakování informací dle potřeby – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Používej při komunikaci různé pomůcky (obrázky, kartičky, papír a tužku apod.) – všeobecná sestra, rodina.
- Ukaž klientce mimiku, gesta pro lepší dorozumívání – všeobecná sestra, rodina.
- Zajisti podle potřeby pro komunikaci s klientkou rodinu, popřípadě doporuč návštěvu logopeda – všeobecná sestra.

Realizace:

- Sledovány prvky verbální komunikace během celého dne.
- V průběhu dne vysvětleny potíže s verbální komunikací.
- V dopoledních hodinách rozhovor klidný, časově neomezený.
- V odpoledních hodinách použity pro snadnější komunikaci obrázkové kartičky.
- Při návštěvě dcery byla trénována s klientkou neverbální komunikace.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně, klientka se snaží vyjádřit své myšlenky slovy. Dále pokračuje využití neverbální komunikace.

<p>Sesterská diagnóza č. 6</p> <p>Urgentní inkontinence moče v důsledku zmatenosti projevující se neschopností dojít včas na toaletu.</p>
<p>Cíl: Klientka močí v pravidelných intervalech.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klientka je pravidelně dovedena na WC a snaží se o vyprázdnění močového měchýře.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sleduj chování klientky – všeobecná sestra. • Udržuj příjem tekutin mezi 1500–2000 ml denně – všeobecná sestra, pečovatelka. • Sleduj příjem i výdej (bilanci) tekutin – všeobecná sestra. • Doved' klientku na WC a zajisti soukromí pro vymočení se, měj trpělivost – všeobecná sestra, pečovatelka. • Zajisti péči o intimní oblast – všeobecná sestra, pečovatelka. • Dbej na používání pomůcek pro inkontinenci (plenkové kalhotky přes den, noční pleny na noc) – všeobecná sestra, pečovatelka.
<p>Realizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pravidelné dodržování pitného režimu během dne. • Klientka má zajištěn doprovod na WC i vhodné podmínky pro močení. • Prováděna zvýšená hygiena po vymočení, pravidelná výměna inkontinentních pomůcek dle potřeby.
<p>Hodnocení:</p> <p>Cíl splněn, klientka má zajištěn doprovod na WC, močí v pravidelných intervalech.</p>

<p>Sesterská diagnóza č. 7</p> <p>Inkontinence stolice v důsledku poruch kognitivních funkcí a zmatenosti projevující se samovolným odchodem stolice.</p>
<p>Cíl: Klientka má snahu vyprazdňovat se na WC.</p> <p>Priorita: střední</p>

<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klientka používá pomůcky pro inkontinentní.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sleduj vyprazdňování stolice klientky – všeobecná sestra. • Doved' klientku na WC a měj trpělivost s vyprázdněním – všeobecná sestra, pečovatelka. • Zajisti zvýšenou hygienu po každé stolici – všeobecná sestra, pečovatelka. • Zajisti pravidelnou výměnu inkontinentních pomůcek – všeobecná sestra, pečovatelka. • Dbej na dostatečnou hydrataci a vhodnou stravu, která klientku nezatěžuje – všeobecná sestra, pečovatelka. • Klientku aktivizuj během dne – všeobecná sestra, pečovatelka.
<p>Realizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • V 9:15 hodin klientka dovedena na WC a má snahu se vyprázdnit. • Zajištěna hygiena anální oblasti i okolí a ošetřena kůže v okolí. • Provedena výměna inkontinentních pomůcek (plenkových kalhotek, nočních plen) dle potřeby. • Klientka aktivní, zajištěn pitný režim v průběhu celého dne.
<p>Hodnocení:</p> <p>Cíl splněn, klientka používá pomůcky pro inkontinenci a snaží se vyprazdňovat na WC.</p>

<p>Sesterská diagnóza č. 8</p> <p>Porušený spánek v důsledku změny prostředí, zmatenosti a úzkosti projevující se probouzením během noci.</p>
<p>Cíl: Klientka spí alespoň 6 hodin.</p>
<p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klientka se po probuzení cítí odpočatá. • U klientky dojde ke zlepšení spánku a odpočinku.

Plán intervencí:

- Informuj lékaře o poruše spánku – všeobecná sestra.
- Sleduj klientku během spánku, i délku spánku – všeobecná sestra.
- Zjisti od rodiny spánkové rituály a dodržuj je – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Odstraň rušivé elementy v okolí – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Vyvětrej pokoj, zhasni světla, uprav lůžko dle potřeby před spaním – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Zaměstnej, aktivizuj klientku přes den – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Vyměň osobní i ložní prádlo za čisté a suché dle potřeby – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Zajisti tiché prostředí – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Aplikuj hypnotika (léky užívající se při nespavosti) dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek – všeobecná sestra.

Realizace:

- Úprava lůžka, vyvětrání pokoje před spaním okolo 20:00 hodin.
- Zajištění klidného a tichého prostředí vypnutím TV a zavřením okna.
- Ve 20:00 hodin aplikace hypnotik dle ordinace lékaře, kontrola účinku 20:35 hodin – klientka nespí.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně, klientka spala přibližně 6 hodin, ovšem cítí se mírně odpočatá.

Sesterská diagnóza č. 9

Úzkost v důsledku zmatenosti projevující se neklidným chováním až agresivitou.

Cíl: U klientky dojde ke snížení stupně úzkosti na zvladatelnou míru.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Klientka je klidná a spolupracuje.
- Klientka má dostatek informací.
- Klientka využívá správné techniky k zvládnutí úzkosti.

Plán intervencí:

- Zjisti stupeň úzkosti – lékař, všeobecná sestra.
- Sleduj projevy úzkosti a změny chování klientky – všeobecná sestra.
- Komunikuj s klientkou klidně, používej jednoduché formulace a krátké věty – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Naslouchej klientce, měj trpělivost – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Zajisti klientce různé aktivity, které by mohly odvést pozornost od určitého problému – všeobecná sestra, pečovatelka.
- Nauč klientku techniky ke zvládnutí úzkosti (dechová gymnastika, aktivizační činnosti apod.) – všeobecná sestra.
- Podej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky do 30 minut – všeobecná sestra.
- Podej dostatek informací klientce i rodině o relaxačních technikách v souvislosti s úzkostí – lékař, všeobecná sestra.

Realizace:

- V dopoledních hodinách provedeno zjištění stupně úzkosti (střední) a zároveň sledováno chování klientky.
- Rozhovor veden v klidném prostředí a beze spěchu.
- V 12:30 hodin podány léky dle ordinace lékaře, kontrola účinku v 13:00 hodin - u klientky došlo ke snížení stupně úzkosti (mírná).
- V 14:00 hodin aktivizační činnosti s aktivizačním pracovníkem.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně, u klientky došlo ke zmírnění úzkosti. Klientka spolupracuje. Dále se pokračuje v plánovaných intervencích.

Sesterská diagnóza č. 10

Riziko násilí vůči jiným v důsledku kognitivních poruch projevující se vznětlivostí, agresivitou a zmateností.

Cíl: Klientka nebude ohrožovat jiné osoby.

Priorita: nízká

Výsledná kritéria:

- Klientka je klidná, bez agrese.
- Klientka je aktivizována.

<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sleduj chování, projevy klientky – všeobecná sestra. • Jednej s klientkou klidně, pomalu, trpělivě, nenapomínej ji – všeobecná sestra, pečovatelka. • Odved' pozornost klientky od problému (navrhni nějakou aktivitu) – všeobecná sestra, pečovatelka. • Spolupracuj s rodinou klientky při nepřiměřeném chování – všeobecná sestra. • Podej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky do 30 minut – všeobecná sestra. • Přivolej pomoc lékaře při vážnějších případech – všeobecná sestra, pečovatelka.
<p>Realizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • V průběhu celého dne sledováno chování a projevy klientky. • V odpoledních hodinách se klientka účastnila aktivizačních činností s ostatními klienty a byla klidná. • Během celého dne komunikace s klientkou klidným hlasem.
<p>Hodnocení:</p> <p>Cíl splněn, u klientky nedošlo k problémové situaci, neohrožovala jiné osoby. Klientka byla klidná, nevyskytovaly se projevy agrese.</p>

CELKOVÉ HODNOCENÍ:

Klientka L. K. byla přijata do Domova se zvláštním režimem pro horšící se Alzheimerovu chorobu. Klientka byla částečně orientovaná, mírně neklidná, ale měla snahu spolupracovat. Během pobytu v zařízení je aktivní, účastní se aktivizačních činností, bohoslužeb i setkávání s ostatními klienty ve společenské místnosti. Je nutný zvýšený dohled a pomoc adaptovat se na nové prostředí. Klientce pomáhá v psychické oblasti udržet či zlepšit její zdravotní stav rodina, která ji pravidelně navštěvuje. Snažíme se zachovat kvalitu jejího života na nejvyšší možné úrovni.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Lidí nemocných Alzheimerovou chorobou stále přibývá. S těmito lidmi se můžeme setkat na ulici, v restauraci, v nemocnici i v rodině. Laická veřejnost se jim vyhýbá, vysmívá, bojí se jich, ale řada lidí by je ráda oslovila, pomohla jim. Problém nastává tehdy, kdy lidé nevědí, jak se k nemocným trpící chorobou chovat, jak s nimi komunikovat a jak jim pomoci.

Dle svých zkušeností s péčí o nemocné Alzheimerovou chorobou i díky zpracování ošetrovatelského procesu jsem navrhla několik doporučení pro praxi.

Doporučení pro sestry a studenty zdravotnických škol:

- zajistit dostatek informací nemocnému i rodinným příslušníkům dle kompetencí,
- zajistit dostatek edukačních materiálů a účastnit se seminářů o problematice Alzheimerovy choroby,
- naslouchat, mít trpělivost, empatii (vcítění se), chválit,
- komunikovat s nemocným klidným, milým hlasem. Dopřát mu dostatek času na odpovědi.,
- trénovat paměť,
- vhodně nemocného aktivizovat,
- přijmout nemocného takového, jaký je,
- zajistit nemocnému bezpečí.

Doporučení pro pacienty:

- nosit stále u sebe deníček s důležitými telefonními čísly, adresami, jmény nejbližších apod.,
- polepit zásuvky a skříně popisky, ve které se co nachází,
- pořídit si kalendář, hodiny,
- mimo domov chodit s doprovodem,
- pravidelně cvičit paměť – hrát různé hry, luštit křížovky apod.,
- využívat různé aktivizační činnosti – arteterapie, muzikoterapie, validační terapie a další aktivizační činnosti dle určeného plánu,

- dodržovat správnou výživu – dostatek tekutin, zvýšit příjem bílkovin, jíst v pravidelných intervalech.

Doporučení pro pečující osoby:

- při komunikaci používat jednoduché formulace, krátké věty, časté opakování vět,
- vyhýbat se konfliktům s nemocným,
- zajistit bezpečné prostředí pro nemocného,
- neměnit prostředí nemocného,
- dodržovat určitý řád, stereotyp,
- najít si čas sám pro sebe, pravidelně relaxovat,
- využívat různé služby České alzheimerovské společnosti či jiných sociálních institucí.

Doporučení pro laickou veřejnost:

- účastnit se seminářů, přednášek zabývajících se Alzheimerovou chorobou či jinými typy demencí,
- vyhledat různé publikace o této diagnóze a dozvědět se o ní více,
- nebát se styku s lidmi postiženými Alzheimerovou chorobou,
- zapojit se jako dobrovolník do aktivizačních činností v Domovech pro seniory, v Domovech se zvláštním režimem, v denních stacionářích apod.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla věnována problematice Alzheimerovy choroby. Teoretická část byla zaměřena na stáří, demenci, veškeré informace o dané chorobě a také o specifických ošetrovatelské péče v domácím prostředí a v Domovech se zvláštním režimem. Jak jsem již výše uvedla, stále více seniorů je postiženo touto chorobou a měli bychom se o problematiku nemoci více zajímat.

Nyní bych se snažila shrnout nejvýznamnější poznatky z teoretické části. Alzheimerova choroba má několik rizikových faktorů, na které bychom se měli zaměřit. Rozvíjí se postupně a prvními příznaky bývá postižení kognitivních funkcí. Nejdůležitější je především včasná diagnostika nemoci. Ačkoliv je Alzheimerova choroba nevyléčitelná, dokážeme zpomalit její průběh. Existuje řada organizací, služeb sociální péče a dalších, které nám mohou pomoci s péčí o tyto nemocné jedince.

Cílem mé bakalářské práce bylo seznámit zdravotníky, pacienty, pečující osoby a také laickou veřejnost s problematikou Alzheimerovy choroby. Přičemž byl vypracován edukační materiál, který se zabývá chorobou a komunikací s těmito nemocnými lidmi (viz. Příloha CH). Dalším cílem bylo vytvořit ošetrovatelský proces a na závěr zhodnotit zajištěnou ošetrovatelskou péči.

Ošetrovatelský proces byl vypracován u klientky trpící Alzheimerovou chorobou, kterou jsme si vybrala. Díky získaným informacím byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, které obsahovaly cíle, priority, výsledná kritéria, plány intervencí, realizaci plánů a zhodnocení. Myslím si, že většinu uvedených cílů se mi podařilo splnit.

Na závěr bych zmínila, že i když člověk postižený Alzheimerovou chorobou si s námi nepovídá, nedokáže si vybavit určité informace, věci či lidi, přesto tento člověk cítí a vnímá. Neměli bychom se k nim chovat neuctivě, hrubě a vysmívat se jim. Měli bychom se snažit udržet či zlepšit kvalitu života seniorů na nejvyšší možné úrovni.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Alzheimer.cz [online]. VIZUS, 2015. *Česká alzheimerovská společnost*. [cit. 2015-02-13]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>

BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 13. ISBN 80-7367-081-X.

CALLONE, P. R. a Connie KUDLACEK, 2010. *The Alzheimer's Caregiving Puzzle: Putting Together the Pieces*. New York: Demos Medical Publishing, LLC. ISBN 978-1-932603-88-0.

ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 137. ISBN 978-80-247-3901-4.

FIŠAR, Zdeněk a kol., 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2737-0.

Gerontologie.cz [online]. ČALS, 2003. *O Alzheimerově chorobě*. [cit. 2015-01-23]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=25>

GLENNER, A. J. a kol., 2012. *Péče o člověka s demencí: průvodce pro rodinné příslušníky*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 18. ISBN 978-80-262-0154-0.

GULÁŠOVÁ, I., J. BREZA a I. RIEDL, 2013. Péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí. In: *Sestra* [online], květen 2013. [cit. 28. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-s-alzheimerovou-nemoci-470535>

HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ, 2005. *Kinezioterapie demencí: pohybová cvičení v léčbě demencí*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-564-7.

JAHODOVÁ, I., J. NĚMCOVÁ a I. MAURITZOVÁ, 2013. Problematika péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a obdobnými onemocněními v České republice v roce 2013. In: *Zdravotnictví a sociální práce* [online]. č. (1), roč. 8, s. 55-61. [cit. 2014-12-08]. ISSN 1336-9326. Dostupné z: <http://www.zdravotnictviasocialniproce.cz>

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

JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ, C., BORZOVÁ a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 29. ISBN 978-80-247-2454-6.

JURÍČKOVÁ, L., K. IVANOVÁ a I. FILKA, 2014. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2737-0.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona, 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2835-3.

KONRÁD, Jiří, 2007. Smíšená demence. In: *Smíšená demence* [online]. č. 3, s. 129-132. [cit. 2015-03-09]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz>

KOPECKÁ, Ruth, 2012. *Veřejný závazek: Domov se zvláštním režimem*. Valašské Meziříčí: hospic Citadela. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/nase-sluzby/domov-se-zvlastnim-rezimem/verejny-zavazek/>

KOUKOLÍK, František, 2013. *Já: o mozku, vědomí a sebeuvědomování*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2249-1.

KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1491-4.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MARTINKOVÁ, Jana a Andrea BOTÍKOVÁ, 2012. Komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí. In: *Sestra* [online], únor 2012. [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-s-pacientem-s-alzheimerovou-nemoci-463436>

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

Novinky.cz [online]. Borgis, 2015. *Alzheimerova choroba*. [cit. 2014-12-22]. Dostupné z: <http://www.tema.novinky.cz/alzheimerova-choroba>

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica, 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-208-1.

PREISS, M., H. KUČEROVÁ a kol., 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0843-4.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1: Interna*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1775-3.

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 2. vyd. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0001-4.

TOŠNEROVÁ, T., 2012. Sociální gerontologie úvodem. In: ČEVELA, R. et al. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 19. ISBN 978-80-247-3901-4.

VRÁNOVÁ, Dagmar, 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1. vyd. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-788-1.

ZVONÍKOVÁ, A., L. ČELEDOVÁ a R. ČEVELA, 2010. *Základy posuzování invalidity*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3535-1.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rešerše	I
Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	II
Příloha C – MMSE (Mini-Mental State Examination) – test kognitivních funkcí	III
Příloha D – Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost u pacientky s ACH ze dne 23. 10. 2014	V
Příloha E – Hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientky s ACH ze dne 23. 10. 2014	VIII
Příloha F – Hodnocení rizika pádů u pacientky s ACH ze dne 23. 10. 2014	IX
Příloha G - Kontrolní laboratorní vyšetření krve	X
Příloha H - Práva nemocných trpících ACH nebo jinými formami demence	XI
Příloha CH – Edukační brožura o Alzheimerově chorobě a zásadách správné komunikace	XII

PŘÍLOHA A



Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Rešerše

Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě

Prokešovo nám. 9

728 00 Ostrava

tel.: +420 596 118 881

fax.: +420 596 138 322

email: msvk@svkos.cz

<http://www.svkos.cz>

Číslo rešerše:	III-7440
Název rešerše:	Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou
Jazykové omezení:	čeština, angličtina
Časové omezení:	2004-2014
Klíčová slova:	Alzheimerova choroba (nemoc), demence, ošetrovatelská péče, ošetrovatelství
Počet záznamů:	84

PŘÍLOHA B

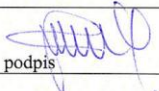

Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5


**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

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

Příjmení a jméno studenta	Dominika Ondruchová	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3 VSV
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Diakonie ČCE – hospic CITADELA Domov se zvláštním režimem	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Ivana Talandová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	 podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	 podpis Bc. Kufánová Lenka

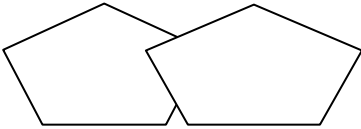
 V...*Valašském Meziříčí*... dne *18.3.2015*...

 ...*Dominika Ondruchová*...
 podpis studenta

PŘÍLOHA C

MMSE (Mini-Mental State Examination) – test kognitivních funkcí

Oblast hodnocení	Maximální skóre
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek.</p> <p>Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Který je teď měsíc? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Jak se jmenuje tato nemocnice? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice? - Ve kterém jsme státě? - Ve kterém jsme poschodí? 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval.</p> <p>Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě.</p> <p>Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (výbavnost):</p> <p>Vybavte si a jmenujte 3 dříve jmenované předměty (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti:</p> <p>(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (například tužku, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Kdyby nebylo kdyby, nebyly by chyby." 	<p>2</p> <p>1</p>

<p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal větu obsahující podmět a přísudek.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.</p> <p>1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha</p> <p>11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha</p> <p>21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha</p> <p>24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Zdroj: KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

PŘÍLOHA D

Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost u klientky s ACH ze dne 23. 10. 2014

Posouzení péče o vlastní osobu:

Příprava stravy	nezvládá
Podávání, porcování stravy	s pomocí
Přijímání stravy, dodržování pitného režimu	zvládá
Mytí těla	nezvládá
Koupání nebo sprchování	nezvládá
Péče o ústa, vlasy, nehty, holení	nezvládá
Výkon fyziologické potřeby včetně hygieny	s pomocí
Vstávání z lůžka, ulehání, změna poloh	zvládá
Sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě	zvládá
Stání, schopnost vydržet stát	zvládá
Přemisťování předmětů denní potřeby	zvládá
Chůze po rovině	zvládá
Chůze po schodech nahoru a dolů	s pomocí
Výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení	s pomocí
Oblékání, svlékání, obouvání, zouvání	s pomocí
Orientace v přirozeném prostředí	s pomocí
Provedení si jednoduchého ošetření	nezvládá
Dodržování léčebného režimu	s pomocí
Počet úkonů v péči o vlastní osobu, které klient zvládá s pomocí nebo nezvládá:	12

Posouzení soběstačnosti:

Komunikace slovní, písemná, neverbální	s pomocí
Orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí	s pomocí
Nakládání s penězi nebo jinými cennostmi	nezvládá
Obstarávání osobních záležitostí	nezvládá
Uspořádání času, plánování života	s pomocí
Zapojení do sociálních aktivit odpovídajících věku	s pomocí
Obstarávání si potravin a běžných předmětů (nákupy)	nezvládá
Vaření, ohřívání jednoduchého jídla	nezvládá
Mytí nádobí	nezvládá
Běžný úklid v domácnosti	nezvládá
Péče o prádlo	nezvládá
Přepírání drobného prádla	nezvládá
Péče o lůžko	nezvládá
Obsluha běžných domácích spotřebičů	nezvládá
Manipulace s kohouty a vypínači	nezvládá
Manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří	s pomocí
Udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady	nezvládá
Další úkony spojené s chodem a údržbou domácnosti	nezvládá
Počet úkonů v posouzení soběstačnosti, které klient zvládá s pomocí nebo nezvládá:	18

Počet úkonů, které klient zvládá s pomocí nebo nezvládá celkem:

30

Vyhodnocení:		
Návrh na stupeň závislosti:		
Stupeň 0	zcela nezávislý	nezvládne max. 12 úkonů
Stupeň I	lehká závislost	nezvládne 13 – 18 úkonů
Stupeň II	středně těžká závislost	nezvládne 19 – 24 úkonů
Stupeň III	těžká závislost	nezvládne 25 – 30 úkonů
Stupeň IV	úplná závislost	nezvládne 31 a více úkonů

Zdroj: Diakonie ČCE – hospic Citadela, 2015. Dům sociálních služeb. Domov se zvláštním režimem.

PŘÍLOHA E

Hodnocení rizika vzniku dekubitů u klientky s ACH ze dne 23. 10. 2014

1. Tělesný stav	přijatelný	3
2. Duševní stav	zmatený	2
3. Aktivita	samostatně chodící	4
4. Mobilita	plná	4
5. Inkontinence	moči i stolice	1
CELKEM:		14

Vyhodnocení:	
méně než 12 bodů	vysoké riziko
12 – 13 bodů	střední riziko
14 a více bodů	nízké riziko

Zdroj: Diakonie ČCE – hospic Citadela, 2015. Dům sociálních služeb. Domov se zvláštním režimem.

PŘÍLOHA F

Hodnocení rizika pádů u klientky s ACH ze dne 23. 10. 2014

1. Úroveň vědomí / duševní stav	dezorientovaný	2
2. Výskyt pádů (v posledních 3 měsících)	žádné pády	0
3. Chůze (samostatnost)	samostatná	0
4. Vizus	přiměřený	0
5. Chůze – rovnováha	normální	0
6. Systolický krevní tlak	bez snížení (normotenze)	0
7. Léky	užívá 3 – 4 léky během posledních 7 dnů	4
8. Predispoziční faktory pádů (závratě, hypotenze, CMP, M. P., ztráta končetiny, záchvaty, artritida, fraktury, osteoporóza)	žádné	0
CELKEM:		6

Vyhodnocení:	
0 – 10 bodů	bez rizika
11 a více bodů	značné riziko pádu

Zdroj: Diakonie ČCE – hospic Citadela, 2015. Dům sociálních služeb. Domov se zvláštním režimem.

PŘÍLOHA G

Kontrolní laboratorní vyšetření krve

Tabulka 1 Biochemické vyšetření krve

Název	Výsledek	Referenční meze	Hodnocení
urea	4,7 mmol/l	2-67 mmol/l	norma
kreat	76 μ mol/l	45-84 μ mol/l	norma
Na	139,4 mmol/l	135-145 mmol/l	norma
K	4,17 mmol/l	3,8-51 mmol/l	norma
BIL	17,3 μ mol/l	3-21 μ mol/l	norma
AST	0,35 μ kat/l	0,16-0,87 μ kat/l	norma
ALT	0,27 μ kat/l	0,1-0,96 μ kat/l	norma
glykemie	5,1 mmol/l	3,9-5,6 mmol/l	norma
CRP	3,26 mg/l	0-8 mg/l	norma

Zdroj: dokumentace klientky, 2015.

Tabulka 2 Hematologické vyšetření krve – krevní obraz

Název	Výsledek	Referenční meze	Hodnocení
erytrocyty	4,97 x 10 ¹² /l	3,8-5,2 x 10 ¹² /l	norma
leukocyty	6,3 x 10 ⁹ /l	4-10 x 10 ⁹ /l	norma
trombocyty	352 x 10 ⁹ /l	140-440 x 10 ⁹ /l	norma
hemoglobin	140 g/l	120-160 g/l	norma
hematokrit	0,415 l	0,35-0,47 l	norma

Zdroj: dokumentace klientky, 2015.

PŘÍLOHA H

Práva nemocných trpících ACH nebo jinými formami demence

Práva nemocných trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

- Být informován o své chorobě.
- Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
- Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen je to možné.
- Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
- Při vyjádření svých citů být brán vážně.
- Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
- Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
- Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
- Mít možnost chodit pravidelně ven.
- Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.
- Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
- Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

Zdroj: SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty 1: Interna*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1775-3. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=13>.

PŘÍLOHA CH

Edukační brožura o Alzheimerově chorobě a zásadách správné komunikace



- Během komunikace je ideální, když sedíme či stojíme na stejné úrovni.
- Využíváme jednoduché a krátké věty, nikam nepospícháme.
- Během komunikace je vhodné minimalizovat okolní zvuky (rádio, televize), aby náš hlas byl dobře slyšet.
- Důležité věci je třeba několikrát opakovat.
- Humor a smích přispívají ke zlepšení komunikace.
- Je důležité, aby se nemocný necítil méněcenně a ponížně před ostatními pacienty.
- Při těžší komunikaci využíváme neverbální komunikaci, fyzický kontakt – laskavý přístup, úsměv, dotyk.
- Mějme na paměti, že i když choroba způsobila nemocnému problémy s chápáním slov, není dítě. Vždy k němu přistupujeme s úctou a respektem. Nehovoříme o něm s dalšími lidmi, jako by nebyl vůbec přítomen.

Užitečné kontakty

- www.alzheimer.cz
Česká Alzheimerovská společnost
- www.gerontologie.cz
Informační servis o službách pro seniory
- www.domaci-pece.info
Národní centrum domácí péče ČR
- www.jakpecovat.cz
Informační portál pro pečující
- www.pecujidoma.cz
Internetové stránky určené rodinným pečujícím
- www.pecujici.cz
Pečující on-line

ALZHEIMEROVA CHOROBA

ZÁSADY SPRÁVNÉ KOMUNIKACE



Obrázek č. 1

„Dbejme, aby nám stáří neudělalo
vrásky také na duši, když je dělá
na tváři.“
Michael Eyquem de Montaigne

Autor: Dominika Ondruchová

Použité zdroje

1. Obrázek č. 1 ANON. [online]. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.vzajemneblask.cz/clanek/seo-seav-bor-copridin/61746.aspx?seo-staci.html>
2. Obrázek č. 2 ANON. [online]. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://vnm.e15.cz/aktualni/alzheimer-ten-ge-mec-co-schovava-veci/>
3. Obrázek č. 3 ANON. [online]. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.tyden.cz/ubrihiv/zdravi/svet-stoji-na-prahu-exploze-alzheimerovy-choroby-283353.html#VTUQRwVWk>
4. Gerontologie.cz [online]. CALS. 2003. © Alzheimerová choroba. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docId=14>
5. MARTINKOVÁ, J. a A. BOTIKOVÁ. 2012. Komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí. In: *Sestra* [online], únor 2012. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.sestra.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-s-pacientem-s-alzheimerovou-nemoci-468498>

CO JE ALZHEIMEROVA CHOROBA?

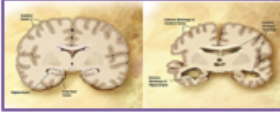
Je závažné onemocnění mozku, které se nejčastěji vyskytuje u starších lidí. Postupně dochází k zániku mozkových buněk s následným úbytkem mozkové hmoty a také k úbytku acetylcholinu (látky, která zajišťuje přenos informací mezi buňkami mozku). Tento děj vede k narušení funkcí mozku.

JAK SE DIAGNOSTIKUJE?

Lékař může diagnostikovat chorobu dle příznaků choroby (poruchy paměti, orientace apod.). Lékař člověka vyšetří, odebere krev a moč na vyšetření, provede vyšetření srdce – elektrokardiografií, rentgen plic a zjistí od nemocného i rodiny spoustu informací. Neurolog či psychiatr nemocného pošle na vyšetření mozku – elektroencefalografii, počítačovou tomografií či magnetickou rezonanci.

ZÁSADY SPRÁVNÉ KOMUNIKACE


- Při rozhovoru s nemocným udržujeme oční kontakt.
- Pozorně nasloucháme, poskytujeme mu dostatek času na odpověď, povzbuzujeme ho.
- Věnujeme mu pozornost. Všímáme si řeč těla.
- Získáme si pozornost nemocného, ještě než začneme komunikovat.
- Oslovujeme ho jasně, klidně, hovoříme dostatečně pomalu a zřetelně vyslovujeme.
- Vyhýbáme se zvyšování hlasu a křiku, které mohou vyvolat agresivní chování.



Obrázek č. 2

JAK LZE CHOROBU LÉČIT?

Tato choroba je zatím nevyléčitelná. Léky, které mohou zastavit či zpomalit zhoršování nemoci jsou tzv. inhibitory cholinesterázy. Do léčby zahrnujeme i jeho rodinu a pečující. Význam má klidný přístup, komunikace, příjemné a bezpečné prostředí. Součástí léčby je vhodná aktivizace nemocného. Vymyslet mu vhodnou aktivitu na každý den, kterou je schopen zvládnout.



Obrázek č. 3

CO JE JEJÍ PŘÍČINOU?

Jednoznačná příčina stále není známa. Existují však rizikové faktory, kterými jsou dědičnost, vysoký věk, ženské pohlaví, nižší úroveň vzdělání, deprese, poranění hlavy nebo také špatná životospráva.

JAK SE PROJEVUJE?

Významným příznakem je porucha paměti. Dále jsou to poruchy řeči, myšlení a orientace. Mění se chování, jako neklid až agresivita. V nejtěžším stádiu není člověk schopen zvládat běžné denní činnosti, potřebuje neustálý dohled, pomoc a ošetrovatelskou péči.

Zdroj: ONDRUCHOVÁ Dominika, 2015.